บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ หลักกองทุนสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลเขาค่าย
ที่ สปสช./๑๐ วันที่ ๑๗ มีนาคม ๒๕๖๘
เรื่อง ขออนุมัติเบิกจ่ายเงินตามโครงการ / กิจกรรม

เรียน ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลเขาค่าย

ตามมติการประชุมคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง องค์การบริหารส่วนตำบลเขาค่าย ครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ วันศุกร์ที่ ๒๔ มกราคม ๒๕๖๘ ณ ห้องประชุมองค์การบริหารส่วนตำบลเขาค่าย ได้เห็นชอบโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและค่าบริการเหมาจ่าย/คน/ปี ตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศคณะกรรมการฯ เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ.๒๕๖๗และเห็นชอบในการ สนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาค่ายตำบลเขาค่าย อำเภอสวีจังหวัดชุมพร จำนวน ๒๕ คน เป็นเงินทั้งสิ้น ๒๖๑,๐๔๕ บาท (สองแสนหกหมื่นหนึ่งพันสี่สิบห้าบาทถ้วน) นั้น

กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ องค์การบริหารส่วนตำบลเขาค่าย ได้รับแจ้งจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาค่าย มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เสียชีวิตจำนวน ๑ ราย นายยนต์ ผลไธสงค์ ได้รับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน ๑๐,๓๓๕ บาท (หนึ่งหมื่นสามร้อยสามสิบห้าบาทถ้วน) ดังนั้น

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาค่าย จำนวน ๑ โครงการ เป็นเงิน ๒๕๐,๗๑๐ บาท

(สำหรับดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน ๒๔ ราย)

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ๒๕๐,๗๑๐ บาท (สองแสนห้าหมื่นเจ็ดร้อยสี่สิบบาทถ้วน)

กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ องค์การบริหารส่วนตำบลเขาค่าย จึงขออนุมัติเบิกเงินงบประมาณ เพื่อดำเนินโครงการดังกล่าวให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามโครงการ ดังรายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

(นางสาวกิยาภรณ์ ไทยถัด)
นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

/ความเห็น

ความเห็นของผู้ช่วยและเลขานุการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลเขาค่าย

☑ เห็นควรอนุมัติ

○ ความเห็นอื่นๆ.....

ส.ต.ส.

(สุรศักดิ์ พลดงนอก)

หัวหน้าสำนักปลัด

ความเห็นของเลขานุการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลเขาค่าย

☑ เห็นควรพิจารณาอนุมัติ

○ ความเห็นอื่น ๆ .....

(นางฐายิกา เรืองเจริญ)

รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลเขาค่าย

กรรมการและเลขานุการกองทุนฯ

ความเห็นของเลขานุการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลเขาค่าย

☑ เห็นควรพิจารณาอนุมัติ

○ ความเห็นอื่น ๆ .....

(นายภูริพัชร บูชา)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลเขาค่าย

กรรมการและเลขานุการกองทุนฯ

17/7/68

ความเห็นประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลเขาค่าย

☑ อนุมัติ

○ ความเห็นอื่น ๆ .....

(นายเจษฎา จำเริญนุสิทธิ์)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลเขาค่าย

ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลเขาค่าย

ที่ ชพ ๐๓๓๓.๑๐/๘๖

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาค่าย
หมู่๓ ตำบลเขาค่าย อำเภอสวี
จังหวัดชุมพร ๘๖๑๓๐

๑๗ มีนาคม ๒๕๖๘

เรื่อง ขอแจ้งรายชื่อผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่เสียชีวิต

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลเขาค่าย

ด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาค่าย ร่วมกับองค์การบริหารส่วนตำบลเขาค่าย ในการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง จึงได้จัดทำแผนการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลเขาค่ายขึ้น โดยมีรายละเอียดค่าใช้จ่ายในการดูแล และได้นำเสนอแผนการดูแลพร้อมค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน โดยได้รับความเห็นชอบจากคณะอนุกรรมการการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลเขาค่ายจำนวน ๒๕ ราย เมื่อวันที่ ๒๔ มกราคม ๒๕๖๘ อนุมัติค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน จำนวน ๒๖๑,๐๔๕ บาท (สองแสนหกหมื่นหนึ่งพันสี่สิบห้าบาทถ้วน) โดยในวันที่ ๑๒ มีนาคม ๒๕๖๘ ได้มีผู้เสียชีวิต คือนายยนต์ ผลไธสงค์ โดยอนุมัติค่าใช้จ่ายเป็นค่าผ้าอ้อมสำเร็จรูป ชิ้นละ ๙.๕๐ บาท จำนวน ๓๓๐ ชิ้น เป็นเงิน ๓๑๓๕ บาท แผ่นรองซับการซับถ่าย อัตราชิ้นละ ๖ บาท จำนวน ๑๒๐ ชิ้น เป็นเงิน ๗๒๐ บาท ค่านมส่งเสริมโภชนาการ ๒๘๘๐ บาท ค่าจ้างเหมาบริการ CG เป็นเงิน ๓๖๐๐ บาท รวมเป็นเงิน ๑๐,๓๓๕ บาท

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์และดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นางราตรี ยอดครุฑ)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาค่าย

(นางชฎายิกา เชิงเจริญ)
รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลเขาค่าย

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาค่าย
โทร ๐๗๗-๖๒๑-๐๖๔

(สุรศักดิ์ พรหมงนอก)
หัวหน้าสำนักปลัด
๒๔ มี.ค. ๖๘

(นายเชษฎา จำเริญนุสิทธิ์)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลเขาค่าย

จัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ครั้งที่ 1/2568

องค์การบริหารส่วนตำบลเขาด่าย อำเภอสวี จังหวัดชุมพร

ลำดับ	เลขบัตรประชาชน	ชื่อ - สกุล	อายุ	ADL	TAI	กลุ่ม	หมายเหตุ
1	3860700199265	นายวิจิตร สุวรรณกิจ	77	9	B3	1	
2	1849900009160	นายฉัตรชัย เพชรทอง	38	0	I3	3	
3	3860700217000	นายธนภพ ไชยจันทร์	41	0	I3	3	
4	3840700083861	นายสมบูรณ์ หนูเสน	71	4	I3	3	
5	3860700209392	นายอำพน มีเพียร	68	9	C3	2	
6	3860700194549	นางวิภู หยู่ตุ้ง	68	3	I3	3	
7	3860700209902	นางมาลา ปะนุรัมย์	72	6	C3	2	
8	3301500720617	นายเลื่อน ช่างเวียน	80	0	I3	3	
9	3340700715543	นางบุญธรรม อัตะโน	73	7	B3	1	
10	3360900130751	นายประทุม ยันจัตุรัส	62	0	I3	3	
11	5840200041235	นายประพงค์ คงกลั่น	69	2	I3	3	
12	3301700957629	นางเชื่อง ชัยรัตน์	80	9	C2	2	
13	3860700195391	นางผ่อง ดวงไข	76	4	I3	3	
14	3470800109466	นายอรุณ แสงจันทร์	62	10	B2	1	
15	3301501041861	นายชอน สติพา	72	1	I3	3	
16	3620500583471	นางบุญมา สกุลนี	61	2	I3	3	
17	3840300016902	นางถนอมจิต มีเพียร	64	8	C3	2	
18	3800400775465	นายระเบียบ สาทวงศ์	83	6	B3	1	
19	3860800139949	นางวันเพ็ญ หอมหวน	74	2	I3	3	
20	3471200877030	นางสายหยุด อินทะปัญญา	67	5	C2	2	
21	3860700210315	นายสุชา ยืนนาน	81	2	I3	3	
22	3860700217026	นางสมคิด พริกนุ่น	78	0	I1	4	
23	3620500588588	นายยนต์ ผลไชสงค์	80	2	I3	3	ถึงแก่กรรม
24	1869900877897	ด.ญ.กมลชนก รัตนะอุไร	11	0	I3	3	
25	3860700198374	นางเชื้ยน ไกรชู	88	3	I3	3	

รวม	25	ราย
เสียชีวิต	1	ราย
ยอดรวมคงเหลือ	**24**	**ราย**

สำเนาคู่ฉบับ

<u>ส่วนที่ 3</u> : ผลการพิจารณาโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวฯของคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

(สำหรับเจ้าหน้าที่ อปท. ที่ได้รับมอบหมายลงรายละเอียด)

การประชุมคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ครั้งที่ 1 /2568 เมื่อวันที่ 24 เดือนมกราคม พ.ศ. 2568 ได้พิจารณาโครงการของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาค่าย เขตพื้นที่ องค์การบริหารส่วนตำบลเขาค่าย อำเภอสวี จังหวัดชุมพร ตามโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สรุปแผนการดูแลรายบุคคล และค่าบริการดูแลระยะยาวฯ(เหมาจ่าย)ต่อคนต่อปี ตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยที่ประชุมมีมติดังนี้

☑ **อนุมัติ** โครงการจัดบริการดูแลระยะยาวหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แผนการดูแลรายบุคคล และค่าใช้จ่ายตามแผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาค่าย จำนวน .....25..... คน เป็นเงินทั้งสิ้นจำนวน ...261,045... บาท (สองแสนหกหมื่นหนึ่งพันสี่สิบห้าบาทถ้วน) โดยเบิกจากบัญชีเงินฝากกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลเขาค่าย เพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน .... 261,045.....บาท (สองแสนหกหมื่นหนึ่งพันสี่สิบห้าบาทถ้วน)

รายละเอียดตามตาราง

กลุ่มติดบ้าน				กลุ่มติดเตียง				รวม	
กลุ่มที่ 1 เคลื่อนไหวได้บ้างมีปัญหาการกิน/การขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสน		กลุ่มที่ 2 กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้างมีภาวะสับสน และอาจมีปัญหาการกิน/การขับถ่าย		กลุ่มที่ 3 กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ ไม่มีปัญหาการกิน/การขับถ่าย หรือเจ็บป่วยรุนแรง		กลุ่มที่ 4 กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต			
จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)
4	41,265	5	51,555	15	157,830	1	10,395	25	261,045

☐ **ไม่อนุมัติ**

เนื่องจาก.....

หมายเหตุเพิ่มเติม (ถ้ามี) ..... (ระบุจำนวนผู้สูงอายุที่ยังไม่ได้รับการอนุมัติ).....

ลงชื่อ.....

(นายเจษฎา จำเริญนุสิทธิ์)

ประธานอนุกรรมการ

คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

<u>หมายเหตุ</u> แจ้งผลการพิจารณาเพื่อ อปท. ทำการเบิกจ่ายต่อไป

โครงการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประจำปีงบประมาณ 2568

เรียน ประธานคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อบต.เขาค่าย อำเภอสวี จังหวัดชุมพร

ด้วยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาค่าย อำเภอ สวี จังหวัดชุมพร มีความประสงค์จะจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่อบต.เขาค่าย โดยขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศฯ เป็นค่าบริการดูแลระยะยาวฯ (เหมาจ่าย) ต่อคนต่อปี จำนวน 25 คน รวมเป็นเงินทั้งสิ้น จำนวน 261,045 บาท (สองแสนหกหมื่นหนึ่งพันสี่สิบห้าบาทถ้วน) รายละเอียด มีดังนี้

