

ฎีกาเบิกเงิน

กองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลยอดขาด

เลขที่ 1/2567

วันที่จัดทำ

เรียน ผู้บริหารท้องถิ่น

ตามที่คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง องค์การบริหารส่วนตำบลยอดขาด ได้อนุมัติโครงการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง และแผนการดูแลรายบุคคล รวมทั้งค่าใช้จ่ายตามแผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ให้แก่ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลยอดขาด จำนวน 342,000.00 บาท (สามแสนสี่หมื่นสองพันบาทถ้วน) โดยจ่ายงวดเดียว เป็นจำนวนเงิน 342,000.00 บาท (สามแสนสี่หมื่นสองพันบาทถ้วน)

ในการนี้ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลยอดขาด มีความประสงค์จะขอเบิกเงิน จำนวน 342,000.00 บาท (สามแสนสี่หมื่นสองพันบาทถ้วน) เพื่อนำไปดำเนินการตามโครงการฯ และ แผนการดูแลรายบุคคลดังกล่าว พร้อมนี้ได้แนบ เอกสาร หลักฐาน ประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน ๕๗ ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน (ระบุชื่อ)

จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ ผู้ขอเบิก (ผู้ได้รับมอบหมาย)

(นายปรีดี คำคำ)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการกองสวัสดิการสังคม

ได้ตรวจสอบเอกสารประกอบฎีกาครบถ้วนถูกต้อง และได้ตรวจสอบแล้ว มีเงินคงเหลือเพียงพอที่จะเบิกจ่ายได้ จำนวน 342,000.00 บาท (สามแสนสี่หมื่นสองพันบาทถ้วน) ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ(ผู้ได้รับมอบหมาย) (นางสาวพิมพ์ประศร ศิริขมภู) ตำแหน่ง นักพัฒนาชุมชนชำนาญการ วันที่.....	เรียน ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เห็นควรให้เบิกจ่าย งวดที่ 1 จำนวน 342,000.00 บาท (สามแสนสี่หมื่นสองพันบาทถ้วน) ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ(ผู้ได้รับมอบหมาย) (นางกรกมล โยพันธ์) หัวหน้าหน่วยงานคลัง/ผู้ได้รับมอบหมาย วันที่.....
เรียน ผู้บริหารท้องถิ่น เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน 342,000.00 บาท (สามแสนสี่หมื่นสองพันบาทถ้วน) ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ(ผู้ได้รับมอบหมาย) (นายปรีดี คำคำ) ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น วันที่.....	อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน 342,000.00 บาท (สามแสนสี่หมื่นสองพันบาทถ้วน) ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ(ผู้ได้รับมอบหมาย) (นายฉลวย ชัยบุญมา) ผู้บริหารท้องถิ่น วันที่.....
จ่ายเป็น Δ เช็คขีดคร่อม/ตัวแลกเงิน/ธนาคา Δ ทางธนาคาร ธนาคาร ธกส. สาขานาแก บัญชีเลขที่ 020176694394 เลขที่เช็ค ลงวันที่ 25 มีนาคม 2567 จำนวนเงิน 342,000.00 บาท (สามแสนสี่หมื่นสองพันบาทถ้วน) จ่ายให้ (ชื่อผู้รับเงิน) ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลยอดขาด	ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร ลงชื่อ ผู้มีอำนาจลงนาม (กลุ่มหนึ่ง) (นายทองดี ปัท) ลงชื่อ ผู้มีอำนาจลงนาม (กลุ่มสอง) (นายปรีดี คำคำ)

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน 342,000.00 บาท (สามแสนสี่หมื่นสองพันบาทถ้วน) ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน (1) (นายประถัมภ์ เพ็งพิมพ์) ตำแหน่ง ประธานศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลยอดขาด วันที่.....	ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้วจำนวน 342,000.00 บาท (สามแสนสี่หมื่นสองพันบาทถ้วน) ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน (นายทองดี ปัท) ตำแหน่ง วันที่.....
--	---

หมายเหตุ(1) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับเงิน / ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ



**ข้อตกลงการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง
ระหว่าง**

**องค์การบริหารส่วนตำบลยอดขาด กับ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิง
ตำบลยอดขาด**

ข้อตกลงเลขที่ 1 /2567

ข้อตกลงนี้ทำขึ้น ณ องค์การบริหารส่วนตำบลยอดขาด ตั้งอยู่ที่ อำเภอ วังยาง จังหวัด นครพนม เมื่อวันที่ วันที่ 01 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ.2567 ระหว่าง องค์การบริหารส่วนตำบลยอดขาด โดย นายฉลวย ชัยบุญมา นายกองค์การบริหารส่วนตำบลยอดขาด (ผู้บริหารสูงสุดหรือผู้ที่ได้รับมอบอำนาจ) ซึ่งต่อไปในข้อตกลงนี้เรียกว่า “องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น” ฝ่ายหนึ่ง กับ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลยอดขาด โดย นายประถัมภ์ เฟื่องพิมพ์ ประธานกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลยอดขาด (ผู้บริหารสูงสุดหรือผู้ที่ได้รับมอบอำนาจ) ซึ่งต่อไปในข้อตกลงนี้เรียกว่า “หน่วยจัดบริการ” อีกฝ่ายหนึ่ง โดยมีข้อความดังต่อไปนี้

ข้อ 1 การดำเนินงาน ทั้งสองฝ่ายตกลงร่วมกันในการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ตามชุดสิทธิประโยชน์ในเอกสารแนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

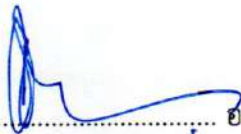
ข้อ 2 การจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง และสรุปแผนการดูแลรายบุคคลและค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง(เหมาจ่าย) ต่อคนต่อปี ตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การ ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ให้เป็นไปตามเอกสารแนบท้าย ข้อตกลงนี้

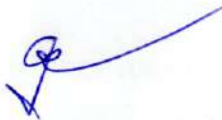
ข้อ 3 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตกลงสนับสนุนเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ ในระดับท้องถิ่น หรือพื้นที่(ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง)จำนวนทั้งสิ้นไม่เกิน 342,000.00 บาท (สามแสนสี่หมื่นสองพันบาทถ้วน) โดย เป็นจำนวนเงิน 342,000.00 บาท (สามแสนสี่หมื่นสองพันบาทถ้วน) ซึ่งได้รวมภาษีมูลค่าเพิ่มตลอดจนภาษีอากรอื่นๆ และค่าใช้จ่ายทั้งปวงไว้ด้วยแล้ว

ข้อ 4 หน่วยจัดบริการเริ่มดำเนินงานตามข้อตกลงตั้งแต่วันที่ 01 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ.2567 สิ้นสุดในวันที่ 31 เดือน มกราคม พ.ศ.2568 โดยเมื่อสิ้นสุดการดำเนินงานตามข้อตกลง ให้หน่วยจัดบริการรายงานผลการดำเนินงาน ในโปรแกรม LTC

ข้อ 5 กรณีหน่วยจัดบริการไม่ปฏิบัติตามข้อตกลงทำให้เกิดความล่าช้าหรือความเสียหาย องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นมีสิทธิยกเลิกข้อตกลง และระงับการจ่ายเงินสนับสนุนโดยผู้จัดบริการยินยอมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรียกเงินสนับสนุนที่จ่ายไปแล้วคืนทั้งหมดหรือบางส่วนได้

ข้อตกลงนี้ทำขึ้นสองฉบับมีข้อความถูกต้องตรงกัน ซึ่งทั้งสองฝ่ายได้อ่านและเข้าใจข้อความโดยตลอด จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อ  องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น
(นายฉลวย ชัยบุญมา) (ผู้บริหารสูงสุดหรือผู้ที่ได้รับมอบอำนาจ)

ลงชื่อ  หน่วยจัดบริการ
(นายประถัมภ์ เพ็งพิมพ์) (ผู้บริหารสูงสุดหรือผู้ที่ได้รับมอบอำนาจ)

ลงชื่อ  พยาน
(นายทองศิลป์ ลิ้มพล)
ผอ.รพ.สต.ยอดเขาด

ลงชื่อ  พยาน
(นายปรีดี คำคำ)
ผู้อำนวยการกองสวัสดิการสังคม

สภ. อบต.บ.บ.บ.
เลขรับ 2/267
วันที่ 26 เดือน ส.ค. พ.ศ. ๖7
เวลา 07.50 น.



