

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดระเบียบค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

<p>ชื่อ นางเพ็ญศรี เมฆพรมมา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3190200498286</p>	<p>ที่อยู่ 12 หมู่ 11 ตำบลห้วยแห้ง อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)</p>	<p>วันที่จัดทำ 16 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566</p>
<p>เกิดวันที่ 01 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2478 (อายุ 88 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : ADL=3, TAI=I3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ช่วยเหลือตนเองไม่ได้</p>	
<p>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>การดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน NaN บาท</p>	<ul style="list-style-type: none"> - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ 	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - โภชนาการ <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน
<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p>	<p>เป้าหมายการดูแล</p>	<p>ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</p>
<ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สำลักอาหาร 	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 วัน <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ 	
<p>ผู้จัดทำ Care plan นางอำพร จันทศรี</p>	<p>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</p>	

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเฉลี่ยค่าบริการ เหน่าจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นางวรรณมา ปราการ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3190100202733	ที่อยู่ 31/2 หมู่ 1 ตำบลห้วยแห้ง อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 16 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2474 [อายุ 92 ปี]	วินิจฉัย : ADL=0, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน NaN บาท		การดูแลพยาบาลทั่วไป - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม	ระยะสั้น - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 2 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 2 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การปรับสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan นางอำพร จันทศรี	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเหมาจ่ายค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)**

<p>ชื่อ นางวรรณภา ปราการ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3190100202733</p>	<p>ที่อยู่ 31/2 หมู่ 1 ตำบลห้วยแห้ง อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)</p>	<p>วันที่จัดทำ 16 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566</p>
<p>เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2474 (อายุ 92 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : ADL=0, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :-</p>	
<p>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>การดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน NaN บาท</p>		<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์</p>
<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p>	<p>เป้าหมายการดูแล</p>	
<p>- การกินอาหาร/สลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม</p>	<p>ระยะสั้น - ไม่มีผลกดทับ ภายใน 2 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำ ตัวเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 2 เดือน</p> <p>ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ</p>	<p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</p>
<p>ผู้จัดทำ Care plan นางอำพร จันทศรี</p>	<p>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</p>	