กลุ่มติดบ้าน				กลุ่มติดเตียง				รวม	
กลุ่มที่ 1 เคลื่อนไหวได้บ้างมีปัญหาการกิน/การขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสน		กลุ่มที่ 2 กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้างมีภาวะสับสน และอาจมีปัญหาการกิน/การขับถ่าย		กลุ่มที่ 3 กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ ไม่มีปัญหาการกิน/การขับถ่ายหรือเจ็บป่วยรุนแรง		กลุ่มที่ 4 กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต			
จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)
4	41,265	5	51,555	15	157,830	1	10,395	25	261,045

ทั้งนี้ ได้แนบเอกสารสรุปแผนการดูแลรายบุคคลและค่าบริการดูแลระยะยาวฯ (เหมาจ่าย) ต่อคนต่อปี เพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พิจารณาสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวฯ รายละเอียดตามเอกสารแนบ

ระยะเวลาดำเนินการ มีนาคม 2568 ถึง – กุมภาพันธ์ 2569

ลงชื่อ ..... ผู้จัดทำโครงการ

(นางราตรี ยอดครุฑ)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาค่าย
วันที่ 25 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2567

รายชื่อผู้สูงอายุ (ข้อมูลวันที่ 11-12-24)											
ลำดับ	เลขบัตรประชาชน	ชื่อ - สกุล	อายุ	ADL	TAI	กลุ่ม	ชมละ	ครั้ง/ปี	ยอดรวม 10442	CGที่ดูแล	หมายเหตุ
1	3860700199265	นายวิจิตร สุวรรณกิจ	77	9	B3	1	93.75	24	10170	นางทองใบ ปะนุรัมย์	
2	1849900009160	นายฉัตรชัย เพชรทอง	38	0	I3	3	75	48	10335	นางสุภาพ บ่อทอง	
3	3860700217000	นายธนภพ ไชยจันทร์	41	0	I3	3	75	48	10440	นางชรินทร์ทิพย์ พนัสนอก	
4	3840700083861	นายสมบูรณ์ หนูเสน	71	4	I3	3	75	48	10185	นางปิ่นเพชร วงษ์ศิลป์	
5	3860700209392	นายอำพน มีเพียร	68	9	C3	2	75	48	10335	นางสุภาพ บ่อทอง	
6	3860700194549	นางวิภู หยู่ตุ้ง	68	3	I3	3	75	48	10185	นางปิ่นเพชร วงษ์ศิลป์	
7	3860700209902	นางมาลา ปะนุรัมย์	72	6	C3	2	93.75	48	10215	นางทองใบ ปะนุรัมย์	
8	3301500720617	นายเลื่อน ช่างเกวียน	80	0	I3	3	75.00	48	10185	นางวรินรำไพ ศรีคำภา	
9	3340700715543	นางบุญธรรม อัตะโน	73	7	B3	1	75	24	10440	นางชรินทร์ทิพย์ พนัสนอก	
10	3360900130751	นายประทุม ยันจัตุรัส	62	0	I3	3	75	48	10335	นางชรินทร์ทิพย์ พนัสนอก	
11	5840200041235	นายประพงศ์ คงกลั่น	69	2	I3	3	75	48	13,920	นางปิ่นเพชร วงษ์ศิลป์	
12	3301700957629	นางเชื่อง ชัยรัตน์	80	9	C2	2	75	48	10185	นางปิ่นเพชร วงษ์ศิลป์	
13	3860700195391	นางผ่อง ดวงไข	76	4	I3	3	93.75	48	10215	นางทองใบ ปะนุรัมย์	
14	3470800109466	นายอรุณ แสนจันทร์	62	10	B3	1	93.75	24	10275	นางทองใบ ปะนุรัมย์	
15	3301501041861	นายชอน สติพา	72	1	I3	3	75	48	10185	นางวรินรำไพ ศรีคำภา	
16	3620500583471	นางบุญมา สกุลนี	61	2	I3	3	75	48	10440	นางวรินรำไพ ศรีคำภา	
17	3840300016902	นางถนอมจิต มีเพียร	64	8	C3	2	75	48	10425	นางสุภาพ บ่อทอง	
18	3800400775465	นายระเบียบ สาทวงศ์	83	6	B3	1	75.00	24	10380	นางชรินทร์ทิพย์ พนัสนอก	
19	3860800139949	นางวันเพ็ญ หอมหวล	74	2	I3	3	75	48	10185	นางสุภาพ บ่อทอง	
20	3471200877030	นางสายหยุด อินทะปัญญา	67	5	C2	2	93.75	48	10395	นางทองใบ ปะนุรัมย์	