ที่ ๘/๒๕๖๗

ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะ
พึ่งพิงพึ่งพิงตำบลยอดชาต อ.วังยาง จ.นครพนม ๔๘๑๓๐

๑ มีนาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขอส่งโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะ
พึ่งพิงพึ่งพิงตำบลยอดชาต ปี ๒๕๖๗

เรียน ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นตำบลยอดชาต

ตามที่ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิงพึ่งพิงตำบลยอด อ.วังยาง
จ.นครพนม ได้จัดทำโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิงพึ่งพิงตำบลยอด
ชาต ปี ๒๕๖๗ โดยศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิงพึ่งพิงตำบลยอดชาต จึงขอเสนอ
โครงการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิงพึ่งพิงตำบลยอดชาต ปี ๒๕๖๗
รายละเอียดตามเอกสารที่แนบเรียนมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

(นายปรีดี คำคำ)

ผู้อำนวยการกองสวัสดิการสังคม

ขอแสดงความนับถือ

(นายประถัมภ์ เพ็งพิมพ์)

ตำแหน่ง ประธานศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ คนพิการ
ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิงพึ่งพิงตำบลยอดชาต

(นางอัสสิพร เสนาคำ)
รองปลัด

(นายนิรันดร์ สุวรรณอำไพ)
ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลยอดชาต

(นายฉวย ชัยบุญมา)
นายก อบต.ยอดชาต

(นางสาวพิมพ์ประสร สิริขันธ์)
นักพัฒนาชุมชนชำนาญการ

(นางสาวหนึ่งฤดี วันนาพ้อ)
ผู้ช่วยเจ้าพนักงานพัฒนาชุมชน
๒๖/๓.๑/๒๕๖๗

ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
กิจกรรมเพื่อสังคมและ
แล้ว เรื่องขอส่งโครงการจัดบริการดูแล
ระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ผู้พิการ
ผู้ด้อยโอกาส ๒๕๖๗ ตามเอกสาร
เอกสารที่แนบเรียนมาพร้อมนี้



แบบจัดทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม
กองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.ยอดชาติ รหัส กปท. L1857
อำเภอ วังยาง จังหวัด นครพนม

ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ.2561 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ข้อ 16 (2) “ให้พิจารณาอนุมัติโครงการ หรือกิจกรรม ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกองทุนตามข้อ 10”

อาศัยอำนาจของประกาศ ฯ ข้อ 10 “เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพตามข้อ 7 วรรคหนึ่ง ให้ใช้จ่ายเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมเป็นค่าใช้จ่ายตามแผนงาน โครงการ หรือกิจกรรม ที่คณะกรรมการกองทุนอนุมัติ” จึงได้จัดทำแผนงาน โครงการ หรือกิจกรรม ประจำปีงบประมาณ 2566 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

✓ สอดคล้องกับแผนสุขภาพชุมชน ของ กปท. ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ด้อยโอกาส

1.ชื่อโครงการ

โครงการการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิง
 ตำบลยอดชาติ ปี 2567

2.ชื่อ หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต.

ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลยอดชาติ

3.หลักการเหตุผล

ตามข้อ 10(1) ตามประกาศคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ.2561 การจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพให้ใช้จ่ายเพื่อสนับสนุนเป็นค่าใช้จ่ายสนับสนุนหน่วยบริการ สถานบริการ หรือหน่วยงานสาธารณสุข ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลยอดชาติ จึงได้จัดทำโครงการขึ้นมาเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการจัดทำโครงการเพื่อให้ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิง โดยหน่วยบริการ สถานบริการ โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) ให้ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิง สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขในระดับชุมชนได้อย่างทั่วถึง

4.วัตถุประสงค์ (เพื่อการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคฟื้นฟูสมรรถภาพ และรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุก รวมถึงการจัดกระบวนการหรือกิจกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค)

เพื่อให้ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิง โดยหน่วยบริการ สถานบริการ โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver)



5.วิธีดำเนินการ (ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ตามข้อ 4)

1. จัดทำโครงการเสนอผู้บริหารลงนาม
2. วางแผนการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส แต่ละราย ตาม Care Plan ที่ได้จัดทำไว้
3. จัดประชุม Care Giver เพื่อซักซ้อมความเข้าใจก่อนการลงพื้นที่ และมอบหมายหน้าที่ให้ดูแล

ผู้สูงอายุแต่ละราย

4. Care manager ให้คำปรึกษาแก่ Care giver ในกรณีที่พบว่ามีปัญหาและต้องการคำแนะนำเพิ่มเติม เพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่ถูกต้องและเหมาะสมในแต่ละราย

5. ลงพื้นที่เยี่ยมผู้สูงอายุแต่ละรายตาม Care Plan
6. จัดทำรายงานตามแผนการดูแลแต่ละราย เดือนละ 1 ครั้ง

7. จัดประชุม/สรุปผลการให้บริการผู้สูงอายุ แต่ละรายตาม Care Plan และส่งผลการดำเนินงานให้องค์กรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทราบเมื่อสิ้นสุดการดูแลในรอบปีตามแผน

6.กลุ่มเป้าหมาย และกิจกรรม (ทุกกลุ่มวัย)

(เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

✓ 6.8.ประชาชนทุกกลุ่มวัย จำนวน 59 คน

✓ 6.8.4.วางแผนการให้บริการ/มอบหมายหน้าที่ให้ดูแล/จัดทำรายงานการดูแลทุกเดือน

7.ระยะเวลาดำเนินการ (ควรระบุตามการดำเนินงานจริง)

วันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2567 ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568

8.สถานที่ดำเนินการ

ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลยอดขาด

9.งบประมาณ (ให้สอดคล้องกับวิธีดำเนินการ ที่ตั้งไว้ตามข้อ 5)

จำนวน 354,000.00 บาท รายละเอียด ดังนี้

1) ค่าจ้างเหมาผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) จำนวน 6 คนๆละ 1,500 บาท จำนวน 12 เดือน
เป็นเงิน 108,000 บาท

ค่าจ้างเหมาผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) จำนวน 20 คนๆละ 600 บาท จำนวน 12 เดือน
เป็นเงิน 144,000 บาท

2) ค่าวัสดุและอุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 59 คน
เป็นเงิน 102,000 บาท

รวมเป็นเงิน 354,000 บาท

10.ผลที่คาดว่าจะได้รับ (ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ตามข้อ 4)

ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิง โดยหน่วยบริการ สถานบริการ โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver)



11.คำรับรองความซ้ำซ้อนของงบประมาณ

ข้าพเจ้า นายประถัมภ์ เพ็งพิมพ์ ตำแหน่ง ประธานศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ด้อยโอกาส ที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลยอดขาด หน่วยงาน ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลยอดขาด หมายเลขโทรศัพท์ 0862333400 ในฐานะของผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

ขอรับรองว่า แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ที่เสนอขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ ในครั้งนี้

- ✓ ไม่ได้ซ้ำซ้อนกับงบประมาณที่ได้รับจากแหล่งอื่น
- ✓ รับทราบถึงกฎ ระเบียบ ข้อบังคับ และวิธีการดำเนินงานตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ.2561 และที่แก้ไขเพิ่มเติม แล้ว

ลงชื่อ.....ผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

(นายประถัมภ์ เพ็งพิมพ์)

