

รายชื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพิพากษาบุคคลผู้ดูแลอยู่ระยะยาว (Long Term Care) จังหวัดสระบุรี

ลำดับ	เลขประจำตัวบัตรประชาชน	ชื่อพ่อแม่	ADL	GROUP_ID เพศชาย	หมายสำหรับจัดการ	หมายเหตุ
๑	๐๘๕๕๐๑๐๐๗๔๕๗๗๗	นางสาว ลาราภรณ์	๕	๕	๕๕ : ๕๕ ปี	โรงพยาบาลน้ำใส อ.วัฒนาคมฯ จ.สระบุรี
๒	๐๘๕๕๐๑๐๐๐๕๕๕๕๓๓	นายณัฐนพัฒน์ จันทร์กุล	๑๐	๗	๗๘ : ๖๘ ปี	โรงพยาบาลน้ำใส อ.วัฒนาคมฯ จ.สระบุรี
๓	๐๘๕๕๐๑๐๐๐๐๔๔๕๕๐	นายสมชาย แวงวังช์	๕	๕	๕๖ : ๕๖ ปี	โรงพยาบาลน้ำใส อ.วัฒนาคมฯ จ.สระบุรี
๔	๐๘๕๕๐๑๐๐๗๔๗๗๗๗๗	นายทองยุ่น ไสว	๑๐	๗	๕๕ : ๕๐ ปี	โรงพยาบาลน้ำใส อ.วัฒนาคมฯ จ.สระบุรี
๕	๐๘๕๕๐๑๐๐๐๕๕๕๕๕๕๕	นายบุญเรือง บุญเรือง	๗๗	๗	๕๕ : ๕๐ ปี	โรงพยาบาลน้ำใส อ.วัฒนาคมฯ จ.สระบุรี
๖	๐๘๕๕๐๑๐๐๗๔๗๗๗๗๗	นางสาวนนวนดา ทวี	๑๐	๗	๕๕ : ๕๐ ปี	โรงพยาบาลน้ำใส อ.วัฒนาคมฯ จ.สระบุรี
๗	๐๘๕๕๐๑๐๐๐๕๕๕๕๕๕๕	นางบุญเรือง ออมสิน	๗๐	๗	๕๕ : ๕๐ ปี	โรงพยาบาลน้ำใส อ.วัฒนาคมฯ จ.สระบุรี
๘	๐๘๕๕๐๑๐๐๐๕๕๕๕๕๕๕	นางบุญญมา สว่างวงศ์	๗๗	๗	๕๕ : ๕๐ ปี	โรงพยาบาลน้ำใส อ.วัฒนาคมฯ จ.สระบุรี
๙	๐๘๕๕๐๑๐๐๐๕๕๕๕๕๕๕	นางนันนท์ ลีลา	๕	๕	๕๕ : ๕๐ ปี	โรงพยาบาลน้ำใส อ.วัฒนาคมฯ จ.สระบุรี
๑๐	๐๘๕๕๐๑๐๐๐๕๕๕๕๕๕๕	นางเพ็ง ลาราภรณ์	๗๐	๗	๕๕ : ๕๐ ปี	โรงพยาบาลน้ำใส อ.วัฒนาคมฯ จ.สระบุรี
๑๑	๐๘๕๕๐๑๐๐๐๕๕๕๕๕๕๕	พญ.ประกาย พราสา	๕	๕	๕๕ : ๕๐ ปี	โรงพยาบาลน้ำใส อ.เมืองสระบุรี จ.สระบุรี
๑๒	๐๘๕๕๐๑๐๐๐๕๕๕๕๕๕๕	น.ส.คำพ่อง รักศรี	๗๗	๗	๕๕ : ๕๐ ปี	โรงพยาบาลน้ำใส อ.วัฒนาคมฯ จ.สระบุรี
๑๓	๐๘๕๕๐๑๐๐๐๕๕๕๕๕๕๕	นายนิรันดร์ บุนนาคะร่วม	๕	๕	๕๕ : ๕๐ ปี	โรงพยาบาลน้ำใส อ.วัฒนาคมฯ จ.สระบุรี
๑๔	๐๘๕๕๐๑๐๐๐๕๕๕๕๕๕๕	นายคำนวณ คำนึง	๕	๕	๕๕ : ๕๐ ปี	โรงพยาบาลน้ำใส อ.วัฒนาคมฯ จ.สระบุรี
๑๕	๐๘๕๕๐๑๐๐๐๕๕๕๕๕๕๕	นายอาทิต นาเชเมธิรัญ	๕๗	๕	๕๕ : ๕๐ ปี	โรงพยาบาลน้ำใส อ.วัฒนาคมฯ จ.สระบุรี
๑๖	๐๘๕๕๐๑๐๐๐๕๕๕๕๕๕๕	ด.ญ.อรปรียา ถาวรสุข	๗๗	๗	๕๕ : ๕๐ ปี	โรงพยาบาลน้ำใส อ.วัฒนาคมฯ จ.สระบุรี
๑๗	๐๘๕๕๐๑๐๐๐๕๕๕๕๕๕๕	นางทองอ่อน พรมกีฬา	๗๐	๗	๕๕ : ๕๐ ปี	โรงพยาบาลน้ำใส อ.วัฒนาคมฯ จ.สระบุรี
๑๘	๐๘๕๕๐๑๐๐๐๕๕๕๕๕๕๕	นางออย ตราภรณ์	๗๗	๗	๕๕ : ๕๐ ปี	โรงพยาบาลน้ำใส อ.วัฒนาคมฯ จ.สระบุรี

๑๖๕	สาขารัตต์สุขุมวิท	นางอ้ำพร พิรุณวงศ์	๔	๙	หญิง : ๖๖ ปี	พ.สщ.บ้านซึบบกนภ้าว	หญู่ : ๐๕ ต.หมอนน้ำใส อ.วัฒนาบุตร จ.สระบุรี
๑๖๖	สาขารัตต์สุขุมวิท	นางพูน ทองชัย	๓๐	๗	หญิง : ๘๖ ปี	พ.สщ.บ้านซึบบกนภ้าว	หญู่ : ๐๕ ต.หมอนน้ำใส อ.วัฒนาบุตร จ.สระบุรี
๑๖๗	สาขารัตต์สุขุมวิท	นางเงิน กันติษฐ์	๕	๗	หญิง : ๘๖ ปี	พ.สщ.บ้านซึบบกนภ้าว	หญู่ : ๐๗ ต.หมอนน้ำใส อ.วัฒนาบุตร จ.สระบุรี
๑๖๘	สาขารัตต์สุขุมวิท	นางเงิน กันติษฐ์	๕	๖	หญิง : ๘๖ ปี	พ.สщ.บ้านซึบบกนภ้าว	หญู่ : ๐๗ ต.หมอนน้ำใส อ.วัฒนาบุตร จ.สระบุรี
๑๖๙	สาขารัตต์สุขุมวิท	น.ส.วรacha สมมอยู่	๕	๖	หญิง : ๘๖ ปี	พ.สщ.บ้านซึบบกนภ้าว	หญู่ : ๐๕ ต.หมอนน้ำใส อ.วัฒนาบุตร จ.สระบุรี
๑๗๐	สาขารัตต์สุขุมวิท	น.ส.กรรณสูต สังกรณ์	๕	๖	หญิง : ๘๖ ปี	พ.สщ.บ้านซึบบกนภ้าว	หญู่ : ๐๕ ต.หมอนน้ำใส อ.วัฒนาบุตร จ.สระบุรี
๑๗๑	สาขารัตต์สุขุมวิท	นายชา เจริญรัตน์พิทักษ์	๕	๙	ชาย : ๗๖ ปี	พ.สщ.บ้านซึบบกนภ้าว	หญู่ : ๐๗ ต.หมอนน้ำใส อ.วัฒนาบุตร จ.สระบุรี
๑๗๒	สาขารัตต์สุขุมวิท	นายเหมือน เที่ยงศรี	๕	๙	ชาย : ๗๖ ปี	พ.สщ.บ้านซึบบกนภ้าว	หญู่ : ๐๗ ต.หมอนน้ำใส อ.วัฒนาบุตร จ.สระบุรี
๑๗๓	สาขารัตต์สุขุมวิท	นายสุทธิ จันทร์	๕	๙	ชาย : ๗๖ ปี	พ.สщ.บ้านซึบบกนภ้าว	หญู่ : ๐๗ ต.หมอนน้ำใส อ.วัฒนาบุตร จ.สระบุรี
๑๗๔	สาขารัตต์สุขุมวิท	พ.ช.อรุณ สมัยกิต	๖	๖	ชาย : ๖๐ ปี	พ.สщ.บ้านซึบบกนภ้าว	หญู่ : ๐๕ ต.หมอนน้ำใส อ.วัฒนาบุตร จ.สระบุรี
๑๗๕	สาขารัตต์สุขุมวิท	นางเพ็ญ เมฆะชาด	๕	๗	หญิง : ๘๖ ปี	พ.สщ.บ้านซึบบกนภ้าว	หญู่ : ๐๗ ต.หมอนน้ำใส อ.วัฒนาบุตร จ.สระบุรี

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเตรียมต่อสถานะอยู่บ้านการดูแลบุคคลการดูแลพิการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพิจารณาสืบสานตบุน
แบบบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพิจัพิจ (อัตราการขาดหายค่าบริการ หมายถ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นามสกุล บุตรที่๔ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3251200235528	ที่อยู่ 83 หมู่ 7 ถนนองเปี้ยน อ.วัฒนาคม จ.สระบุรี หมายเลขโทรศัพท์[ที่ติดต่อ]	วันที่จัดทำ 05 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564
เดือนที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2481 (อายุ 83 ปี)	ที่ปัจจุบัน : ADL-11, IADL-C2 ซึ่งบุคลากรประเมินดังนี้ : ผู้ป่วยหลังเล็บ ข้อบอกร้องขอได้บางส่วน	
สถานะสุขภาพ/งานประจำมีรายรับที่ พอรับการสนับสนุน	ประเมินปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิจัพิจอยู่ในกุญแจที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเพิ่มจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/เข้าเมือง/นอนไม่ หลับ	การดูแลอย่างทั่วไป - โภชนาการ การดูแลอย่างละเอียด - สมอง (Brain) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพ - การดูแลสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ชื่อครัวเรือนในการให้บริการ - ภาระทางทาง - ผู้สูงอายุยกท่าร้าย	รายการ - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - สามารถนิ่งปฏิเสธภัยต่อกันต่อ กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน รายการ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้ดูแล Care plan นางรัตนาภรณ์ จันทร์เพชร	เข้าใจเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	ลงชื่อ รัตนาภรณ์ จันทร์เพชร

ลงชื่อ.....**รัตนาภรณ์ จันทร์เพชร** ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
[.....]