21	3860700210315	นายสุชา ยืนนาน	81	2	I3	3	75	48	10335	นางสุภาพ บ่อทอง	
22	3860700217026	นางสมคิด พริกนุ่น	78	0	I1	4	75.00	96	10395	นางชรินทร์ทิพย์ พนัสนอก	
23	3620500588588	นายยนต์ ผลไธสงค์	80	2	I3	3	75	48	10335	นางปิ่นเพชร วงษ์ศิลป์	
24	1869900877897	ด.ญ.กมลชนก รัตนะอุไร	11	0	I3	3	75	48	10230	นางวรินรำไพ ศรีคำภา	
25	3860700198374	นางเชี้ยน ไกรชู	88	3	I3	3	75	48	10320	นางวรินรำไพ ศรีคำภา	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายเสื่อน ช่างเกวียน **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3301500720617	**ที่อยู่** 120/1 ม.12 ต.เขาค่าย อ.สวี จ.ชุมพร **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 25 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2487 (อายุ 81 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=0, TAI=13 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ ต้องมีคนช่วย กินอาหารต้องมีคนช่วย ปัสสาวะใส่แพสเพิส	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,185 **บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่าผ้าอ้อมสำเร็จรูป ชิ้นละ 9.50 บาท จำนวน 390 ชิ้น เป็นเงิน 3705 บาท ค่านมส่งเสริมโภชนาการ 2880 บาท ค่าจ้างเหมาบริการ CG 3600 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - สมอง (Brain) **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อ ระวังในการให้บริการ - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**เป้าหมายการดูแล** **ระยะสั้น** - **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	
ผู้จัดทำ Care plan นางนิพา ร่มแก้ว	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายประทุม ยันจัตุรัส เลขบัตรประจำตัวประชน 3360900130751	**ที่อยู่** 220/2 ม.7 ต.เขาค่าย อ.สวี จ.ชุมพร **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 25 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 02 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2505 **(อายุ 63 ปี)**	**วินิจฉัย :** ADL=0, TAI=13 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ขา อ่อนแรง ติดเตียง ซูบผอม ปัสสาวะฝาน condom external catheter มีแผลกดทับที่ก้น	

สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,335 **บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่าผ้าอ้อมสำเร็จรูป ชิ้นละ 9.50 บาท จำนวน 330 ชิ้น เป็นเงิน 3135 บาท ค่าแผ่นรองซับการขับถ่าย ชิ้นละ 6 บาท จำนวน 120 ชิ้น เป็นเงิน 720 บาท ค่านมส่งเสริมโภชนาการ 28[illegible] บาท ค่าจ้างเหมาบริการ CG 3600 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - สะโพก (hip) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด - อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs) **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	
ผู้จัดทำ Care plan นางนิพา ร่มแก้ว	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางวิภู หยู่ตุ้ง **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3860700194549	**ที่อยู่** 299 หมู่ที่ 08 ตำบลเขาค่าย อ.สวี จ.ชุมพร **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 25 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 12 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2499 **(อายุ 69 ปี)**	**วินิจฉัย** : ADL=3, TAI=13 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น** : ผู้ป่วยบภาวะสมองเสื่อม นอนติดเตียง on NG tube	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,185 บาท **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่าผ้าอ้อมสำเร็จรูป ชิ้นละ 9.50 บาท จำนวน 390 ชิ้น เป็นเงิน 3705 บาท ค่านมส่งเสริมโภชนาการ 2880 บาท ค่าจ้างเหมาบริการ CG 3600 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - สมอง (Brain) **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
[illegible]กินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	
ผู้จัดทำ Care plan นางนิพา ร่มแก้ว	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายอำพน มีเพียร **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3860700209392	**ที่อยู่** 211 หมู่ที่ 06 ต.เขาต่าย อ.สวี จ.ชุมพร **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 25 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 02 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2499 (อายุ 69 ปี)	**วินิจฉัย** : ADL=9, TAI=C3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น** : ผู้ป่วยบภาวะสมองเสื่อม สับสน ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเองได้ ต้องผูกมัดตลอดเพื่อป้องกันการเดินออกจากบ้าน	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,335 **บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่าผ้าอ้อมสำเร็จรูป ชิ้นละ 9.50 บาท จำนวน 330 ชิ้น เป็นเงิน 3135 บาท ค่าแผ่นรองซับการขับถ่าย ชิ้นละ 6 บาท จำนวน 120 ชิ้น เป็นเงิน 720 บาท ค่านมส่งเสริมโภชนาการ 2880 บาท ค่าจ้างเหมาบริการ CG 3600 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด - สมอง (Brain) **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
[illegible]ระวังในการให้บริการ - การหลงทาง - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**เป้าหมายการดูแล** **ระยะสั้น** - **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	
ผู้จัดทำ Care plan นางนิพา ร่มแก้ว	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายสมบูรณ์ หนูเสน เลขบัตรประจำตัวประชน 3840700083861	**ที่อยู่** 102/2 ม.12 ต.เขาต่าย อ.สวี จ.ชุมพร **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 25 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2496 (อายุ 72 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=4, TAI=13 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ดูผอมมีภาวะพร่องโภชนาการ ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ต้องมีคนช่วย กินอาหารต้องมีคนช่วย ปัสสาวะใส่แพสเพิส	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,185 **บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่าผ้าอ้อมสำเร็จรูป ชิ้นละ 9.50 บาท จำนวน 390 ชิ้น เป็นเงิน 3705 บาท ค่านมส่งเสริมโภชนาการ 2880 บาท ค่าจ้างเหมาบริการ CG 3600 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - โภชนาการ - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - สมอง (Brain) **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อ[illegible]ระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
[illegible]การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นางนิพา ร่มแก้ว	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายธนภพ ไชยจันทร์ **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 3860700217000	**ที่อยู่** 4 หมู่ที่ 07 ต.เขาค่าย อ.สวี จ.ชุมพร **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 25 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 21 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2526 (อายุ 42 ปี)	**วินิจฉัย** : ADL=0, TAI=13 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น** : ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ติดเตียง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ต้องมีคนช่วย กินอาหารต้องมีคนช่วย ใส่สายสวนปัสสาวะ	

สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,440 บาท **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่าผ้าอ้อมสำเร็จรูป ชิ้นละ 9.50 บาท จำนวน 720 ชิ้น เป็นเงิน 6840 บาท ค่าจ้างเหมาบริการ CG 3600 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - สมอง (Brain) **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
ภาวะพลัดตกหกล้ม ภาวะติดเตียง/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นางนิพา ร่มแก้ว	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายฉัตรชัย เพชรทอง **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 1849900009160	**ที่อยู่** 109 หมู่ที่ 06 ต.เขาค่าย อ.สวี จ.ชุมพร **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 25 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 19 เดือน มกราคม พ.ศ. 2529 **(อายุ 39 ปี)**	**วินิจฉัย :** ADL=0, TAI=13 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้ป่วยผ่าตัดสมอง ติดเตียง พูดคุยสับสนบางครั้ง สื่อสารด้วยคำพูดไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,335 **บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่าผ้าอ้อมสำเร็จรูป ชิ้นละ 9.50 บาท จำนวน 330 ชิ้น เป็นเงิน 3135 บาท ค่าแผ่นรองซับการขับถ่าย ชิ้นละ 6 บาท จำนวน 120 ชิ้น เป็นเงิน 720 บาท ค่านมส่งเสริมโภชนาการ 2880 บาท ค่าจ้างเหมาบริการ CG 3600 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - สมอง (Brain) **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**เป้าหมายการดูแล** **ระยะสั้น** - **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นางนิพา ร่มแก้ว	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ ด.ญ.กมลชนก รัตนะอุไร **เลขบัตรประจำตัวประชน** 1869900877897	**ที่อยู่** 25/1 ม.11 ต.เขาค่าย อ.สวี จ.ชุมพร **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 12 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 18 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2556 **(อายุ** 12 **ปี)**	**วินิจฉัย :** ADL=0, TAI=13 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผ่าตัดสมอง นอนบนเตียงตลอดเวลา ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้มีมารดาคอยดูแล เป็นลมชัก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,230 **บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่ารถเข็นผู้ป่วย 3750 ค่านมส่งเสริมโภชนาการ 2880 บาท ค่าจ้างเหมาบริการ CG 3600 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - สมอง (Brain) **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
.รพลัดตกหกล้ม ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นางนิพา ร่มแก้ว	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางฝอง ดวงไข **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3860700195391	**ที่อยู่** 56 ม.3 ต.เขาค่าย อ.สวี จ.ชุมพร **หมายเลขโทรศัพท์[ที่ติดต่อ]**	**วันที่จัดทำ** 25 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 13 เดือน เมษายน พ.ศ. 2491 (อายุ 77 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=4, TAI=13 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ ต้องมีคนช่วย กินอาหารต้องมีคนช่วย ปัสสาวะใส่แพสเพิส หายใจผ่าน TT tube	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,215 บาท **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ผ้าผ้าอ้อมสำเร็จรูป ชิ้นละ 9.50 บาท จำนวน 450 ชิ้น เป็นเงิน 4275 บาท ค่าแผ่นรองซับการขับถ่าย ชิ้นละ 6 บาท จำนวน 240 ชิ้น เป็นเงิน 1440 บาท ค่าจ้างเหมาบริการ CG 45[illegible] บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - โภชนาการ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - คอ (throat) - สมอง (Brain) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นางนิพา ร่มแก้ว	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางบุญมา สกุลนี เลขบัตรประจำตัวประชน 3620500583471	**ที่อยู่** 22 ม.9 ต.เขาค่าย อ.สวี จ.ชุมพร **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 25 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 08 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2506 (อายุ 62 ปี)	**วินิจฉัย** : ADL=2, TAI=13 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น** : ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ต้องมีคนช่วย กินอาหารต้องมีคนช่วย ปัสสาวะใส่แพสเพิส	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,440 **บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่าผ้าอ้อมสำเร็จรูป ชิ้นละ 9.50 บาท จำนวน 720 ชิ้น เป็นเงิน 6840 บาท ค่าจ้างเหมาบริการ CG 3600 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - สมอง (Brain) **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
..งกินอาหาร/สำลักอาหาร ..การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - **ระยะยาว** - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	
ผู้จัดทำ Care plan นางนิพา ร่มแก้ว	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายชอน สติพา **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3301501041861	**ที่อยู่** 40/1 ม.9 ต.เขาค่าย อ.สวี จ.ชุมพร **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 25 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 09 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2495 (อายุ 73 ปี)	**วินิจฉัย** : ADL=1, TAI=13 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น** : ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ขาอ่อนแรง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ต้องมีคนช่วย กินอาหารต้องมีคนช่วย ปัสสาวะใส่แพสเพิส	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,185 **บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่าผ้าอ้อมสำเร็จรูป ชิ้นละ 9.50 บาท จำนวน 390 ชิ้น เป็นเงิน 3705 บาท ค่านมส่งเสริมโภชนาการ 2880 บาท ค่าจ้างเหมาบริการ CG 3600 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อ ระวังในการให้บริการ - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**เป้าหมายการดูแล** **ระยะสั้น** - **ระยะยาว** - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นางนิพา ร่มแก้ว	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสายหยุด อันทะปัญญา **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3471200877030	**ที่อยู่** 164/1 ม.6 ต.เขาค่าย อ.สวี จ.ชุมพร **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 22 เดือน มกราคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 10 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2500 **(อายุ 68 ปี)**	**วินิจฉัย :** ADL=5, TAI=C2 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ ต้องมีคนช่วย กินอาหารต้องมีคนช่วย คลื่นไส้ตลอดเวลา ปัสสาวะอุจจาระใส่แพสเพิส	

สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,395 บาท **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่าผ้าอ้อมสำเร็จรูป 330 ชิ้นๆละ 9.5 บาทเป็นเงิน 3135 บาท ค่าแผ่นรองซับการขับถ่าย ชิ้นละ 8 บาท จำนวน 220 ชิ้น เป็นเงิน 1320 บาท ค่าจ้างเหมาบริการ CG 4500 บาท	- กลืนลำบาก - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - สุขภาพจิต และกิจกรรมฝอนคลายความเครียด **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ

ข้อ **ระวังในการให้บริการ**	**เป้าหมายการดูแล**
การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ

ผู้จัดทำ Care plan นางนิพา ร่มแก้ว	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง [อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นายสุชา ยืนนาน **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3860700210315	**ที่อยู่** 9 ม.6 ต.เขาค่าย อ.สวี จ.ชุมพร **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 25 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 15 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2486 (อายุ 82 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=2, TAI=13 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แขน-ขา ด้านขวาอ่อนแรง พูดลิ้นคับปาก ปัสสาวะอุจจาระใส่แพมเพิส	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,335 **บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่าผ้าอ้อมสำเร็จรูป 330 ชิ้นๆละ 9.5 บาทเป็นเงิน 3135 บาท ค่าแผ่นรองซับการขับถ่าย ชิ้นละ 6 บาท จำนวน 120 ชิ้น เป็นเงิน 720 บาท ค่าจ้างเหมาบริการ CG 3600 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - สมอง (Brain) **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อ ระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**เป้าหมายการดูแล** **ระยะสั้น** - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นางนิพา ร่มแก้ว	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางวันเพ็ญ หอมหวล **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3860800139949	**ที่อยู่** 31/1 ม.2 ต.เขาค่าย อ.สวี จ.ชุมพร **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 25 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 01 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2493 (อายุ 75 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=2, TAI=13 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ ต้องมีคนช่วย กินอาหารต้องมีคนช่วย ปัสสาวะใส่แพสเพิส	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,185 **บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่าผ้าอ้อมสำเร็จรูป ชิ้นละ 9.50 บาท จำนวน 390 ชิ้น เป็นเงิน 3705 บาท ค่านมส่งเสริมโภชนาการ 2880 บาท ค่าจ้างเหมาบริการ CG 3600 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - สมอง (Brain) **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อ ระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**เป้าหมายการดูแล** **ระยะสั้น** - **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นางนิพา ร่มแก้ว	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายระเบียบ สาหวงศ์ **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 3800400775465	**ที่อยู่** 30/3 ม.4 ต.เขาค่าย อ.สวี จ.ชุมพร **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 25 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 16 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2484 (**อายุ** 84 ปี)	**วินิจฉัย** : ADL=6, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น** : ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม นอนติดเตียง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,380 บาท **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่าผ้าอ้อมสำเร็จรูป ชิ้นละ 9.50 บาท จำนวน 600 ชิ้น เป็นเงิน 5700 บาท ค่านมส่งเสริมโภชนาการ 2880 บาท ค่าจ้างเหมาบริการ CG 1800 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - สมอง (Brain) **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อ ระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การหลงทาง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นางนิพา ร่มแก้ว	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางเชื่อง ชัยรัตน์ **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3301700957629	**ที่อยู่** 121/2 ม.4 ต.เขาค่าย อ.สวี จ.ชุมพร **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 25 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2487 **(อายุ** 81 **ปี)**	**วินิจฉัย :** ADL=9, TAI=C2 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ ต้องมีคนช่วย กินอาหารต้องมีคนช่วย ปัสสาวะใส่แพสเพิส	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,185 **บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่าผ้าอ้อมสำเร็จรูป ชิ้นละ 9.50 บาท จำนวน 390 ชิ้น เป็นเงิน 3705 บาท ค่านมส่งเสริมโภชนาการ 2880 บาท ค่าจ้างเหมาบริการ CG 3600 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อ ระวังในการให้บริการ - การพลัดตกหกล้ม - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**เป้าหมายการดูแล** **ระยะสั้น** - **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นางนิพา ร่มแก้ว	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายประพงค์ คงกลั่น **เลขบัตรประจำตัวประชน** 5840200041235	**ที่อยู่** 66/1 ม.9 ต.เขาค่าย อ.สวี จ.ชุมพร **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 25 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2498 (**อายุ** 70 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=2, TAI=13 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ ต้องมีคนช่วย กินอาหารต้องมีคนช่วย ปัสสาวะใส่แพสเพิส มีแผลกดทับที่ก้น มีภาวะกลืนลำบาก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 13,920 **บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่าผ้าอ้อมสำเร็จรูป ชิ้นละ 9.50 บาท จำนวน 240 ชิ้น เป็นเงิน 2280 บาท ค่าแผ่นรองซับการขับถ่าย ชิ้นละ 6 บาท จำนวน 860 ชิ้น เป็นเงิน 5160 บาท ค่านมส่งเสริมโภชนาการ 2880 บาท ค่าจ้างเหมาบริการ CG 3600 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - สมอง (Brain) **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อ ระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	
ผู้จัดทำ Care plan นางนิพา ร่มแก้ว	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายยนต์ ผลไธสงค์ **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 3620500588588	**ที่อยู่** 20/2 ม.9 ต.เขาต่าย อ.สวี จ.ชุมพร **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 13 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 18 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2487 (อายุ 81 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=2, TAI=13 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ ต้องมีคนช่วย กินอาหารต้องมีคนช่วย ใช้แผ่นรองปัสสาวะ	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,335 **บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่าผ้าอ้อมสำเร็จรูป ชิ้นละ 9.50 บาท จำนวน 330 ชิ้น เป็นเงิน 3135 บาท แผ่นรองซับการขับถ่าย อัตราชิ้นละ 6 บาท จำนวน 120 ชิ้น เป็นเงิน 720 บาท ค่านมอาหารทางการแพทย์ ราคา 720 บาท/ถุง จำนวน 4ถุง เป็นเงิน 2[illegible] บาท ค่าจ้างเหมาบริการ CG เป็นเงิน 3600 [illegible]	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - **ระยะยาว** - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางนิพา ร่มแก้ว	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสมคิด พริกนุ่น **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 3860700217026	**ที่อยู่** 5 ม.7 ต.เขาจ่าย อ.สวี จ.ชุมพร **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 25 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 24 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2489 **(อายุ** 79 **ปี)**	**วินิจฉัย :** ADL=0, TAI=11 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้ป่วยบภาวะสมองเสื่อม นอนติดเตียง on NG tube	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,395 **บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่าผ้าอ้อมสำเร็จรูป 330 ชิ้นๆละ 9.5 บาทเป็นเงิน 3135 บาท ค่าแผ่นรองซับการขับถ่าย ชิ้นละ 6 บาท จำนวน 10 ชิ้น เป็นเงิน 60 บาท ค่าจ้างเหมาบริการ CG 7200 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - สมอง (Brain) **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