ตำแหน่ง ประธานศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลยอดขาด

วันที่ 1 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2567

- เห็นชอบ

- ให้เสนอขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ

ลงชื่อ.....หัวหน้าหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน

(นายประถัมภ์ เพ็งพิมพ์)

ตำแหน่ง ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลยอดขาด

วันที่ 1 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2567



ตอนที่ ๒ : ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (สำหรับเจ้าหน้าที่ อปท.ที่ได้รับมอบหมายลงรายละเอียด)

ตามมติการประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ
ครั้งที่ ๕ / ๒๕ ๖๖๗ เมื่อวันที่ ๑๙ มี.ค. ๒๕๖๗ ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

☒ อนุมัติ งบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม จำนวน ๙๕๔,๐๐๐ บาท
เพราะ

☐ ไม่อนุมัติ งบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม
เพราะ

หมายเหตุเพิ่มเติม (ถ้ามี)

☐ ให้รายงานผลความสำเร็จของแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ตามแบบฟอร์ม (ส่วนที่ 3) ภายในวันที่

ลงชื่อ

(..... (นายฉลวย ชัยบุญมา)

ตำแหน่ง

นายก อบต.ยอดชาติ

วันที่-เดือน-พ.ศ.

๑๙ มี.ค. ๒๕๖๗

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางพิมพ์ สมนัสดี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3470300410680	ที่อยู่ 26 หมู่ที่ 01 ต.ยอดขาด อ.วังยาง จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 08 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 16 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2486 (อายุ 81 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้น้อย เหนื่อยเพลียเล็กน้อย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan สุนิดา คำเพชรดี	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายเปลี่ยน แสงสุริวงศ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700736621	ที่อยู่ 75 หมู่ที่ 01 ต.ยอดขาด อ.วังยาง จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 08 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 06 เดือน เมษายน พ.ศ. 2483 (อายุ 84 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน อ่อนเพลียเล็กน้อย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท		การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- การพลัดตกหกล้ม	ระยะสั้น - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ มีรายได้ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan สุนิดา คำเพชรดี	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

CS นางอัครา ชะตาโคตร

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นางเรียน หล้าพรหม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700735047	ที่อยู่ 9809 หมู่ที่ 01 ต.ยอดขาด อ.วังยาง จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 08 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 13 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2489 (อายุ 78 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุรู้สึกตัวดี อ่อนเพลียเล็กน้อย ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้ป่วย
ผู้จัดทำ Care plan สุนิดา คำเพชรดี	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นางคำทอง ชานูชิต เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700731718	ที่อยู่ 181 หมู่ที่ 01 ต.ยอดขาด อ.วังยาง จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 08 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 03 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2496 (อายุ 71 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุรู้สึกตัวดี เหนื่อยเพลียเล็กน้อย ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- การพลัดตกหกล้ม	ระยะสั้น - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ มีรายได้ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้ป่วย
ผู้จัดทำ Care plan สุนิดา คำเพชรดี	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายกอง วันนาพ่อ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5480790010299	ที่อยู่ 82 หมู่ที่ 01 ต.ยอดขาด อ.วังยาง จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 08 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 18 เดือน กันยายน พ.ศ. 2473 (อายุ 94 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้น้อย อ่อนเพลียเล็กน้อย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan สุนิดา คำเพชรดี	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางวันมา อินธิราช เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700767143	ที่อยู่ 171 หมู่ที่ 01 ต.ยอดขาด อ.วังยาง จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 08 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 03 เดือน มกราคม พ.ศ. 2489 (อายุ 78 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน อ่อนเพลียเล็กน้อย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- การพลัดตกหกล้ม - การกินอาหาร/สำลักอาหาร	ระยะสั้น - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan สุนิดา คำเพชรดี	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

นส. อนิศา หงษ์ชุม

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นายกองแก้ว เก่งสุวรรณ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700735772	ที่อยู่ 60 ม.1 ต.ยอดขาด อ.วังยาง จ. นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 08 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 10 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2492 (อายุ 75 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- กลืนลำบาก - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- การพลัดตกหกล้ม - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ซบถายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุนิดา คำเพชรดี	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นายเพียร แสนสุริวงศ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700766104	ที่อยู่ 131 หมู่ที่ 01 ต.ยอดขาด อ.วังยาง จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 08 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 15 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2488 (อายุ 79 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี เหนื่อยเพลียเล็กน้อย ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ช่องปากไม่สะอาด - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- การพลัดตกหกล้ม	ระยะสั้น - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ซบถายเองได้ ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ มีรายได้	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan สุนิดา คำเพชรดี	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

CG นางรุส บุนดัม

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ น.ส.หนูการ แสนสุริวงศ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700734423	ที่อยู่ 43 ม.1 ต.ยอดขาด อ. วังยาง จ. นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 06 เดือน กันยายน พ.ศ. 2564
เกิดวันที่ 22 เดือน มกราคม พ.ศ. 2486 (อายุ 81 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง เดินลำบาก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุณิดา คำเพชรดี	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาวสุรส แก้วศรีสม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700764799	ที่อยู่ 108 หมู่ที่ 01 ต.ยอดขาด อ.วียงยาง จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 08 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 28 เดือน กันยายน พ.ศ. 2477 (อายุ 90 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน อ่อนเพลียเล็กน้อย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม	ระยะสั้น - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	
ผู้จัดทำ Care plan สุณิดา คำเพชรดี	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

CG นส. สุรส แก้วศรีสม

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นายท้าว พรหมราช เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5480700030902	ที่อยู่ 102 หมู่ที่ 02 ต.ยอดขาด อ.วังยาง จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 08 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 30 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2494 (อายุ 73 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุรู้สึกตัวดี มีอาการหลงลืมบางครั้ง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 1 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ท้ายอายุเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan สุนิดา คำเพชรดี	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นางยัม แพ่งคำฮัก เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700768689	ที่อยู่ 22 ม.2 ต.ยอดขาด อ.วังยาง จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 08 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 01 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2487 (อายุ 80 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุรู้สึกตัวดี เหนื่อยเพลียปานกลาง ช่วยเหลือตนเองได้น้อย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ท้ายอายุเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan สุนิดา คำเพชรดี	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

CG นางนารถ อินธรา

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายมา ชานูชิต เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700771043	ที่อยู่ 56 ม.2 ต.ยอดชาด อ.วังยาง จ. นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 08 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 10 เดือน กันยายน พ.ศ. 2483 (อายุ 84 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุรู้สึกตัวดี เหนื่อยเพลีย เดินลำบาก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,000 บาท	- ความสามารถในการได้ยิน - ความสามารถในการมองเห็น - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เรื้อรังตกหล่น	ระยะสั้น - ระยะยาว	
ผู้จัดทำ Care plan สุนิดา คำเพชรดี	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางประพร เพียสา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700772732	ที่อยู่ 84 หมู่ที่ 02 ต.ยอดชาด อ.วังยาง จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 08 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 02 เดือน เมษายน พ.ศ. 2497 (อายุ 70 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน อ่อนเพลียเล็กน้อย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan สุนิดา คำเพชรดี	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

นางสาว วิภาณี

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเหมาจ่ายค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายกัม บัวพรม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5481200012027	ที่อยู่ 19 หมู่ที่ 03 ต.ยอดขาด อ.วังยาง จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 08 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 20 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2495 (อายุ 72 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุรู้สึกตัวดี อ่อนเพลียเล็กน้อย ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
- การพลัดตกหกล้ม	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ท้ายอาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan สุนิดา คำเพชรดี	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเหมาจ่ายค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางทองคำ ชานูชิต เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5480790012984	ที่อยู่ 33 ม.2 ต.ยอดขาด อ.วังยาง จ. นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 06 เดือน กันยายน พ.ศ. 2564
เกิดวันที่ 30 เดือน กันยายน พ.ศ. 2494 (อายุ 73 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : รู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้ เหนื่อยอ่อนเพลีย ตาพร่ามัว เดินลำบาก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม
- การพลัดตกหกล้ม	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ซบถ่ายเองได้ - ท้ายอาศัยเหมาะสม	การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุนิดา คำเพชรดี	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