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

ลงชื่อ.....
[.....] ผู้ดูแลที่การเงิน

แผนการงานรายเดือน [Care Plan] ฉบับที่ 2/64 วันที่ 05/02/64
ผู้ดูแลบุตรสาว ไว้ให้ความดูแลเพื่อเริ่มต้นการฟื้นฟูสุขภาพกลับคืนสู่ปกติ

แผนการดูแลรักษาบุคคลเพื่อสนับสนุนศักยภาพการใช้ชีวิตอย่างอิสระของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ต้องพึ่งพาคนอื่นสนับสนุน
แบบรักษาการณ์ครั้งเดียวต่อวัน [อัตราการดูแลรักษาครั้งเดียวต่อวัน/ราย/วัน]

ชื่อ นางอ่อน อีกา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3251200332574	ที่อยู่ 281 บ.4 หมู่บ้านท่าศาลา (ที่ดินแปลง)	วันที่จัดทำ 31 เมือง พฤษภาคม พ.ศ. 2564
บาร์โค้ดที่ 02 เมือง ทุนกาตินท์ น.ส. 2485 (อายุ 79 ปี)	รหัสชีวิตรีด : ADL-B, TAI-B3 ชื่อยุติสุขภาวะเบื้องต้น : Hx.stroke, โรคหัวใจใส่ Pacemaker 10 ปี	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเมินเป็นทาง/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะหัวใจล้มเหลวในครั้งที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 4,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ผู้ป่วยสามารถอุทกนั่งลงได้ แต่ไม่สามารถเดินเองได้	<ul style="list-style-type: none"> - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง หรือกำลังเมื่อนาน ชา - ไม่สามารถอ่านหนังสือได้ 	การดูแลพยาบาลทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสีฟ้วยยาลotionทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ <ul style="list-style-type: none"> - หน้าอก (chest) และหัวใจ (heart)
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การพัฒนาภูมิคุ้มกัน - การรับประทานยาเม็ด/ผลิตภัณฑ์เดี่ยวจากอาการไข้ - การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแพ้ยาซ้อนอื่นๆ 	ระยะสั้น <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีภาวะแพ้ยาซ้อน ภายใน 1 เดือน - ใบเหลียงหายดีภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - ผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าและกล้ามเนื้อที่ดีคงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 1 เดือน - ภาระได้รับข่าวดีหรือดีขึ้น - สำเร็จวิธีการรักษาได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง ล้าง น้ำเสื้อได้ หาน้ำดื่มนงนได้ ขับถ่ายดี ได้ ภายใน 1 เดือน ระยะยาว <ul style="list-style-type: none"> - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างอุตสาหะ - ห้องผู้อาชญากรรมสงบ - เมินได้ดีโดยไม่ใช่อุบัติเหตุ 	การบริการที่้านอุปกรณ์ <ul style="list-style-type: none"> - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้บุคคลภัยต่อผู้ป่วย
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวิกากรณ์ จันทร์เพชร	ผู้มาเข้าร่วมขอรับการดูแลที่สามารถ Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	วันที่จัดทำ

๑๐ กิโลกรัม ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
[นางสาวิกากรณ์ จันทร์เพชร] ๑๗๕ [] ๘๖%

๑๑ ผู้ดูแลที่รับผิดชอบ
[]

แผนการดูแล [Care Plan] ฉบับที่ 1/84 วันที่ 31/05/84
พนักงานบริการ ได้ตกลงกับผู้ดูแลในเรื่องดังนี้

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อสนับสนุนการกระบวนการสร้างสุขภาพดีและการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพิจารณาความต้องการพื้นฐาน
แบบบริการสาธารณะสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพิจารณา [อธิการการดูแลระยะยาว/ราย/ปี]

ชื่อ นายเดมอน เพื่องคุณ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3251200234432	ที่อยู่ 77 บ.7 หมู่บ้านท่าศาลา (ที่ดินเปล่า)	วันที่จัดทำ 01 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2564
เดือนที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2487 (อายุ 77 ปี)	ระดับชั้น : ADL=B, TAI=B3 ดัชนีคุณภาพชีวิตด้าน : ผู้ป่วย gout ปวดลงขาซ้าย เล็บไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณหน้าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุนงบประมาณหน้าจ่ายรายปีเป็น ^{จำนวนเงิน 4,000 บาท}	ประเมินเป็นอย่างไร/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิจารณาดูแลในครุฑ์ที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณหน้าจ่ายรายปีเป็น ^{จำนวนเงิน 4,000 บาท}	- ขาดเหตืออย่างไม่ได้ในภาระเจ้าที่อยู่อาศัย - มีความอ่อนแรง ช่องโภคตื้น มือแข็ง ชา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยเหลือ	การดูแลอย่างร้าวหน้าที่ท้าทาย - การเดินอ่อนเพียบ - ห้ามความลามารถทางกายและใจเวลาร้อนท้าทาย - โภชนาการ - การอาบน้ำ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลอย่างร้าวหน้าที่ท้าทาย
- การหลอกหลอนกัน - การรับประทานยาเม็ด/ผลิตภัณฑ์จากภายนอก - ใช้ยาเสพติด - ป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น	ระยะสั้น - ไปพบแพทย์อย่างน้อย ภายใน 1 สัปดาห์ - ให้รับยาและอาหารอย่างต่อเนื่องและครบถ้วน ภายใน 1 สัปดาห์ - ฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกายและกล้ามเนื้อให้ดีลงกว่าเดิม - ห้ามจัดประชารวบได้ เช่น เดินได้ตัวอย่างเดียว นาน ไม่เกินได้ หากเข้าใจงี้ได้ ทันทีจะดีกว่าเดิม ระยะยาว - กินยาหารของได้/เข้มข้นเพื่อได้ - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	การดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพ - การรับบริการด้วยตัวเองที่บ้าน การดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพ - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยด้วยสุขภาพ
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวกานต์ จันทร์เพชร	ข้าพบเข้าเป็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย]	นางสาวกานต์ จันทร์เพชร

ลงชื่อ _____ ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
นางสาวกานต์ จันทร์เพชร _____ ลงชื่อ _____ ลงนาม

ลงชื่อ _____ เจ้าหน้าที่การเงิน

แผนพยาบาลรายบุคคล [Care Plan] ฉบับที่ 1/65 วันที่ 01/12/64
พนักงานบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทึ่งกาบ อำเภอหนองบัวลำภู

แผนกรูดและการบุคลากรที่ได้รับอนุญาตในการดำเนินกิจกรรมการดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะพิจารณาสันนิษฐาน
แบบรักษาระยะสั้นผู้สูงอายุที่มีภาวะพิจารณาสันนิษฐาน (ผู้ดูแลรักษาพิจารณาสันนิษฐาน/ราย/0)

ชื่อ นามสกุล นามมเลต เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3251200236419	ที่อยู่ 106 弄 7 หมู่บ้านท่าแพ (ที่ดินแปลง)	วันที่เข้ามา 31 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2564
เบอร์ที่ 06 เลื่อน กันยาณ พ.ศ. 2467 (อายุ 97 ปี)	วิธีจดจำ : ADL=10, TAI=B3 ช่องทางการเดินทาง : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น [*] จำนวนเงิน 4,000 บาท	ประดิษฐ์ปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิจารณาสันนิษฐานที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น [*] จำนวนเงิน 4,000 บาท	- ไม่สามารถเดินไปโดยลำพัง ต้องมีคนช่วยเหลือ - ความต้องการของรายได้ในการดำรงชีวิต	การดูแลหมายความว่าไป <ul style="list-style-type: none">- การเดินทาง- ทำความสักดิ้นร่างกายและสืบสานที่ดีไป- โภชนาการ การดูแลหมายความว่า การดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพ <ul style="list-style-type: none">- การบริการด้านสุขปักรถ- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพ <ul style="list-style-type: none">- การดูแลสุขภาพด้านกายภาพบ้าน ให้ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพัฒนาภูมิคุ้มกัน	ระยะที่ 1 - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ได้รับการปะ儈ນการซึ่งครัวและห้องน้ำอย่างต่อเนื่อง - การใช้ร้านช่วยเหลือด้านกายภาพบ้าน ภายใน 1 เดือน	การดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพบ้าน - การบริการด้านสุขปักรถ
	ระยะที่ 2 - เมินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีอาการซึ่งเหลว	- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม
ผู้ดูแล Care plan นางรักการณ์ ฉันทร์เหงา	เขียนลงที่นี่ของบันทึกปฏิบัติงาน Care plan นี้ (ลงชื่อ/ผู้ป่วย)	ลงชื่อ _____ วันที่ _____

ลงชื่อ _____ ลงที่ _____ ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
[นางรักการณ์ ฉันทร์เหงา]

ลงชื่อ _____ เจ้าหน้าที่การเงิน
[_____]

แผนการรักษา [Care Plan] ฉบับที่ 1/54 วันที่ 31/05/84
พนักงานบริการ นางสาวน้ำฝน เด็กเรื่องความดื้อ กับบ้านเด็กนกแก้ว สำราญพัฒนา โน้ต

หัวข้อ	รายละเอียด	การเผยแพร่การซื่อสัมภានที่ไม่ต้องอาศัยเครื่องหมายการค้าซึ่งเป็นที่รู้จักในไทย Informal							ผู้ใช้ประโยชน์
		ก.	บ.	ค.	ด.	ด.	ก.	บ.	
ก. นำเข้า-ส่งออก	เงินสด 2 ล้านบาทขึ้นไป	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	อาชญากรรม
บ. นำเข้า-ส่งออกทางการค้า	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		อาชญากรรม
ค. เก็บเกี้ยวน้ำมัน	เดือนละ 3 ครั้ง(เข้า ออกต่อวัน เป็นต้น)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	อาชญากรรม
ด. นำเข้าและ/or ส่งออกทางการค้าที่ไม่ต้องเสียภาษี	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		อาชญากรรม
ด. นำเข้า-ส่งออก	เดือนละ 2 ครั้ง		✓						ผู้ผลิตผู้นำเข้า(CO)
ฉ. นำเข้า-ส่งออกเชิงพาณิชย์ CO	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		อาชญากรรม
ฐ. นำเข้า-ส่งออก	เดือนละ 1 ครั้ง(เดือนละ)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	อาชญากรรม
ฑ. นำเข้า-ส่งออก	เดือนละ 2 ครั้ง		✓						ผู้ผลิตผู้นำเข้า(CO)
ธ. นำเข้า-ส่งออก	เดือนละ 1 ครั้ง		✓						ผู้ผลิตผู้นำเข้า(CO)
ธ. นำเข้า-ส่งออก	เดือนละ 1 ครั้ง		✓						ผู้ผลิตผู้นำเข้า(CO)
ธ. นำเข้า-ส่งออก	เดือนละ 1 ครั้ง		✓						ผู้ผลิตผู้นำเข้า(CO)
ธ. นำเข้า-ส่งออก	เดือนละ 1 ครั้ง		✓						ผู้ผลิตผู้นำเข้า(CO)

