ข้อตกลงการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง
ระหว่าง
เทศบาลตำบลสวนขัน กับ รพ.สต.เฉลิมพระเกียรติวัดสวนขัน

ข้อตกลงเลขที่ ...๑.... /๒๕๖๘

ข้อตกลงนี้ทำขึ้น ณ เทศบาลตำบลสวนขัน ตั้งอยู่ที่ อำเภอ ช้างกลาง จังหวัด นครศรีธรรมราช เมื่อวันที่ ๐๑ เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ.๒๕๖๘ ระหว่าง เทศบาลตำบลสวนขัน
โดย...นายไพรินทร์ ใยน้อย นายกเทศมนตรีตำบลสวนขัน ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลสวนขัน... (ผู้บริหารสูงสุดหรือผู้ที่ได้รับมอบอำนาจ) ซึ่งต่อไปในข้อตกลงนี้เรียกว่า **“องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น”** ฝ่ายหนึ่งกับ รพ.สต.เฉลิมพระเกียรติวัดสวนขัน
โดย...นายเอกชัย เลขาผล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเฉลิมพระเกียรติวัดสวนขัน... (ผู้บริหารสูงสุดหรือผู้ที่ได้รับมอบอำนาจ) ซึ่งต่อไปในข้อตกลงนี้เรียกว่า **“หน่วยจัดบริการ”** อีกฝ่ายหนึ่ง โดยมีข้อความดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ การดำเนินงาน ทั้งสองฝ่ายตกลงร่วมกันในการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ตามชุดสิทธิประโยชน์ในเอกสารแนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

ข้อ ๒ การจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง และสรุปแผนการดูแลรายบุคคลและค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง (เหมาจ่าย) ต่อคนต่อปี ตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์การ ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ให้เป็นไปตามเอกสารแนบท้าย ข้อตกลงนี้

ข้อ ๓ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตกลงสนับสนุนเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ ในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง) จำนวนทั้งสิ้นไม่เกิน ๓๓๔,๑๔๔.๐๐.- บาท (-สามแสนสามหมื่นสี่พันหนึ่งร้อยสี่สิบสี่บาทถ้วน-) โดยเป็นจำนวนเงิน ๓๓๔,๑๔๔.๐๐.- บาท (-สามแสนสามหมื่นสี่พันหนึ่งร้อยสี่สิบสี่บาทถ้วน-) ซึ่งได้รวมภาษีมูลค่าเพิ่มตลอดจนภาษีอากรอื่นๆ และค่าใช้จ่ายทั้งปวงไว้ด้วยแล้ว

ข้อ ๔ หน่วยจัดบริการเริ่มดำเนินงานตามข้อตกลงตั้งแต่วันที่ ๐๑ เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ.๒๕๖๘ สิ้นสุดในวันที่ ๓๐ เดือน มกราคม พ.ศ.๒๕๖๙ โดยเมื่อสิ้นสุดการดำเนินงานตามข้อตกลง ให้หน่วยจัดบริการรายงานผลการดำเนินงาน ในโปรแกรม LTC

ข้อ ๕ กรณีหน่วยจัดบริการไม่ปฏิบัติตามข้อตกลงทำให้เกิดความล่าช้าหรือความเสียหายองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นมีสิทธิ์ยกเลิกข้อตกลง และระงับการจ่ายเงินสนับสนุนโดยผู้จัดบริการยินยอมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรียกเงินสนับสนุนที่จ่ายไปแล้วคืนทั้งหมดหรือบางส่วนได้

/ข้อตกลง...

ข้อตกลงนี้ทำขึ้นสองฉบับมีข้อความถูกต้องตรงกัน ซึ่งทั้งสองฝ่ายได้อ่านและเข้าใจข้อความโดยตลอด จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อ .... องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
(นายไพรินทร์ ใยน้อย)
นายกเทศมนตรีตำบลสวนขัน

ลงชื่อ .... หน่วยจัดบริการ
(นายเอกชัย เลขาผล)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเฉลิมพระเกียรติวัดสวนขัน

ลงชื่อ .... พยาน
(นางสาวสุดารัตน์ ทองจิตร)
นักวิชาการสุขาภิบาลชำนาญการ

ลงชื่อ .... พยาน
(นางจันทราวดี จิตรวิบูลย์)

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศตำบลสวนขัน โทร. ๐ ๗๕๔๑ ๙๑๗๗

ที่ นศ ๕๗๐๐๑(บท)/(สปชส)/ **วันที่** มีนาคม ๒๕๖๘

เรื่อง ขออนุมัติเบิกจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลสวนขันเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘

เรียน ประธานคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลสวนขัน

๑.เรื่องเดิม

ตามที่คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงเทศบาลตำบลสวนขัน ได้อนุมัติโครงการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง และแผนการดูแลรายบุคคล รวมทั้งค่าใช้จ่ายตามแผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ให้แก่ รพ.สต.เฉลิมพระเกียรติวัดสวนขัน เป้าหมายในการดูแลทั้งหมด ๓๒ ราย ในวงเงินงบประมาณที่ขอรับการสนับสนุน ๑๐,๔๔๒ บาท/คน จำนวน ๓๓๔,๑๔๔.๐๐ บาท (สามแสนสามหมื่นสี่พันหนึ่งร้อยสี่สิบสี่บาทถ้วน) โดยจ่ายงวดเดียว นั้น

๒.ข้อเท็จจริง

ในการนี้ รพ.สต.เฉลิมพระเกียรติวัดสวนขัน มีความประสงค์จะขอเบิกเงิน เพื่อนำไปดำเนินการตามโครงการฯและ แผนการดูแลรายบุคคลดังกล่าว ประจำปี ๒๕๖๘ โดยมีรายละเอียดดังนี้

- รพ.สต.เฉลิมพระเกียรติวัดสวนขัน จำนวน ๓๓๔,๑๔๔.๐๐ บาท (สามแสนสามหมื่นสี่พันหนึ่งร้อยสี่สิบสี่บาทถ้วน) โดยจ่ายงวดเดียว

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ๓๓๔,๑๔๔.๐๐ บาท (สามแสนสามหมื่นสี่พันหนึ่งร้อยสี่สิบสี่บาทถ้วน)

๓.ข้อกฎหมาย

๓.๑ ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ.๒๕๖๗ ลงวันที่ ๑๓ สิงหาคม ๒๕๖๗ หมวด ๑ การรับเงิน การเก็บรักษาเงิน การจ่ายเงิน การจัดทำบัญชีและรายงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพ (๒) การจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพ ดังต่อไปนี้

(๒.๑) การจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพให้ผู้บริหารสูงสุดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสั่งจ่ายได้ตามวัตถุประสงค์ของเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพ ตามที่คณะกรรมการกองทุนหรือคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงอนุมัติ แล้วแล้วแต่กรณี

(๒.๒) วิธีการจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพ ให้จ่ายได้ ดังต่อไปนี้

๒.๒.๑ จ่ายเป็นเช็คขีดคร่อม ตั๋วแลกเงิน หรือธนาณัติ

๒.๒.๒ จ่ายทางธนาคารหรือทางอิเล็กทรอนิกส์

๒.๒.๓ จ่ายทางอื่นตามที่คณะกรรมการกองทุนกำหนด

(๒.๓) ให้ผู้บริหารสูงสุดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือรองผู้บริหารสูงสุดที่ผู้บริหารสูงสุดมอบหมายหรือปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นคนใดคนหนึ่ง ลงนามร่วมกับพนักงานส่วนท้องถิ่น คนใดคนหนึ่งที่ผู้บริหารสูงสุดมอบหมายไว้จำนวนสองคน รวมเป็นผู้ลงนามสองคน เป็นผู้เบิกเงินจากบัญชีกองทุน

/หลักประกัน...

หลักประกันสุขภาพตามที่คณะกรรมการกองทุน หรือคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงอนุมัติ แล้วแล้วแต่กรณี

(๒.๔) การจ่ายให้ผู้มีสิทธิรับเงินที่เป็นหน่วยบริการ สถานบริการ หน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานอื่น ให้หัวหน้าของหน่วยบริการ สถานบริการ หน่วยงานสาธารณสุข หรือหน่วยผู้รับเงิน หากไม่สามารถมารับเงินได้ด้วยตนเอง จะมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้รับเงินแทนก็ให้ทั้งนี้ต้องมีหนังสือมอบอำนาจที่ชัดเจน

(๒.๕) การจ่ายให้ผู้มีสิทธิรับเงินที่เป็นองค์กรหรือกลุ่มประชาชน ให้ผู้แทนที่ได้รับหมอบหมายจากองค์กรหรือกลุ่มประชาชน ไม่น้อยกว่าสองคนขึ้นขึ้นเป็นผู้รับเงิน

(๒.๖) การจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพ ต้องมีหลักฐานการจ่ายเป็นใบเสร็จรับสำคัญรับเงิน ตามแบบที่สำนักงานกำหนด หรือหรือหลักฐานการนำเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้มีสิทธิ หรือหลักฐานการรับเงินอย่างอื่น ตามที่คณะกรรมการกองทุนกำหนด เก็บไว้เพื่อการตรวจสอบ

๔.ข้อพิจารณา

เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติเบิกจ่ายเงินดังกล่าว ตามที่คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงเทศบาลตำบลสวนขัน ได้อนุมัติโครงการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง และแผนการดูแลรายบุคคลประจำปีงบ ๒๕๖๘ เพื่อนำไปดำเนินการตามโครงการฯและ แผนการดูแลรายบุคคลดังกล่าว ให้มีประสิทธิภาพโดยมีการเบิกจ่ายเงิน ดังนี้

๔.๑ รพ.สต.เฉลิมพระเกียรติวัดสวนขัน จำนวน ๓๓๔,๑๔๔.๐๐ บาท (สามแสนสามหมื่นสี่พันหนึ่งร้อยสี่สิบสี่บาทถ้วน) โดยจ่ายงวดเดียว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(นายโชคชัย จันทร์แจ่มศรี)
เลขานุการคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลสวนขัน

__คำสั่ง__ ประธานคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลตำบลสวนขัน

(✓) อนุมัติ
( ) ไม่อนุมัติ เพราะ..

(นายไพรินทร์ ใยน้อย)
ประธานคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลตำบลสวนขัน

รหัสสาขา Branch Code	0135	บัญชีเลขที่ Account No	020207648[illegible]36
ชื่อสาขา Branch Name	สาขาจันดี	รหัสโครงการ Project Code	

บัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลสวนขันเพื่อการ
ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง

2001 - บัญชีเงินฝากออมทรัพย์ (ใช้สมุดคู่ฝาก)

13402621

ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร
BANK FOR AGRICULTURE AND AGRICULTURAL COOPERATIVES

ผู้มีอำนาจลงนาม
Authorized Signature

เล่มที่ 00013402621

วันที่ DATE	สาขา ORG.BR.	คำย่อ CODE	ถอน WITHDRAWAL	ฝาก DEPOSIT	ยอดคงเหลือ BALANCE	เจ้าหน้าที่ STAFF ID.
28/09/67	0001	IIPS		##############236.33	##############784.35	9400
06/03/68	0001	SPSC17		#########501,216.00	#########502,000.35	930001

ข้อกำหนดและเงื่อนไข

1. นำสมุดเงินฝากและบัตรประจำตัวประชาชนมาธนาคารทุกครั้งที่ฝากหรือถอน
2. ธนาคารจะบันทึกดอกเบี้ยให้ในวันเสาร์สุดท้ายเดือนกันยายนและมีนาคมของทุกปี
3. ยอดเงินที่ปรากฏในสมุดเงินฝากจะถือว่าถูกต้องเมื่อได้รับการตรวจสอบยอดตรงกับบัญชีเงินฝากของธนาคารแล้ว กรณียอดเงินคงเหลือเป็นศูนย์ธนาคารจะปิดบัญชีทันที
4. การเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุล ที่อยู่ ผู้ฝากต้องแจ้งให้ธนาคารทราบ กรณีสมุดเงินฝากหาย ผู้ฝากต้องแจ้งความต่อเจ้าหน้าที่ตำรวจ และแจ้งให้ธนาคารทราบโดยเร็ว
5. ในกรณีที่บัญชีขาดการติดต่อ และยอดคงเหลือในบัญชีต่ำกว่าที่กำหนด ธนาคารจะปิดบัญชี และ/หรือคิดค่าธรรมเนียมรักษาบัญชีตามหลักเกณฑ์ที่ธนาคารกำหนด

41-009

รหัสสาขา 0135
Branch Code

บัญชีเลขที่ 012152487109
Account No.

ชื่อสาขา สาขาจันดี
Branch Name

รหัสโครงการ ....
Project Code

ชื่อบัญชี
Account Name

สอ.เฉลิมพระเกียรติวัดสวนขัน

2001 - บัญชีเงินฝากออมทรัพย์ (ใช้สมุดคู่ฝาก)

183288923

ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร
BANK FOR AGRICULTURE AND AGRICULTURAL CO-OPERATIVES
ธนาคารของรัฐ

เล่มที่ **000183288923**

ผู้มีอำนาจลงนาม
Authorized Signature

16-03/61

เลขที่รับ ๑๐/
วันที่ 27 ม.ค. 2568
เวลา ๑๐.๓๐ น.

