แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

อ นางทองม้วน ญานผาด ลขบัตรประจำตัวประชน 3460100431691	**ที่อยู่** 87หมู่ 7ตำบลบึงวิชัย อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 20 เดือน มกราคม พ.ศ. 2563
กิดวันที่ 25 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2496 อายุ 66 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=9, TAI= **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง การเคลื่อนไหวลำบาก	
เถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ อรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
ป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **อรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นำนวนเงิน** 2,500 **บาท**	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
อ้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 2 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 2 เดือน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan นางบุญทัน มะลิรส	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/63 วันที่ 20/01/63
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าไคร้

ง นางทองม้วน ญานผาด ชบัตรประจำตัวประชาชน 3460100431691	**ที่อยู่** 87หมู่ 7ตำบลบึงวิชัย อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ **หมายเลขโทรศัพท์**	**จัดทำวันที่** 20 เดือน มกราคม พ.ศ. 2563 **วินิจฉัย :** ADL=9, TAI= **ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่** 1 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง การเคลื่อนไหว ลำบาก
นวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต **สูงอายุ** - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากเป็นอยู่ - อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า - อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม **าติ** - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น	**แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	**ข้อควรระวังในการให้บริการ** - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
ระเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ	**เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน)** - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 2 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 2 เดือน	**บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและinformal)** **กายอุปกรณ์** - รถเข็นนั่ง **บริการอื่นๆ** - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ

ิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - กายภาพบำบัดโดย Caregiver - กายภาพบำบัดโดยญาติ - ออกกำลังกาย	**ผู้จัดทำ** นางบุญทัน มะลิรส **ผู้รับผิดชอบ** นางกฤษณา สมมิตร **ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า** 2 ชั่วโมง นาที/เดือน **ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้** 1) ..... (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป ..... 2) ..... (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป .....

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

นางสอน ภูยาดวง **ชบัตรประจำตัวประชน** 3460100812261	**ที่อยู่** 71หมู่ 2 ตำบลบึงวิชัย อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 20 เดือน มกราคม พ.ศ. 2563
ดวันที่ 01 เดือน เมษายน พ.ศ. 2482 **ายุ 80 ปี)**	**วินิจฉัย :** ADL=11, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** แขนขาอ่อนแรง เคลื่อนไหวลำบาก	
เานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นนวนเงิน** 5,000 **บาท**	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม**
วควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การพลัดตกหกล้ม	**ระยะสั้น** - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 2 เดือน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 2 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 2 เดือน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
จัดทำ Care plan นางบุญทัน มะลิรส	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

นางเตียง บึงบัว **บัตรประจำตัวประชน** 3460100472096	**ที่อยู่** 52หมู่ 2 ตำบลบึงวิชัย อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 20 เดือน มกราคม พ.ศ. 2563
วันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2481 **ายุ** 81 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=11, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** การเคลื่อนไหวลำบาก รับยาโรคความดันโลหิตสูงที่คลินิก	
านะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่รับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **รับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นนวนเงิน** 5,000 **บาท**	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม**
ควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 2 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 2 เดือน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
จัดทำ Care plan นางบุญทัน มะลิรส	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

นางลุน ภูทอนธง **เบัตรประจำตัวประชน** 3460100474676	**ที่อยู่** 122หมู่ 1 ตำบลบึงวิชัย อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 20 เดือน มกราคม พ.ศ. 2563
เวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2478 เยุ 84 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=11, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** การเคลื่อนไหวลำบาก	
านะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่รับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **รับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นนวนเงิน** 5,000 **บาท**	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
· การพลัดตกหกล้ม · ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 2 เดือน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 2 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 2 เดือน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
จัดทำ Care plan นางบุญทัน มะลิรส	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