กิจกรรมที่ใช้ในการดูแลรักษา  <ul style="list-style-type: none"> - ดูแลดูเรื่องอาหารและปรุงอาหารอาหารคาว การะหรือ ผลไม้เป็น主 <p>Caregiver:</p> <ul style="list-style-type: none"> - นางสาวพัชรา - ภรรยา - แม่บ้าน - พนักงาน 	<p>ผู้ดูแล นางสาวพัชรา พิริยาธรรม ผู้ดูแลคนใหม่ นางสาวพัชรา พิริยาธรรม Caregiver ยุบสัญญาฯ ให้มีผลตั้งแต่วันที่ ๑๗ กันยายน พ.ศ.๒๕๖๔</p> <p>วันที่ยุบสัญญาฯ <u>๑๗ กันยายน พ.ศ.๒๕๖๔</u></p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">๑) _____</td><td style="width: 50%;">ผู้ดูแล/ผู้รับ托付</td></tr> <tr> <td>๒) _____</td><td>ผู้ดูแล/ผู้รับ托付</td></tr> </table>	๑) _____	ผู้ดูแล/ผู้รับ托付	๒) _____	ผู้ดูแล/ผู้รับ托付
๑) _____	ผู้ดูแล/ผู้รับ托付				
๒) _____	ผู้ดูแล/ผู้รับ托付				

๕

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมการดูแลและยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพัฒนาการล้าช้าบกพร่อง
ฉบับบริการสาธารณะสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพัฒนาการด้านภาษา/ร่าย/ปี

ชื่อ นามสกุล อายุ สืบ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3251200232952	ที่อยู่ 56 บ.7 หมู่บ้านโคกไทรห้วย (ที่ดินต่อ)	วันที่จัดทำ 31 มีนาคม พ.ศ. 2564
เบอร์ที่ 01 เมือง นราธิวาส พ.ศ. 2475 (อายุ 89 ปี)	รหัสพื้นที่ : ADL=10, TAI=B3 ชื่อบุคคลภาษาไทยของเด็ก : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณหน้าจ่ารายได้ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพัฒนาการล่าช้าในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณหน้าจ่ารายได้เป็น จำนวนเงิน 4,000 บาท	<ul style="list-style-type: none"> - ช่วยเหลือดูแลและไม่ได้ในการเข้าถึงน้ำ - ไม่สามารถดื่มน้ำได้โดยลำบาก ต้องมีคนช่วยเหลือ - ไม่สามารถดื่มน้ำเองได้ 	<ul style="list-style-type: none"> การดูแลอย่างใกล้ชิด - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดจ้าวภายนอกและรังแคด้วยทัวไป - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
<ul style="list-style-type: none"> - การดูแลดูแลมากขึ้น 	<ul style="list-style-type: none"> ระยะสั้น <ul style="list-style-type: none"> - การให้รับประทานอาหารอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน - ท้าทายความสามารถให้เข้าใจได้ดี ดื่มน้ำได้ด้วยตนเอง ดูแล น้ำเองได้ ทานอาหารเองได้ ดูแลอาหารเองได้ ภายใน 1 เดือน ระยะยาว <ul style="list-style-type: none"> - ดื่มน้ำได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ 	<ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์
ผู้ดูแล Care plan นางริการณ์ จันทร์เหมา	ผู้ดูแลเป็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan ปี (ถูกต้อง/ผิดปกติ) ✓	ผู้ดูแล ผู้ดูแล เมษายน ๒๐๖๔

ลงชื่อ ริการณ์ ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
[นางริการณ์ จันทร์เหมา]

ลงชื่อ _____ ลงชื่อ _____
[]

ลงชื่อ _____ ผู้ดูแลที่การเห็น
[]

แผนพยาบาลรบุรุษ (Care Plan) ฉบับที่ 1/64 วันที่ 31/05/64
พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช ทรงเป็นบ้านศรีนราธาร์ สำราญและเข้าใจ

ชื่อ นางสาวนัน พัฒนา เลขประจำตัวบุคคล 325100232952	ที่อยู่ 56 บ. หมู่บ้านเมืองสีลม	จังหวัดเชียงใหม่ 31 ถนน หมอกาด หมู่ 2584 พื้นที่ : AD-LD, TAI-B3 ผู้ดูแลรายการเดินทางกลับ : ใช้เอกสารเดินทางกลับ : -
หมายเหตุรายการเดินทางกลับไม่มีรายการเดินทาง เดินทาง - รายการเดินทางกลับไม่มีรายการเดินทางกลับไม่มีรายการเดินทาง ที่เดินทาง เดินทาง - รายการเดินทางกลับไม่มีรายการเดินทางกลับ - รายการเดินทางกลับไม่มีรายการเดินทางกลับ	หมายเหตุรายการเดินทางกลับไม่มีรายการ (รวมถึงใบอนุญาตเดินทาง) - ใบอนุญาตเดินทางกลับ	หมายเหตุรายการเดินทาง - รายการเดินทางกลับ
ประวัติเดินทางและรายการเดินทางเดินทางกลับ - 从来沒有เดินทางกลับไม่มีรายการเดินทาง - ไม่เดินทางเดินทางกลับไม่มีรายการเดินทาง - ไม่เดินทางเดินทางกลับไม่มี	มีใบอนุญาตเดินทางเดินทางกลับ (ใบอนุญาตเดินทางใน 3 เดือน) - รายการเดินทางเดินทางกลับไม่มีรายการเดินทาง 1 เดือน - รายการเดินทางเดินทางกลับไม่มี เท่านั้น (เดินทางเดินทางเดินทาง รายการเดินทางเดินทางไม่มีรายการเดินทาง 1 เดือน)	บริการเดินทางเดินทางเดินทาง เดินทางเดินทางเดินทางเดินทางเดินทาง และการเดินทาง การเดินทาง - ไม่มีรายการเดินทาง บริการเดินทาง - ไม่เดินทางเดินทางเดินทางเดินทางเดินทางเดินทางเดินทางเดินทางเดินทาง และการเดินทาง - ไม่เดินทางเดินทางเดินทางเดินทางเดินทางเดินทางเดินทางเดินทางเดินทาง - ไม่เดินทางเดินทางเดินทางเดินทางเดินทางเดินทางเดินทางเดินทางเดินทาง - ไม่เดินทางเดินทางเดินทางเดินทางเดินทางเดินทางเดินทางเดินทางเดินทาง

Documents produced in furtherance of the investigation, prosecution or defense of a criminal proceeding are not subject to disclosure under this section.

กิจกรรม	มาตรฐาน	คุณภาพ	คุณภาพดี	คุณภาพพอใช้	คุณภาพไม่ดี	คุณภาพไม่พอใช้	คุณภาพไม่ดีขาด	คุณภาพไม่ดีมาก	คุณภาพไม่ดีมากนัก
ฝึกอบรมฯ ทางวิชาชีพ	มาตรฐาน 2 ระดับ(ดีที่สุดเป็นต้น)		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
ประเมินการให้คะแนน	มีคะแนน 1 ระดับ						✓		มาตรฐาน
ประเมินภาระ	มาตรฐาน 2 ระดับ(ดีที่สุด กดลงเรื่อยๆ เป็นต้น)		✓	✓	✓	✓	✓	✓	ภาระหนัก
ให้คำแนะนำเพื่อพัฒนาการพัฒนาตนเอง	มีคะแนน 1 ระดับ		✓						มาตรฐาน
ภาระภาระ	มีคะแนน 2 ระดับ		✓						ดูดูแลดูแลอย่าง(CG)
ประเมินภาระเฉลี่ย 20	มีคะแนน 1 ระดับ						✓		มาตรฐาน
ให้คะแนนภาระ	มีคะแนน 2 ระดับ		✓						ดูดูแลดูแลอย่าง(CG)
ดูแลรักษา	ประเมินภาระ 1 ระดับ		✓						ดูดูแลดูแลอย่าง(CG)
ทดสอบ	ประเมินภาระ 2 ระดับ		✓						ดูดูแลดูแลอย่าง(CG)

ผู้ดูแลคนไข้และการดูแลที่ดี - ลูกสาว - ลูกสาว - ลูกสาวของลูกสาวและหลานบุคคลในครอบครัวของลูกสาว  - นางสาวนันดา - ภาระคนดูแลใน Caregiver	ผู้ดูแล คนไข้เป็นภรรยา ชีวิตการพำนักระยะ ผู้ดูแลคนไข้ นามสกุล ลูกสาวของลูกสาว Caregiver ภูมิทัศน์อยู่อาศัยในประเทศไทย 3 ชั้นบ้าน บริเวณ บ้านที่เดิม ใช้เวลาในการดูแลคนไข้เป็นวันต่อวัน Care Plan ดังนี้ 1) <u>อ 7 วัน ลดลง</u> [ผู้ดูแล/ญาติ] _____ วัน _____ กองทัพไทย _____ 2) _____ [ผู้ดูแล/ญาติ] _____ วัน _____
--	--

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อส่งต่อสิ่งของที่ตนและญาติกรรมการศัลปินศรีนาการเจ้าหน้าที่การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพิจารณาตนบันสุน
แบบวิเคราะห์ความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพิจารณา (มีตราการขอเชย่อนวิชาการ เทคนิค/ราย/0)

ชื่อ นางทองอ่อน พวนพิทย์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3251200232316	ที่อยู่ 46 บ.7 หม้ายเลขที่ทรัพย์[ที่ดินปลด]	วันที่จัดทำ 31 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2564
เดือนที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2498 (อายุ 66 ปี)	ชีวิตยัง : ADL=10, IADL=83 ชื่อสุกชุมภาพเนื่องด้วย : ผู้ป่วยด้วยกระดูกพ่นขาวมาก	
สถานะทางการ/งบประมาณเดือนมกราคมที่ใช้ในการดูแลสุขภาพ	ประเมินปัจจุบัน/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิจารณาตัดสินใจด้วยตัวเอง ขอรับการดูแลสุขภาพประจำเดือนอย่างเป็น จำนวนเงิน 4,000 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ทำงานให้สิ่งต่างๆ ลงไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองไม่ได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำบาก ต้องมีคนช่วยเหลือ	การดูแลทางการแพทย์ - การอาบน้ำ - การเคลื่อนไหว - ทำความสะอาดร่างกายและดูแลตัวเองทั่วไป - โภชนาการ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลทางการแพทย์ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้ดูแล Care plan นางสาวกานดา จันทร์เทรา	เข้ามาดูแลช่วยเหลือกับการปฏิบัติงาน Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	ภารดา วงศ์พาณิช

ลงชื่อ ๗๖๘๙๔๒ ผู้ปฏิบัติงาน (CM) ลงชื่อ _____ ลงนาม _____
 [นางสาวกานดา จันทร์เทรา]

ลงชื่อ _____ ผู้ดูแลที่การเดิน
 [_____]

แผนพยาบาลรายชุด [Care Plan] ฉบับที่ 1/54 วันที่ 31/05/64
หมายเหตุ: ให้ความสำคัญกับการดูแลรักษาคุณแม่และบ้านเด็กแรกเกbur เนื่องจากมีผลลัพธ์ทางการแพทย์ที่ดี