ที่นศ ๒๒๓๓.๐๗/๑๐

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเฉลิมพระเกียรติ
วัดสวนขัน ตำบลสวนขัน อำเภอช้างกลาง
จังหวัดนครศรีธรรมราช ๘๐๒๕๐

๒๘ มกราคม ๒๕๖๘

เรื่อง ขอส่งโครงการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ประจำปี 2568

เรียน ประธานอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง เทศบาลตำบลสวนขันสวนขัน

สิ่งที่แนบมาด้วย ๑. โครงการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ปี ๒๕๖๘
๒.แผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง

ด้วย รพ.สต.เฉลิมพระเกียรติวัดสวนขัน อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้จัดทำโครงการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาว ะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลสวนขัน ๖ หมู่บ้าน (เขตพื้นที่รับผิดชอบของหมู่ที่๑,๒,๓,๗,๘,๙) เสร็จสิ้นแล้วตามรายละเอียดที่แนบ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายเอกชัย เลขาผล)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเฉลิมพระเกียรติวัดสวนขัน

โครงการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง สรุปแผนการดูแลรายบุคคลและค่าบริการตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฯ ท้องถิ่น

ส่วนที่ ๑:โครงการ

เรียน ประธานคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง องค์การบริหารส่วนตำบลสวนขัน อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

ด้วยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเฉลิมพระเกียรติวัดสวนขัน อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช มีความประสงค์จะจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลสวนขัน จำนวน ๖ หมู่บ้าน (เขตพื้นที่รับผิดชอบของรพ.สต.เฉลิมพระเกียรติวัดสวนขัน หมู่ที่๑,๒,๓,๗,๘,๙)โดยขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศฯ โดยเป็นค่าบริการฯ(เหมาจ่าย) ต่อคนต่อปี จำนวน ๓๒ คน รวมเป็นเงินทั้งสิ้น จำนวน ๓๓๔,๑๔๔ บาท (สามแสนสามหมื่นสี่พันหนึ่งร้อยสี่สิบสี่บาทถ้วน) รายละเอียด มีดังนี้

กลุ่มติดบ้าน				กลุ่มติดเตียง				รวม	
กลุ่มที่ ๑ เคลื่อนไหวได้บ้างมีปัญหาการกิน/การขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสน		กลุ่มที่ ๒ กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้างมีภาวะสับสน และอาจมีปัญหาการกิน/การขับถ่าย		กลุ่มที่ ๓ กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ไม่มีปัญหาการกิน/การขับถ่ายหรือเจ็บป่วยรุนแรง		กลุ่มที่ ๔ กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต			
จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)
๒๒	๒๒๙,๗๒๔	๓	๓๑,๓๒๖	๔	๔๑,๗๖๘	๓	๓๑,๓๒๖	๓๒	๓๓๔,๑๔๔

ทั้งนี้ ได้แนบเอกสารสรุปแผนการดูแลรายบุคคลและค่าบริการฯ(เหมาจ่าย)ต่อคนต่อปีเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการฯ รายละเอียดตามเอกสารแนบ

ระยะเวลาดำเนินการช่วง กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘ – มกราคม ๒๕๖๙

ลงชื่อ...ผู้จัดทำโครงการ

(นายเอกชัย เลขาผล)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเฉลิมพระเกียรติวัดสวนขัน

๒๘ มกราคม ๒๕๖๘

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อขอรับการสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่ายรายปี)

สำเร็จ
ส่งข้อมูลการขอเบิกจ่ายไปที่ สปสช. แล้ว ×

ชื่อ นายเฉลิม นุมาศ **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3800400207467	**ที่อยู่** 165 ม.1 ต.สวนขัน อ.ช้างกลาง จ.นครศรีธรรมราช **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)** 0866966192	**วันที่จัดทำ** 17 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 05 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2478 (อายุ 89 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=4, TAI=I2 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้สูงอายุรูปร่างผอม แขน ขา ขวาอ่อนแรง ช่วยตัวเองได้น้อย เคลื่อนไหวโดย ญาติต้องช่วยประคอง ทานอาหารได้น้อย กลั้นปัสสาวะ อุจจาระไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่าตอบแทน CG 12 เดือน ค่าแพมเพิส อาหารเสริม /นม ค่าแผ่นรองซับการขับถ่าย รถเข็น	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 2 ชิ้น/วัน - แผ่นรองซับการขับถ่าย จำนวน 2 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ	
ผู้จัดทำ Care plan นางภัทราวดี จิตรวิบูลย์	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ..**ผู้ปฏิบัติงาน (CM)**
(นาง ภัทราวดี จิตรวิบูลย์)

ลงชื่อ..**เจ้าหน้าที่การเงิน**
(นางสาวนัยนา บรรพิทักษ์)
([illegible]ปฏิบัติงาน)

ลงชื่อ..**อปท.**
(นายไพรินทร์ ใยน้อย)
นายกเทศมนตรีตำบลสวนขัน

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

สำเร็จ
ส่งข้อมูลการขอผ้าอ้อมไปที่ สปสช. แล้ว

ชื่อ มโน ขำสุวรรณกุล **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 3800400177843	**ที่อยู่** 177 ม.1 ต.สวนขัน อ.ช้างกลาง จ.นครศรีธรรมราช **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)** 0929633510	**วันที่จัดทำ** 17 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 10 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2488 (อายุ 79 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=10, TAI=C2 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้สูงอายุ รูปร่างผอม หูตึง มีภาวะหลง ลืม ทานอาหารได้น้อย ดื้อ	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,442 **บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่าตอบแทน CG 12 เดือน ค่าแพมเพิส นม ค่าแผ่นรองซับการขับถ่าย	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 2 ชิ้น/วัน - แผ่นรองซับการขับถ่าย จำนวน 2 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - การหลงทาง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ	
ผู้จัดทำ Care plan นางภัทราวดี จิตรวิบูลย์	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ..**ผู้ปฏิบัติงาน (CM)**
(นางภัทราวดี จิตรวิบูลย์)

ลงชื่อ..**อปท.**
(นายไพรินทร์ เยน้อย)
นายกเทศมนตรีตำบลสวนขัน

ลงชื่อ..**เจ้าหน้าที่การเงิน**
(นางสาวนัยนา บรรดิศักดิ์)
[illegible]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ น.ส.หนูเขน ปรีชา **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3800400200012	**ที่อยู่** 9/1 ม.1 ต.สวนขัน อ.ช้างกลาง จ.นครศรีธรรมราช **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)** 0957506247	**วันที่จัดทำ** 17 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2483 (อายุ 84 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=9, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้สูงอายุ รูปร่างผอม หูตึง ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน เคลื่อนไหว เดินเองไม่ได้ ญาติช่วยเป็นส่วนมาก กลั้นปัสสาวะได้บางครั้ง ทานอาหารได้น้อย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,442 บาท **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่าตอบแทน CG 12 เดือน ค่าแพมเพิส อาหารเสริม /นม ค่าแผ่นรองซับการขับถ่าย เครื่องวัดความดันโลหิต	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 2 ชิ้น/วัน - แผ่นรองซับการขับถ่าย จำนวน 2 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ	
ผู้จัดทำ Care plan นางภัทราวดี จิตรวิบูลย์	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ..**ผู้ปฏิบัติงาน (CM)**
(นาง ภัทราวดี จิตรวิบูลย์)

ลงชื่อ..**เจ้าหน้าที่การเงิน**
(นางสาวนัยนา [illegible])
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน

ลงชื่อ..**อปท.**
(นาย[illegible])
นายกเทศมนตรีตำบลสวนขัน

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง [illegible] สนับสนุน งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ [illegible])

สำเร็จ
ส่งข้อมูลการขอผ้าอ้อมไปที่ สปสช. แล้ว ×

ชื่อ นางเพิ่ม รักษาศรี **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3800400200713	**ที่อยู่** 19 ม.1 ต.สวนขัน อ.ช้างกลาง จ.นครศรีธรรมราช **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)** 0895932618	**วันที่จัดทำ** 17 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 20 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2477 (อายุ 90 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=11, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้สูงอายุรูปร่างท้วม หูตึง ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน ญาติช่วยส่วนมาก ปวดหลัง ปวดเอว เดินเองไม่ได้ ความดันโลหิตสูง ทานยาไม่สม่ำเสมอ ทานอาหารได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่าตอบแทน CG 12 เดือน นม ค่าแผ่นรองซับการขับถ่าย walker เครื่องวัดความดันโลหิต	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - แผ่นรองซับการขับถ่าย จำนวน 2 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางภัทราวดี จิตรวิบูลย์	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ...**ผู้ปฏิบัติงาน (CM)**
(นาง ภัทราวดี จิตรวิบูลย์)

ลงชื่อ...**เจ้าหน้าที่การเงิน**
(นางสาวนัยนา บรรดิศกดิ์)
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน

ลงชื่อ...**อปท.**
(นายไพโรจน์ [illegible])
นายกเทศมนตรีตำบล[illegible]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายศราวุธ แก้วมงคล **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 3800900773721	**ที่อยู่** 205 ม.1 ต.สวนขัน อ.ช้างกลาง จ.นครศรีธรรมราช **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)** 0653859451	**วันที่จัดทำ** 17 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 17 เดือน เมษายน พ.ศ. 2514 (อายุ 53 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=10, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้สูงอายุรูปร่างผอม แขน ขา ขวาอ่อนแรง ช่วยตัวเองได้น้อย เคลื่อนไหวโดย ญาติต้องช่วยประคอง ทานอาหารได้น้อย กลั้นปัสสาวะได้บางครั้งไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,442 **บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่าตอบแทน CG 12 เดือน ค่าแพมเพิส ค่าแผ่นรองซับการขับถ่าย walker	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan นางภัทราวดี จิตรวิบูลย์	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ...**ผู้ปฏิบัติงาน (CM)**
(นาง ภัทราวดี จิตรวิบูลย์)

ลงชื่อ...**อปท.**
(...)

ลงชื่อ...**เจ้าหน้าที่การเงิน**
(นางสาวนัยนา บรรดิศกดิ์)
(...)
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาว [illegible] ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง [illegible] สนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชย [illegible]

สำเร็จ
ส่งข้อมูลการขอเบิกจ่ายไปที่ สปสช. แล้ว ×

ชื่อ นางประทุม ราชรักษ์ **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3800400258738	**ที่อยู่** 146ม.2 ต.สวนขัน อ.ช้างกลาง จ.นครศรีธรรมราช **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)** 0818821862	**วันที่จัดทำ** 17 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2492 (อายุ 75 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=11, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้สูงอายุรูปร่างท้วม แขน ขา ขวาอ่อนแรง ช่วยตัวเองได้บางส่วน เคลื่อนไหวโดยใช้เก้าอี้เลื่อน ทานอาหารได้ กลั้นปัสสาวะได้บางครั้งไม่ได้ เหงา อยู่คนเดียว ความดันโลหิตสูง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่าตอบแทน CG 12 เดือน ค่าแพมเพิส อาหารเสริม/ นม ค่าแผ่นรองซับการขับถ่าย รถเข็น เครื่องวัดความดันโลหิต	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - แผ่นรองซับการขับถ่าย จำนวน 2 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ	
ผู้จัดทำ Care plan นางภัทราวดี จิตรวิบูลย์	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ......................................ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
(นาง ภัทราวดี จิตรวิบูลย์)

ลงชื่อ......................................อปท.
(นายไพรินทร์ ใยน้อย)
นายกเทศมนตรีตำบลสวนขัน

ลงชื่อ......([illegible])......เจ้าหน้าที่การเงิน
(เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะ[illegible]ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง[illegible]สนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชย[illegible])

สำเร็จ
ส่งข้อมูลการขอผ้าอ้อมไปที่ สปสช. แล้ว ×

<table>
<tr><td>ชื่อ น.ส.จิราพร ชัยสวัสดิ์
เลขบัตรประจำตัวประชน 3841600255644</td><td>ที่อยู่ 126 ม.0 ต.สวนขัน อ.ช้างกลาง
จ.นครศรีธรรมราช
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0633058601</td><td>วันที่จัดทำ 27 เดือน มกราคม พ.ศ. 2568</td></tr>
<tr><td>เกิดวันที่ 05 เดือน มกราคม พ.ศ. 2517
(อายุ 51 ปี)</td><td colspan="2">วินิจฉัย : ADL=5, TAI=B3
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุรูปร่างผอม สีหน้าอิดโรย ทานอาหารได้น้อย ช่วยตัวเองได้น้อย ขับถ่ายใส่ผ้าอ้อม กลั้นไม่ได้บางครั้ง on foley' s cath</td></tr>
<tr><td>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</td><td>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</td><td>การดูแล</td></tr>
<tr><td>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท
โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าตอบแทน CG 12 เดือน ค่าแพมเพิส อาหารเสริม นม ค่าแผ่นรองซับการขับถ่าย เครื่องวัดความดันโลหิต</td><td>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้
- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ
- รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา</td><td rowspan="5">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)
- การเคลื่อนย้าย
- โภชนาการ
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การบริการด้านอุปกรณ์
การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</td></tr>
<tr><td colspan="2">การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้</td></tr>
<tr><td colspan="2">มีความต้องการ/ควรได้รับ
- ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 2 ชิ้น/วัน
- แผ่นรองซับการขับถ่าย จำนวน 2 ชิ้น/วัน</td></tr>
<tr><td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td><td>เป้าหมายการดูแล</td></tr>
<tr><td>- การพลัดตกหกล้ม
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</td><td>ระยะสั้น
-
ระยะยาว
- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
- ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ</td></tr>
<tr><td>ผู้จัดทำ Care plan นางภัทราวดี จิตรวิบูลย์</td><td colspan="2">ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</td></tr>
</table>

ลงชื่อ...**ผู้ปฏิบัติงาน (CM)**
(นาง ภัทราวดี จิตรวิบูลย์)

ลงชื่อ...**เจ้าหน้าที่การเงิน**
(นางสาวนัยนา บรรดิ[illegible])
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน

ลงชื่อ...**อปท.**
(นายไพรินทร์ ใยน้อย)
นายกเทศมนตรีตำบลสวนขัน

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ [illegible])