นายทองดี แสนกล้า **ขบัตรประจำตัวประชน** 3460100475061	**ที่อยู่** 131หมู่ 1 ตำบลบึงวิชัย อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 20 เดือน มกราคม พ.ศ. 2563
ดวันที่ 01 เดือน เมษายน พ.ศ. 2481 **ายุ** 81 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=11, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** การเคลื่อนไหวลำบาก ป่วยเป็นโรคเบาหวาน	
ภาวะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ได้รับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ได้รับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 5,000 **บาท**	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 2 เดือน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 2 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 2 เดือน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
จัดทำ Care plan นางบุญทัน มะลิรส	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

นางบับ อิ่มแมน **เบัตรประจำตัวประชน** 3460100476199	**ที่อยู่** 21หมู่ 3 ตำบลบึงวิชัย อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 20 เดือน มกราคม พ.ศ. 2563
ววันที่ 05 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2480 **เยุ** 82 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=4, TAI=13 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** การเคลื่อนไหวลำบาก ป่วยเป็นโรคหัวใจ โรคเก๊าท์ ไตเสื่อมรับยาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์	
านะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่รับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 **รับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นนวนเงิน** 5,000 **บาท**	- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
เควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
· การพลัดตกหกล้ม · การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ง/การแพ้ยา · ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้	
ัดทำ Care plan นางบุญทัน มะลิรส	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

นางอวน ภูยาดวง **เบัตรประจำตัวประชน** 3460100813039	**ที่อยู่** 86หมู่ 42ตำบลบึงวิชัย อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 20 เดือน มกราคม พ.ศ. 2563
ลวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2472 **ายุ** 90 **ปี)**	**วินิจฉัย :** ADL=11, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** การเคลื่อนไหวลำบาก แขนขาอ่อนแรง	
ภาวะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ได้รับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ได้รับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 5,000 **บาท**	- มีความอ่อนแรง ของทำลังมือแขน ขา	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
จัดทำ Care plan นางบุญทัน มะลิรส	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

นางทองใส ยานจาจักร์ **เบัตรประจำตัวประชน** 3460100473653	**ที่อยู่** 39หมู่ 3 ตำบลบึงวิชัย อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 20 เดือน มกราคม พ.ศ. 2563
ดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2496 **ายุ** 66 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=11, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** การเคลื่อนไหวลำบาก ป่วยเป็นเบาหวาน ไตเสื่อม	
ภาวะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่รับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **รับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นนวนเงิน** 5,000 **บาท**	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 2 เดือน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
จัดทำ Care plan นางบุญทัน มะลิรส	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ı นายบุญจันทร์ ถิ่นวิมล **ชบัตรประจำตัวประชน** 3460101048298	**ที่อยู่** 2หมู่ 1 ตำบลบึงวิชัย อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 20 เดือน มกราคม พ.ศ. 2563
ดวันที่ 20 เดือน กันยายน พ.ศ. 2507 **ายุ** 55 **ปี)**	**วินิจฉัย :** ADL=11, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** แขนขาอ่อนแรงป่วยเป็นโรคสะเก็ดเงิน และกระดูกพรุน	
าานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ **ɔรับการสนับสนุน**	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
ในผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ɔรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นานวนเงิน** 5,000 **บาท**	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 2 เดือน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 2 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 2 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 2 เดือน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan นางบุญทัน มะลิรส	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

นางสังรวม ภูครองทอง **เบัตรประจำตัวประชน** 3460100470093	**ที่อยู่** 10หมู่ 1 ตำบลบึงวิชัย อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 20 เดือน มกราคม พ.ศ. 2563
ิวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2492 **ุย** 70 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=4, TAI=13 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** แขนขาอ่อนแรงเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงรับยาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์	
านะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่รับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 **รับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นนวนเงิน** 5,000 **บาท**	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
เควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 2 เดือน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 2 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 2 เดือน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้	
จัดทำ Care plan นางบุญทัน มะลิรส	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายเจริญ ศรีละชุม **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 3460100474293	**ที่อยู่** 28ม.3 ต.บึงวิชัย อ. เมืองกาฬสินธุ์ จ. กาฬสินธุ์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 20 เดือน มกราคม พ.ศ. 2563
เกิดวันที่ 18 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2478 (**อายุ** 84 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=11, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** แขนขาทั้ง2ข้างอ่อนแรงเคลื่อนไหวลำบาก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 5,000 **บาท**	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม	**ระยะสั้น** - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 2 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 2 เดือน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan นางบุญทัน มะลิรส	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