CG นางนารี อ้นนันทน์

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/รายปี)**

ชื่อ นางเบ้ง พรหมทองดี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700738411	ที่อยู่ 1 หมู่ที่ 03 ต.ยอดขาด อ.วังยาง จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 08 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 07 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2472 (อายุ 95 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุรู้สึกตัวเองดี ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ความสามารถในการได้ยิน - ความสามารถในการมองเห็น - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
- การพลัดตกหกล้ม	ระยะสั้น - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 วัน ระยะยาว - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ทิอยู่อาศัยเหมาะสม	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan สุนิดา คำเพชรดี	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/รายปี)**

ชื่อ นายแป ชาญชิต เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700740636	ที่อยู่ 28 หมู่ที่ 03 ต.ยอดขาด อ.วังยาง จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 08 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 06 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2472 (อายุ 95 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุรู้สึกตัวดี อ่อนเพลียเล็กน้อย ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
- การพลัดตกหกล้ม	ระยะสั้น - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ทิอยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ มีรายได้	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan สุนิดา คำเพชรดี	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

CG นางคัมพ์ ชักท้าว

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเคาะค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นายหมอน เหลืองซาลี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5480700022039	ที่อยู่ 31 หมู่ที่ 03 ต.ยอดขาด อ.วังยาง จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 08 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 01 เดือน เมษายน พ.ศ. 2485 (อายุ 82 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน อ่อนเพลียเล็กน้อย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดลอมทั่วไป - โภชนาการ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การกินอาหาร/สาลักอาหาร	ระยะสั้น - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ทิอยู่อาศัยเหม่าสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan สุนิดา คำเพชรดี	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเคาะค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นางสวรรค์ เพ็งจูงซารี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700740725	ที่อยู่ 226 หมู่ที่ 03 ต.ยอดขาด อ.วังยาง จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 08 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2513 (อายุ 54 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดลอมทั่วไป - โภชนาการ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ทิอยู่อาศัยเหม่าสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan สุนิดา คำเพชรดี	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

CG นางทวี เก่งงาม

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางอนงค์ บัวพรหม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700741977	ที่อยู่ 62 หมู่ที่ 03 ต.ยอดเขาตอ อ.วังยาง จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 08 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 12 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2503 (อายุ 64 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ความสามารถในการได้ยิน - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร	ระยะสั้น - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ท้ายู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่เกิดแผลกดทับ	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan สุนิดา คำเพชรดี	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางถาวร เหลืองขาลี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700741420	ที่อยู่ 40 หมู่ที่ 03 ต.ยอดเขาตอ อ.วังยาง จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 08 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 25 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2487 (อายุ 80 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ท้ายู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan สุนิดา คำเพชรดี	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเหมาจ่ายค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาวสิฟอง แสนสุริวงศ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700753801	ที่อยู่ 36 หมู่ที่ 04 ต.ยอดขาด อ.วังยาง จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 08 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 05 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2486 (อายุ 81 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน อ่อนเพลียเล็กน้อย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ชื่อควรระวังในการให้บริการ - การพลัดตกหกล้ม	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น - ฟันฟุสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ทิอยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan สุนิดา คำเพชรดี	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเหมาจ่ายค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายปาลี ชันทิท้าว เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700741098	ที่อยู่ 36 หมู่ที่ 03 ต.ยอดขาด อ.วังยาง จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 08 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 25 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2474 (อายุ 93 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน อ่อนเพลียเล็กน้อย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ชื่อควรระวังในการให้บริการ - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น - ฟันฟุสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - ทิอยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan สุนิดา คำเพชรดี	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นางวงศ์เดือน กมลแก้ว เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700777513	ที่อยู่ 76 หมู่ที่ 04 ต.ยอดชาติ อ.วังยาง จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 08 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 05 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2492 (อายุ 75 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้น้อย เหนื่อยเพลียเล็กน้อย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม	ระยะสั้น - ระยะยาว	
ผู้จัดทำ Care plan สุนิดา คำเพชรดี	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นายศรีเผด็จ แก้วมะณีชัย เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3471500112535	ที่อยู่ 137 ม.3 ต.ยอดชาติ อ.วังยาง จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 08 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 01 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2505 (อายุ 62 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน เดินไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ขงงกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำ เองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 2 เดือน ระยะยาว - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุนิดา คำเพชรดี	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

นางสุพิน แสนสุริวงค์

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางคำหวาง อินธิราช เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700750101	ที่อยู่ 11 ม.4 ต.ยอดขาด อ. วังยาง จ. นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 06 เดือน กันยายน พ.ศ. 2564
เกิดวันที่ 06 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2485 (อายุ 82 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : รู้สึกตัวดี เหนื่อยอ่อนเพลีย ช่วยเหลือตนเองได้น้อย เดินลำบาก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุนิดา คำเพชรดี	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางบุญเชื่อง แสนสุริวงศ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700777831	ที่อยู่ 82 หมู่ที่ 04 ต.ยอดขาด อ. วังยาง จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 08 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 18 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2488 (อายุ 79 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน อ่อนเพลียเล็กน้อย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ท้ายอาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan สุนิดา คำเพชรดี	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

นางเน่งณี แสนสุริวงศ์

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายแก่นนคร อินธิราช เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1409901606513	ที่อยู่ 228 หมู่ที่ 04 ต.ยอดขาด อ.วังยาง จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 08 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 24 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2540 [อายุ 27 ปี]	วินิจฉัย : ADL=7, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน เดินไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- การกินอาหาร/สลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก	ระยะสั้น - ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุนิดา คำเพชรดี	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางคำดี แสนสุริวงศ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700752006	ที่อยู่ 58 หมู่ที่ 04 ต.ยอดขาด อ.วังยาง จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 08 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 15 เดือน เมษายน พ.ศ. 2481 [อายุ 86 ปี]	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุรู้สึกตัวดี อ่อนเพลียเล็กน้อย ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ฟันฟุสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan สุนิดา คำเพชรดี	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

นางคำดี แสนสุริวงศ์

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาวคำเหลือง ไชยวงศ์คต เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700779346	ที่อยู่ 109 ม.4 ต.ยอดขาด อ. วังยาง จ. นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 08 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 01 เดือน เมษายน พ.ศ. 2477 (อายุ 90 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : รู้สึกตัวดี เห็นอ่อนเพลีย ช่วยเหลือตนเองได้น้อย เดินลำบาก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,000 บาท		การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม
- การพลัดตกหกล้ม	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้ป่วย
ผู้จัดทำ Care plan สุนิดา คำเพชรดี	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาว แก้วมะ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700752391	ที่อยู่ 53 ม.4 ต.ยอดขาด อ. วังยาง จ. นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 08 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 05 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2473 (อายุ 94 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : รู้สึกตัวดี เห็นอ่อนเพลีย เดินลำบาก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม
- การพลัดตกหกล้ม	ระยะสั้น - ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้ป่วย
ผู้จัดทำ Care plan สุนิดา คำเพชรดี	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

นางเพ็ญดี เลขสุรวงศ์

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นายใส หลานเชษฐา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700744445	ที่อยู่ 6 หมู่ที่ 05 ต.ยอดขาด อ.วังยาง จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 08 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 03 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2489 (อายุ 78 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้น้อย อ่อนเพลียเล็กน้อย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม	ระยะสั้น - ระยะยาว - ทืออยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan สุนิดา คำเพชรดี	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นายสมาน กมลแก้ว เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700777505	ที่อยู่ 7 ม.4 ต.ยอดขาด อ. วังยาง จ. นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 08 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 10 เดือน กันยายน พ.ศ. 2488 (อายุ 79 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : รู้สึกตัวดีเหนื่อยเพลีย ช่วยเหลือตนเองได้น้อย เดินลำบาก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ติด/ข้อเท้าตก	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	
ผู้จัดทำ Care plan สุนิดา คำเพชรดี	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