สำเร็จ
ส่งข้อมูลการขอผ้าอ้อมไปที่ สปสช. แล้ว ×

ชื่อ นางประคอง รัตนแก้ว **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3800400199928	**ที่อยู่** 8/1 ม.1 ต.สวนขัน อ.ช้างกลาง จ.นครศรีธรรมราช **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)** 0844411790	**วันที่จัดทำ** 16 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 04 เดือน กันยายน พ.ศ. 2490 (อายุ 77 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=7, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้สูงอายุรูปร่างท้วม ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน ญาติช่วยส่วนมาก เดินเองไม่ได้ ขาทั้ง 2 ข้างชา ทานอาหารได้ ขับถ่ายใส่แพมเพิส ทานอาหารได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,442 บาท **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่าตอบแทน CG 12 เดือน ค่าแพมเพิส ค่าแผ่นรองซับการขับถ่าย	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - กลั้นปัสสาวะไม่ได้	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 2 ชิ้น/วัน - แผ่นรองซับการขับถ่าย จำนวน 2 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - **ระยะยาว** - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	
ผู้จัดทำ Care plan นางภัทราวดี จิตรวิบูลย์	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ......................................**ผู้ปฏิบัติงาน (CM)**
(นาง ภัทราวดี จิตรวิบูลย์)

ลงชื่อ......................................**อปท.**
(นายไพรินทร์ ไย[illegible])
นายกเทศมนตรีตำบลสว[illegible]

ลงชื่อ......................................**เจ้าหน้าที่การเงิน**
(นางสาวนยนา บรรณ[illegible]ดี)
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาว[illegible]ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง[illegible]สนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ [illegible])

สำเร็จ
ส่งข้อมูลการขอผ้าอ้อมไปที่ สปสช. แล้ว

ชื่อ นายโชคดี บางโรย **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 3800400207947	**ที่อยู่** 1 ม.2 ต.สวนขัน อ.ช้างกลาง จ.นครศรีธรรมราช **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)** 0908638236	**วันที่จัดทำ** 17 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2479 (อายุ 88 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=9, TAI=C3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้สูงอายุรูปร่างท้วม ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน ญาติต้องดูแลใกล้ชิด หลงๆลืมๆสั้น ความดันโลหิตสูง เดินเองไม่ได้ทานอาหารได้ ขับถ่ายใส่แพมเพิส	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่าตอบแทน CG 12 เดือน ค่าแพมเพิส อาหารเสริม นม ค่าแผ่นรองซับการขับถ่าย รถเข็น เครื่องวัดความดันโลหิต	- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - กลั้นปัสสาวะไม่ได้	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 2 ชิ้น/วัน - แผ่นรองซับการขับถ่าย จำนวน 2 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การหลงทาง - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ	
ผู้จัดทำ Care plan นางภัทราวดี จิตรวิบูลย์	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ.....................................**ผู้ปฏิบัติงาน (CM)**
(นาง ภัทราวดี จิตรวิบูลย์)

ลงชื่อ.....................................**อปท.**
(นายไพรินทร์ ไชน้อย)
นายกเทศมนตรีตำบลสวนขัน

ลงชื่อ.....................................**เจ้าหน้าที่การเงิน**
(นางสาวนัยนา [illegible])
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะ[illegible]ผู้ที่มีภ[illegible]ะพึ่งพิงจา[illegible]ณ [illegible]สนับสนุน งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชย[illegible]บาท/ราย/ปี)

สำเร็จ
ส่งข้อมูลการขอผ้าอ้อมไปที่ สปสช. แล้ว ×

ชื่อ นายสุชาติ วงศ์สวัสดิ์ **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3800400211201	**ที่อยู่** 38/4ม.2 ต.สวนขัน อ.ช้างกลาง จ.นครศรีธรรมราช **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)** 0981461287	**วันที่จัดทำ** 17 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 26 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2502 (อายุ 65 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=3, TAI=I2 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้สูงอายุรูปร่างผอม แขน ขา ขวาอ่อนแรง ช่วยตัวเองได้น้อย ญาติต้องช่วยเป็นส่วนมากในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทานอาหารได้น้อย กลั้นปัสสาวะอุจจาระไม่ได้ ไม่มีแผลได้บางครั้งไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,442 **บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่าตอบแทน CG 12 เดือน ค่าแพมเพิส อาหารเสริม/ นม ค่าแผ่นรองซับการขับถ่าย ลูกรอก รถเข็น	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 2 ชิ้น/วัน - แผ่นรองซับการขับถ่าย จำนวน 2 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางภัทราวดี จิตรวิบูลย์	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ.......................................**ผู้ปฏิบัติงาน (CM)**
(นาง ภัทราวดี จิตรวิบูลย์)

ลงชื่อ.......................................**อปท.**
(นายไพรินทร์ ใยน้อย)
นายกเทศมนตรีตำบลสวนขัน

ลงชื่อ.......................................**เจ้าหน้าที่การเงิน**
(นางสาวนัยนา บรรด[illegible]เด)
เจ้าพนักงานการเงิน[illegible]ปฏิบัติงาน

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่ายรายปี)

สำเร็จ ×
ส่งข้อมูลการขอผ้าอ้อมไปที่ สปสช. แล้ว

ชื่อ นายสมปอง ราชรักษ์ **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 3800400216946	**ที่อยู่** 114 ม.2 ต.สวนขัน อ.ช้างกลาง จ.นครศรีธรรมราช **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)** 0897297937	**วันที่จัดทำ** 17 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 16 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2475 (อายุ 92 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=4, TAI=I3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้สูงอายุรูปร่างผอม แขน ขา ขวาอ่อนแรง ช่วยตัวเองได้น้อย เคลื่อนไหวโดย ญาติต้องช่วยประคอง ทานอาหารได้น้อย หลงๆลืมๆ ญาติต้องดูแลใกล้ชิด	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,442 **บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่าตอบแทน CG 12 เดือน ค่าแพมเพิส อาหารเสริม /นม ค่าแผ่นรองซับการขับถ่าย เตียงผู้ป่วย	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 2 ชิ้น/วัน - แผ่นรองซับการขับถ่าย จำนวน 2 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ	
ผู้จัดทำ Care plan นางภัทราวดี จิตรวิบูลย์	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ..**ผู้ปฏิบัติงาน (CM)**
(นาง ภัทราวดี จิตรวิบูลย์)

ลงชื่อ..**เจ้าหน้าที่การเงิน**
(นางสาวนัยนา บรร[illegible])
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน

ลงชื่อ..**อปท.**
(นายไพรินทร์ ใยน้อย)
นายกเทศมนตรีตำบลสวนขัน

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางประทาน ภิญโญ **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 3800400212827	**ที่อยู่** 53 ม.8 ต.สวนขัน อ.ช้างกลาง จ.นครศรีธรรมราช **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)** 0612186702	**วันที่จัดทำ** 17 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2484 (อายุ 83 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=11, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้สูงอายุรูปร่างผอม หลังคู้งอ นอนหงายไม่ได้ ปวดหลัง เคลื่อนไหวโดย ญาติต้องช่วยประคอง ทานอาหารได้น้อย ควบคุมความดันไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,442 **บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่าตอบแทน CG 12 เดือน ค่าแพมเพิส นม ค่าแผ่นรองซับการขับถ่าย เครื่องวัดความดันโลหิต	- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางภัทราวดี จิตรวิบูลย์	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ..**ผู้ปฏิบัติงาน (CM)**
(นาง ภัทราวดี จิตรวิบูลย์)

ลงชื่อ..**อปท.**
(นายไพรินทร์ ใยน้อย)
นายกเทศมนตรีตำบลสวนขัน

ลงชื่อ..**เจ้าหน้าที่การเงิน**
(นางสาวนัยนา บรรดิ[illegible])
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีปฏิบัติงาน

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายสุเทพ เทพนุรักษ์ **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 3800400890949	**ที่อยู่** 113 ม.1 ต.สวนขัน อ.ช้างกลาง จ.นครศรีธรรมราช **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)** 0998636404	**วันที่จัดทำ** 17 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 05 เดือน เมษายน พ.ศ. 2513 (อายุ 54 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=9, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้สูงอายุรูปร่างผอม แขน ขวาอ่อนแรง ร่างกายท่อนล่างชา ช่วยตนเองไม่ได้นอนติดเตียง ญาติต้องช่วยจัดอาหาร และช่วยในเรื่องขับถ่าย ทานอาหารได้น้อย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่าตอบแทน CG 12 เดือน อาหารเสริม/ นม ค่าแผ่นรองซับการขับถ่าย เครื่องวัดความดันโลหิต	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ข้อติด/ข้อเท้าตก	**ระยะสั้น** - **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางภัทราวดี จิตรวิบูลย์	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ..ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

(นาง ภัทราวดี จิตรวิบูลย์)

ลงชื่อ..เจ้าหน้าที่การเงิน

(นางสาวนัยนา บรรดิ[illegible]ดี)

เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน

ลงชื่อ..อปท.

(นายไพรินทร์ ใยน้อย)

นายกเทศมนตรีตำบลสวนขัน

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาว[illegible]ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง[illegible] สนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชย[illegible]

สำเร็จ
ส่งข้อมูลการขอผ้าอ้อมไปที่ สปสช. แล้ว

ชื่อ นางอุษา เลาลาศ **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3800400221869	**ที่อยู่** 19/1 ม.7 ต.สวนขัน อ.ช้างกลาง จ.นครศรีธรรมราช **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)** 0934787137	**วันที่จัดทำ** 16 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 01 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2498 (อายุ 69 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=9, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้สูงอายุรูปร่างท้วม ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน ญาติช่วยส่วนมาก ปวดหลัง ปวดเอว เดินเองไม่ได้ทานอาหารได้ ขับถ่ายใส่แพมเพิส ล้างไตที่รพ.	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่าตอบแทน CG 12 เดือน ค่าแพมเพิส รถเข็น	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - ท้อง (stomach) **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 2 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางภัทราวดี จิตรวิบูลย์	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ..**ผู้ปฏิบัติงาน (CM)**
(นาง ภัทราวดี จิตรวิบูลย์)

ลงชื่อ..**อปท.**
(นายไพรินทร์ ไยน้อย)
นายกเทศมนตรีตำบลสวนขัน

ลงชื่อ..**เจ้าหน้าที่การเงิน**
(นางสาวนัยนา บรรดิ[illegible])
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

สำเร็จ
ส่งข้อมูลการขอผ้าอ้อมไปที่ สปสช. แล้ว

ชื่อ นายทินกร บรรดิศักดิ์ **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3800400201116	**ที่อยู่** 71/1 ม.1 ต.สวนขัน อ.ช้างกลาง จ.นครศรีธรรมราช **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)** 0895932618	**วันที่จัดทำ** 16 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2494 (อายุ 73 ปี)	**วินิจฉัย** : ADL=10, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้สูงอายุ รูปร่างผอม ผิวแห้ง มีแผลที่คอ และที่ท้องไว้ฟอกไต เหนื่อยบางครั้ง ทานอาหารได้น้อย สับสนบางครั้ง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่าตอบแทน CG 12 เดือน ค่าแพมเพิส นม	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - ท้อง (stomach) **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม**
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 2 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การพลัดตกหกล้ม	**ระยะสั้น** - **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางภัทราวดี จิตรวิบูลย์	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ..ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
(นาง ภัทราวดี จิตรวิบูลย์)

ลงชื่อ..เจ้าหน้าที่การเงิน
(นางสาวนัยนา บรรดิ[illegible]ดิ์)
(..)
[illegible]

ลงชื่อ..อปท.
(นายไพรินทร์ ไชน้อย)
(..)
นายกเทศมนตรีตำบลสวนขัน

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ น.ส.สุใจ ศรีอินทร์ **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 3800400214170	**ที่อยู่** 8 ม.8 ต.สวนขัน อ.ช้างกลาง จ.นครศรีธรรมราช **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)** 0909163089	**วันที่จัดทำ** 17 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 14 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2503 (อายุ 64 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=10, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้สูงอายุรูปร่างผอม แขน ขา ขวาอ่อนแรง ช่วยตัวเองได้น้อย เคลื่อนไหวโดยกระเถิบไปเข้าห้องน้ำเอง ทานอาหารได้น้อย เหงา อยู่บ้านคนเดียว	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่าตอบแทน CG 12 เดือน อาหารเสริม /นม ค่าแผ่นรองซับการขับถ่าย เครื่องวัดความดันโลหิต	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา	**ระยะสั้น** - **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ	
ผู้จัดทำ Care plan นางภัทราวดี จิตรวิบูลย์	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ...**ผู้ปฏิบัติงาน (CM)**
(นาง ภัทราวดี จิตรวิบูลย์)

ลงชื่อ...**เจ้าหน้าที่การเงิน**
(นางสาวนัยนา บรรดิษฐ์)
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน

ลงชื่อ...**อปท.**
(นายไพรินทร์ ไชน้อย)
นายกเทศมนตรีตำบลสวนขัน

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อขอรับการสนับสนุน งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ [illegible]

สำเร็จ
ส่งข้อมูลการขอผ้าอ้อมไปที่ สปสช. แล้ว

ชื่อ นางพวง เดชา **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3800400214552	**ที่อยู่** 80 ม.8 ต.สวนขัน อ.ช้างกลาง จ.นครศรีธรรมราช **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)** 0630744870	**วันที่จัดทำ** 16 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2466 (อายุ 101 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=4, TAI=I3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้สูงอายุรูปร่างผอมมองไม่ค่อยเห็น ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน ญาติช่วยส่วนมาก เดินเองได้แต่ต้องมีญาติช่วย ทานอาหารได้ น้อย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่าตอบแทน CG 12 เดือน ค่าแพมเพิส ค่าแผ่นรองซับการขับถ่าย อุปกรณ์ทางการแพทย์ นม /อาหารเสริม	- ความสามารถในการมองเห็น - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - กลั้นปัสสาวะไม่ได้	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม**
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 2 ชิ้น/วัน - แผ่นรองซับการขับถ่าย จำนวน 1 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	**ระยะสั้น** - **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ	
ผู้จัดทำ Care plan นางภัทราวดี จิตรวิบูลย์	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ..................................ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
(นาง ภัทราวดี จิตรวิบูลย์)

ลงชื่อ.....Walm.....เจ้าหน้าที่การเงิน
(นางสาวนิยมา บรรดาวิทย์)
([illegible])