นายกำจัด ญานกาย **ชบัตรประจำตัวประชน** 3460100670963	**ที่อยู่** 143หมู่ 4 ตำบลบึงวิชัย อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 20 เดือน มกราคม พ.ศ. 2563
ดวันที่ 15 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2505 **ายุ** 57 **ปี)**	**วินิจฉัย :** ADL=11, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** การเคลื่อนไหวลำบากแขนขาอ่อนแรงซีกขวา ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองรับยาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์	
าานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ **วรับการสนับสนุน**	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **วรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นานวนเงิน** 5,000 **บาท**	- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 2 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 2 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 2 เดือน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - มีอาชีพ มีรายได้ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	
ุจัดทำ Care plan นางบุญทัน มะลิรส	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสมศรี ญาณสถิตย์ **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3460100675078	**ที่อยู่** 204หมู่ 5 ตำบลบึงวิชัย อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 20 เดือน มกราคม พ.ศ. 2563
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2489 **(อายุ** 73 **ปี)**	**วินิจฉัย :** ADL=4, TAI=11 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ แขนขาอ่อนแรง รับประทานอาหารได้น้อย มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวานและมะเร็งปอดระยะสุดท้าย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 5,000 **บาท**	- รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 1 เดือน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือดว้นอุปกรณ์ทางการแพทย์ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นางบุญทัน มะลิรส	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

นางพัน ภูมิสุทธิ์ **ัตรประจำตัวประชน** 3460100679952	**ที่อยู่** 83หมู่ 5 ตำบลบึงวิชัย อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 20 เดือน มกราคม พ.ศ. 2563
วันที่ 08 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2477 **ายุ** 85 **ปี)**	**วินิจฉัย :** ADL=11, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ปวดตามข้อเท้า เคลื่อนไหวลำบาก ป่วยเป็นโรคเก๊าท์และความดันโลหิตสูงรับยาประจำที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์	
านะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่รับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **รับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นนวนเงิน** 5,000 **บาท**	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 2 เดือน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 2 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 2 เดือน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
จัดทำ Care plan นางบุญทัน มะลิรส	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสายัณ ญาณสถิตย์ **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 3460100681086	**ที่อยู่** 185หมู่ 5 ตำบลบึงวิชัย อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 20 เดือน มกราคม พ.ศ. 2563
เกิดวันที่ 08 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2494 (อายุ 68 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=11, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** เหนื่อยหอบช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง หัวใจโต	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 5,000 **บาท**	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 2 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 2 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 2 เดือน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	
ผู้จัดทำ Care plan นางบุญทัน มะลิรส	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

นางสมศรี สิมารับ **บัตรประจำตัวประชน** 3460100454951	**ที่อยู่** 61หมู่ 6 ตำบลบึงวิชัย อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 20 เดือน มกราคม พ.ศ. 2563
วันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2481 **ยุ** 81 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=11, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** การเคลื่อนไหวลำบาก เป็นโรคความดันโลหิตสูง	
านะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่รับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
ผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **รับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นนวนเงิน** 5,001 **บาท**	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ การพลัดตกหกล้ม	**ระยะสั้น** - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 2 เดือน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ัดทำ Care plan นางบุญทัน มะลิรส	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<table>
<tr><td>นายพุทธา ญาณประสพ
บัตรประจำตัวประชน 3460100669914</td><td>ที่อยู่ 80หมู่ 8 ตำบลบึงวิชัย อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)</td><td>วันที่จัดทำ 20 เดือน มกราคม พ.ศ. 2563</td></tr>
<tr><td>เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2478
(อายุ 84 ปี)</td><td colspan="2">วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ปวดขาทั้ง 2ข้างเดินลำบาก</td></tr>
<tr><td>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ได้รับการสนับสนุน</td><td>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</td><td>การดูแล</td></tr>
<tr><td>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1