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อสนับสนุนการพัฒนาบุคคลและการสนับสนุนการดูแลรักษาสุขภาพที่มีภาวะที่ต้องพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะที่ต้องพิจารณาสนับสนุน (อัตราการเบี้ยช่วยสำหรับบริการ เหน่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางเงิน กันพิมรุ๊ เลขบัตรประชาชน 3251200228811	ที่อยู่ 10 บ.7 หมู่บ้านโคห์ศิริกาญจน์ (ที่ดินส่วนตัว)	วันที่จัดทำ 25 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2564
เบิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2484 (อายุ 80 ปี)	มาตรฐาน : ADL-B, TAI-B3 คุณลักษณะเบื้องต้น : ผู้สูงอายุเดินไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณหน้าจ้าวรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเมินปัจจุบัน/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะที่ต้องดูแลอยู่ในกุญแจที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณหน้าจ้าวรายปีเป็น จำนวนเงิน 4,000 บาท	<ul style="list-style-type: none"> - ความสามารถในการเดินไม่ได้ในการเดินทางไกล - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยเหลือ - อายุอาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย - ความต้องการของรายได้ในการดำเนินชีวิต 	การดูแลพยาบาลทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดด้วยตนเอง - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลพยาบาลเด็ก <ul style="list-style-type: none"> - การรับบริการสวัสดิการจากเด็ก - การหารายได้และความเมื่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา การดูแลช่วยเหลือด้านดูแล <ul style="list-style-type: none"> - การดูแลช่วยเหลือดูแลเด็กที่ไม่พัฒนาดี - การดูแลช่วยเหลือดูแลเด็กที่ไม่พัฒนาดี
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การลักลอบกลับ 	ระยะสั้น <ul style="list-style-type: none"> - ให้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ทำให้รู้จักประจารวันได้ เช่น เป็นไปได้ที่จะลืมของด้านบ้านของได้ หากจำเรื่องได้ จำที่อยู่ของได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารของได้/ชินอาหารของได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ต้องอยู่อาศัยหน้างาน - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - เป็นไปได้โดยไม่ใช้สูบบุหรี่ 	
ผู้จัดทำ Care plan นางวิภาณ์ จันทร์เทชะ	เข้ามาเข้ามายังบันทึกการปฏิบัติความ Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	นาย _____ วันที่ _____ ลงนาม _____

ลงชื่อ _____ ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
[นางวิภาณ์ จันทร์เทชะ]

ลงชื่อ _____ ลงนาม _____
[_____]

ลงชื่อ _____ ผู้นำเข้าที่การเงิน
[_____]

แผนการดูแลรักษา (Care Plan) ฉบับที่ 1/ES วันที่ 25/11/64
หมายเหตุ/วิธีการ โรงพยาบาลส่งเสริม康復การพัฒนาสำนักงาน康復การพัฒนา

ชื่อ นางสาว กานดา เลขประจำตัวผู้คน 3251200229811	ที่อยู่ 10 บ้าน หมู่บ้านท่าศาลา	วันที่รับเข้ารักษาตัวที่ 25 มิถุนายน พ.ศ. 2564 จำนวน : ACL=8, TW=83 คุณภาพการดูแลระดับที่ 1 คุณภาพการดูแลระดับ : ดูแลด้วยดี									
ประวัติทางสุขภาพที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 - ลูกสาวที่บ้านเดียวกันได้เดินทางกลับมาจากจังหวัดเชียงใหม่กลับมาที่บ้าน - ลูกชายลูกสาวเป็นภัยมีสิ่งติดตัว - ลูกสาวไม่เคยเดินทางไปจังหวัดเชียงใหม่ - ลูกสาวไม่เคยเดินทางไปจังหวัดเชียงใหม่ - ลูกสาวไม่เคยเดินทางไปจังหวัดเชียงใหม่	พบว่ามีอาการไข้ต่ำๆ ที่ต้องการให้ทราบเพื่อเตรียมยา (รวมถึงยาบรรเทาตัวเอง) - ไข้ต่ำๆ ประมาณ 37.5 องศาเซลเซียส - ไข้ต่ำๆ ประมาณ 37.5 องศาเซลเซียส - ไข้ต่ำๆ ประมาณ 37.5 องศาเซลเซียส - ไข้ต่ำๆ ประมาณ 37.5 องศาเซลเซียส - ไข้ต่ำๆ ประมาณ 37.5 องศาเซลเซียส	ให้ทราบว่าให้ทราบเพื่อเตรียมยา (รวมถึงยาบรรเทาตัวเอง) - ไข้ต่ำๆ ประมาณ 37.5 องศาเซลเซียส - ไข้ต่ำๆ ประมาณ 37.5 องศาเซลเซียส - ไข้ต่ำๆ ประมาณ 37.5 องศาเซลเซียส - ไข้ต่ำๆ ประมาณ 37.5 องศาเซลเซียส - ไข้ต่ำๆ ประมาณ 37.5 องศาเซลเซียส									
ประวัติสุขภาพและความเสี่ยงของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 - ลูกสาวเดินทางไปเมืองน้ำตก - ลูกสาวเดินทางไปเมืองน้ำตก - ลูกสาวเดินทางไปเมืองน้ำตก - ลูกสาวเดินทางไปเมืองน้ำตก - ลูกสาวเดินทางไปเมืองน้ำตก	พิจารณาเรื่องการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (มีไข้ต่ำๆ ประมาณ 3 วันแล้ว) - ไข้ต่ำๆ และไข้ต่ำๆ ที่ต้องการเตรียมยา (รวมถึงยาบรรเทาตัวเอง) - ที่ต้องการเตรียมยา (รวมถึงยาบรรเทาตัวเอง)	บริการดูแลเมืองน้ำตก (รวมถึงยาบรรเทาตัวเอง) และ Informal ครอบครัว <ol style="list-style-type: none">- ครอบครัวที่ต้องการเตรียมยา (รวมถึงยาบรรเทาตัวเอง)- ครอบครัวที่ต้องการเตรียมยา (รวมถึงยาบรรเทาตัวเอง)- ครอบครัวที่ต้องการเตรียมยา (รวมถึงยาบรรเทาตัวเอง)- ครอบครัวที่ต้องการเตรียมยา (รวมถึงยาบรรเทาตัวเอง)- ครอบครัวที่ต้องการเตรียมยา (รวมถึงยาบรรเทาตัวเอง)									
การพัฒนา การเข้าและออกจากบ้านหรือสถานที่และการเข้าและออกบ้าน Informal											
กิจกรรม	ความถี่	ว.	บ.	ห.	น.	นq	ห.	ว.	ส.	ผู้รับผิดชอบ	
ล้างหน้า ทำความสะอาด	ทุกวัน 2 ครั้ง(ล้างมือ)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว	
อาบน้ำ	เมื่อตอน 2 ครั้ง					✓				ผู้ดูแลบ้าน(CS)	
การดูแล	อาชีวะต่อ 1 ครั้ง		✓							ครอบครัว	
ล้างมือ	อาชีวะต่อ 1 ครั้ง		✓							ครอบครัว	
ดูดบุหรี่	เมื่อตอน 2 ครั้ง					✓				ผู้ดูแลบ้าน(CS)	
การบริโภคอาหารตามปกติ	เมื่อตอน 2 ครั้ง					✓				ผู้ดูแลบ้าน(CS)	
ทำความสะอาดบ้านที่อยู่อาศัย	เมื่อตอน 2 ครั้ง					✓				ผู้ดูแลบ้าน(CS)	
ใช้โทรศัพท์	เมื่อตอน 2 ครั้ง					✓				ผู้ดูแลบ้าน(CS)	
พิจารณาเป็นการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	เมื่อตอน 1 ครั้ง							✓		ครอบครัว	
เข้ามีเพศสัมภាន	เมื่อตอน 1 ครั้ง							✓		ครอบครัว	
กิจกรรมที่ไม่สามารถติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019											
กิจกรรมที่ไม่สามารถติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 - ล้างน้ำ - ล้างมือ <ol style="list-style-type: none">- ล้างน้ำ- ล้างมือ- ล้างน้ำ- ล้างมือ- ล้างน้ำ- ล้างมือ	กิจกรรมที่ไม่สามารถติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ล้างน้ำ ล้างมือ ล้างน้ำ ล้างมือ Caregiver ลูกหลานผู้ดูแลไม่สามารถติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้	กิจกรรมที่ไม่สามารถติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 Care Plan ที่	1	5/1/25					5 ๗/๙/๖๔		
		2								(ผู้ดูแล/ญาติ) ลงนาม	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อตอบต่อความต้องการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพิจารณาลักษณะ
ของบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพิจารณา [อัตราการหักภาษี ณ ร้อยละ 10/ราย/ปี]

ชื่อ นายเด่น จันทร์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3251200205513	ที่อยู่ 80 弄 5 หมู่บ้านเด่นท่า (ที่ดินแปลง)	วันที่จัดทำ 31 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2564
บ้านที่ 17 เมือง ทุ่นภาคันท์ จ. กาญจนบุรี (อายุ 63 ปี)	วิธีเดินทาง : ADL-10, TAI-B3 ข้อมูลพื้นฐานเบื้องต้น : ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง, ไข้ราย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณหน้าเข้ารายปีที่ ขอรับการดูแลสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิจารณาดูแลในครุฑ์ที่ 1 ขอรับการดูแลสนับสนุนงบประมาณหน้าเข้ารายปีเป็น จำนวนเงิน 4,000 บาท	- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง สิ่งนี้เป็นสาเหตุ - ความเพ้อเผลอของรายได้ในการดำเนินชีวิต - อายุอาดี/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การดูแลที่นอนอาชญากรรม - ทำความสะอาดร่างกายและถึงแมลงศัตรูในครัวเรือน - โภชนาการ
ช่องทางรับทราบในกรณีให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านสุขอนามัย - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การซื้อสินค้าหน้าห้องและ การปรับเปลี่ยน ให้ปลดปล่อยผู้สูงอายุ
ผู้ดูแล Care plan นางรัชการณ์ จันทร์เพชร	เขียนเข้ามือขอบรับการปฏิรูปตาม Care plan นี้ [นายดี/ผู้ป่วย] นางรัชการณ์ จันทร์เพชร	

ลงชื่อ _____ ลงนาม (CM)
[นางรัชการณ์ จันทร์เพชร]

ลงชื่อ _____ ลงนาม (CM)
[]

ลงชื่อ _____ ลงนาม (CM)
[]

แผนการปฏิบัติการ [Care Plan] ฉบับที่ 1/64 วันที่ 31/05/84
พนักงานบริการ โรงพยาบาลศรีบูรพาฯ ประจำเดือนพฤษภาคมปี ๒๕๖๔

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อสนับสนุนผู้คนและช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพิจิตรณาสัมบัณห์
งานบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะพิจิตรณาสัมบัณห์ [ยั่งยืน] ประจำปี]