ลงชื่อ..................................อปท.
(นายไพรินทร์ โยน้อย)
นายกเทศมนตรีตำบลสวนขัน

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสาธารณสุข สนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ [illegible])

สำเร็จ
ส่งข้อมูลการขอผ้าอ้อมไปที่ สปสช. แล้ว
×

ชื่อ นางหนูพริ้ม สวัสดี **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 3800400204531	**ที่อยู่** 63 ม.7 ต.สวนขัน อ.ช้างกลาง จ.นครศรีธรรมราช **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)** 0933834746	**วันที่จัดทำ** 17 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2485 (อายุ 82 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=7, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้สูงอายุรูปร่างผอม สีหน้าอิดโรย มีภาวะหลงๆลืมๆ ทานอาหารได้น้อย ช่วยตัวเองได้น้อย ขับถ่ายใส่ผ้าอ้อม กลั้นไม่ได้ ตาทั้ง 2 ข้าง มองไม่เห็น ปวดเข่า เดินเองไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,442 บาท **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่าตอบแทน CG 12 เดือน ค่าแพมเพิส อาหารเสริม/ นม ค่าแผ่นรองซับการขับถ่าย	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 2 ชิ้น/วัน - แผ่นรองซับการขับถ่าย จำนวน 2 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางภัทราวดี จิตรวิบูลย์	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ...ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
(นาง ภัทราวดี จิตรวิบูลย์)

ลงชื่อ...เจ้าหน้าที่การเงิน
(นางสาวนัยนา บรรดิ[illegible]ดี)
[illegible]

ลงชื่อ...อปท.
(นายไพรินทร์ ใยน้อย)
นายกเทศมนตรีตำบลสวนขัน

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาว [illegible] ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง [illegible] สนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชย [illegible])

สำเร็จ
ส่งข้อมูลการขอผ้าอ้อมไปที่ สปสช. แล้ว ×

ชื่อ นางบุษบา ราวักษ์ **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3800400206495	**ที่อยู่** 114/1 ม.7 ต.สวนขัน อ.ช้างกลาง จ.นครศรีธรรมราช **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)** 0800383816	**วันที่จัดทำ** 17 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 16 เดือน กันยายน พ.ศ. 2483 **(อายุ 84 ปี)**	**วินิจฉัย :** ADL=10, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้สูงอายุรูปร่างท้วม ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน ญาติช่วยส่วนมาก ปวดเข่า ปวดเอว เดินเองไม่ได้ทานอาหารได้ ขับถ่ายใส่แพมเพิส	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,442 **บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่าตอบแทน CG 12 เดือน ค่าแพมเพิส ค่าแผ่นรองซับการขับถ่าย นม เครื่องวัดความดันโลหิต walker	- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - กลั้นปัสสาวะไม่ได้	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 2 ชิ้น/วัน - แผ่นรองซับการขับถ่าย จำนวน 2 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan นางภัทราวดี จิตรวิบูลย์	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ..**ผู้ปฏิบัติงาน (CM)**
(นาง ภัทราวดี จิตรวิบูลย์)

ลงชื่อ..**เจ้าหน้าที่การเงิน**
(นางสาวนิยม [illegible])
[illegible]

ลงชื่อ..**อปท.**
(นายไพรินทร์ ใยน้อย)
นายกเทศมนตรีตำบลสวนขัน

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาว[illegible]ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง[illegible]สนับสนุน งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชย[illegible])

สำเร็จ
ส่งข้อมูลการขอผ้าอ้อมไปที่ สปสช. แล้ว ×

ชื่อ นางกิ้มฟุ้ง ศรีพุฒ **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 3800400269136	**ที่อยู่** 217 ม.3 ต.สวนขัน อ.ช้างกลาง จ.นครศรีธรรมราช **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)** 0908728890	**วันที่จัดทำ** 16 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2490 (อายุ 77 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=1, TAI=I2 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้สูงอายุ รูปร่างผอมแขนขาข้างขวาอ่อนแรง ข้อติด ไม่มีแผล ทานอาหารเหลว ทานเองช้าๆ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ มีภาวะหลงลืม สับสน	

สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน

เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท
โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าตอบแทน CG 12 เดือน ค่าแพมเพิส อาหารเสริม นม ค่าแผ่นรองซับการขับถ่าย เตียงผู้ป่วย

ประเด็นปัญหา/ความต้องการ

- กลั้นปัสสาวะไม่ได้
- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา
- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ
- สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้

การดูแล

การดูแลพยาบาลทั่วไป
- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)
- การเคลื่อนย้าย
- โภชนาการ
- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
- การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)

การดูแลพยาบาลเฉพาะ
การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม

การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้

มีความต้องการ/ควรได้รับ
- ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 2 ชิ้น/วัน
- แผ่นรองซับการขับถ่าย จำนวน 1 ชิ้น/วัน

ข้อควรระวังในการให้บริการ
- การพลัดตกหกล้ม
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร
- การหลงทาง
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ

เป้าหมายการดูแล

ระยะสั้น
-

ระยะยาว
- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
- ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ

ผู้จัดทำ Care plan นางภัทราวดี จิตรวิบูลย์

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)

ลงชื่อ......................................ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
(นาง ภัทราวดี จิตรวิบูลย์)

ลงชื่อ......................................อปท.
(นายไพรินทร์ ไชน้อย)
นายกเทศมนตรีตำบลสวนขัน

ลงชื่อ......................................เจ้าหน้าที่การเงิน
(นางสาวนัยนา บรรด[illegible])
เจ้าพ[illegible]ชำนาญงาน

✓

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางประคอง วงศ์สวัสดิ์ **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 3800400223519	**ที่อยู่** 39/2 ม.3 ต.สวนขัน อ.ช้างกลาง จ.นครศรีธรรมราช **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)** 0658080695	**วันที่จัดทำ** 11 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2492 (อายุ 75 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=9, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้สูงอายุรูปร่างผอม แขน ขา ขวาอ่อนแรง ช่วยตัวเองได้น้อย เคลื่อนไหวโดย ญาติต้องช่วยประคอง ทานอาหารได้น้อย กลั้นปัสสาวะได้บางครั้งไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่าตอบแทน CG 12 เดือน ค่าแพมเพิส อาหารเสริม นม ค่าแผ่นรองซับการขับถ่าย อุปกรณ์ทางการแพทย์ รถเข็น	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 2 ชิ้น/วัน - แผ่นรองซับการขับถ่าย จำนวน 1 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	
ผู้จัดทำ Care plan นางภัทราวดี จิตรวิบูลย์	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ..ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
(นาง ภัทราวดี จิตรวิบูลย์)

ลงชื่อ..เจ้าหน้าที่การเงิน
(นางสาวนัยนา บรรดิ[illegible])
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน

ลงชื่อ..อปท.
(นายไพรินทร เยน้อย)
นายกเทศมนตรีตำบลสวนขัน

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางเจียม ช่วยเพ็ชร **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3800400219821	**ที่อยู่** 104 ม.3 ต.สวนขัน อ.ช้างกลาง จ.นครศรีธรรมราช **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)** 0921289717	**วันที่จัดทำ** 12 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2480 (อายุ 87 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=7, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้สูงอายุรูปร่างผอม แขน ขา ขวาอ่อนแรง ช่วยตัวเองได้น้อย เคลื่อนไหวโดย ญาติต้องช่วยประคอง ทานอาหารได้น้อย กลั้นปัสสาวะได้บางครั้งไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,442 **บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่าตอบแทน CG 12 เดือน ค่าแพมเพิส อาหารเสริม นม ค่าแผ่นรองซับการขับถ่าย รถเข็น	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม**
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 2 ชิ้น/วัน - แผ่นรองซับการขับถ่าย จำนวน 2 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	
ผู้จัดทำ Care plan นางภัทราวดี จิตรวิบูลย์	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ..**ผู้ปฏิบัติงาน (CM)**
(นาง ภัทราวดี จิตรวิบูลย์)

ลงชื่อ..**อปท.**
(นายไพรินทร์ ไยน้อย)
นายกเทศมนตรีตำบลสวนขัน

ลงชื่อ..(นางสาวนัยนา บรรดิษฐ์)..**เจ้าหน้าที่การเงิน**
(เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสมจิตร ศรีพุฒ **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 3800400231104	**ที่อยู่** 8 ม.3 ต.สวนขัน อ.ช้างกลาง จ.นครศรีธรรมราช **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)** 0848436492	**วันที่จัดทำ** 17 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 01 เดือน เมษายน พ.ศ. 2482 (อายุ 85 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=8, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้สูงอายุ รูปร่างผอม มีภาวะหลง ลืม ทานอาหารได้น้อย รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่าตอบแทน CG 12 เดือน ค่าแพมเพิส อาหารเสริม/นม ค่าแผ่นรองซับการขับถ่าย เครื่องความดันโลหิต walker	- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan นางภัทราวดี จิตรวิบูลย์	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ..ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
(นาง ภัทราวดี จิตรวิบูลย์)

ลงชื่อ..อปท.
(นายไพรินทร์ ไยน้อย)
นายกเทศมนตรีตำบลสวนขัน

ลงชื่อ..เจ้าหน้าที่การเงิน
(นางสาวนัยนา บรรพิ[illegible]ดี)
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ น.ส.ทัศนัย ทองวิจิตร **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3800400092686	**ที่อยู่** 9 ม.3 ต.สวนขัน อ.ช้างกลาง จ.นครศรีธรรมราช **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)** 0650534642	**วันที่จัดทำ** 17 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 10 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2521 (อายุ 46 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=4, TAI=I3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้ป่วยหญิงรูปร่างผอม นอนบนเตียง ปวดหลัง ปวดกระดูก ทานอาหารได้น้อย เหนื่อย ญาติต้องช่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทุกอย่างเป็นส่วนมาก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,422 บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่าตอบแทน CG 12 เดือน ค่าแพมเพิส อาหารเสริม/ นม ค่าแผ่นรองซับการขับถ่าย เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องผลิตออกซิเจน	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 2 ชิ้น/วัน - แผ่นรองซับการขับถ่าย จำนวน 2 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	
ผู้จัดทำ Care plan นางภัทราวดี จิตรวิบูลย์	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ..ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
(นาง ภัทราวดี จิตรวิบูลย์)

ลงชื่อ..อปท.
(นายไพรินทร์ ใยน้อย)
(..)
นายกเทศมนตรีตำบลสวนขัน

ลงชื่อ.....(นางสาว[illegible]).....เจ้าหน้าที่การเงิน
(เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายประสิทธิ์ มงคล **เลขบัตรประจำตัวประชน** 5802200000425	**ที่อยู่** 116 ม.3 ต.สวนขัน อ.ช้างกลาง จ.นครศรีธรรมราช **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)** 0937623817	**วันที่จัดทำ** 16 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 27 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2505 (อายุ 62 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=11, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้สูงอายุรูปร่างผอม แขนทั้ง 2 ข้างงอ ขางอ เดินไม่ได้แต่กำเนิด เคลื่อนไหวโดยกระเถิบไปเอง มี ญาติต้องช่วยประคอง ทานอาหารได้ อยู่บ้านคนเดียว	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่าตอบแทน CG 12 เดือน อาหารเสริม/ นม เครื่องวัดความดันโลหิต	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	**ระยะสั้น** - **ระยะยาว** - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นางภัทราวดี จิตรวิบูลย์	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ..ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
(นาง ภัทราวดี จิตรวิบูลย์)

ลงชื่อ..อปท.
(นายไพรินทร์ ไยน้อย)
นายกเทศมนตรีตำบลสวนขัน

ลงชื่อ..เจ้าหน้าที่การเงิน
(นางสาวนัยนา บรรดิ[illegible])
[illegible]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง [illegible] สนับสนุน งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชย [illegible])

สำเร็จ
ส่งข้อมูลการขอผ้าอ้อมไปที่ สปสช. แล้ว ×

ชื่อ นางอำพล กริ้นหอม **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 3800400230949	**ที่อยู่** 201 ม.3 ต.สวนขัน อ.ช้างกลาง จ.นครศรีธรรมราช **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)** 0828198565	**วันที่จัดทำ** 17 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 02 เดือน เมษายน พ.ศ. 2485 **(อายุ 82 ปี)**	**วินิจฉัย :** ADL=10, TAI=C4 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้สูงอายุรูปร่างผอม มีภาวะหลงๆลืมๆ ดื้อ เดินเองได้ ญาติต้องดูแลอย่างใกล้ชิด ทานยาความดัน เบาหวานไม่สม่ำเสมอ	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่าตอบแทน CG 12 เดือน ค่าแพมเพิส ค่าแผ่นรองซับการขับถ่าย เครื่องวัดความดันโลหิต นม	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ

การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้

มีความต้องการ/ควรได้รับ

- ผ้าอ้อมผู้ใหญ่	จำนวน 2 ชิ้น/วัน
- แผ่นรองซับการขับถ่าย	จำนวน 2 ชิ้น/วัน

ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**
- การพลัดตกหกล้ม - การหลงทาง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า
ผู้จัดทำ Care plan นางภัทราวดี จิตรวิบูลย์	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**

ลงชื่อ.......................................ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
(....นาง ภัทราวดี จิตรวิบูลย์....)