ได้รับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 5,000 บาท</td><td>- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา</td><td rowspan="2">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
- โภชนาการ
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม
การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ</td></tr>
<tr><td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td><td>เป้าหมายการดูแล</td></tr>
<tr><td>- การพลัดตกหกล้ม
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</td><td>ระยะสั้น
-
ระยะยาว
- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</td><td></td></tr>
<tr><td>ผู้จัดทำ Care plan นางบุญทัน มะลิรส</td><td colspan="2">ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</td></tr>
</table>

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

อ นางทองใบ ไผ่ฤทธิ์ **เขบัตรประจำตัวประชน** 3460100120645	**ที่อยู่** 98หมู่ 8 ตำบลบึงวิชัย อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 20 เดือน มกราคม พ.ศ. 2563
ิดวันที่ 09 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2494 **งายุ** 68 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=6, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** แขนขาอ่อนแรงซีกขวา เคลื่อนไหวลำบาก เป็นโรคหลอดเลือดสมอง	
เถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่เอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
ป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **เอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นำนวนเงิน** 5,000 **บาท**	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การพลัดตกหกล้ม	**ระยะสั้น** - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 2 เดือน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 2 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 2 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 2 เดือน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางบุญทัน มะลิรส	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

นางพนมวัลย์ ฉายถวิล **ชบัตรประจำตัวประชน** 3460100672010	**ที่อยู่** 129หมู่84 ตำบลบึงวิชัย อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 20 เดือน มกราคม พ.ศ. 2563
ดวันที่ 16 เดือน มกราคม พ.ศ. 2486 **ายุ** 76 **ปี)**	**วินิจฉัย :** ADL=4, TAI=13 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** แขนขาอ่อนแรง ไตวาย ต้องฟอกไตด้วยเครื่องไตเทียม	
ภาวะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ได้รับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 **ได้รับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 5,000 **บาท**	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม**
ที่ควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การพลัดตกหกล้ม	**ระยะสั้น** - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 2 เดือน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 2 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 2 เดือน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
จัดทำ Care plan นางบุญทัน มะลิรส	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสี ญานกาย **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3460100670947	**ที่อยู่** 5หมู่ 8 ตำบลบึงวิชัย อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 20 เดือน มกราคม พ.ศ. 2563
เกิดวันที่ 20 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2481 (**อายุ** 81 **ปี**)	**วินิจฉัย :** ADL=11, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** การเคลื่อนไหวลำบาก พูดจาสับสน มีโรคประจำตัวเบาหวานและความดันโลหิตสูง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 5,000 **บาท**	- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ความสามารถในการมองเห็น	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม**
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การพลัดตกหกล้ม	**ระยะสั้น** - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 2 เดือน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 2 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 2 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 2 เดือน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางบุญทัน มะลิรส	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ง นายบุญทัน ภูถอดใจ **เขบัตรประจำตัวประชน** 3460100667580	**ที่อยู่** 78หมู่ 8 ตำบลบึงวิชัย อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 20 เดือน มกราคม พ.ศ. 2563
เดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2488 **ายุ** 74 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=10, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ปวดขาทั้ง2ข้าง เคลื่อนไหวลำบาก มีโรคประจำตัวต่อมลูกหมากโต	
ถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่อรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
ในผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **อรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นานวนเงิน** 5,000 **บาท**	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การพลัดตกหกล้ม	**ระยะสั้น** - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 2 เดือน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 2 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 2 เดือน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ู้จัดทำ Care plan นางบุญทัน มะลิรส	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