CC นางบุญใจ จันทร์

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ น.ส.นวน เขียวมา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700746537	ที่อยู่ 34 ม.5 ต.ยอดขาด อ.วังยาง จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 08 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 05 เดือน เมษายน พ.ศ. 2484 (อายุ 83 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ช่วยตัวเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุนิดา คำเพชรดี	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นายมูลตรี จันทะคุณ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700747444	ที่อยู่ 155 หมู่ที่ 05 ต.ยอดขาด อ.วังยาง จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 08 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 10 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2484 (อายุ 83 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยรู้สึกตัว ช่วยเหลือตนเองได้น้อยเดินไม่ได้ เหนื่อยเพลีย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ช่วยตัวเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	- อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นางคำเตย เชื้อวังคำ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700747070	ที่อยู่ 41 ม.5 ต.ยอดขาด อ.วังยาง จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 08 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 08 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2489 (อายุ 78 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน เดินไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
	ระยะสั้น - ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุนิดา คำเพชรดี	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นางสาว พ่อศรีชา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5480700004413	ที่อยู่ 78 ม.5 ต.ยอดขาด อ.วังยาง จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 08 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 03 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2490 (อายุ 77 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน เดินไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุนิดา คำเพชรดี	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

นางสุภาภรณ์ โตธรรณัง

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาว หลานเศรษฐา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700743368	ที่อยู่ 81 ม.5 ต.ยอดชาด อ. วังยาง จ. นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 06 เดือน กันยายน พ.ศ. 2564
เกิดวันที่ 23 เดือน กันยายน พ.ศ. 2493 (อายุ 74 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : รู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้น้อย เหนื่อยเพลียปานกลาง รับประทานอาหารได้เอง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมายจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมายจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ความสามารถในการได้ยิน - ความสามารถในการมองเห็น - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุนิดา คำเพชรดี	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางไฮ โคตรตาแสง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700744861	ที่อยู่ 19 ม.5 ต.ยอดชาด อ. วังยาง จ. นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 08 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 17 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2487 (อายุ 80 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : รู้สึกตัวดี เหนื่อยเพลียเล็กน้อย เดินลำบาก ช่วยเหลือตนเองได้น้อย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมายจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมายจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - มีงกกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	
ผู้จัดทำ Care plan สุนิดา คำเพชรดี	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

CG ของสัญญา 48888

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นางมนตา วันนาพ้อ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700746367	ที่อยู่ 90 ม.5 ต.ยอดขาด อ.วังยาง จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 08 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 12 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2491 (อายุ 76 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน เดินลำบาก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุนิดา คำเพชรดี	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นายอดิศักดิ์ เชื้อวังคำ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1480700111683	ที่อยู่ 84 ม.5 ต.ยอดขาด อ.วังยาง จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 08 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 18 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2534 (อายุ 33 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน เดินลำบาก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุนิดา คำเพชรดี	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

CG นายทรงยศ เชื้อวังคำ

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางณอม หาญธงชัย เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700745361	ที่อยู่ 19 ม.5 ต.ยดชาด อ. วังยาง จ. นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 08 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 20 เดือน กันยายน พ.ศ. 2489 (อายุ 78 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : รู้สึกตัวดี เหนื่อยเพลีย ช่วยเหลือตนเองได้น้อย เดินลำบาก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม	ระยะสั้น - ระยะยาว - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุณิดา คำเพชรดี	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางปิ่น โคตรตาแสง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700745719	ที่อยู่ 23 ม.5 ต.ยดชาด อ. วังยาง จ. นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 06 เดือน กันยายน พ.ศ. 2564
เกิดวันที่ 19 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2491 (อายุ 76 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุรู้สึกตัวดี เหนื่อยเพลีย ช่วยเหลือตนเองได้น้อย เดินลำบาก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ความสามารถในการได้ยิน - ความสามารถในการมองเห็น - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุณิดา คำเพชรดี	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

นางสุณิดา โคตรตาแสง

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นายชัง หลานเคษฐา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5480790003489	ที่อยู่ 11 ม.6 ต.ยอดชาด อ.วังยาง จ. นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 08 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 23 เดือน กันยายน พ.ศ. 2498 (อายุ 69 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน เดินลำบาก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ท้ายอาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุนิดา คำเพชรดี	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นางหนู จันทะคุณ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700775456	ที่อยู่ 58 ม.6 ต.ยอดชาด อ.วังยาง จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 08 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 29 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2484 (อายุ 83 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน เดินลำบาก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- กลืนลำบาก - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- รพลัดตกหกล้ม - ... เรกินอาหาร/สำลักอาหาร - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ท้ายอาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุนิดา คำเพชรดี	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเคาะค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางคำเห้ง แสงสย เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700776436	ที่อยู่ 84 ม.6 ต.ยอดขาด อ.วังยาง จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 08 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 07 เดือน เมษายน พ.ศ. 2486 (อายุ 81 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน เดินลำบาก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ความสามารถในการได้ยิน - ความสามารถในการมองเห็น - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ท้ายอาคัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุนิดา คำเพชรดี	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเคาะค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายสมภาร เกษศรีพรหม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700774271	ที่อยู่ 34 ม.6 ต.ยอดขาด อ.วังยาง จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 08 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 25 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2487 (อายุ 80 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน เดินลำบาก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ท้ายอาคัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุนิดา คำเพชรดี	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

นางสุนิดา คำเพชรดี

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นายกิตติศักดิ์ จันทร์ชนะ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3100202386396	ที่อยู่ 37 ม.6 ต.ยอดชาด อ.วังยาง จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 08 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 29 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2498 (อายุ 69 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน เดินลำบาก ตามองไม่เห็น	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุนิดา คำเพชรดี	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นางหนูเต็ม พลธีราช เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700774786	ที่อยู่ 42 ม.6 ต.ยอดชาด อ. วังยาง จ. นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 06 เดือน กันยายน พ.ศ. 2564
เกิดวันที่ 01 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2485 (อายุ 82 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : รู้สึกตัวดี เหนื่อยอ่อนเพลีย ช่วยเหลือตนเองได้น้อย เดินลำบาก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุนิดา คำเพชรดี	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

นส. นันทิยา

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ น.ส.แสง พรหมกาวงค์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700762656	ที่อยู่ 51 หมู่ที่ 07 ต.ยอดชาด อ.วังยาง จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 08 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 08 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2494 (อายุ 73 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน อ่อนเพลียเล็กน้อย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ความสามารถในการได้ยิน - ความสามารถในการมองเห็น - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan สุนิดา คำเพชรดี	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ น.ส.ทนาย โคตรดาแสง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5480700029211	ที่อยู่ 68 ม.6 ต.ยอดชาด อ.วังยาง จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 08 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 01 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2486 (อายุ 81 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน เดินลำบาก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - เดินได้โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุนิดา คำเพชรดี	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