ลงชื่อ.......................................เจ้าหน้าที่การเงิน
(....นางสาวนัยนา บรรดิษฐ์....)
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน

ลงชื่อ.......................................อปท.
(....นายไพรินทร์ ใยน้อย....)
นายกเทศมนตรีตำบลสวนขัน

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาว[illegible]ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง[illegible]สนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชย[illegible]

สำเร็จ

ส่งข้อมูลการขอผ้าอ้อมไปที่ สปสช. แล้ว ×

ชื่อ นางถวิล ธราพร **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3800400230256	**ที่อยู่** 171/1 ม.3 ต.สวนขัน อ.ช้างกลาง จ.นครศรีธรรมราช **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)** 0848484503	**วันที่จัดทำ** 17 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2480 (อายุ 87 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=9, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้สูงอายุรูปร่างผอม ช่วยตัวเองได้น้อย เคลื่อนไหวโดย ญาติต้องช่วยประคอง ทานอาหารได้น้อย กลั้นปัสสาวะได้บางครั้งไม่ได้ อ่อนเพลีย ความดันโลหิตควบคุมไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,442 **บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่าตอบแทน CG 12 เดือน ค่าแพมเพิส อาหารเสริม/ นม ค่าแผ่นรองซับการขับถ่าย เครื่องวัดความดันโลหิต	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 2 ชิ้น/วัน - แผ่นรองซับการขับถ่าย จำนวน 2 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้	
ผู้จัดทำ Care plan นางภัทราวดี จิตรวิบูลย์	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ...ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
(.....นาง ภัทราวดี จิตรวิบูลย์.....)

ลงชื่อ...เจ้าหน้าที่การเงิน
(นางสาวนัยนา บรรดิ[illegible])
(...)
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน

ลงชื่อ...อปท.
(นายไพรินทร์ ไยน้อย)
(...)
นายกเทศมนตรีตำบลสวนขัน

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาว [illegible] ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง [illegible] สนับสนุน งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชย [illegible])

สำเร็จ
ส่งข้อมูลการขอผ้าอ้อมไปที่ สปสช. แล้ว ×

<table>
<tr><td>ชื่อ นางบุญมี สุขจันทร์
เลขบัตรประจำตัวประชน 3800400279867</td><td>ที่อยู่ 214 ม.3 ต.สวนขัน อ.ช้างกลาง
จ.นครศรีธรรมราช
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0878886967</td><td>วันที่จัดทำ 16 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2567</td></tr>
<tr><td>เกิดวันที่ 16 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2492
(อายุ 75 ปี)</td><td colspan="2">วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุรูปร่างผอม แขน ขา ขวาอ่อนแรง ช่วยตัวเองได้น้อย เคลื่อนไหวโดย ญาติต้องช่วยประคอง ทานอาหารได้น้อย กลั้นปัสสาวะได้บางครั้งไม่ได้</td></tr>
<tr><td>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</td><td>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</td><td>การดูแล</td></tr>
<tr><td>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท
โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าตอบแทน CG 12 เดือน ค่าแพมเพิส อาหารเสริม/ นม ค่าแผ่นรองซับการขับถ่าย รถเข็น</td><td>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้
- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา</td><td rowspan="5">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- การเคลื่อนย้าย
- โภชนาการ
- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การบริการด้านอุปกรณ์
การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</td></tr>
<tr><td colspan="2">การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้</td></tr>
<tr><td colspan="2">มีความต้องการ/ควรได้รับ
- ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 2 ชิ้น/วัน
- แผ่นรองซับการขับถ่าย จำนวน 1 ชิ้น/วัน</td></tr>
<tr><td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td><td>เป้าหมายการดูแล</td></tr>
<tr><td>- การพลัดตกหกล้ม
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</td><td>ระยะสั้น
-
ระยะยาว
- เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์
- ไม่มีภาวะซึมเศร้า
- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</td></tr>
<tr><td>ผู้จัดทำ Care plan นางภัทราวดี จิตรวิบูลย์</td><td colspan="2">ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</td></tr>
</table>

ลงชื่อ...**ผู้ปฏิบัติงาน (CM)**
(นาง ภัทราวดี จิตรวิบูลย์)

ลงชื่อ...**เจ้าหน้าที่การเงิน**
(นางสาวนัยนา บรรดิ[illegible])
[illegible]

ลงชื่อ...**อปท.**
(นายไพรินทร์ ใยน้อย)
นายกเทศมนตรีตำบลสวนขัน

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาว[illegible]ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง[illegible]สนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชย[illegible])

สำเร็จ
ส่งข้อมูลการขอผ้าอ้อมไปที่ สปสช. แล้ว ×

ชื่อ นางหนูพิศ กรุ๊นหอม **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 3800400231007	**ที่อยู่** 202 ม.3 ต.สวนขัน อ.ช้างกลาง จ.นครศรีธรรมราช **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)** 0898770849	**วันที่จัดทำ** 17 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2486 (อายุ 81 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=9, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้สูงอายุ รูปร่างผอม หูตึง เจาะคอ ทานอาหารได้น้อย เดินได้ต้องมีญาติช่วยประคอง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,442 บาท **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่าตอบแทน CG 12 เดือน ค่าแพมเพิส ค่าแผ่นรองซับการขับถ่าย นม / อาหารเสริม walker	- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - กลั้นปัสสาวะไม่ได้	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 2 ชิ้น/วัน - แผ่นรองซับการขับถ่าย จำนวน 2 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางภัทราวดี จิตรวิบูลย์	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ..ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
(นาง ภัทราวดี จิตรวิบูลย์)

ลงชื่อ..เจ้าหน้าที่การเงิน
(นางสาวนัยนา บรรดิษฐ์)
(เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน)

ลงชื่อ..อปท.
(นายไพรินทร์ ไยน้อย)
นายกเทศมนตรีตำบลสวนขัน

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ ต่อราย/ต่อปี)

สำเร็จ ×
ส่งข้อมูลการขอผ้าอ้อมไปที่ สปสช. แล้ว

ชื่อ นางจันทร์ ยอดสว่าง **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 3800400227875	**ที่อยู่** 76 ม.3 ต.สวนขัน อ.ช้างกลาง จ.นครศรีธรรมราช **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)** 0828198565	**วันที่จัดทำ** 22 เดือน มกราคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 01 เดือน เมษายน พ.ศ. 2464 (อายุ 104 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=7, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้สูงอายุรูปร่างผอม สีหน้าอิดโรย มีภาวะหลงๆลืมๆ ทานอาหารได้น้อย ช่วยตัวเองได้น้อย ขับถ่ายใส่ผ้าอ้อม กลั้นไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,442 **บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่าตอบแทน CG 12 เดือน ค่าแพมเพิส ค่าแผ่นรองซับการขับถ่าย อาหารเสริม เครื่องวัดความดันโลหิต	- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - กลั้นปัสสาวะไม่ได้	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 2 ชิ้น/วัน - แผ่นรองซับการขับถ่าย จำนวน 2 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางภัทราวดี จิตรวิบูลย์	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ..ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
(...นาง ภัทราวดี จิตรวิบูลย์...)

ลงชื่อ.........ห.สมพ...เจ้าหน้าที่การเงิน
(........(นางสาวนัยนา บรรดิษฐ์)........)
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน

ลงชื่อ..อปท.
(นายไพรินทร์ ไยน้อย)
(..)
นายกเทศมนตรีตำบลสวนขัน

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายอุดม รัตนะ **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3800400218141	**ที่อยู่** 135 ม.8 ต.สวนขัน อ.ช้างกลาง จ.นครศรีธรรมราช **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)** 0828198565	**วันที่จัดทำ** 22 เดือน มกราคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 26 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2494 (อายุ 74 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=9, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้สูงอายุรูปร่างผอม แขน ขา ขวาอ่อนแรง ช่วยตัวเองได้น้อย เคลื่อนไหวโดย ญาติต้องช่วยประคอง ทานอาหารได้น้อย กลั้นปัสสาวะได้บางครั้งไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,442 **บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่าตอบแทน CG 12 เดือน ค่าแพมเพิส ค่า อุปกรณ์ทางการแพทย์ walker	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การเคลื่อนย้าย **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 2 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan นางภัทราวดี จิตรวิบูลย์	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ..ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
(.....นาง ภัทราวดี จิตรวิบูลย์.....)

ลงชื่อ..เจ้าหน้าที่การเงิน
(.....นางสาวรัตนา [illegible].....)
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน

ลงชื่อ..อปท.
(นายไพรินทร์ ไยน้อย)
(..)
นายกเทศมนตรีตำบลสวนขัน

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายอุดม รัตนะ **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 3800400218141	**ที่อยู่** 135 ม.8 ต.สวนขัน อ.ช้างกลาง จ.นครศรีธรรมราช **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)** 0828198565	**วันที่จัดทำ** 22 เดือน มกราคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 26 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2494 (อายุ 74 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=9, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้สูงอายุรูปร่างผอม แขน ขา ขวาอ่อนแรง ช่วยตัวเองได้น้อย เคลื่อนไหวโดย ญาติต้องช่วยประคอง ทานอาหารได้น้อย กลั้นปัสสาวะได้บางครั้งไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,442 **บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่าตอบแทน CG 12 เดือน ค่าแพมเพิส ค่า อุปกรณ์ทางการแพทย์ walker	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การเคลื่อนย้าย **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 2 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan นางภัทราวดี จิตรวิบูลย์	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ...ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
(นาง ภัทราวดี จิตรวิบูลย์)

ลงชื่อ...เจ้าหน้าที่การเงิน
(นางสาวนัยนา [illegible])
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน

ลงชื่อ...อปท.
(นายไพรินทร ไยน้อย)
นายกเทศมนตรีตำบลสวนขัน

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายพงศ์ศักดิ์ สมวงค์ **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3800400214773	**ที่อยู่** 82/1 ม.2 ต.สวนขัน อ.ช้างกลาง จ.นครศรีธรรมราช **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)** 0931270472	**วันที่จัดทำ** 28 เดือน มกราคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 31 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2505 (อายุ 63 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=4, TAI=I3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้ป่วยชายรูปร่างท้วม ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ญาติต้องทำแทนทั้งหมด แขนขาขวาอ่อนแรง เคยผ่าตัดสมอง มา 3 ปี นอนติดเตียง ขับถ่ายใส่แพมเพิส ทานยากันชัก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่าตอบแทน CG 12 เดือน ค่าแพมเพิส นม ค่าแผ่นรองซับการขับถ่าย รถเข็น	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 2 ชิ้น/วัน - แผ่นรองซับการขับถ่าย จำนวน 2 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	
ผู้จัดทำ Care plan นางภัทราวดี จิตรวิบูลย์	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ...ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
(นางภัทราวดี จิตรวิบูลย์)

ลงชื่อ...อปท.
(นายไพรินทร์ ไยน้อย)
นายกเทศมนตรีตำบลสวนขัน

ลงชื่อ...เจ้าหน้าที่การเงิน
([illegible])
หัวหน้างานการเงินและบัญชีชำนาญงาน

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาว[illegible]ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง[illegible]สนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชย[illegible])

สำเร็จ
ส่งข้อมูลการขอผ้าอ้อมไปที่ สปสช. แล้ว
×

ชื่อ นางจันทร์ ยอดสว่าง **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 3800400227875	**ที่อยู่** 76 ม.3 ต.สวนขัน อ.ช้างกลาง จ.นครศรีธรรมราช **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)** 0828198565	**วันที่จัดทำ** 22 เดือน มกราคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 01 เดือน เมษายน พ.ศ. 2464 (อายุ 104 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=7, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้สูงอายุรูปร่างผอม สีหน้าอิดโรย มีภาวะหลงๆลืมๆ ทานอาหารได้น้อย ช่วยตัวเองได้น้อย ขับถ่ายใส่ผ้าอ้อม กลั้นไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่าตอบแทน CG 12 เดือน ค่าแพมเพิส ค่าแผ่นรองซับการขับถ่าย อาหารเสริม เครื่องวัดความดันโลหิต	- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - กลั้นปัสสาวะไม่ได้	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 2 ชิ้น/วัน - แผ่นรองซับการขับถ่าย จำนวน 2 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางภัทราวดี จิตรวิบูลย์	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ..ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
(นาง ภัทราวดี จิตรวิบูลย์)

ลงชื่อ..เจ้าหน้าที่การเงิน
(นางสาวนัยนา [illegible])
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน

ลงชื่อ..อปท.
(นายไพรินทร์ ไยน้อย)
นายกเทศมนตรีตำบลสวนขัน

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง [illegible] สนับสนุน งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ แบบเหมาจ่ายรายปี)

สำเร็จ
ส่งข้อมูลการขอผ้าอ้อมไปที่ สปสช. แล้ว ×

ชื่อ นางหนูพิศ กฐินหอม **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3800400231007	**ที่อยู่** 202 ม.3 ต.สวนขัน อ.ช้างกลาง จ.นครศรีธรรมราช **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)** 0898770849	**วันที่จัดทำ** 17 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2486 (อายุ 81 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=9, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้สูงอายุ รูปร่างผอม หูตึง เจาะคอ ทานอาหารได้น้อย เดินได้ต้องมีญาติช่วยประคอง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่าตอบแทน CG 12 เดือน ค่าแพมเพิส ค่าแผ่นรองซับการขับถ่าย นม / อาหารเสริม walker	- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - กลั้นปัสสาวะไม่ได้	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 2 ชิ้น/วัน - แผ่นรองซับการขับถ่าย จำนวน 2 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางภัทราวดี จิตรวิบูลย์	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ...**ผู้ปฏิบัติงาน (CM)**
(นาง ภัทราวดี จิตรวิบูลย์)

ลงชื่อ...**เจ้าหน้าที่การเงิน**
(นางสาวนัยนา [illegible])
[illegible]

ลงชื่อ...**อปท.**
(นายไพรินทร์ ไยน้อย)
นายกเทศมนตรีตำบลสวนขัน

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจากงบประมาณสนับสนุน งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ [illegible] บาท/ราย/ปี)

สำเร็จ ×
ส่งข้อมูลการขอผ้าอ้อมไปที่ สปสช. แล้ว

ชื่อ นางบุญมี สุขจันทร์ **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 3800400279867	**ที่อยู่** 214 ม.3 ต.สวนขัน อ.ช้างกลาง จ.นครศรีธรรมราช **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)** 0878886967	**วันที่จัดทำ** 16 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 16 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2492 (อายุ 75 ปี)	**วินิจฉัย** : ADL=11, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น** : ผู้สูงอายุรูปร่างผอม แขน ขา ขวาอ่อนแรง ช่วยตัวเองได้น้อย เคลื่อนไหวโดย ญาติต้องช่วยประคอง ทานอาหารได้น้อย กลั้นปัสสาวะได้บางครั้งไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่าตอบแทน CG 12 เดือน ค่าแพมเพิส อาหารเสริม/ นม ค่าแผ่นรองซับการขับถ่าย รถเข็น	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 2 ชิ้น/วัน - แผ่นรองซับการขับถ่าย จำนวน 1 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - **ระยะยาว** - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	
ผู้จัดทำ Care plan นางภัทราวดี จิตรวิบูลย์	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ..**ผู้ปฏิบัติงาน (CM)**
(นาง ภัทราวดี จิตรวิบูลย์)