อ นางทองดี แดนนารัตน์ **งชบัตรประจำตัวประชน** 3460100671722	**ที่อยู่** 15หมู่ 8 ตำบลบึงวิชัย อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 20 เดือน มกราคม พ.ศ. 2563
ิดวันที่ 10 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2482 **วายุ** 80 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=10, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** แขนขาอ่อนแรงเคลื่อนไหวลำบาก	
ถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่อรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
ป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **อรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นำนวนเงิน** 5,000 **บาท**	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - **ระยะยาว** - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	
ผู้จัดทำ Care plan นางบุญทัน มะลิรส	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

อ นายบุญทิพย์ พิมพะนิตย์ **เขบัตรประจำตัวประชน** 3460100673491	**ที่อยู่** 115หมู่ 4 ตำบลบึงวิชัย อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 20 เดือน มกราคม พ.ศ. 2563
ิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2483 งายุ 79 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=4, TAI=11 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** เคลื่อนไหวลำบาก เหนื่อยอ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้น้อย ป่วยเป็นวัณโรคปอด	
ถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่อรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
ป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 **เอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นำนวนเงิน** 5,000 **บาท**	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ัอควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การพลัดตกหกล้ม	**ระยะสั้น** - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 2 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 2 เดือน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 2 เดือน - การได้รับช่วยเหลือดานอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 2 เดือน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางบุญทัน มะลิรส	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

อ นางปาน ญานผาด **เขบัตรประจำตัวประชน** 3460100664785	**ที่อยู่** 36หมู่ 4 ตำบลบึงวิชัย อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 20 เดือน มกราคม พ.ศ. 2563
ิดวันที่ 11 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2489 **ายุ** 73 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=11, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** การเคลื่อนไหวลำบาก ป่วยเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	
ถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่อรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
ป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **อรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นำนวนเงิน** 5,000 **บาท**	- ความสามารถในการมองเห็น - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ือควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 2 เดือน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 2 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 2 เดือน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางบุญทัน มะลิรส	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

อ นางขอด ศรีวิไสย **เขบัตรประจำตัวประชน** 3460100667181	**ที่อยู่** 74หมู่ 8ตำบลบึงวิชัย อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 20 เดือน มกราคม พ.ศ. 2563
ิดวันที่ 13 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2471 **ายุ** 91 **ปี)**	**วินิจฉัย :** ADL=9, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** การเคลื่อนไหวลำบาก ขาอ่อนแรง	
ถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่อรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
ป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **อรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นำนวนเงิน** 5,000 **บาท**	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 2 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 2 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 2 เดือน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ู้จัดทำ Care plan นางบุญทัน มะลิรส	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

อ นางผุย ญาณสถิตย์ **ลขบัตรประจำตัวประชน** 3460100665722	**ที่อยู่** 65หมู่ 8 ตำบลบึงวิชัย อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 20 เดือน มกราคม พ.ศ. 2563
ิดวันที่ 15 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2478 อายุ 84 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=11, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ปวดขา เคลื่อนไหวลำบาก หลังค่อม	
ถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่อรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
ป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **อรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 5,000 บาท	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - สุขภาพจิต และกิจกรรมฝ่อนคลายความเครียด **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้านภายใน 2 เดือน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 2 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 2 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 2 เดือน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางบุญทัน มะลิรส	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

นางดี แสงครจิตร **บัตรประจำตัวประชน** 3460100116851	**ที่อยู่** 96หมู่ 7 ตำบลบึงวิชัย อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 20 เดือน มกราคม พ.ศ. 2563
วันที่ 06 เดือน เมษายน พ.ศ. 2482 **ยุ** 80 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=0, TAI=12 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** เหนื่อยอ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้น้อย ป่วยเป็นเนื้อ้งอกในสมอง	
านะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ **รับการสนับสนุน**	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 **รับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นมวนเงิน** 5,000 **บาท**	- กลืนลำบาก - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - สมอง (Brain) **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
วรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ การกินอาหาร/สำลักอาหาร	**ระยะสั้น** - ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนและการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ	
ัดทำ Care plan นางบุญทัน มะลิรส	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