นางวันเพ็ญ จันทร์คุณ

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นายกรุง แก้วมะ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5480700030546	ที่อยู่ 21 ม.7 ด.ยอดขาด อ.วังยาง จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 08 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 27 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2523 (อายุ 44 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน เดินลำบาก มองไม่เห็น	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ระวังภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุนิดา คำเพชรดี	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นางคอน เชื้อวังคำ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700763229	ที่อยู่ 29 หมู่ที่ 07 ด.ยอดขาด อ.วังยาง จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 08 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 06 เดือน มกราคม พ.ศ. 2475 (อายุ 92 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน อ่อนเพลียเล็กน้อย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan สุนิดา คำเพชรดี	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางปัญญา แดงท่าซาม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5470100022801	ที่อยู่ 34 ม.7 ต.ยอดขาด อ. วังยาง จ. นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 06 เดือน กันยายน พ.ศ. 2564
เกิดวันที่ 12 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2494 (อายุ 73 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : รู้สึกตัวดี เหนื่อยเพลีย ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ปวดขา	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม	ระยะสั้น ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุนิดา คำเพชรดี	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายอุบล เชื้อคำเพ็ง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700763415	ที่อยู่ 33 ม.7 ต.ยอดขาด อ.วังยาง จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 08 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 11 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2496 (อายุ 71 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน เดินลำบาก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ความสามารถในการได้ยิน - ความสามารถในการมองเห็น	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุนิดา คำเพชรดี	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

หลงใจ นวมทอง

ฎีกาเบิกเงิน

กองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลยอชาติ

เลขที่ 1/2567

วันที่จัดทำ

เรียน ผู้บริหารท้องถิ่น

ตามที่คณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง องค์การบริหารส่วนตำบลยอชาติ ได้อนุมัติโครงการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง และแผนการดูแลรายบุคคล รวมทั้งค่าใช้จ่ายตามแผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ให้แก่ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลยอชาติ จำนวน 12,000.00 บาท (หนึ่งหมื่นสองพันบาทถ้วน) โดยจ่ายงวดเดียว เป็นจำนวนเงิน 12,000.00 บาท (หนึ่งหมื่นสองพันบาทถ้วน)

ในการนี้ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลยอชาติ มีความประสงค์จะขอเบิกเงิน จำนวน 12,000.00 บาท (หนึ่งหมื่นสองพันบาทถ้วน) เพื่อนำไปดำเนินการตามโครงการฯ และ แผนการดูแลรายบุคคลดังกล่าว พร้อมนี้ได้แนบ เอกสาร หลักฐาน ประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน 2 ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน (ระบุชื่อ)จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ ผู้ขอเบิก (ผู้ได้รับมอบหมาย)

(นายปรีดี คำคำ)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการกองสวัสดิการสังคม

ได้ตรวจสอบเอกสารประกอบฎีกาครบถ้วนถูกต้อง และได้ตรวจสอบแล้ว มีเงินคงเหลือเพียงพอที่จะเบิกจ่ายได้ จำนวน 12,000.00 บาท (หนึ่งหมื่นสองพันบาทถ้วน) ลงชื่อ ผู้ตรวจสอบ(ผู้ได้รับมอบหมาย) (นางสาวพิมพ์ประสร ศิริชมภู) ตำแหน่ง นักพัฒนาชุมชนชำนาญการ วันที่.....	เรียน ปลัดองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เห็นควรให้เบิกจ่าย งวดที่ 1 จำนวน 12,000.00 บาท (หนึ่งหมื่นสองพันบาทถ้วน) ลงชื่อ ผู้ตรวจสอบ(ผู้ได้รับมอบหมาย) (นางกรรมล ไยพันธ์) หัวหน้าหน่วยงานคลัง/ผู้ได้รับมอบหมาย วันที่.....
เรียน ผู้บริหารท้องถิ่น เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน 12,000.00 บาท (หนึ่งหมื่นสองพันบาทถ้วน) ลงชื่อ ผู้ตรวจสอบ(ผู้ได้รับมอบหมาย) (นายณัฐ สุวรรณอำไพ) ปลัดองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น วันที่.....	อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน 12,000.00 บาท (หนึ่งหมื่นสองพันบาทถ้วน) ลงชื่อ ผู้ตรวจสอบ(ผู้ได้รับมอบหมาย) (นายฉลาย ชัยบุญมา) ผู้บริหารท้องถิ่น วันที่.....
จ่ายเป็น Δ เชื้อฉีดคร่อม/ตัวแลกเงิน/ธนาคาร Δ ทางธนาคาร ธนาคาร ธกส. สาขาแม่ บัญชีเลขที่ 020176694394 เลขที่เช็ค ลงวันที่ 25 มีนาคม 2567 จำนวนเงิน 12,000.00 บาท (หนึ่งหมื่นสองพันบาทถ้วน) จ่ายให้ (ชื่อผู้รับเงิน) ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลยอชาติ	ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร ลงชื่อ ผู้มีอำนาจลงนาม (กลุ่มหนึ่ง) (นายทนงศิลป์ ลิ้มพล) ลงชื่อ ผู้มีอำนาจลงนาม (กลุ่มสอง) (นายปรีดี คำคำ)

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน 12,000.00 บาท (หนึ่งหมื่นสองพันบาทถ้วน) ลงชื่อ ผู้รับเงิน (1) (นายประถัมภ์ เพ็งพิมพ์) ตำแหน่ง ประธานศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลยอชาติ วันที่.....	ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้วจำนวน 12,000.00 บาท (หนึ่งหมื่นสองพันบาทถ้วน) ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน (นายณัฐ สุวรรณอำไพ) ตำแหน่ง วันที่.....
---	--

หมายเหตุ(1) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับเงิน / ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ



**ข้อตกลงการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง
ระหว่าง
องค์การบริหารส่วนตำบลยอดเขาด กับ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิง
ตำบลยอดเขาด**

ข้อตกลงเลขที่ 2 /2567

ข้อตกลงนี้ทำขึ้น ณ องค์การบริหารส่วนตำบลยอดเขาด ตั้งอยู่ที่ อำเภอ วังยาง จังหวัด นครพนม เมื่อ วันที่ วันที่ 01 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ.2567 ระหว่าง องค์การบริหารส่วนตำบลยอดเขาด โดย นายฉลุย ชัยบุญมา นายกองค์การบริหารส่วนตำบลยอดเขาด (ผู้บริหารสูงสุดหรือผู้ที่ได้รับมอบอำนาจ) ซึ่งต่อไปในข้อตกลงนี้เรียกว่า “องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น” ฝ่ายหนึ่ง กับ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลยอดเขาด โดย นายประถัมภ์ เพ็งพิมพ์ ประธานกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลยอดเขาด (ผู้บริหารสูงสุดหรือผู้ที่ได้รับมอบอำนาจ) ซึ่งต่อไปในข้อตกลงนี้เรียกว่า “หน่วยจัดบริการ” อีกฝ่ายหนึ่ง โดยมีข้อความดังต่อไปนี้

ข้อ 1 การดำเนินงาน ทั้งสองฝ่ายตกลงร่วมกันในการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ตามชุดสิทธิประโยชน์ในเอกสารแนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

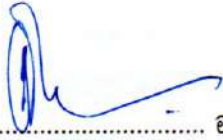
ข้อ 2 การจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง และสรุปแผนการดูแลรายบุคคลและค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง(เหมาจ่าย) ต่อคนต่อปี ตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ให้เป็นไปตามเอกสารแนบท้าย ข้อตกลงนี้

ข้อ 3 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตกลงสนับสนุนเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ ในระดับท้องถิ่น หรือพื้นที่(ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง)จำนวนทั้งสิ้นไม่เกิน 12,000.00 บาท (หนึ่งหมื่นสองพันบาทถ้วน) โดย เป็นจำนวนเงิน 12,000.00 บาท (หนึ่งหมื่นสองพันบาทถ้วน) ซึ่งได้รวมภาษีมูลค่าเพิ่มตลอดจนภาษีอากรอื่นๆ และค่าใช้จ่ายทั้งปวงไว้ด้วยแล้ว