ลงชื่อ..**อปท.**
(นายไพรินทร์ ใยน้อย)
นายกเทศมนตรีตำบลสวนขัน

ลงชื่อ..**เจ้าหน้าที่การเงิน**
(นางสาวนัยนา บรรดิษฐ์ดี)
[illegible]

ข้อตกลงการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง
ระหว่าง
เทศบาลตำบลสวนขัน กับ รพ.สต.บ้านไสคา

ข้อตกลงเลขที่ ...๒... /๒๕๖๘

ข้อตกลงนี้ทำขึ้น ณ เทศบาลตำบลสวนขัน ตั้งอยู่ที่ อำเภอ ช้างกลาง จังหวัด นครศรีธรรมราช เมื่อวันที่ ๐๑ เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ.๒๕๖๘ ระหว่าง เทศบาลตำบลสวนขัน
โดย...นายไพรินทร์ ใยน้อย นายกเทศมนตรีตำบลสวนขัน ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลสวนขัน... (ผู้บริหารสูงสุดหรือผู้ที่ได้รับมอบอำนาจ) ซึ่งต่อไปในข้อตกลงนี้เรียกว่า **"องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น"** ฝ่ายหนึ่งกับ รพ.สต.บ้านไสคา
โดย...นางสาวลีลาวดี สมวงค์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไสคา... (ผู้บริหารสูงสุดหรือผู้ที่ได้รับมอบอำนาจ) ซึ่งต่อไปในข้อตกลงนี้เรียกว่า **"หน่วยจัดบริการ"** อีกฝ่ายหนึ่ง โดยมีข้อความดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ การดำเนินงาน ทั้งสองฝ่ายตกลงร่วมกันในการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ตามชุดสิทธิประโยชน์ในเอกสารแนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

ข้อ ๒ การจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง และสรุปแผนการดูแลรายบุคคลและค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง (เหมาจ่าย) ต่อคนต่อปี ตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การ ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ให้เป็นไปตามเอกสารแนบท้าย ข้อตกลงนี้

ข้อ ๓ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตกลงสนับสนุนเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ ในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง)จำนวนทั้งสิ้น ไม่เกิน ๑๖๗,๐๗๒.๐๐.- บาท (-หนึ่งแสนหกหมื่นเจ็ดพันเจ็ดสิบสองบาทถ้วน-) โดยเป็นจำนวนเงิน ๑๖๗,๐๗๒.๐๐.- บาท (-หนึ่งแสนหกหมื่นเจ็ดพันเจ็ดสิบสองบาทถ้วน-) ซึ่งได้รวมภาษีมูลค่าเพิ่มตลอดจนภาษีอากรอื่นๆ และค่าใช้จ่ายทั้งปวงไว้ด้วยแล้ว

ข้อ ๔ หน่วยจัดบริการเริ่มดำเนินงานตามข้อตกลงตั้งแต่วันที่ ๐๑ เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ.๒๕๖๘ สิ้นสุดในวันที่ ๓๐ เดือน มกราคม พ.ศ.๒๕๖๙ โดยเมื่อสิ้นสุดการดำเนินงานตามข้อตกลง ให้หน่วยจัดบริการรายงานผลการดำเนินงาน ในโปรแกรม LTC

ข้อ ๕ กรณีหน่วยจัดบริการไม่ปฏิบัติตามข้อตกลงทำให้เกิดความล่าช้าหรือความเสียหายองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นมีสิทธิ์ยกเลิกข้อตกลง และระงับการจ่ายเงินสนับสนุนโดยผู้จัดบริการยินยอมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรียกเงินสนับสนุนที่จ่ายไปแล้วคืนทั้งหมดหรือบางส่วนได้

/ข้อตกลง...

ข้อตกลงนี้ทำขึ้นสองฉบับมีข้อความถูกต้องตรงกัน ซึ่งทั้งสองฝ่ายได้อ่านและเข้าใจข้อความโดยตลอด จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อ .... องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
(นายไพรินทร์ ใยน้อย)
นายกเทศมนตรีตำบลสวนขัน

ลงชื่อ .... หน่วยจัดบริการ
(นางสาวลีลาวดี สมวงศ์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไสคา

ลงชื่อ .... พยาน
(นางสาวสุดารัตน์ ทองจิตร)
นักวิชาการสุขาภิบาลชำนาญการ

ลงชื่อ .... พยาน
(นางสาว [illegible] สิงห์)

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศตำบลสวนขัน โทร. ๐ ๗๕๔๑ ๙๑๗๗

ที่ นศ ๕๗๐๐๑(บท)/(สปชส)/ **วันที่** มีนาคม ๒๕๖๘

เรื่อง ขออนุมัติเบิกจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลสวนขันเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘

เรียน ประธานคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลสวนขัน

๑.เรื่องเดิม

ตามที่คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงเทศบาลตำบลสวนขัน ได้อนุมัติโครงการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง และแผนการดูแลรายบุคคล รวมทั้งค่าใช้จ่ายตามแผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ให้แก่ รพ.สต.บ้านไสคา เป้าหมายในการดูแลทั้งหมด ๑๖ ราย ในวงเงินงบประมาณที่ขอรับการสนับสนุน ๑๐,๔๔๒ บาท/คน จำนวน ๑๖๗,๐๗๒.๐๐ บาท (หนึ่งแสนหกหมื่นเจ็ดพันเจ็ดสิบสองบาทถ้วน) โดยจ่ายงวดเดียว นั้น

๒.ข้อเท็จจริง

ในการนี้ รพ.สต.บ้านไสคา มีความประสงค์จะขอเบิกเงิน เพื่อนำไปดำเนินการตามโครงการฯ และแผนการดูแลรายบุคคลดังกล่าว ประจำปี ๒๕๖๘ โดยมีรายละเอียดดังนี้

รพ.สต.บ้านไสคา จำนวน ๑๖๗,๐๗๒.๐๐ บาท (หนึ่งแสนหกหมื่นเจ็ดพันเจ็ดสิบสองบาทถ้วน) โดยจ่ายงวดเดียว

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ๑๖๗,๐๗๒.๐๐ บาท (หนึ่งแสนหกหมื่นเจ็ดพันเจ็ดสิบสองบาทถ้วน)

๓.ข้อกฎหมาย

๓.๑ ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ.๒๕๖๗ ลงวันที่ ๑๓ สิงหาคม ๒๕๖๗ หมวด ๑ การรับเงิน การเก็บรักษาเงิน การจ่ายเงิน การจัดทำบัญชีและรายงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพ (๒) การจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพ ดังต่อไปนี้

(๒.๑) การจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพให้ผู้บริหารสูงสุดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสั่งจ่ายได้ตามวัตถุประสงค์ของเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพ ตามที่คณะกรรมการกองทุนหรือคณะอนุกรรมการสนับสนนการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงอนุมัติ แล้วแล้วแต่กรณี

(๒.๒) วิธีการจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพ ให้จ่ายได้ ดังต่อไปนี้

๒.๒.๑ จ่ายเป็นเช็คขีดคร่อม ตั๋วแลกเงิน หรือธนาณัติ

๒.๒.๒ จ่ายทางธนาคารหรือทางอิเล็กทรอนิกส์

๒.๒.๓ จ่ายทางอื่นตามที่คณะกรรมการกองทุนกำหนด

(๒.๓) ให้ผู้บริหารสูงสุดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือรองผู้บริหารสูงสุดที่ผู้บริหารสูงสุดมอบหมายหรือปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นคนใดคนหนึ่ง ลงนามร่วมกับพนักงานส่วนห้องถิ่น คนใดคนหนึ่งที่ผู้บริหารสูงสุดมอบหมายไว้จำนวนสองคน รวมเป็นผู้ลงนามสองคน เป็นผู้เบิกเงินจากบัญชีกองทุน

/หลักประกัน...

หลักประกันสุขภาพตามที่คณะกรรมการกองทุน หรือคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงอนุมัติ แล้วแล้วแต่กรณี

(๒.๔) การจ่ายให้ผู้มีสิทธิรับเงินที่เป็นหน่วยบริการ สถานบริการ หน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานอื่น ให้หัวหน้าของหน่วยบริการ สถานบริการ หน่วยงานสาธารณสุข หรือหน่วยผู้รับเงิน หากไม่สามารถมารับเงินได้ด้วยตนเอง จะมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้รับเงินแทนก็ให้ทั้งนี้ต้องมีหนังสือมอบอำนาจที่ชัดเจน

(๒.๕) การจ่ายให้ผู้มีสิทธิรับเงินที่เป็นองค์กรหรือกลุ่มประชาชน ให้ผู้แทนที่ได้รับหมอบหมายจากองค์กรหรือกลุ่มประชาชน ไม่น้อยกว่าสองคนขึ้นขึ้นเป็นผู้รับเงิน

(๒.๖) การจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพ ต้องมีหลักฐานการจ่ายเป็นใบเสร็จรับสำคัญรับเงิน ตามแบบที่สำนักงานกำหนด หรือหรือหลักฐานการนำเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาคารของผู้มีสิทธิ หรือหลักฐานการรับเงินอย่างอื่น ตามที่คณะกรรมการกองทุนกำหนด เก็บไว้เพื่อการตรวจสอบ

๔.ข้อพิจารณา

เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติเบิกจ่ายเงินดังกล่าว ตามที่คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงเทศบาลตำบลสวนขัน ได้อนุมัติโครงการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง และแผนการดูแลรายบุคคล ประจำปีงบ ๒๕๖๘ เพื่อนำไปดำเนินการตามโครงการฯและ แผนการดูแลรายบุคคลดังกล่าว ให้มีประสิทธิภาพ โดยมีการเบิกจ่ายเงิน ดังนี้

๔.๑ รพ.สต.บ้านไสคา จำนวน ๑๖๗,๐๗๒.๐๐ บาท (หนึ่งแสนหกหมื่นเจ็ดพันเจ็ดสิบสองบาทถ้วน) โดยจ่ายงวดเดียว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(นายโชคชัย จันทร์แจ่มศรี)
เลขานุการคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลสวนขัน

คำสั่ง ประธานคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลตำบลสวนขัน

(✓) อนุมัติ
(   ) ไม่อนุมัติ เพราะ..

(นายไพรินทร์ ใยน้อย)
ประธานคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลตำบลสวนขัน

รหัสสาขา 0145
Branch Code

ชื่อสาขา [illegible]
Branch Name

บัญชีเลขที่ 020[illegible]
Account No.

ประเภทบัญชี
[illegible]

[illegible]

2001 - บัญชีเงินฝากออมทรัพย์ ([illegible])

ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร

ผู้มีอำนาจลงนาม
Authorized Signature

00013402662 1

วันที่ DATE	สาขา ORG.BR	คำย่อ CODE	ถอน WITHDRAWAL	ฝาก DEPOSIT	ยอดคงเหลือ BALANCE	เจ้าหน้าที่ STAFF ID.
28/09/67	0001	IIPS		**************236.33	**************784.35	9400
06/03/68	0001	SPSC17		**********501,216.00	**********502,000.35	930001

ข้อกำหนดและเงื่อนไข

1. นำสมุดเงินฝากและบัตรประจำตัวประชาชนมาธนาคารทุกครั้งที่ฝากหรือถอน
2. ธนาคารจะบันทึกดอกเบี้ยให้ในวันเสาร์สุดท้ายเดือนกันยายนและมีนาคมของทุกปี
3. ยอดเงินที่ปรากฏในสมุดเงินฝากจะถือว่าถูกต้องเมื่อได้รับการตรวจสอบยอดตรงกับบัญชีเงินฝากของธนาคารแล้ว กรณียอดเงินคงเหลือเป็นศูนย์ธนาคารจะปิดบัญชีทันที
4. การเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุล ที่อยู่ ผู้ฝากต้องแจ้งให้ธนาคารทราบ กรณีสมุดเงินฝากหาย ผู้ฝากต้องแจ้งความต่อเจ้าหน้าที่ตำรวจ และแจ้งให้ธนาคารทราบโดยเร็ว
5. ในกรณีที่บัญชีขาดการติดต่อ และยอดคงเหลือในบัญชีต่ำกว่าที่กำหนด ธนาคารจะปิดบัญชี และ/หรือคิดค่าธรรมเนียมรักษาบัญชีตามหลักเกณฑ์ที่ธนาคารกำหนด

[illegible] 133218607

41-009

รหัสสาขา 0435
Branch Code

บัญชีเลขที่ 018902528063
Account No.

ชื่อสาขา สาขาฉวาง
Branch Name

รหัสโครงการ
Project Code

ชื่อบัญชี
Account Name

สถานีอนามัยบ้านใสคา

2001 - บัญชีเงินฝากออมทรัพย์ (ใช้สมุดฝาก)

197665792
ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร
BANK FOR AGRICULTURE AND AGRICULTURAL CO-OPERATIVES
ธนาคารของรัฐ

เล่มที่ **000197665792**

ผู้มีอำนาจลงนาม
Authorized Signature

16-03/61

สาน อปร๖.
เลขที่รับ ๐๐๕
วันที่ 27 มค. 2568
เวลา ๑๕.๓๐ น.