นางสมมัคร ไรแสง **บัตรประจำตัวประชน** 3460100113002	**ที่อยู่** 39หมู่ 7 ตำบลบึงวิชัย อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 20 เดือน มกราคม พ.ศ. 2563
เกิดวันที่ 12 เดือน มกราคม พ.ศ. 2485 **(อายุ** 77 **ปี)**	**วินิจฉัย :** ADL=11, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ได้รับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ได้รับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 5,000 **บาท**	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
การพลัดตกหกล้ม ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้านภายใน 2 เดือน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 2 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 2 เดือน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้	
จัดทำ Care plan นางบุญทัน มะลิรส	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

นายเกา เกติยะ **เบัตรประจำตัวประชน** 3460100112057	**ที่อยู่** 28หมู่ 7 ตำบลบึงวิชัย อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 20 เดือน มกราคม พ.ศ. 2563
งวันที่ 24 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2487 **เยุ** 75 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=11, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** แขนขาอ่อนแรง ติดสุราดื่มเป็นประจำ	
านะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่รับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **รับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นนวนเงิน** 5,000 **บาท**	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การพลัดตกหกล้ม	**ระยะสั้น** - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 2 เดือน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 2 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 2 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 2 สัปดาห์ **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
จัดทำ Care plan นางบุญทัน มะลิรส	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

นางประยงค์ อ้อวิชัย **บัตรประจำตัวประชน** 3460100117768	**ที่อยู่** 113หมู่ 7 ตำบลบึงวิชัย อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 20 เดือน มกราคม พ.ศ. 2563
วันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2497 **ยุ** 65 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=11, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** การเคลื่อนไหวลำบาก รับยาโรคเบาหวานที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์	
านะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่รับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
ผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **รับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นนวนเงิน** 5,000 **บาท**	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
· ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ · การพลัดตกหกล้ม	**ระยะสั้น** - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 2 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 2 เดือน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
จัดทำ Care plan นางบุญทัน มะลิรส	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง [อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี]

นางดวงจันทร์ พิงพิน **บัตรประจำตัวประชน** 3460100114386	**ที่อยู่** 59หมู่ 9 ตำบลบึงวิชัย อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 20 เดือน มกราคม พ.ศ. 2563
วันที่ 07 เดือน มกราคม พ.ศ. 2494 **ยุ** 68 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=11, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ปวดข้อเข่าเคลื่อนไหวลำบาก มีโรคประจำตัวดรคความดันโลหิตสูง	
ะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่รับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
ผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **รับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นนวนเงิน** 5,000 **บาท**	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
การพลัดตกหกล้ม ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 2 เดือน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 2 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 2 เดือน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
จัดทำ Care plan นางบุญทัน มะลิรส	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

นางบาล นันเรียม **บัตรประจำตัวประชน** 3460100116494	**ที่อยู่** 92หมู่ 9 ตำบลบึงวิชัย อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 20 เดือน มกราคม พ.ศ. 2563
วันที่ 04 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2468 **ยุ** 94 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=11, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** -	
านะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่รับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **รับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นนวนเงิน** 5,000 **บาท**	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
การพลัดตกหกล้ม ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 2 เดือน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 2 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 2 เดือน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	
ัดทำ Care plan นางบุญทัน มะลิรส	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายสำราญ จองคำ **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 3460100114165	**ที่อยู่** 56หมู่ที่9 ตำบลบึงวิชัย อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 20 เดือน มกราคม พ.ศ. 2563
เกิดวันที่ 01 เดือน เมษายน พ.ศ. 2491 **(อายุ** 71 **ปี)**	**วินิจฉัย :** ADL=4, TAI=11 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** เหนื่อยอ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้บ้าง มีท้องมานตับโต น้ำหนักลด	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 5,000 **บาท**	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด - ท้อง (stomach) **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม**
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การพลัดตกหกล้ม	**ระยะสั้น** - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 2 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 2 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 2 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 2 เดือน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางบุญทัน มะลิรส	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