ชื่อ นามสกุล พัฒนา คง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3251200181584	ที่อยู่ 271 บ.4 หมู่บ้านท่าแพ (ที่ดินแปลง)	วันที่จัดทำ 08 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2564
เบอร์ที่ 01 (เดือน มกราคม พ.ศ. 2560 (อายุ 64 ปี)	ชีวีปัจจุบัน : ADL-4, TAI-I3 ความดันโลหิต : CA II liver	
สถานะสุขภาพ/งานประจำ目前状况/工作	ประเมินปัจจุบัน/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิจิตรณาสัมบัณห์ 3 ขอรับการดูแลสนับสนุนงบประมาณพยาบาลรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ผู้ดูแลรายบ้านที่ทางหน้า ที่ดูแล	<ul style="list-style-type: none"> - ช่วยเหลือดูแลเองไม่ได้ในการเข้าที่นอน - สามารถเดินด้วยตนเองได้ - ไม่สามารถดูแลประจำอาหารเองได้ - ไม่สามารถดูแลอาบน้ำเองได้ 	<ul style="list-style-type: none"> การดูแลหมายความที่ว่าไป - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและถีบเนื้อต้องทิ้งทิ้ง - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ <p>การดูแลหมายความเดียวกัน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ท้อง [stomach] - ถุงกระเพาะ และเก้าอี้การนั่งอยู่ตลอดเวลาด้วยความเครียด <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสุขอนามัย</p> <ul style="list-style-type: none"> - การรับบริการส้วมด้วยการทางเดิน - ถุงกระเพาะและเก้าอี้ด้านสุขอนามัย - การดูแลล้างห้องน้ำและล้างห้องน้ำ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การรับประทานยาเม็ด/ผลิตภัณฑ์จากยาใช้ การพิจิตรณา - ออกกำลังกายและออกกำลังกาย 	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีผลกดดัน ภายใน 1 เดือน - ไม่พบแพทย์ด้านบันดา ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - ญาติสามารถดูแลอยู่บ้านได้อย่างถูกต้อง - รักษาเจ้าของตัวเอง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนบ้านๆ - ไม่เกิดผลแพ้แพ้ต่อผู้ป่วย 	
ผู้ดูแล Care plan นางสาวภารณ์ จันทร์เพ็ชร	ผู้เขียนที่นิยมลงนาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) นางสาวลลิตา พิมมูล	

ลงชื่อ..... กิตติภรณ์ ถุปภานิชกาน (CM) ลงชื่อ..... อภิญญา

[นางสาวกิตติภรณ์ ถุปภานิชกาน] []

ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่การเงิน

[]

แผนงานการดูแล [Care Plan] ฉบับที่ 1/85 วันที่ 08/12/84
พำนักงานพิเศษ โรงพยาบาล โนนไทย จังหวัดเชียงใหม่ สำนักงานเขตฯ สำนักงานเขตฯ โนนไทย

ชื่อ นามสกุล พนักงาน เลขประจำตัวพนักงาน 3251200181584	ห้อง 271 บ.2 ห้องน้ำห้องพัก	วันที่ 8/12/84 เวลา 08.00 น. วันที่ 8/12/84 ผู้ดูแล : ADL-4, TAL-3 ผู้ดูแลพิเศษ : คุณแม่สุกี้ ใจดี ชื่อบุคคลพิเศษ : CA River
พัฒนาการดูแลพิเศษให้กับเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ดูแล - เด็กไม่ได้พัฒนาตามปกติ/ไม่สามารถเขียน เขียน - เด็กที่พัฒนาตามปกติแต่ขาดจินตนาการทางรูปแบบ - เด็กที่มีพัฒนาการด้านความคิดและภาษาไม่เป็น - เด็กที่มีพัฒนาการทางด้านภาษาไม่ดี - เด็กที่มีพัฒนาการทางด้านภาษาไม่ดี	สอนพัฒนาการให้เด็กตามเกณฑ์มาตรฐาน (รวมถึงภาษาและภาษาอื่น) - ฝึกพัฒนาการดูแลรักษาเด็ก - ฝึกความจำและการคำนวณ - ฝึกการเขียนตัวอักษร - ฝึกการเขียนตัวอักษร - ฝึกการเขียนตัวอักษร	เด็กที่รับใช้เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า - ฝึกพัฒนาการดูแลรักษาเด็ก - ฝึกความจำและการคำนวณ
พัฒนาพัฒนาการและพัฒนาการด้านภาษาของเด็กที่ดี - ฝึกพัฒนาการดูแลรักษาเด็ก - ฝึกความจำและการคำนวณ - ฝึกความจำและการคำนวณ	ฝึกอบรมในภาษาไทย (ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ 2 ภาษา) - ฝึกพัฒนาการดูแลรักษาเด็ก 1 เดือน - ฝึกความจำและการคำนวณ 1 เดือน - ฝึกความจำและการคำนวณและพัฒนาการดูแลรักษาเด็ก 1 เดือน	บริการสอนภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (รวมถึงภาษาและภาษาอื่น) - ฝึกพัฒนาการดูแลรักษาเด็ก - ฝึกความจำและการคำนวณ - ฝึกความจำและการคำนวณ - ฝึกความจำและการคำนวณ - ฝึกความจำและการคำนวณ - ฝึกความจำและการคำนวณ - ฝึกความจำและการคำนวณ
ภาระ	ภาระ	ภาระ
ภาระหนัก	วันละ 2 ครั้ง(เด็ก 1 คน)	✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓
ภาระ	เด็กต่อวัน 1 คน	✓
ภาระเบา	วันละ 2 ครั้ง(เด็ก 1 คน)	✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓
ภาระเบา	เด็กต่อวัน 1 คน	✓
ภาระเบา	วันละ 2 ครั้ง(เด็ก 1 คน)	✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓
ภาระเบา	เด็กต่อวัน 1 คน	✓
ภาระเบา	วันละ 4 ครั้ง(เด็ก 1 คน)	✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓
ภาระเบา	เด็กต่อวัน 1 คน	✓
ภาระเบา	วันละ 2 ครั้ง(เด็ก 1 คน)	✓
ภาระเบา	เด็กต่อวัน 1 คน	✓
ภาระเบา	วันละ 3 ครั้ง(เด็ก 1 คน)	✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓
ภาระเบา	เด็กต่อวัน 1 คน	✓
ภาระเบา	เด็กต่อวัน 1 คน	✓
ภาระเบา	วันละ 2 ครั้ง(เด็ก 1 คน)	✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓
ภาระเบา	เด็กต่อวัน 1 คน	✓
ภาระเบา	วันละ 1 ครั้ง(เด็ก 1 คน)	✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓
ภาระเบา	เด็กต่อวัน 1 คน	✓
ภาระเบา	วันละ 1 ครั้ง(เด็ก 1 คน)	✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓
ภาระเบา	เด็กต่อวัน 1 คน	✓
ภาระเบา	วันละ 1 ครั้ง(เด็ก 1 คน)	✓
ภาระเบา	เด็กต่อวัน 1 คน	✓
ภาระเบา	วันละ 3 ครั้ง(เด็ก 1 คน)	✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓
ภาระเบา	เด็กต่อวัน 1 คน	✓
ภาระเบา	วันละ 4 ครั้ง(เด็ก 1 คน)	✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓
ภาระเบา	เด็กต่อวัน 1 คน	✓
ภาระเบา	เด็กต่อวัน 1 คน	✓
ภาระเบา	เด็กต่อวัน 1 คน	✓
ภาระเบา	เด็กต่อวัน 1 คน	✓

กิจกรรมที่เกี่ยวกับการดูแลดีด้วย

- รับประทาน
- ดูแลคนไข้
- ดูแลคนไข้ด้วยความห่วงใยในภารกิจดูแลคนไข้ การดูแลคนไข้และเป็นไปตาม
ภารกิจ
- ดูแลคนไข้ให้เข้าใจอย่างดี
- รับประทานยา
- ดูแลคนไข้ด้วย Caregiver
- ดูแลคนไข้ด้วย
- ดูแลคนไข้
- ดูแลคนไข้

ผู้ดูแล บันทึกการดูแล ข้อมูลเพิ่มเติม

ผู้ดูแลชื่อ นางรัตนาวดี บุญเรือง
ผู้ดูแลชื่อ นางสาวน้ำ บุญเรือง ภารกิจดูแล Caregiver ดูแลผู้ป่วยดูแลไม่ดีดูแลดี 5 วัน/สัปดาห์ รายวัน

วิธีดูแลที่มีผลลัพธ์ในการดูแลดีด้วย Care Plan ดัง

- 1) ดูแลดี (วันที่/เดือน/ปี) ราย _____ วัน _____ ก.พ. พ.ศ. ๒๕๖๔
- 2) _____ (วันที่/เดือน/ปี) ราย _____

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเบนต่อคดีของบุคคลการดูแลสุขภาพร่างกายที่มีภาวะพิจพิจารณาดูแลบุคคล
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพิจพิจารณาดูแลบุคคล

ชื่อ น.ส. วิรากานดา สันย์กุล เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1301801201876	ที่อยู่ 45 บ.4 หมู่บ้านท่าศาลา [ที่ดินแปลง]	วันที่เข้าท่า 25 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2564
บ้านที่ 11 เลื่อน อันนาคิน ห.ส. 2541 (อายุ 23 ปี)	รหัสชี้ช่อง : ADL-B, TAI-C2 ชื่อบุคคลกำหนดเบื้องตน : ผู้ดูแลด้านสุขภาพบุคคล ช่วยเหลือดูแลเองไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเดือนมกราคมที่ จะบันทึกผลบันทุณ	ประเมินปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิจพิจัชดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการดูแลบันทุณงบประมาณเดือนมกราคมปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	<ul style="list-style-type: none"> - ช่วยเหลือดูแลเองไม่ได้ในการเข้าถึงบ้าน - ปัญหาด้านความร้าว/หลังสัน/เข็มเจริญ/เมอนไม่ หลับ - รวมไปถึงด้านสุขภาพร่างกายและสิ่งแวดล้อมที่ไม่ ดี - ไม่สามารถดูแลตนเองได้ - ไม่สามารถดูแลอาหารเองได้ - ไม่สามารถดูแลตัวเองได้โดยลำพัง - ความต้องการดูแลตัวเองไม่ใช่คนช่วยเหลือ 	<p>การดูแลรายการที่ไว้</p> <ul style="list-style-type: none"> - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมที่ไม่ดี - โภชนาการ <p>การดูแลรายการเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> - สมอง (Brain) <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การรับบริการครัวเรือนการทางสังคม - การหารายได้และความบ่มบัดในครอบครัว <p>การดูแลช่วยเหลือด้านที่แมลงศัตรู</p> <ul style="list-style-type: none"> - การดูแลสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
การดูแลยกเว้น	<ul style="list-style-type: none"> - ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ทำกิจกรรมประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง ทาน น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ก咽ภายใน 3 เดือน <ul style="list-style-type: none"> - ระยะยาว - เก็บอาหารเองได้/ชิบด้วยเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - มีอาชีพ/มีรายได้เพียงพอ เพียงชื้น 	
ผู้ดูแล Care plan นายวิภากรณ์ จันทร์เพชร	เข้าใจและเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] นายวิภากรณ์ จันทร์เพชร	

ลงชื่อ..... ผู้ปฏิบัติงาน (CM) ลงชื่อ..... ลงนาม

[นายวิภากรณ์ จันทร์เพชร]

ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่การดูแล

[]

แผนพยาบาลการดูแล [Care Plan] ฉบับที่ 1/65 วันที่ 25/11/64
ประจำเดือน พฤศจิกายน 2564 สำหรับผู้ป่วยที่ต้องรับการดูแลที่บ้านชั้นงดงาม สำนักงานเขตพื้นที่ 2

ชื่อ น.ส.กานดา ภิรมย์ เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 1301801201978	เบอร์ 45 บ.4 หมู่บ้านท่าฟ้า	ผลักดันที่ 25 เลข หมู่บ้าน บ.4 2564 โทรศัพท์ : ADL-8, DAU-C2 ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ต้องรับการดูแลที่บ้านชั้นงดงาม สำนักงานเขตพื้นที่ 2 ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ต้องรับการดูแลที่บ้านชั้นงดงาม สำนักงานเขตพื้นที่ 2
แผนพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่ต้องรับการดูแลที่บ้านชั้นงดงาม	แผนพยาบาลการดูแลผู้ป่วยที่ต้องรับการดูแลที่บ้านชั้นงดงาม [ตามแบบฟอร์มของสำนัก] - ให้ยาตามเวลา/จำนวนที่ได้รับอนุมัติ - ดูแลดูแลผู้ป่วยอย่างดีและปลอดภัย - ไม่ใช้ยาที่ห้ามใช้	แผนพยาบาลการดูแลผู้ป่วยที่ต้องรับการดูแลที่บ้านชั้นงดงาม [ตามแบบฟอร์มของสำนัก] - ให้ยาตามเวลา/จำนวนที่ได้รับอนุมัติ - ดูแลดูแลผู้ป่วยอย่างดีและปลอดภัย
ประวัติพยาบาลและความต้องการในการดูแลที่บ้านชั้นงดงาม - ช่วงก่อนหน้านี้ไม่ได้รับการดูแลที่บ้านชั้นงดงาม - ปัจจุบันผู้ป่วยดีขึ้นอย่างต่อเนื่องที่บ้านชั้นงดงาม - ไม่ต้องดูแลอย่างดี - ไม่สามารถดูแลตัวเองได้ - ไม่สามารถดูแลตัวเองได้ - ไม่สามารถดูแลตัวเองได้ - ความต้องการของผู้ป่วยที่ต้องรับการดูแลที่บ้านชั้นงดงาม	เป้าหมายในการดูแลที่บ้านชั้นงดงาม [เป้าหมายระยะสั้น 3 เดือน] - ให้ยาตามเวลา/จำนวนที่ได้รับอนุมัติ - ดูแลดูแลผู้ป่วยอย่างดีและปลอดภัย	บริการดูแลผู้ป่วยที่ต้องรับการดูแลที่บ้านชั้นงดงาม [ตามแบบฟอร์มของสำนัก] - บริการดูแลผู้ป่วยที่ต้องรับการดูแลที่บ้านชั้นงดงาม [ตามแบบฟอร์มของสำนัก]

กำหนดการ การดำเนินการของคอกบเครื่องดูแลผู้ป่วยแบบ Informal

กิจกรรม	คราวที่	ว.	อ.	พ.	พฤ.	ศ.	ศ.	ส.	ศ.	ผู้รับผิดชอบ
ดูแลผู้ป่วยที่บ้านชั้นงดงาม	วันละ 2 ครั้ง(เช้า เย็น)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
ป้องกันการติดเชื้อ	เดือนละ 1 ครั้ง						✓			ครอบครัว
ป้องกันภัยธรรมชาติ	วันละ 3 ครั้ง(เช้า เย็น เย็น)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
ดูแลผู้ป่วย	วันละ 3 ครั้ง(เช้า เย็น เย็น)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
ให้อาหารและดูแลผู้ป่วยที่ต้องรับการดูแลที่บ้านชั้นงดงาม	เดือนละ 1 ครั้ง						✓			ครอบครัว
การอาบน้ำ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง									ผู้ดูแลผู้ป่วย(CG)
ดูแลผู้ป่วยที่ต้องรับการดูแลที่บ้านชั้นงดงาม	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง									ผู้ดูแลผู้ป่วย(CG)
การปรับเปลี่ยนผ้าอ้อมและการดูแลผู้ป่วยที่ต้องรับการดูแลที่บ้านชั้นงดงาม	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง									ผู้ดูแลผู้ป่วย(CG)
การดูแลผู้ป่วยที่ต้องรับการดูแลที่บ้านชั้นงดงาม	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง									ผู้ดูแลผู้ป่วย(CG)
ดูแลผู้ป่วยที่ต้องรับการดูแลที่บ้านชั้นงดงาม	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง									ผู้ดูแลผู้ป่วย(CG)

กิจกรรมที่ไม่ได้รับการดูแลที่บ้านชั้นงดงาม	ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ต้องรับการดูแลที่บ้านชั้นงดงาม ผู้รับผิดชอบ นางสาวอรุณรัตน์ ใจดี ผู้ดูแลผู้ป่วย Caregiver ดูแลผู้ป่วยอย่างดีและปลอดภัย 5 ครั้งใน 1 อาทิตย์/เดือน
ตัวอย่างที่ไม่ได้รับการดูแลที่บ้านชั้นงดงาม	ตัวอย่างที่ไม่ได้รับการดูแลที่บ้านชั้นงดงาม
1) _____ ก.พ. พ.ศ. ๒๕๖๕	ผู้รับผิดชอบ ใจดี ผู้ดูแลผู้ป่วย Caregiver
2) _____ ก.พ. พ.ศ. ๒๕๖๕	ผู้รับผิดชอบ ใจดี ผู้ดูแลผู้ป่วย Caregiver

แผนการดูแลรักษาบุคคลเพื่อส่งต่อครอบครองการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพิบัติพิจารณาสนับสนุน
แบบบริการทางการแพทย์สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพิบัติพิจารณา (อัตราการเบี้ยช่วยค่าบริการ หมายเข้า/รายปี)

ชื่อ น.ส.กรรณ ตั้งช่องกนก เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3251200438194	ที่อยู่ 209 บ.5 หมู่บ้านน้ำใส อ.วัฒนาคม จ.สระบุรี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 25 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2564
บ้านที่ 13 หมู่ 1 บ้านน้ำใส หมู่ 1 (อายุ 46 ปี)	รีบิกซ์ : ADL-I3, TAI-I2 ข้อมูลอุบัติเหตุเบื้องต้น : ถูกป่วย CA Right Breast metastasis bone	
สถานะสุขภาพ/ชนประวัติแผนการรักษาที่ได้รับการสนับสนุน	ประทับตราญาติ/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิบัติพิจารณาในกลุ่มที่ 4 ขอรับการสนับสนุนแบบประมวลแผนการรักษาเป็น จำนวนเงิน 10,000 บาท	- ช่วยเหลือดูแลและไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังเมื่อแข็ง ขาด - จับป้ำกกระดูกหัก - ลุบไปเสื่อมยานเองไม่ได้ - ไม่สามารถตอบน้ำใจได้ - ไม่สามารถตอบน้ำใจได้ - ความเพิ่มขึ้นของรอยได้ใน การดูแลชีวิต	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและทิ่งแผลท้องทั่วไป - การเดินยืนนั่ง - โภชนาการ
ผู้ควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลขยายบานของพยาบาล - สุขาทางเดียว และกิจกรรมที่เน้นพักผ่อนความสุขุม การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและ การปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้รับ Care plan นางสาวกรรณ ตั้งช่องกนก จันทร์เพชร	ผู้เข้ารับการดูแลที่มีส่วนร่วมในการปฏิบัติศึกษา Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) <i>ดร.สุรัตน์ วงศ์กุล</i>	

ลงชื่อ *สุรัตน์ วงศ์กุล* ผู้ปฏิบัติงาน (CM) ลงชื่อ *.....* ลงนาม
 [นางสาวกรรณ ตั้งช่องกนก จันทร์เพชร]

ลงชื่อ *.....* ผู้รับบริการที่การดูแล
 []

แผนพยาบาลผู้ป่วย [Care Plan] ฉบับที่ 1/65 วันที่ 25/11/64
หน่วยบริการ: โรงพยาบาลศรีบูรพา จังหวัดบึงกาฬ ประเทศไทย สำเนาที่ 1

និរតាមអំពីការអោប់ខ្លោះ

- ពីសាប់
- គោលការណ៍
- គ្រប់គ្រងភាពរាយនៃវិធាននៃការអោប់ខ្លោះ ការសាស្ត្រ និងអំពី
- គ្រប់គ្រងភាពរាយនៃវិធាននៃការអោប់ខ្លោះ ការសាស្ត្រ និងអំពី
- គ្រប់គ្រងភាពរាយនៃវិធាននៃការអោប់ខ្លោះ ការសាស្ត្រ និងអំពី
- ការអោប់ខ្លោះជាអ្នកគាំទ្រ
- ទិន្នន័យរាយ
- ការអោប់ខ្លោះជាអ្នកគាំទ្រ Caregiver
- រូបរាយរាយការណ៍
- ការអោប់ខ្លោះ
- ការអោប់ខ្លោះជាអ្នកគាំទ្រ

និងការអោប់ខ្លោះ និងការអោប់ខ្លោះ

និងអំពីអោប់ខ្លោះ នានា និងការអោប់ខ្លោះ និងការអោប់ខ្លោះ និងការអោប់ខ្លោះ

និងការអោប់ខ្លោះនិងការអោប់ខ្លោះ Care Plan និងការអោប់ខ្លោះ

1) ចំណាំ (ពិចារណា/រាយការ) ឆ្នាំ ៩១២០៦៤

2) _____ (ពិចារណា/រាយការ) ឆ្នាំ _____

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อบรรเทือนต่อความต้องการในการให้บริการดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะพิจารณาตนบันทึก
แบบรับทราบของผู้สูงอายุที่มีภาวะพิจารณา (อัตราการขอเช่าค่าบริการ เหนาฯ/ราย/ปี)

ชื่อ นายอุดร์ จำภูม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3251200236494	ที่อยู่ 107 บ.7 หมู่บ้านท่าทราย [ที่ดินแปลง]	วันที่จัดทำ 01 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2564
เบอร์วันที่ 13 เมือง บีบูนา闷 พ.ศ. 2484 (อายุ 80 ปี)	รีบิวชัน : ADL-B, TAI-B3 ข้อมูลสุขภาพปัจจุบัน : Hx:HT,CHF เดินไม่ได้ ขาอ่อนแรง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเดือนจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิจารณาและอยู่ในกุญแจที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเดือนจ่ายรายปีเป็น ^{จำนวนเงิน 4,000 บาท}	<ul style="list-style-type: none"> - ช่วยเหลือดูแลคนไข้ไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกារลีบเมื่อแขวนขา - ไม่สามารถอ่านหนังสือได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ลื้อเมื่อคนช่วยเหลือ 	การดูแลหมายความว่า การดูแลช่วยเหลือด้านดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านดูแล个人 - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การดูแลดูแลคนไข้ - การดูแลดูแลคนไข้/ผลลัพธ์เดียวกันจากการรักษา/การแพทย์ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น 	ระยะสั้น <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ไม่พบแพทย์ทุกเดือน ภายใน 1 สัปดาห์ - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 สัปดาห์ - ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ด้วยความสามารถที่มีอยู่ ที่นี่ ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายภาพอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน - ทำกิจกรรมประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง ยกปานเองได้ หากห้ามลงได้ ขึ้นลิฟต์เองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว <ul style="list-style-type: none"> - ห้ามอาหารลงได้/ชิบถ่ายลงได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้เป็นปกติ - เป็นไปได้โดยที่ไม่ใช้อุปกรณ์ 	
ผู้ดูแล Care plan นางสาวภารณ์ จันทร์มหา	เข้าใจดีเห็นชอบกับการปฏิบัติงาน Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย]	นายกราช จันทร์มหา