ที่ นศ ๒๒๓๓.๐๓/๑๔

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไสคา
ตำบลสวนขัน อำเภอช้างกลาง
จังหวัดนครศรีธรรมราช ๘๐๒๕๐

๒๗ มกราคม ๒๕๖๘

เรื่อง ขอส่งโครงการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง

เรียน ประธานอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง เทศบาลตำบลสวนขัน

สิ่งที่แนบมาด้วย ๑. ส่วนที่ ๑ โครงการ
๒. ส่วนที่ ๒ สรุปแผนการดูแลรายบุคคลและค่าบริการสรุปแผนการดูแลรายบุคคลและค่าบริการฯ(เหมาจ่าย)ต่อคนต่อปี

ด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไสคา อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช มีความประสงค์จะจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่เทศบาลตำบลสวนขัน จำนวน ๓ หมู่บ้าน คือ หมู่ที่ ๔,๕ และ ๖ ตำบลสวนขัน โดยขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศฯ โดยเป็นค่าบริการฯ(เหมาจ่าย) รายละเอียดตามเอกสารที่แนบ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาอนุมัติ

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวลีลาวดี สมวงค์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไสคา

นครา ศรัทธา อารยธรรม
นครศรีธรรมราช

โครงการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง สรุปแผนการดูแลรายบุคคลและค่าบริการตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฯ ท้องถิ่น

ส่วนที่ ๑:โครงการ

เรียน ประธานคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง เทศบาลตำบลสวนขัน อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

ด้วยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไสคา ตำบลสวนขัน อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช มีความประสงค์จะจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่เทศบาลตำบลสวนขัน จำนวน ๓ หมู่บ้าน คือ หมู่ที่ ๔ ,๕ และ ๖ โดยขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศฯ โดยเป็นค่าบริการฯ(เหมาจ่าย) ต่อคนต่อปี จำนวน ๑๖ คน รวมเป็นเงินทั้งสิ้น จำนวน ๑๖๗,๐๗๒ บาท (หนึ่งแสนหกหมื่นเจ็ดพันเจ็ดสิบสองบาทถ้วน) รายละเอียด มีดังนี้

กลุ่มติดบ้าน				กลุ่มติดเตียง				รวม	
กลุ่มที่ ๑ เคลื่อนไหวได้บ้างมีปัญหาการกิน/การขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสน		กลุ่มที่ ๒ กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้างมีภาวะสับสน และอาจมีปัญหาการกิน/การขับถ่าย		กลุ่มที่ ๓ กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ไม่มีปัญหาการกิน/การขับถ่ายหรือเจ็บป่วยรุนแรง		กลุ่มที่ ๔ กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต			
จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)
๕	๕๒,๒๑๐	๖	๖๒,๖๕๒	๓	๓๑,๓๒๖	๒	๒๐,๘๘๔	๑๖	๑๖๗,๐๗๒

ทั้งนี้ ได้แนบเอกสารสรุปแผนการดูแลรายบุคคลและค่าบริการฯ(เหมาจ่าย)ต่อคนต่อปีเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการฯ รายละเอียดตามเอกสารแนบ

ระยะเวลาดำเนินการช่วง กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘ – มกราคม ๒๕๖๙

ลงชื่อ...ผู้จัดทำโครงการ
(นางสาวลีลาวดี สมวงค์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไสคา
๒๗ มกราคม ๒๕๖๘

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางชะอ้อน เกิดสวัสดิ์
เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3800400270878

ที่อยู่ 200 ม.4 ต.สวนขัน อ.ช้างกลาง จ.นครศรีธรรมราช
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0890686290

วันที่จัดทำ 22 เดือน มกราคม พ.ศ. 2568

เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2481
(อายุ 87 ปี)

วินิจฉัย : ADL=9, TAI=C3
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้รับบริการหญิงรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้น้อย มีปัญหา ปวดเข่า 2 ข้าง ร่างกายอ้วนท้วม เหนื่อยหอบง่าย เดินไม่ได้ มีภาวะเข่าติดแข็ง

สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน

เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 **บาท**
โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าจ้างเหมา Cg , ค่าแพมเพิส , อาหารเสริม

ประเด็นปัญหา/ความต้องการ

- ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต
- อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย
- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง
- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา
- สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้

การดูแล

การดูแลพยาบาลทั่วไป
- การเคลื่อนย้าย
- โภชนาการ
- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป

การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- สะโพก (hip)

การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การบริการด้านอุปกรณ์
- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม
- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว
- การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ

การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้

มีความต้องการ/ควรได้รับ

ข้อควรระวังในการให้บริการ

- การพลัดตกหกล้ม
- ข้อติด/ข้อเท้าตก
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ
- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา

เป้าหมายการดูแล

ระยะสั้น
- ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนและการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ภายใน 3 เดือน
- ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน
- ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 3 เดือน
- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน
- ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน
- การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน
- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน

ระยะยาว
- ที่อยู่อาศัยเหมาะสม
- ไม่มีภาวะซึมเศร้า
- เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์
- มีอาชีพ มีรายได้
- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
- มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น
- ไม่เกิดแผลกดทับ

ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ลีลาวดี สมวงค์

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)

ลงชื่อ...ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
(นางสาวลีลาวดี สมวงค์)

ลงชื่อ...เจ้าหน้าที่การเงิน
(นางสาวนัยนา บรรดิศักดิ์)
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน

ลงชื่อ...อปท.
(นายไพรินทร์ ใยน้อย)
นายกเทศมนตรีตำบลสวนขัน

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางหนูวัน ศรีพุฒ **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 3800400266366	**ที่อยู่** 123 ม.4 **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)** 0898684410	**วันที่จัดทำ** 22 เดือน มกราคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2489 (**อายุ** 79 ปี)	**วินิจฉัย** : ADL=3, TAI=I3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น** : ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้น้อย เคลื่อนไหวได้น้อย ลุกนั่งไม่ได้ ทานอาหารไดด้วยตัวเอง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,442 **บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่าจ้างเหมา Cg , ค่าแพมเพิส , อาหารเสริม	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การเคลื่อนย้าย - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - ช่องปาก (oral) - สะโพก (hip) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ

การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้	
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 4 ชิ้น/วัน	
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**
- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ข้อติด/ข้อเท้าตก - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	**ระยะสั้น** - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน **ระยะยาว** - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ไม่เกิดแผลกดทับ
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ลีลาวดี สมวงค์	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**

ลงชื่อ...**ผู้ปฏิบัติงาน (CM)**
(นางสาวลีลาวดี สมวงค์)

ลงชื่อ...**เจ้าหน้าที่การเงิน**
(...)

ลงชื่อ...**อปท.**
(นายไพรินทร์ ใยน้อย)
นายกเทศมนตรีตำบลสวนขัน

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางรัชนี รอดฉวาง **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 3800400269268	**ที่อยู่** 36 ม.4 ต.สวนขัน อ.ช้างกลาง นครศรีธรรมราช **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)** 0954281482	**วันที่จัดทำ** 22 เดือน มกราคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 02 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2506 **(อายุ** 62 **ปี)**	**วินิจฉัย :** ADL=8, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้ป่วยติดเตียง ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ทานข้าวได้เอง ลุกขึ้นนั่งได้ ทำกิจกรรมบนเตียง เป็นส่วนใหญ่ ไม่สับสน สื่อสารได้ แต่พูดไม่ออกเสียง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,442 **บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** โรคประจำตัว เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง รับยา รพ.สต.บ้านไสคา	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย - กลั้นปัสสาวะไม่ได้	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย - การอาบน้ำ - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด - อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs) **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	**ระยะสั้น** - ภายใน null null - ภายใน null null - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 1 เดือน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน **ระยะยาว** - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - มีอาชีพ มีรายได้ - ไม่เกิดแผลกดทับ - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ลีลาวดี สมวงศ์	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ..**ผู้ปฏิบัติงาน (CM)**
(นางสาวลีลาวดี สมวงศ์)

ลงชื่อ..**อปท.**
(นายไพรินทร์ ใยน้อย)
นายกเทศมนตรีตำบลสวนขัน

ลงชื่อ (นางสาวนัยนา [illegible]) **เจ้าหน้าที่การเงิน**
(เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายสมพร พยัคคา **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 3801000230993	**ที่อยู่** 9/2 หมู่ 4 ตำบลสวนขัน อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)** 0636513878	**วันที่จัดทำ** 09 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 10 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2509 (อายุ 59 ปี)	**วินิจฉัย** : ADL=8, TAI=C2 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น** : ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน นั่งได้เดินเองไม่ได้ พูดคุยได้ถามตอบรู้เรื่องไม่สับสนโวยวาย ทราบวันเวลาสถานที่	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,442 **บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่าจ้างเหมา Cg , ค่าแพมเพิส ,เตียงที่นอนลม ,อาหารเสริม	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - สะโพก (hip) **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การพลัดตกหกล้ม	**ระยะสั้น** - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน **ระยะยาว** - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ลีลาวดี สมวงค์	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ..**ผู้ปฏิบัติงาน (CM)**
(นางสาวลีลาวดี สมวงค์)

ลงชื่อ..**เจ้าหน้าที่การเงิน**
(นางสาวนัยนา บรรจงศักดิ์)
(..)
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญการ

ลงชื่อ..**อปท.**
(นายไพรินทร์ ใยน้อย)
นายกเทศมนตรีตำบลสวนขัน

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายเกียรติศักดิ์ รักษา **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 3800400253647	**ที่อยู่** 142 ม.5 ต.สวนขัน อ.ช้างกลาง จ.นครศรีธรรมราช 80250 **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)** 0979492193	**วันที่จัดทำ** 22 เดือน มกราคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 14 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2525 **(อายุ** 43 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=4, TAI=I3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** Case Stroke	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,442 **บาท**	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 4 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ข้อติด/ข้อเท้าตก - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	**ระยะสั้น** - **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ลีลาวดี สมวงค์	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ..**ผู้ปฏิบัติงาน (CM)**
(นางสาวลีลาวดี สมวงค์)

ลงชื่อ..**อปท.**
(นายไพรินทร์ ใยน้อย)
นายกเทศมนตรีตำบลสวนขัน

ลงชื่อ..**เจ้าหน้าที่การเงิน**
(นางสาวนัยนา บรรดิศักดิ์)
[illegible]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายสมเกียรติ นมทศักดิ์ **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3800400257898	**ที่อยู่** 66 ม.5 **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)** 0848495091	**วันที่จัดทำ** 22 เดือน มกราคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 10 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2500 (อายุ 68 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=11, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน เคลื่อนไหวได้ช้าไม่แข็งแรง ทานอาหารได้ด้วยตนเอง พูดคุยได้ถามตอบรู้เรื่องไม่สับสนโวยวาย ทราบวันเวลาสถานที่	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,442 **บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน เดินได้โดยใช้ ไม้เท้า สื่อสารได้ปกติ การขับถ่ายปกติ	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	**ระยะสั้น** - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน **ระยะยาว** - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ลีลาวดี สมวงค์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.......................................ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
(....นางสาวลีลาวดี สมวงค์....)

ลงชื่อ.......น. ส.......เจ้าหน้าที่การเงิน
(....(นางสาวนัยนา บรรติศักดิ์)....)
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน

ลงชื่อ.......................................อปท.
(นายไพรินทร์ ใยน้อย)
(.......................................)
นายกเทศมนตรีตำบลสวนขัน

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายประเคียง ศรีอินทร์ **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3800400257073	**ที่อยู่** 58/1 ม.5 ต.สวนขัน อ.ช้างกลาง จ.นครศรีธรรมราช **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)** 0813677153	**วันที่จัดทำ** 22 เดือน มกราคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 24 เดือน เมษายน พ.ศ. 2507 (อายุ 61 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=5, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้รับบริการ case bed ridden จากการประสบอุบัติเหตุ ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง motor power upper grade 5 lower grade 0	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่าจ้างเหมา Cg , ค่าแพมเพิส , อาหารเสริม	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - สะโพก (hip) **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ

การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้	
มีความต้องการ/ควรได้รับ	
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ข้อติด/ข้อเท้าตก	**ระยะสั้น** - แผลหาย ภายใน 3 เดือน **ระยะยาว** - ไม่เกิดแผลกดทับ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ลีลาวดี สมวงค์	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**

ลงชื่อ..**ผู้ปฏิบัติงาน (CM)**
(....นางสาวลีลาวดี สมวงศ์....)

ลงชื่อ..........(นางสาว[illegible])..........**เจ้าหน้าที่การเงิน**
(....[illegible]....)

ลงชื่อ..**อปท.**
(....(นายไพรินทร์ ไชน้อย)....)
นายกเทศมนตรีตำบลสวนขัน

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<table>
<tr>
<td>ชื่อ นางประจวบ ศรีอินทร์
เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3800400254830</td>
<td>ที่อยู่ 36/2 ม.5 ต.สวนขัน อ.ช้างกลาง
จ.นครศรีธรรมราช
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0937387830</td>
<td>วันที่จัดทำ 22 เดือน มกราคม พ.ศ. 2568</td>
</tr>
<tr>
<td>เกิดวันที่ 13 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2501
(อายุ 67 ปี)</td>
<td colspan="2">วินิจฉัย : ADL=2, TAI=I2
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผป ติดเตียง ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ทานอาหารได้เอง เคลื่อนไหวไปไหนไม่ได้ พลิกตะแคงตัวได้แต่ลำบาก</td>
</tr>
<tr>
<td>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</td>
<td>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</td>
<td>การดูแล</td>
</tr>
<tr>
<td>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4
ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท
โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าจ้างเหมา Cg , ค่าแพมเพิส , อาหารเสริม</td>
<td>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ
- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา
- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง
- ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต
- อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย</td>
<td rowspan="5">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
- โภชนาการ
- การเคลื่อนย้าย
- การอาบน้ำ
- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)
- การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- สะโพก (hip)
- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การบริการด้านอุปกรณ์
- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม
- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว
การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</td>
</tr>
<tr>
<td colspan="2">การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้</td>
</tr>
<tr>
<td colspan="2">มีความต้องการ/ควรได้รับ
- ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 4 ชิ้น/วัน</td>
</tr>
<tr>
<td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td>
<td>เป้าหมายการดูแล</td>
</tr>
<tr>
<td>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
- ข้อติด/ข้อเท้าตก
- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร
- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ
- การพลัดตกหกล้ม
- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย</td>
<td>ระยะสั้น
- ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน
ระยะยาว
- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ
- ไม่เกิดแผลกดทับ
- กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้
- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
- ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ
- ไม่มีภาวะซึมเศร้า
- ที่อยู่อาศัยเหมาะสม</td>
</tr>
<tr>
<td>ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ลีลาวดี สมวงศ์</td>
<td colspan="2">ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</td>
</tr>
</table>

ลงชื่อ..**ผู้ปฏิบัติงาน (CM)**
(.....นางสาวลีลาวดี สมวงศ์.....)