นางดื๋อ ญานกาย **งบัตรประจำตัวประชน** 3460100667971	**ที่อยู่** 73หมู่ 8 ตำบลบึงวิชัย อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 20 เดือน มกราคม พ.ศ. 2563
ะวันที่ 09 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2498 **ายุ** (64 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=4, TAI=13 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ไตวายระยะสุดท้าย ฟอกไตทางหน้าท้อง	
านะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่รับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 **รับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 5,000 **บาท**	- รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
เควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
· การพลัดตกหกล้ม · ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ัดทำ Care plan นางบุญทัน มะลิรส	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

นายคำพันธ์ จำเริญไกร **บัตรประจำตัวประชน** 3460100662693	**ที่อยู่** 94หมู่ 4 ตำบลบึงวิชัย อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 20 เดือน มกราคม พ.ศ. 2563
วันที่ 12 เดือน กันยายน พ.ศ. 2488 **ยุ** 74 **ปี)**	**วินิจฉัย :** ADL=4, TAI=13 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ไตวายระยะสุดท้าย ฟอกไตทางหน้าท้อง	
านะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่รับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 **รับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นนวนเงิน** 5,000 **บาท**	- รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
การพลัดตกหกล้ม ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 2 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 2 เดือน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ	
ดทำ Care plan นางบุญทัน มะลิรส	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

นายทวี ญาณสถิตย์ **บัตรประจำตัวประชน** 3460100665714	**ที่อยู่** 65หมู่ 8ตำบลบึงวิชัย อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 20 เดือน มกราคม พ.ศ. 2563
วันที่ 03 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2475 **ยุ** 87 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=11, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** แขนขาอ่อนแรง เคลื่อนไหวลำบาก	
านะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่รับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **รับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นนวนเงิน** 5,000 **บาท**	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ การพลัดตกหกล้ม	**ระยะสั้น** - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้านภายใน 2 เดือน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 2 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 2 เดือน **ระยะยาว** - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	
ัดทำ Care plan นางบุญทัน มะลิรส	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

นางจันทร์ บุตรสารส **บัตรประจำตัวประชน** 5460100074836	**ที่อยู่** 74หมู่ 6 ตำบลบึงวิชัย อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 20 เดือน มกราคม พ.ศ. 2563
วันที่ 14 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2490 **ยุ** 72 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=11, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** แขนขาอ่อนแรง เคลื่อนไหวลำบาก	
านะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่รับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **รับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นนวนเงิน** 5,000 **บาท**	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
เควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 2 เดือน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 2 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 2 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 2 เดือน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	
จัดทำ Care plan นางบุญทัน มะลิรส	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

นายจันทร์ ฉายถวิล **เบัตรประจำตัวประชน** 3460100672001	**ที่อยู่** 53หมู่ 8 ตำบลบึงวิชัย อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 20 เดือน มกราคม พ.ศ. 2563
ะวันที่ 15 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2481 **ายุ** 81 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=4, TAI=13 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ไตวายระยะสุดท้ายฟอกไตด้วยเครื่องไตเทียม	
ภาวะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ได้รับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 **ได้รับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 5,000 **บาท**	- รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม**
ควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 2 เดือน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 2 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 2 เดือน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ	
จัดทำ Care plan นางบุญทัน มะลิรส	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

นางสมจิตร กองอำไพ **เบัตรประจำตัวประชน** 3460100681540	**ที่อยู่** 197หมู่ 5ตำบลบึงวิชัย อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 20 เดือน มกราคม พ.ศ. 2563
งวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2498 **ายุ** 64 **ปี)**	**วินิจฉัย :** ADL=4, TAI=13 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ไตวายระยะสุดท้ายต้องฟอกไตทางหน้าท้อง	
านะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่รับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 **รับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นนวนเงิน** 5,000 **บาท**	- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
เควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ /การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 2 เดือน - การได้รับช่วยเหลือดวันอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 2 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
จัดทำ Care plan นางบุญทัน มะลิรส	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	