

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาวคลีน อารีบำบัด เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3950500256612	ที่อยู่ 74 ม.5 อ. ยะหา จ. ยะลา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 12 เดือน เมษายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2471 (อายุ 93 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน NaN บาท	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย - การอาบน้ำ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - บริการพิเศษอื่นๆ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ประสงค์ในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
รับประทานอาหาร/สลักอาหาร - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.วรมล บุญธรรม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [.....]

ลงชื่อ.....อปท.
 [.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 [.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นาย เสงี่ยม ๓ ๗๖๖ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3950500252749	ที่อยู่ 60 ม.2 อ. ยะหา จ. ยะลา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 12 เดือน เมษายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2484 (อายุ 80 ปี)	วินิจฉัย : ADL=8, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน NaN บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - จงกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.วรมล บุญธรรม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

[.....]

ลงชื่อ.....อปท.

[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายจรัญ คำรงค์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3950500249802	ที่อยู่ 32/1 ม.2 อ. ยะหา จ. ยะลา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 12 เดือน เมษายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 20 เดือน กันยายน พ.ศ. 2491 (อายุ 73 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน NaN บาท		การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/หลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ - รพพैया - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด - บริการพิเศษอื่นๆ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.วรมล บุญธรรม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
[.....]

ลงชื่อ.....อปท.
[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางประไพ แฉ่นรัตน์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5950500001718	ที่อยู่ 13/2 ม.1 ต.ตาชี อ. ยะหา จ. ยะลา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 10 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 12 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2495 (อายุ 69 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยมีประวัติป่วยด้วยโรคเบาหวานเป็นเวลา 8 ปี ไม่สามารถควบคุมเบาหวานได้ อยู่ในระดับดี ปัจจุบันมีอาการสับสน หลงลืม ไม่สามารถดูแลตัวเองได้ในเรื่องกิจวัตรประจำวันบางครั้งลืม อาบน้ำ หรือลืมทานอาหาร มีอาการหลงคน หลงเวลา	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,000 บาท	- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สมอง (Brain) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว
- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ย - รพ. แพทย์	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้ป่วย
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.วรมล บุญธรรม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [.....]

ลงชื่อ.....อปท.
 [.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 [.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นาย บุญลา ล้นจันทิ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3940200071463	ที่อยู่ 2/1 ม.1 อ. ยะหา จ. ยะลา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 12 เดือน เมษายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2495 (อายุ 69 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน NaN บาท	- กลืนบัสสาวะไม่ได้ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สมอง (Brain) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด - บริการพิเศษอื่นๆ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การพลัดตกหกล้ม รับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.วรมล บุญธรรม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
[พจ. วรมล บุญธรรม]

ลงชื่อ.....อปท.
[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง [อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นาย นพ. ภูมิ นพรัตน์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3130100147759	ที่อยู่ 13/2 ม.1 ต.ตาชี อ. ยะหา จ. ยะลา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 10 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2493 (อายุ 71 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยเพศชาย อาศัยกับภรรยาและบุตรชาย ผู้ป่วยมีประวัติโรคหลอดเลือดสมอง มีอาการหลงลืม พูดไม่ชัด ขับถ่ายไม่รู้ตัวในบางครั้ง สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง แต่ต้อง มีผู้เตรียมให้ ทานอาหารเองได้ ทำความสะอาดตัวเองได้แต่ต้องมีผู้ดูแลเพิ่มเติม	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,000 บาท	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - ความสามารถในการมองเห็น - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบอบขับถ่าย(อุจจาระ) - การช่วยในระบอบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สมอง (Brain) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อ... ระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.วรมล บุญธรรม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [.....]

ลงชื่อ.....อปท.
 [.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 [.....]

ลำดับ	สปสช. เขต	จังหวัด	อำเภอ	รหัสหน่วยจัดบริการ	ชื่อหน่วยจัดบริการ	รหัส อปท	ชื่อ อปท	รหัสบัตรประจำตัวประชาชน
1	เขต 12 สงขลา	ยะลา	ยะหา	10060	รพ.สต.บ้านนอก	J4146	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(อบต.ตาชี)	3950500252749
2	เขต 12 สงขลา	ยะลา	ยะหา	10060	รพ.สต.บ้านนอก	J4146	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(อบต.ตาชี)	3940200071463
3	เขต 12 สงขลา	ยะลา	ยะหา	10060	รพ.สต.บ้านนอก	J4146	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(อบต.ตาชี)	3950500256396
4	เขต 12 สงขลา	ยะลา	ยะหา	10060	รพ.สต.บ้านนอก	J4146	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(อบต.ตาชี)	3950500256612
5	เขต 12 สงขลา	ยะลา	ยะหา	10060	รพ.สต.บ้านนอก	J4146	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(อบต.ตาชี)	59505000001718
6	เขต 12 สงขลา	ยะลา	ยะหา	10060	รพ.สต.บ้านนอก	J4146	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(อบต.ตาชี)	3130100147759

ชื่อ - นามสกุล	อายุ	สิทธิการรักษาพยาบาล	วันที่ลงทะเบียน	วันที่ตรวจสอบสิทธิ	ADL	กลุ่ม	TAI	สถานะ	ไม่ขอรับงบปีปัจจุบัน	กรณีทดแทน	หมายเหตุ
นายเพลา ตะมะเส	81	OFC	04/03/2565	08/04/2565	8	2	C2	ยืนยัน			
นายบุญมา สันยะโชติ	70	WEL	04/03/2565	08/04/2565	11	1	B3	ยืนยัน			
นางพวง ทองคำ	90		03/03/2565	08/04/2565	4	3	I3	ยืนยัน			เสียชีวิต
นางคลีน อาริบัติ	94	OFC	03/03/2565	08/04/2565	4	4	I1	ยืนยัน			
นางประไพ แมนรัตน์	69	WEL	03/03/2565	08/04/2565	11	2	C3	ยืนยัน			
นายบุญมี แมนรัตน์	72	WEL	03/03/2565	08/04/2565	11	2	C3	ยืนยัน			