ลงชื่อ..**เจ้าหน้าที่การเงิน**
(.....(นางสาวนัยนา บรรดิศักดิ์).....)
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน

ลงชื่อ..อปท.
(.....(นายไพรินทร์ ไชน้อย).....)
นายกเทศมนตรีตำบลสวนขัน

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาหร่าย ศรีอินทร์ **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 3800400262271	**ที่อยู่** 91/2 ม.6 ต.สวนขัน อ.ช้างกลาง จ.นครศรีธรรมราช **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)** 0954281482	**วันที่จัดทำ** 22 เดือน มกราคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2483 (อายุ 85 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=0, TAI=I1 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** รู้สึกตัวดี ผู้ป่วยนอนติดเตียง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ กลืนอาหารได้เอง ต้องช่วยพลิกตะแคงตัวและเปลี่ยนผ้าอ้อม	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,442 **บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** มีบุตรชายคอยดูแล	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - ช่องปาก (oral) - สะโพก (hip) - อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs) **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน **ระยะยาว** - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่เกิดแผลกดทับ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ลีลาวดี สมวงค์	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ..ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
(นางสาวลีลาวดี สมวงค์)

ลงชื่อ..เจ้าหน้าที่การเงิน
([illegible])

ลงชื่อ..อปท.
(นายไพรินทร์ [illegible])
นายกเทศมนตรีตำบล[illegible]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<table>
<tr>
<td>ชื่อ นางมะลิ ชูเพชร
เลขบัตรประจำตัวประชน 3800400272455</td>
<td>ที่อยู่ 234 ม.6
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0894632083</td>
<td>วันที่จัดทำ 22 เดือน มกราคม พ.ศ. 2560</td>
</tr>
<tr>
<td>เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2492
(อายุ 76 ปี)</td>
<td colspan="2">วินิจฉัย : ADL=8, TAI=B3
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน ทานข้าวได้เอง เคลื่อนไหวร่างกายไม่ได้ ลุกนั่งจากที่นอนได้</td>
</tr>
<tr>
<td>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</td>
<td>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</td>
<td>การดูแล</td>
</tr>
<tr>
<td>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท
โดยมีรายละเอียดดังนี้ Case Old CVA มีประวัติ hemorrhagic stroke 2 ครั้ง</td>
<td>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้
- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ
- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา
- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้</td>
<td rowspan="5">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)
- การอาบน้ำ
- การเคลื่อนย้าย
- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
- โภชนาการ
- การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- ช่องปาก (oral)
- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
- อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs)
- สะโพก (hip)
การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การบริการด้านอุปกรณ์
- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม
การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ</td>
</tr>
<tr>
<td colspan="2">การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้</td>
</tr>
<tr>
<td colspan="2">มีความต้องการ/ควรได้รับ
- ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 4 ชิ้น/วัน</td>
</tr>
<tr>
<td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td>
<td>เป้าหมายการดูแล</td>
</tr>
<tr>
<td>- การพลัดตกหกล้ม
- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
- ข้อติด/ข้อเท้าตก
- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร</td>
<td>ระยะสั้น
- null ภายใน 3 เดือน
- ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน

ระยะยาว
- เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์
- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ
- ไม่เกิดแผลกดทับ
- ไม่มีภาวะซึมเศร้า
- กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้
- ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ</td>
</tr>
<tr>
<td>ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ลีลาวดี สมวงค์</td>
<td colspan="2">ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</td>
</tr>
</table>

ลงชื่อ...**ผู้ปฏิบัติงาน (CM)**
(......นางสาวลีลาวดี สมวงค์......)

ลงชื่อ......(นางสาวนัยนา บรรดิศักดิ์)......**เจ้าหน้าที่การเงิน**
(......เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน......)

ลงชื่อ...**อปท.**
(......(นายไพรินทร์ ใยน้อย)......)
นายกเทศมนตรีตำบลสวน[illegible]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ น.ส.กนกพร พึ่งจิตต์ **เลขบัตรประจำตัวประชน** 1949900202988	**ที่อยู่** 84 ม.6. ต.สวนขัน อ.ช้างกลาง จ.นครศรีธรรมราช **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)** 0653875113	**วันที่จัดทำ** 22 เดือน มกราคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 06 เดือน กันยายน พ.ศ. 2536 (อายุ 32 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=6, TAI=C3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** คนไข้เป็นผู้ป่วยติดเตียง ช่วยเหลือตันเองได้น้อย ทานข้าวได้เอง เคลื่อนไหวได้เพียงพลิกตะแคงตัว	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,442 **บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่าจ้างเหมา Cg , ค่าแพมเพิส , อาหารเสริม อุปกรณ์ทำแผล	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ช่องปากไม่สะอาด	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - ช่องปาก (oral) - สะโพก (hip) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด - อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs) **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 4 ชิ้น/วัน - แผ่นรองซับการขับถ่าย จำนวน 4 ชิ้น/วัน - แผ่นเสริมซึมซับ จำนวน NaN ชิ้น/วัน - ผ้าอ้อมทางเลือก จำนวน 4 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 3 เดือน **ระยะยาว** - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ไม่เกิดแผลกดทับ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ลีลาวดี สมวงค์	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ..ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
(....นางสาวลีลาวดี สมวงศ์....)

ลงชื่อ..เจ้าหน้าที่การเงิน
(นางสาวนัยนา บรรดิศักดิ์)
(....เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน....)

ลงชื่อ..อปท.
(....(นายไพรินทร์ ใยน้อย)....)
นายกเทศมนตรีตำบลสวนขัน

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางหนูรินทร์ ศรีอินทร์ **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3800400271939	**ที่อยู่** 225 หมู่ 6 ตำบลสวนขัน อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)** 0622069599	**วันที่จัดทำ** 09 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2481 (อายุ 87 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=6, TAI=C2 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน นั่งได้เดินไม่ได้ ทานอาหารได้เอง พูดคุยได้ถามตอบรู้เรื่องไม่สับสนโวยวาย ทราบวันเวลาสถานที่	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,442 **บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่าจ้างเหมา Cg , ค่าแพมเพิส ,เตียงที่นอนลม ,อาหารเสริม	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - สะโพก (hip) **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 4 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน **ระยะยาว** - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ลีลาวดี สมวงศ์	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ..**ผู้ปฏิบัติงาน (CM)**
(นางสาวลีลาวดี สมวงศ์)

ลงชื่อ..**อปท.**
(นายไพรินทร์ ใยน้อย)
นายกเทศมนตรีตำบลสวนขัน

ลงชื่อ..**เจ้าหน้าที่การเงิน**
(นางสาวนิยมา บรรดศักดิ์)
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางชีพ สังขะเลขา
เลขบัตรประจำตัวประชน 3800400266897

ที่อยู่ 128 หมู่ 6 ต.สวนขัน อ.ช้างกลาง
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0862661871

วันที่จัดทำ 22 เดือน มกราคม พ.ศ. 2568

เกิดวันที่ 01 เดือน เมษายน พ.ศ. 2477
(อายุ 91 ปี)

วินิจฉัย : ADL=4, TAI=I3
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน นั่งได้เดินไม่ได้ ทานอาหารได้ด้วยตนเอง พูดคุยได้ถาม ตอบรู้เรื่องไม่สับสนโวยวาย ทราบวันเวลาสถานที่

สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน

เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 **บาท**
โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าจ้างเหมา Cg , ค่าแพมเพิส , อาหารเสริม

ประเด็นปัญหา/ความต้องการ

- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา
- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง
- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ
- กลั้นปัสสาวะไม่ได้
- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้
- ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต
- สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้

การดูแล

การดูแลพยาบาลทั่วไป
- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)
- การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)
- การอาบน้ำ
- การเคลื่อนย้าย
- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
- โภชนาการ

การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- สะโพก (hip)

การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การบริการด้านอุปกรณ์
- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม

การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ

การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้

มีความต้องการ/ควรได้รับ
- ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน

ข้อควรระวังในการให้บริการ

- การพลัดตกหกล้ม
- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา
- ข้อติด/ข้อเท้าตก
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร
- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย

เป้าหมายการดูแล

ระยะสั้น
-

ระยะยาว
- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ
- ไม่เกิดแผลกดทับ
- ไม่มีภาวะซึมเศร้า
- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
- กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้
- ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ

ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ลีลาวดี สมวงค์

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)

ลงชื่อ..ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
(....นางสาวลีลาวดี สมวงค์....)

ลงชื่อ..อปท.
(....(นายไพรินทร์ ใยน้อย)....)
นายกเทศมนตรีตำบลสวนขัน

ลงชื่อ..เจ้าหน้าที่การเงิน
(นางสาวนัยนา บรรดศักดิ์)
(..)
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางแนบ ผุดผาด **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3800500220767	**ที่อยู่** 38 ม.6 ต.สวนขัน อ.ช้างกลาง จ.นครศรีธรรมราช **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)** 0834296059	**วันที่จัดทำ** 22 เดือน มกราคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2476 (**อายุ** 92 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=8, TAI=C3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน นั่งได้เดินไม่ได้ ทานอาหารได้ด้วยตนเอง พูดคุยได้ถามตอบรู้เรื่องไม่สับสนโวยวาย ทราบวันเวลาสถานที่	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ ๒ **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,442 **บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่าจ้างเหมา Cg , ค่าแพมเพิส ,เตียงที่นอนลม ,อาหารเสริม	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - สะโพก (hip) **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ข้อติด/ข้อเท้าตก - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	**ระยะสั้น** - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน **ระยะยาว** - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ลีลาวดี สมวงศ์	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ..**ผู้ปฏิบัติงาน (CM)**
(..นางลีลาวดี สมวงศ์..)

ลงชื่อ....(นางสาว[illegible])....**เจ้าหน้าที่การเงิน**
([illegible])

ลงชื่อ..**อปท.**
(....(นายไพรินทร์ ใยน้อย)....)
นายกเทศมนตรีตำบลสวนขัน

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางพิน ภัทธิยากูล
เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3800400268377

ที่อยู่ 146 ม.6 ต.สวนขัน อ.ช้างกลาง นครศรีธรรมราช
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0821792834

วันที่จัดทำ 22 เดือน มกราคม พ.ศ. 2568

เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2475
(อายุ 93 ปี)

วินิจฉัย : ADL=11, TAI=C4
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว เดินแบบโค้งตัวต้องใช้มือและเท้าในการช่วยเดิน เหนื่อยง่ายขณะเดินหรือเคลื่อนย้ายร่างกาย มีกลิ่นปัสสาวะตลอดเวลา

สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน

เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 **บาท**
โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าจ้างเหมา Cg , ค่าแพมเพิส , อาหารเสริม

ประเด็นปัญหา/ความต้องการ

- รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา
- ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต
- อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย
- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง

การดูแล

การดูแลพยาบาลทั่วไป
- การเคลื่อนย้าย
- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
- โภชนาการ
- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)

การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- สะโพก (hip)
- สมอง (Brain)

การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม
- การบริการด้านอุปกรณ์
- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว

การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ

การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้

มีความต้องการ/ควรได้รับ

ข้อควรระวังในการให้บริการ

- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา
- การพลัดตกหกล้ม
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ
- ข้อติด/ข้อเท้าตก

เป้าหมายการดูแล

ระยะสั้น
- ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 3 เดือน

ระยะยาว
- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
- ที่อยู่อาศัยเหมาะสม
- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ
- ไม่เกิดแผลกดทับ
- กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้
- ไม่มีภาวะซึมเศร้า

ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ลีลาวดี สมวงค์

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)

ลงชื่อ..**ผู้ปฏิบัติงาน (CM)**
(นางสาวลีลาวดี สมวงค์)

ลงชื่อ..**อปท.**
(นายไพรินทร์ ใยน้อย)
นายกเทศมนตรีตำบลสวนขัน

ลงชื่อ([illegible] บรรดิศักดิ์)**เจ้าหน้าที่การเงิน**
(เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางถนอม นุ่นสังข์ **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3800400269802	**ที่อยู่** 176 ม.6 ต.สวนขัน อ.ช้างกลาง นครศรีธรรมราช **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)** 0812520249	**วันที่จัดทำ** 22 เดือน มกราคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2476 (อายุ 92 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=6, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** Case มีปัญหาด้านการเคลื่อนย้ายร่างกาย > 3 ปี, Retained foley cath	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,422 **บาท**	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - สะโพก (hip) **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ข้อติด/ข้อเท้าตก	**ระยะสั้น** - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 3 เดือน **ระยะยาว** - ไม่เกิดแผลกดทับ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ลีลาวดี สมวงศ์	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ...**ผู้ปฏิบัติงาน (CM)**
(นางสาวลีลาวดี สมวงศ์)

ลงชื่อ...**เจ้าหน้าที่การเงิน**
(นางสาวนัยนา บรรดิศักดิ์)
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน

ลงชื่อ...**อปท.**
(นายไพรินทร์ ใยน้อย)
นายกเทศมนตรีตำบลสวนขัน