ลงชื่อ นายกราช จันทร์มหา ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
[นางสาวภารณ์ จันทร์มหา]

ลงชื่อ เจ้าหน้าที่การเงิน

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อสนับสนุนผู้คนดูแลกรรมการสันสนับสนุนการดูแลบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพิบัติพิการและการสนับสนุน
งานบริการสาธารณะสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพิบัติพิการ (มีรายการและข้อความคำบรรยาย หน้าที่๑๘/รวม/๐)

ชื่อ นางพญ ทองชัย เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3251200177544	ที่อยู่ 73 บ.4 หมู่บ้านน้ำตก หมู่บ้านน้ำตก [ที่ดินแปลง] ๐	วันที่จัดทำ 25 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2564
เบอร์ที่ 01 เลื่อน นราภรณ ๘.๙. 2465 (อายุ 79 ปี)	วัยชรา : ADL=10, TAI=83 เชื้อชาติ/ภาษา/เชื้อชาติ : Hx:DM, HT	
สถานะสุขภาพ/งานประจำแพทย์/ยาที่ต้องการรับประทาน	ประดิษฐ์บัญชา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิบัติพิจิตตูในกลุ่มที่ ๑ ของรัฐการสนับสนุนงบประมาณแพทย์ฯรายปีเป็น จำนวนเงิน 4,000 บาท	- ความสามารถในการเคลื่อนไหว - ความสามารถในการได้ยิน - ปัญหาด้านความจำ/หลงเรื่อง/ซึมเศร้า/นอกรีม หลับ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยเหลือ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ - ท่าความสะอาดด้วยตนเองและให้คนดูแลทั่วไป - โภชนาการ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านทั่วไป - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม
- การผลิตออกกำลัง	ระยะเวลา - ใบหนาแพทย์/ความบัตร ภายใน ๑ สัปดาห์ - ได้รับยาและอาหารอุகเดชและครบถ้วน ภายใน ๑ เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสุขภาพของเดือน ภายใน ๑ เดือน - สามารถปฏิบัติภารกิจครอบครัว, เพื่อบ้าน ภายใน ๑ เดือน	การดูแลช่วยเหลือด้านทั่วไป
ระยะเวลา - ต้องญาติเดินทางดูแล - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เนื่องจาก เพิ่มชีวิต - เดินได้โดยไม่ใช้ช่วยเหลือ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า		การดูแลช่วยเหลือด้านทั่วไป - การดูแลช่วยเหลือด้านทั่วไป - การดูแลช่วยเหลือด้านทั่วไป - การดูแลช่วยเหลือด้านทั่วไป - การดูแลช่วยเหลือด้านทั่วไป - การดูแลช่วยเหลือด้านทั่วไป
ผู้ดูแล Care plan นางวิภาวรรณ จันทร์เพ็ชร์	เข้าใจเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	มีน้ำ

ลงชื่อ..... อัตรา (...) ผู้ปฏิบัติงาน (CM) ลงชื่อ..... อัตรา (...)

[นางวิภาวรรณ จันทร์เพ็ชร์]

[]

ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่การเงิน

[]

แผนผังการดูแล [Care Plan] ฉบับที่ 1/65 วันที่ 25/11/84
พนักงานบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพค้าปลีกบ้านเชียงใหม่ สำนักงานเขต

ชื่อ นางสาว คงจิต เลขประจำตัวประชาชน 3252000177544	วัย 73 ปี 4 เดือน 2 วัน เพศหญิง สีผิวขาว	วันที่ 25 ธันวาคม พ.ศ. 2564 พื้นที่ : ADL-10, TA-83 ผู้ดูแลพยาบาลชั้นผู้ช่วยที่ 1 ชื่อพยาบาลชั้นผู้ช่วย : H.D.M.J.T								
แนวคิดของผู้ดูแลเรื่องการดูแลและดูแลให้ดีที่สุด	แนวโน้มพยาบาลให้พิจารณาดูแลให้ดีที่สุด (รวมถึงปัจจัยทางเดินหายใจ) - ที่อยู่อาศัยแบบบ้าน - มีอาชญากรรมเดินทาง - ลักษณะภายนอกที่ดูดี - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	แนวโน้มพยาบาลให้ดีที่สุด - ภายนอกดูดี								
ปัจจัยที่บ่งบอกถึงความต้องการในการดูแลดังนี้ - ความต้องการดูแลในครอบครัว - ความต้องการดูแลในบ้าน - ความต้องการดูแลในบ้าน/ชุมชนที่เดินทาง - ไม่สามารถดูแลตัวเองได้ ต้องมีผู้ดูแลดูแล	ปัจจัยที่บ่งบอกถึงความต้องการดูแล (ปัจจัยทางเดินหายใจ 3 ด้าน) - ไม่สามารถดูแลตัวเอง ภายนอก 1 ด้านที่ดี - ไม่สามารถดูแลตัวเองทั้งหมด ภายนอก 1 ด้าน - ไม่สามารถดูแลตัวเองทั้งหมด ภายนอก 1 ด้าน - ความต้องการดูแลตัวเองทั้งหมด ภายนอก 1 ด้าน	บริการดูแลบ้านเดียวบ้านเดียว (รวมถึงบ้านเดียวและบ้านเดียวแบบ Informal)								
ตารางแสดง รายการห้องที่ใช้ของผู้ดูแลและรายการห้องที่ไม่ใช้ของผู้ดูแล										
รายการ	รายการ	ใช้	ใช้	ใช้	ไม่	ใช้	ใช้	ไม่	ไม่	ดูแลบ้าน
บ้านเดียวพยาบาล	ห้อง 2 ห้อง(ห้องนอน)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ดูแลบ้าน
ห้องน้ำ	ห้องน้ำ 1 ห้อง				✓					ดูแลห้องน้ำ
ห้องน้ำสาธารณะที่บ้านเดียว	ห้องน้ำ 2 ห้อง				✓					ดูแลห้องน้ำ
ห้องน้ำ	ห้องน้ำ 1 ห้อง				✓					ดูแลห้องน้ำ
ห้องน้ำสาธารณะที่บ้านเดียว/ชุมชนที่เดินทาง	ห้องน้ำ 1 ห้อง				✓					ดูแลห้องน้ำ
ห้องน้ำสาธารณะ	ห้องน้ำ 3 ห้อง(ห้องนอน ห้องน้ำ ห้องน้ำ)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ดูแลบ้าน
ห้องน้ำสาธารณะที่บ้านเดียว	ห้องน้ำ 1 ห้อง				✓					ดูแลบ้าน
ห้องน้ำสาธารณะที่บ้านเดียว	ห้องน้ำ 1 ห้อง				✓					ดูแลบ้าน
ห้องน้ำสาธารณะที่บ้านเดียว	ห้องน้ำ 1 ห้อง				✓					ดูแลบ้าน
ห้องน้ำสาธารณะที่บ้านเดียว	ห้องน้ำ 1 ห้อง				✓					ดูแลบ้าน
ห้องน้ำสาธารณะที่บ้านเดียว	ห้องน้ำ 1 ห้อง				✓					ดูแลบ้าน
ห้องน้ำสาธารณะที่บ้านเดียว	ห้องน้ำ 1 ห้อง				✓					ดูแลบ้าน
ห้องน้ำสาธารณะที่บ้านเดียว	ห้องน้ำ 1 ห้อง				✓					ดูแลบ้าน
ห้องน้ำสาธารณะที่บ้านเดียว	ห้องน้ำ 1 ห้อง				✓					ดูแลบ้าน
ห้องน้ำสาธารณะที่บ้านเดียว	ห้องน้ำ 1 ห้อง				✓					ดูแลบ้าน
ห้องน้ำสาธารณะที่บ้านเดียว	ห้องน้ำ 1 ห้อง				✓					ดูแลบ้าน
ห้องน้ำสาธารณะที่บ้านเดียว	ห้องน้ำ 1 ห้อง				✓					ดูแลบ้าน
ห้องน้ำสาธารณะที่บ้านเดียว	ห้องน้ำ 1 ห้อง				✓					ดูแลบ้าน
ห้องน้ำสาธารณะที่บ้านเดียว	ห้องน้ำ 1 ห้อง				✓					ดูแลบ้าน
รายการห้องที่ไม่ใช้ของผู้ดูแล	ผู้ดูแลบ้านเดียวทั้งหมด จัดการห้อง ที่ใช้ไม่ลง ขาดสีสัน ลักษณะ ภายนอก ห้องน้ำภายใน Caregiver ดูแลผู้ชราญในบ้านเดียว ห้องน้ำ บ้านเดียว									
	ห้องน้ำที่บ้านเดียวทั้งหมด Care Plan ที่	2) _____	ผู้ดูแลบ้านเดียว ที่	5 月 A. b. 4						
	ห้องน้ำที่บ้านเดียวทั้งหมด Care Plan ที่	1) _____	ผู้ดูแลบ้านเดียว ที่	ผู้ดูแลบ้านเดียว ที่						

๑๔

แผนกรุณายาบุคคลเพื่อสนับสนุนต่อครอบครัวการการดำเนินกิจกรรมการดูแลรักษาพยาบาลที่มีภาวะพิการถาวรสืบสืบทุน
แบบบริการสาธารณะสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพิการ (อัตราการขอเช่าค่าบริการ เหนน้ำร่าย/ราย/วัน)