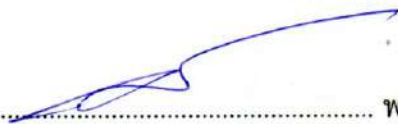
ข้อ 4 หน่วยจัดบริการเริ่มดำเนินงานตามข้อตกลงตั้งแต่วันที่ 01 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ.2567 สิ้นสุดในวันที่ 31 เดือน มกราคม พ.ศ.2568 โดยเมื่อสิ้นสุดการดำเนินงานตามข้อตกลง ให้หน่วยจัดบริการรายงานผลการดำเนินงาน ในโปรแกรม LTC

ข้อ 5 กรณีหน่วยจัดบริการไม่ปฏิบัติตามข้อตกลงทำให้เกิดความล่าช้าหรือความเสียหาย องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นมีสิทธิ์ยกเลิกข้อตกลง และระงับการจ่ายเงินสนับสนุนโดยผู้จัดบริการยินยอมให้องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น เรียกเงินสนับสนุนที่จ่ายไปแล้วคืนทั้งหมดหรือบางส่วนได้

ข้อตกลงนี้ทำขึ้นสองฉบับมีข้อความถูกต้องตรงกัน ซึ่งทั้งสองฝ่ายได้อ่านและเข้าใจข้อความโดยตลอด จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อ  องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น
(นายฉวย ชัยบุญมา) (ผู้บริหารสูงสุดหรือผู้ที่ได้รับมอบอำนาจ)

ลงชื่อ  หน่วยจัดบริการ
(นายประถัมภ์ เพ็งพิมพ์) (ผู้บริหารสูงสุดหรือผู้ที่ได้รับมอบอำนาจ)

ลงชื่อ  พยาน
(นายทนงศิลป์ ลิ้มพล)
ผอ.รพ.สต.ยอดขาด

ลงชื่อ  พยาน
(นายปรีดี คำคำ)
ผู้อำนวยการกองสวัสดิการสังคม

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นายฉลอง พรหมราช เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5480790007140	ที่อยู่ 12 ม.2 ต.ยอดขาด อ. วังยาง จ. นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 08 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 26 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2497 (อายุ 70 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : รู้สึกตัวดี เหนื่อยอ่อนเพลีย เดินลำบาก ช่วยเหลือตนเองได้น้อย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ท้ายู่อาศัยเหมาะสม	
ผู้จัดทำ Care plan สุนิดา คำเพชรดี	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ น.ส.อลิษา แสนสุริวงศ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1480700114534	ที่อยู่ 67 หมู่ที่ 01 ต.ยอดขาด อ.วียงยาง จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 08 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 25 เดือน มกราคม พ.ศ. 2535 (อายุ 32 ปี)	วินิจฉัย : ADL=0, TAI=I2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยรู้สึกตัว ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เจาะคอ ร่งกายซุบผอม	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan สุนิดา คำเพชรดี	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

CG นส. อลิษา พงษ์สุข



ที่ นพ ๗๗๓๐๑/๔๐๙

ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลยอดเขา
หมู่ที่ ๑ ตำบลยอดเขา อำเภอวังยาง
จังหวัดนครพนม ๕๘๑๓๐

๗๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความร่วมมือคัดกรองผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ โดยใช้แบบประเมิน
ความสามารถในการดำเนินชีวิต ตามดัชนีบาร์เรล (ADL)

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยอดเขา

ด้วย องค์การบริหารส่วนตำบลยอดเขา โดยกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่
ตำบลยอดเขา จะดำเนินโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิง
(LTC) ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗ โดยขอความร่วมมือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยอดเขาคัดกรอง
ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิต
ตามดัชนีบาร์เรล (ADL) เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลในการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ
คนพิการ ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC)

เพื่อให้การดำเนิน โครงการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ด้อยโอกาสที่มี
ภาวะพึ่งพิง (LTC) เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และบรรลุตามวัตถุประสงค์ องค์การบริหารส่วนตำบลยอดเขา
โดยกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ตำบลยอดเขา จึงขอความร่วมมือคัดกรองผู้สูงอายุ
คนพิการ ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิต ตามดัชนี
บาร์เรล (ADL)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(นายฉลวย ชัยบุญมา) (

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลยอดเขา

กองสวัสดิการสังคม

โทร.๐-๔๒๐๕-๗๒๒๔ ต่อ ๑๕

โทรสาร ๐๔๒ - ๐๕๗๒๒๔

ปลัด อบต. รองปลัด อบต.
นายก อบต. เลขานุการนายก อบต.
ผู้ช่วยนายก อบต.

ฐานข้อมูลผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิง ประจำปี 2567
 ที่องค์การบริหารส่วนตำบลยอธาดา อำเภอวังยาง จังหวัดนครพนม

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	วัน/เดือน/ปีเกิด	อายุ	เลขบัตรประชาชน	บ้านเลขที่	หมู่	CG ผู้ดูแล	ดัชนีบาร์ธอลเอดิแอล (Barthel ADL index)				หมายเหตุ
								กลุ่มที่ 1 เคลื่อนไหวได้บ้าง และอาจมีปัญหาการ กิน หรือการขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะสับสน ทางสมอง	กลุ่มที่ 2 เหมือนกลุ่มที่ 1 แต่มีการสับสน ทางสมอง	กลุ่มที่ 3 เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการ กิน หรือการขับถ่าย หรือมีอาการเจ็บป่วย รุนแรง	กลุ่มที่ 4 เหมือนกลุ่มที่ 3 และมือการจับถ้วย รุนแรง หรืออยู่ใน ระยะท้ายของชีวิต	
1	นางพิมพ์ สมนัสดี	16/11/2486	81	3480300410680	26	1	น.ส.อนิศา พงษาชุม	/				
2	นายเปลี่ยน แสนสุริวงศ์	06/04/2483	84	3480700736621	75	1	นางลัดดา ยะตะโคตร	/				
3	นางเรียน หล้าพรหม	13/03/2489	78	3480700735047	8909	1	นางลัดดา ยะตะโคตร	/				
4	นางคำทอง ชานูชิต	03/06/2496	71	3480700731718	181	1	น.ส.อนิศา พงษาชุม	/				
5	นายทอง วันนาพ้อ	18/09/2473	94	5480790010299	82	1	น.ส.อนิศา พงษาชุม	/				
6	นางวันมา อินริราช	03/01/2489	78	3480700767143	171	1	น.ส.อนิศา พงษาชุม	/				
7	นายเพียร แสนสุริวงศ์	15/08/2488	79	3480700766104	131	1	นายรส บุญล้อม	/				
8	นายกองแก้ว เก่งสุวรรณ	10/05/2492	75	3480700735772	60	1	น.ส.ณัฐดี แก้วศรีสม	/				
9	นางสุรส แก้วศรีสม	28/09/2477	90	3480700764799	108	1	น.ส.ณัฐดี แก้วศรีสม	/				
10	น.ส.หนูการ แสนสุริวงศ์	22/01/2486	81	3480700734423	43	1	น.ส.อนิศา พงษาชุม	/				
11	นางยาม พงศาอีก	01/03/2487	80	3480700768689	22	2	นางนพพร อินริราช	/				
12	นายท้าว พรหมราช	30/06/2494	73	5480700030902	102	2	นางนารี วันนาพ้อ	/				
13	นางประพร เพ็ญสา	02/04/2497	70	3480700772732	84	2	นางนารี วันนาพ้อ	/				
14	นายมา ชานูชิต	10/09/2483	84	3480700771043	56	2	นางนารี วันนาพ้อ	/				
15	นางทองคำ ชานูชิต	30/09/2494	73	5480790012984	33	2	นางนารี วันนาพ้อ	/				
16	นายกัม บัวพรหม	20/03/2495	72	5481200012027	19	3	นางดารา เหลือขารี	/				
17	นายแป ชานูชิต	06/11/2472	95	3480700740636	28	3	นางคำผิง ชันท์ท้าว	/				
18	นางเบ้ง พรหมทองดี	07/06/2472	95	3480700738411	1	3	นางยุพิน แสนสุริวงศ์	/				
19	นางสวรรค์ เหลืองขาลี	05/05/2486	80	3480700740725	29	3	นางพวิ แก้วมะ	/				
20	นายหมอน เหลืองขาลี	01/04/2485	82	5480700022039	31	3	นางยุพิน แสนสุริวงศ์	/				
21	นางถาวร เหลืองขาลี	25/03/2487	80	3480700741420	40	3	นางศรีพรม พงศาอีก	/				
22	นางอนงค์ บัวพรหม	12/07/2503	64	3480700741977	64	3	นางคำผิง ชันท์ท้าว	/				
23	นายปาลี ชันท์ท้าว	25/05/2474	93	3480700741098	36	3	นางยุพิน แสนสุริวงศ์	/				
24	นางสีพอง โคตรพาม	05/06/2486	81	3480700753801	36	3	นางยุพิน แสนสุริวงศ์	/				