.รพลัดตกหกล้ม องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นางนิพา ร่มแก้ว	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายอรุณ แสนจันทร์ **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3470800109466	**ที่อยู่** 264/1 ม.3 ต.เขาต่าย อ.สวี จ.ชุมพร **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 25 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2505 (อายุ 63 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=10, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แขน-ขา ขวาอ่อนแรง ช่วยตัวเองได้บ้างใช้ราวในการเดินได้ ปัสสาวะใส่แพมเพิส ดูผอม	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,275 บาท **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่าผ้าอ้อมสำเร็จรูป ชิ้นละ 9.50 บาท จำนวน 390 ชิ้น เป็นเงิน 3705 บาท ค่านมส่งเสริมโภชนาการ 4320 บาท ค่าจ้างเหมาบริการ CG 2250 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - สมอง (Brain) **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อ ระวังในการให้บริการ ,ารพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**เป้าหมายการดูแล** **ระยะสั้น** - **ระยะยาว** - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นางนิพา ร่มแก้ว	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางเชี้ยน ไกรชู **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 3860700198374	**ที่อยู่** 180 ม.3 ต.เขาค่าย อ.สวี จ.ชุมพร **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 25 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2479 (อายุ 89 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=3, TAI=13 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ ต้องมีคนช่วย กินอาหารต้องมีคนช่วย ปัสสาวะใส่แพสเพิส มีแผลกดทับที่ก้น มีภาวะกลืนลำบาก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,320 **บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่าผ้าอ้อมสำเร็จรูป ชิ้นละ 9.50 บาท จำนวน 480 ชิ้น เป็นเงิน 4560 บาท ค่าแผ่นรองซับการขับถ่าย ชิ้นละ 6 บาท จำนวน 360 ชิ้น เป็นเงิน 2160 บาท ค่าจ้างเหมาบริการ CG 3600 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - สมอง (Brain) **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ข้อติด/ข้อเท้าตก	**เป้าหมายการดูแล** **ระยะสั้น** - **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	
ผู้จัดทำ Care plan นางนิพา ร่มแก้ว	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางมาลา ปะนุรัมย์ **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3860700209902	**ที่อยู่** 84 หมู่ที่ 05 ต.เขาค่าย อ.สวี จ.ชุมพร **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 25 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 03 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2495 (อายุ 73 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=6, TAI=C3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** แขนขาอ่อนแรง ,มีภาวะกลืนลำบาก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,215 บาท **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่าผ้าอ้อมสำเร็จรูป ชิ้นละ 9.50 บาท จำนวน 450 ชิ้น เป็นเงิน 4275 บาท ค่านมส่งเสริมโภชนาการ 1440 บาท ค่าจ้างเหมาบริการ CG 4500 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
...กินอาหาร/สำลักอาหาร ...รพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - **ระยะยาว** - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	
ผู้จัดทำ Care plan นางนิพา ร่มแก้ว	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางถนอมจิต มีเพียร **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 3840300016902	**ที่อยู่** 79 ม.6 ต.เขาค่าย อ.สวี จ.ชุมพร **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)** 0876274389	**วันที่จัดทำ** 24 เดือน มกราคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 04 เดือน เมษายน พ.ศ. 2504 (อายุ 64 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=8, TAI=C3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ ต้องมีคนช่วย กินอาหารต้องมีคนช่วยตักให้ ปัสสาวะใส่แพสเพิส ใส่02ตลอดเวลา	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,425 **บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่าผ้าอ้อมสำเร็จรูป 390 ชิ้นๆละ 9.5 บาทเป็นเงิน 3705 บาท ค่าแผ่นรองซับการขับถ่าย ชิ้นละ 6 บาท จำนวน 40 ชิ้น เป็นเงิน 240 บาท ค่าจ้างเหมาบริการ CG 3600 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - สมอง (Brain) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อ **ระวังในการให้บริการ** รกินอาหาร/สำลักอาหาร	**เป้าหมายการดูแล** **ระยะสั้น** - ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนและการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ภายใน 1 เดือน **ระยะยาว** - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางนิพา ร่มแก้ว	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<table>
<tr><td>ชื่อ นายวิจิตร สุวรรณกิจ
เลขบัตรประจำตัวประชน 3860700199265</td><td>ที่อยู่ 220 หมู่ที่ 03 ต.เขาค่าย อ.สวี จ.ชุมพร
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0654100597</td><td>วันที่จัดทำ 12 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2567</td></tr>
<tr><td>เกิดวันที่ 13 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2490
(อายุ 78 ปี)</td><td colspan="2">วินิจฉัย : ADL=9, TAI=B3
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แขน-ขา ด้านขวาอ่อนแรง</td></tr>
<tr><td>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</td><td>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</td><td>การดูแล</td></tr>
<tr><td>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,170 บาท
โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่านมส่งเสริมโภชนาการ 7920 บาท ค่าจ้างเหมาบริการ CG 2250 บาท</td><td>- สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้
- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง
- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา
- กลืนลำบาก</td><td rowspan="3">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- การเคลื่อนย้าย
- โภชนาการ
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- สุขภาพจิต และกิจกรรมฝอนคลายความเครียด
การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม
การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ</td></tr>
<tr><td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td><td>เป้าหมายการดูแล</td></tr>
<tr><td>- การพลัดตกหกล้ม
- ข้อติด/ข้อเท้าตก
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</td><td>ระยะสั้น