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	วัน/เดือน/ปีเกิด	อายุ	เลขบัตรประชาชน	บ้านเลขที่	หมู่	CG ผู้ดูแล	ดัชนีบาร์เธลเอ็ดแอล (Barthel ADL index)				หมายเหตุ
								กลุ่มที่ 1 เคลื่อนไหวได้บ้าง และอาจมีปัญหาการ กิน หรือการขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะสับสน ทางสมอง	กลุ่มที่ 2 เหมือนกลุ่มที่ 1 แต่มีภาวะสับสน ทางสมอง	กลุ่มที่ 3 เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการ กิน หรือการขับถ่าย หรือมีอาการ เจ็บป่วย รุนแรง	กลุ่มที่ 4 เหมือนกลุ่มที่ 3 และ มีอาการเจ็บป่วย รุนแรง หรืออยู่ใน ระยะท้ายของชีวิต	
25	นายศรีเนตร แก้วมี นิชัย	01/12/2505	62	3471500112535	137	3	นางยุพิน แสนสุริวงศ์	/				
26	นางวงศ์เดือน กมลแก้ว	05/12/2492	75	3480700777513	76	4	นางบัวเรียน แสนสุริวงศ์	/				
27	นางบุญเรือง แสนสุริวงศ์	18/11/2488	79	3480700777831	82	4	นางเพ็งดี แสนสุริวงศ์	/				
28	นางคำหาญ อินธิราช	06/11/2485	82	3480700750101	11	4	นางเพ็งดี แสนสุริวงศ์	/				
29	นางคำดี แสนสุริวงศ์	15/04/2481	86	3480700752006	58	4	นางเพ็งดี แสนสุริวงศ์	/				
30	นายแก่นนคร อินธิราช	24/02/2540	27	1409901606513	228	4	น.ส.สุมิตรา อินราช	/				
31	นางการ แก้วมะ	05/08/2473	94	3480700752391	53	4	นางเพ็งดี แสนสุริวงศ์	/				
32	นางคำเหลือง ไชยวงศ์คต	01/04/2477	90	3480700779346	109	4	นางเพ็งดี แสนสุริวงศ์	/				
33	นายสมาน กมลแก้ว	10/09/2488	79	3480700777505	7	4	นางบุญนำ ชันดี	/				
34	นายไส หลานเศรษฐา	03/03/2489	78	3480700744445	6	5	นางชัยญา ไชยราช	/				
35	นายสุตรี จันทะคุณ	10/07/2484	83	3480700747444	155	5	นางสุภาภรณ์ โคตรตาแสง	/				
36	นางนวน เตียวมา	05/04/2484	83	3480700746537	34	5	นางวิเชียร บุตรธรรม	/				
37	นางสงกา พ่อศรีชา	03/06/2490	77	5480700004413	78	5	นางสุภาภรณ์ โคตรตาแสง	/				
38	นางคำเตย เชื้อวงศ์	08/07/2489	78	3480700747070	41	5	นางสุภาภรณ์ โคตรตาแสง	/				
39	นางโย โครตตาแสง	17/05/2487	80	3480700744861	19	5	นางชัยญา ไชยราช	/				
40	นางส่วย หลานเศรษฐา	23/09/2493	74	3480700743368	81	5	นางยอดประสงค์ ชมภูทอง	/				
41	นายดีศักดิ์ เชื้อวงศ์	18/11/2534	33	1480700111683	84	5	นายธีระพงษ์ เชื้อวงศ์	/				
42	นางมนตรา วันนาพอ	12/10/2491	76	3480700746367	90	5	นางวิเชียร บุตรธรรม	/				
43	นางจัน โครตตาแสง	19/11/2491	76	3480700745719	23	5	นางสุภาภรณ์ โคตรตาแสง	/				
44	นางถนอม หาญธงชัย	20/09/2489	78	3480700745361	19	5	นางสุภาภรณ์ โคตรตาแสง	/				
45	นางพญ จันทะคุณ	29/12/2484	83	3480700775456	58	6	นางวันเพ็ญ จันทะคุณ	/				
46	นายธัง หลานเศรษฐา	23/09/2498	69	5480790003489	11	6	นางวันเพ็ญ จันทะคุณ	/				
47	นายสมภาร เกษศรีพรหม	25/08/2487	80	3480700774271	34	6	นางวันเพ็ญ จันทะคุณ	/				
48	นายคำเพ็ญ แสงสัย	07/04/2486	81	3480700776436	84	6	นางวันเพ็ญ จันทะคุณ	/				
49	นางพนม วงศ์คำจันทร์	06/05/2479	87	3480700774760	50	6	นางวันเพ็ญ จันทะคุณ	/				
50	นางพญเดิม พลธิราช	01/05/2485	82	3480700774786	42	6	น.ส.นันต์ทิยา เชื้อวงศ์	/				
51	นายกิตติศักดิ์ จันทร์ชนะ	29/06/2498	69	3100202386396	37	6	น.ส.เลิศลักษณ์ หลานเศรษฐา	/				

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	วัน/เดือน/ปีเกิด	อายุ	เลขบัตรประชาชน	บ้านเลขที่	หมู่	CG ผู้ดูแล	ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index)				หมายเหตุ
								กลุ่มที่ 1 เคลื่อนไหวได้บ้าง และอาจมีปัญหาการ กิน หรือการขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะล้ม ทางสมอง	กลุ่มที่ 2 เหมือนกลุ่มที่ 1 แต่มีภาวะล้ม ทางสมอง	กลุ่มที่ 3 เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการ กิน หรือการขับถ่าย หรือมีอาการเจ็บป่วย รุนแรง	กลุ่มที่ 4 เหมือนกลุ่มที่ 3 และมือการจับถ้วย รุนแรง หรืออยู่ใน ระยะท้ายของชีวิต	
52	น.ส.หวาย โคตรตาแสง	01/11/2486	81	5480700029211	68	6	นางวันเพ็ญ จันทะคุณ	/				
53	นางสาวแสง พรหมกาวงค์	08/08/2494	73	3480700762656	51	7	นางสมใจ พรหมกาวงค์	/				
54	นางดอน เชื้อวงศ์คำ	06/01/2475	92	3480700763229	29	7	นางหนูกาญจน์ ไกยะฝ่าย	/				
55	นายกรุง แก้วมะ	27/11/2523	44	5480700030546	21	7	นางหนูกาญจน์ ไกยะฝ่าย	/				
56	นายอุบล เชื้อคำเพ็ง	11/10/2496	71	3480700763415	33	7	นางสมใจ พรหมกาวงค์	/				
57	นางปัญห่า แดงท่าวม	12/07/2494	73	5470100022801	34	7	นางหนูกาญจน์ ไกยะฝ่าย	/				
58	นายฉลอง พรหมราช	26/05/2497	70	5480790007140	12	2	นางนารี วันนาพ้อ		/			
59	นางสาวลลิตา แสนสุริวงศ์	25/01/2535	32	1480700114534	67	1	น.ส.อนิศา หงษาชุม				/	