ระยะยาว
- ไม่มีภาวะซึมเศร้า
- ไม่เกิดแผลกดทับ</td></tr>
<tr><td>ผู้จัดทำ Care plan นางนิพา ร่มแก้ว</td><td colspan="2">ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</td></tr>
</table>

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางบุญธรรม อัตะโน **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3340700715543	**ที่อยู่** 324/1 ม.8 ต.เขาค่าย อ.สวี จ.ชุมพร **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 25 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2494 (**อายุ** 74 **ปี**)	**วินิจฉัย :** ADL=7, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ ต้องมีคนช่วย กินอาหารต้องมีคนช่วย ปัสสาวะใส่แพสเพิส	

สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,440 **บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่าผ้าอ้อมสำเร็จรูป ชิ้นละ 9.50 บาท จำนวน 480 ชิ้น เป็นเงิน 4560 บาท ค่าแผ่นรองซับการขับถ่าย ชิ้นละ 6 บาท จำนวน 200 ชิ้น เป็นเงิน 1200 บาท ค่านมส่งเสริมโภชนาการ 2880 บาท ค่าจ้างเหมาบริการ CG 1800 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้ ระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - **ระยะยาว** - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นางนิพา ร่มแก้ว	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ข้อตกลงการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

ระหว่าง

องค์การบริหารส่วนตำบลเขาค่าย กับ รพ.สต.เขาค่าย

ข้อตกลงเลขที่ 1 /2568.

ข้อตกลงนี้ทำขึ้น ณ องค์การบริหารส่วนตำบลเขาค่าย ตั้งอยู่ที่ อำเภอ สวี จังหวัด ชุมพร เมื่อวันที่ วันที่ 27 เดือน มีนาคม พ.ศ.2568 ระหว่าง องค์การบริหารส่วนตำบลเขาค่าย โดย นายเจษฎา จำเริญนุสิทธิ์ (ผู้บริหารสูงสุดหรือผู้ที่ได้รับมอบอำนาจ) ซึ่งต่อไปในข้อตกลงนี้เรียกว่า **"องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น"** ฝ่ายหนึ่ง กับ รพ.สต.เขาค่าย โดย นางราตรี ยอดครุฑ (ผู้บริหารสูงสุดหรือผู้ที่ได้รับมอบอำนาจ)ซึ่งต่อไปในข้อตกลงนี้เรียกว่า **"หน่วยจัดบริการ"** อีกฝ่ายหนึ่ง โดยมีข้อความดังต่อไปนี้

ข้อ 1 การดำเนินงาน ทั้งสองฝ่ายตกลงร่วมกันในการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุข สำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ตามชุดสิทธิประโยชน์ในเอกสารแนบท้ายประกาศคณะ กรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

ข้อ 2 การจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง และสรุป แผนการดูแลรายบุคคลและค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (เหมาจ่าย) ต่อคนต่อปี ตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การ ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ให้เป็นไปตามเอกสารแนบท้าย ข้อตกลงนี้

ข้อ 3 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตกลงสนับสนุนเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ ในระดับท้องถิ่น หรือพื้นที่ (ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง) จำนวนทั้งสิ้นไม่เกิน 250,710.00 บาท (สองแสนห้าหมื่นเจ็ดร้อยสิบบาทถ้วน) โดย เป็นจำนวนเงิน 250,710.00 บาท (สองแสนห้าหมื่นเจ็ดร้อยสิบบาทถ้วน) ซึ่งได้รวมภาษีมูลค่าเพิ่มตลอดจนภาษีอากรอื่นๆ และค่าใช้จ่ายทั้งปวงไว้ด้วยแล้ว

ข้อ 4 หน่วยจัดบริการเริ่มดำเนินงานตามข้อตกลงตั้งแต่วันที่ 27 เดือน มีนาคม พ.ศ.2568 สิ้นสุดในวันที่ 26 เดือน มีนาคม พ.ศ.2569 โดยเมื่อสิ้นสุดการดำเนินงานตามข้อตกลง ให้หน่วยจัดบริการรายงานผลการดำเนินงาน ในโปรแกรม LTC

ข้อ 5 กรณีหน่วยจัดบริการไม่ปฏิบัติตามข้อตกลงทำให้เกิดความล่าช้าหรือความเสียหาย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีสิทธิ์ยกเลิกข้อตกลง และระงับการจ่ายเงินสนับสนุนโดยผู้จัดบริการยินยอมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเรียกเงินสนับสนุนที่จ่ายไปแล้วคืนทั้งหมดหรือบางส่วนได้

ข้อตกลงนี้ทำขึ้นสองฉบับมีข้อความถูกต้องตรงกัน ซึ่งทั้งสองฝ่ายได้อ่านและเข้าใจข้อความโดยตลอด จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อ ..... องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

(นายเจษฎา จำเริญนุสิทธิ์)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลเขาค่าย

ลงชื่อ ..... หน่วยจัดบริการ

(นางราตรี ยอดครุฑ)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ รักษาราชการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาค่าย

ลงชื่อ ปิยะฉัตร จงฟักผล พยาน

(นางสาวปิยะฉัตร จงฟักผล)

ลงชื่อ ..... พยาน

(นางสาวกิมกาญจน์ ไกยสิงห์)