ชื่อ นางเดิม ฉายา: _____ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3251200236621	ที่อยู่ 109 บ.7 หมู่บ้านไทรศรีพัฒนา [ที่ดินที่ดิน]	วันที่จัดทำ 31 เมือง พฤษภาคม พ.ศ. 2564
เดือนที่ 01 เมื่อ ณ วันที่ 24/01 (อายุ 94 ปี)	วิธีช่วยเหลือ : ADL=9, IADL=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุเดินไม่ได้ รูปร่างผอม	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณหน้าที่รายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเมินปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิการด้วยในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณหน้าที่รายปีเป็น ^{จำนวนเงิน 4,000 บาท}	- ข้อจำกัดของคนลงใจได้ในการเข้าที่อยู่บ้าน - ไม่สามารถเดินได้โดยลำบาก ต้องมีคนช่วยเหลือ - ความต้องการของรายได้ในการดำเนินชีวิต	การดูแลผู้สูงอายุที่เข้าไป - ห้ามความสะอาดร่างกายและเสื่อมเสื่อมที่เข้าไป - โภชนาการ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลผู้สูงอายุที่เข้ามา - ห้ามความสะอาดร่างกายและเสื่อมเสื่อมที่เข้าไป การดูแลผู้สูงอายุที่ด้านที่เสื่อมเสื่อม - การดูแลผู้สูงอายุที่ด้านที่เสื่อมเสื่อม
- ป้องกันภัยจากการลื่นลื่น	ระยะเวลา - ให้รักษาและดูแลอยู่ท้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ดูแลผู้สูงอายุของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหนึ่งเดียว ตั้งแต่ ภายใน 2 เดือน - ทำกิจกรรมประจำวันให้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง มาก ป้าเมื่อได้ หายเข้าเรื่องได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 2 เดือน - การให้รับประทานเพื่อค้าขายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน ระยะเวลา - ถูกต้องสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	การดูแลผู้สูงอายุที่ด้านที่เสื่อมเสื่อม - การดูแลผู้สูงอายุที่ด้านที่เสื่อมเสื่อม
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวกานต์ จันทร์เพชร	เข้าใจเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย]	๓๐๙๗๖๖ วันที่จัดทำ

ลงชื่อ _____ ลงนาม _____ ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
[นางสาวกานต์ จันทร์เพชร] _____

ลงชื่อ _____ ลงนาม _____ ลงชื่อ _____ ลงนาม _____
[] _____

แผนการดูแล [Care Plan] ฉบับที่ 1/84 วันที่ 31/05/84
พนักงานบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพท่าศาลาบ้านทับมากรา สำราญคนดี

แผนกวิชาการดูแลรักษาบุคคลเพื่อเตรียมต่อคณและบุกรรมการการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพิจารณาดูแลบุคคล
ของบริการสหกิจกรรมสุขลักษณะหัวหน้าผู้สูงอายุที่มีภาวะพิจารณา (ผู้ดูแลการดูแลเชิงค้านบริการ หน้าจ้าว/ราย/ปี)

ชื่อ นายนาฯ เนียงจันทร์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3251200234327	ที่อยู่ 75 弄 7 หมู่บ้านเด็กแห่งชาติ (ที่ดินต่อ) 0	วันที่จัดทำ 25 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2564
เบิดวันที่ 25 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2564 (อายุ 0 ปี)	ชนิดเชื้อ : ADL=4, TAI=13 ดื้อยุคดูแลคนเป็นเดือน : CA Liver bone metastasis,prostate tumor	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณกินอาหารจำารายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประดิษฐ์เป็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิจารณาดูแลในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณรวมจำารายปีเป็น จำนวนเงิน 8,000 บาท	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่สามารถดูแลประทับน้ำอาหารเองได้ - ช่วยเหลือดูแลเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - รู้สึกเหนื่อยล้าตลอดเวลา - ไม่สามารถดูแลตัวเองได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยเหลือ 	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยให้ระบายทิ้งตัว ([ปัสสาวะ]) - การช่วยให้ระบายทิ้งตัว ([อุจจาระ]) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ท่าความสะอาดสำหรับคนไข้และที่มาดูแลต้องห้ามไป - โภชนาการ <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสถานที่ดูแลตัวเองและบ้าน - การปรับเปลี่ยนสภาพบ้านให้เหมาะสม
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การดูแลดูแลตนเอง - การรับประทานยาเม็ด/ผลิตภัณฑ์จากยาเม็ด/ยาเม็ดพัฒนา - ป้องกันการแทรกซ้อนเชื้อรา 	ระยะที่ 1 <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนและการติดเชื้อจะเก็บหายาเส้นเลือด ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารดูแลด้วยตัวเองครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น ดื่มน้ำได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ หาน้ำดื่มเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน ระยะที่ 2 <ul style="list-style-type: none"> - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยให้ต่ออ้างถูกต้อง - มีง่วงนอนหลับอย่างต่อเนื่อง 	<p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสถานที่ดูแลตัวเองและบ้าน - การปรับเปลี่ยนสภาพบ้านให้เหมาะสม
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวกานต์ จันทร์เพชร	ข้าพเจ้ายินยอมกับการปฏิรูปด้าน Care plan นี้ [ลงนาม/ผู้ป่วย]	_____

ลงชื่อ..... ๑๘๖๗
[.....] ลงชื่อ..... ๑๘๖๗
[.....]

ลงชื่อ..... ผู้ดูแลการดูแล
[.....]

แผนพัฒนาคุณภาพ [Care Plan] ฉบับที่ 1/65 วันที่ 25/11/64
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังน้ำตก ตําบลวังน้ำตก

แผนการดูแลรักษาบุคคลเพื่อสนับสนุนที่ดีของคณะกรรมการสันติบาลบริการดูแลและดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพิจารณาสนับสนุน
จะบริการสาธารณะสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพิจารณา [อธิการการแพทย์สำหรับการ หมายจ่าย/ราย/0]

ชื่อ นายอรัญ สมัยกุล เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1279800157774	ที่อยู่ 57 หมู่บ้านน้ำใส หมู่บ้านท่าศาลาที่ 7 หมู่ที่ 7 ตำบลท่าศาลา อำเภอท่าศาลา จังหวัดยะลา ประเทศไทย	วันที่จัดทำ 25 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2564
เบอร์บ้านที่ 21 หมู่บ้านท่าศาลา อำเภอท่าศาลา จังหวัดยะลา ประเทศไทย อายุ 19 ปี	วิถีชีวิตร : ADL=C, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : อุบัติการณ์ล้าบลิปิติกูราห์อย่างเรื้อรังไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งานประจำ/ภาระที่ต้องดูแล ขอรับการสนับสนุนงบประมาณหน่วยงานจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเมินปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิจารณาด้วยตนเองในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณหน่วยงานจ่ายรายปีเป็น จำนวนเดือน 6,000 บาท	<ul style="list-style-type: none"> - ช่วยเหลือดูแลเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาล้าบลิปิติกูราห์อย่างเรื้อรังไม่ได้ - สามารถเข้าห้องน้ำได้ - ไม่สามารถดูแลประจำตัวเองได้ - ไม่สามารถดูแลตัวเองได้ - ไม่สามารถดูแลตัวเองได้โดยส่วนตัว ต้องมีคนช่วยเหลือ 	<p>การดูแลหมายความที่ว่า</p> <ul style="list-style-type: none"> - การเข้าสู่ในระบบชั้นต่ำ ([ปัลส์วอช]) - การเข้าสู่ในระบบชั้นต่ำ ([อุจจาระ]) - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและที่นอนเวลาร้อนที่ว่า - โภชนาการ <p>การดูแลหมายความเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> - หัวใจ (Brain) <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การรับบริการทางสังคมด้านสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมเพื่อแก้ตัว</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ช่องทางในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น <ul style="list-style-type: none"> - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 3 เดือน - ทำกิจกรรมประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ หากหัวใจของได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว <ul style="list-style-type: none"> - ทนทานการเดินได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้ด้วยตัวเอง - ต้องยุติการดูแลลง 	
ผู้ดูแล Care plan นางสาวกานต์ จันทร์ประดิษฐ์	เข้าพบเจ้าหน้าที่สนับสนุนการปฏิบัติความ Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	รายการ ภานุติ มนต์

ลงชื่อ กิตติภรณ์ ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
นางสาวกานต์ จันทร์ประดิษฐ์

ลงชื่อ _____ เจ้าหน้าที่การเดิน

แผนพยาบาลผู้สูงอายุ [Care Plan] ฉบับที่ 1/65 วันที่ 25/11/84
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริม康บุตร จังหวัดเชียงราย

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อสนับสนุนกระบวนการสร้างสุขภาพดี การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพิบัติพิการพื้นที่พิเศษในการดำเนินงานสนับสนุน
งานบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพิบัติพิการ (อัตราการขาดเชือค่าบริการ เหนาฯ/ราย/ปี)

ชื่อ นางบุญนา ล้วงสีรี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3251200428989	ที่อยู่ บ.8 หมู่บ้านป่าสัก อ.วังน้ำแวง จ.ภูเก็ต หมายเลขโทรศัพท์(ที่พักอาศัย) 084-7383685	วันที่จัดทำ 03 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2564
เบิดวันที่ 05 เดือน มกราคม พ.ศ. 2496 (อายุ 69 ปี)	ริบิตดั้ง : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยติดเตียง U/D : HT มีประวัติหอบえ มีเดินได้เดินได้	
สถานะสุขภาพ/อุบัติเหตุ/ประมวลผลมาเข้า院ร้อยปีที่ขอ รับการสนับสนุน	ประเมินปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิบัติพิการซึ่งอยู่ในกุญแจที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเดินทางเข้าประเทศ เป็นจำนวนเงิน 4,000 บาท	- มีความอ่อนแรง ของกำลังไม่แข็ง ชา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยเหลือ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนไหว - ทำความสะอาดร่างกายและถือแกดล้อทั่วไป - โภชนาการ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือค่าณลังค์ - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือค่าเสื่อมดื้อยืน - การดูแลอาหารและกิจกรรมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การหลัดหลกคำน - การรับประทานยาดีดี/ผลลัพธ์ต้องจากการให้ /การแพทย์ - ข้อดี/ข้อพัสดุ - ป้องกันภัยแทรกซ้อนเข้ามา	ระยะสั้น - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนและภาวะติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะเข้มเครียดและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - ผู้สูงอายุของข้อดีและกล้ามเนื้อได้ดีลงมาหรือตื้น ภายใน 3 เดือน - ประนีนและเวลัดการกิน ภายใน 1 เดือน - ห้ามใช้สารประชารัตน์ได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง ล้างน้ำห้องน้ำได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 2 เดือน ระยะยาว - ญาติพากันการดูแลอยู่บ้านได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะเข้มเครียด - ไม่เกิดลมเล็กทับ	
ผู้ดูแล Care plan บ.ส.ส.ส.ส.ส. เสื้อแดง	เข้าพบครั้งที่หนึ่งสอนกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	✓✓✓✓

ลงชื่อ.....
ผู้ดูแล.....
นางสาวพัชรา เจริญงาม []

ลงชื่อ.....
เจ้าหน้าที่การเงิน
[]

**แผนพยาบาลดูแล [Care Plan] ฉบับที่ 1/64 วันที่ 03/12/64
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองน้ำใส ตำบลหนองน้ำใส**

ชื่อ นางบุญมา ล่วงศรี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3251200428989	ที่อยู่ บ.8 หมู่บ้านน้ำใส อ.วัฒนาบุรี จ.สระบุรี หมายเลขโทรศัพท์ 084-738368	ผู้ห้ามทิ้ง 03 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2564 วันเดือน : ADL=10, TAI=B3 ผู้สูงอายุภาวะพึงพิงกลุ่มที่ 1 ชื่อสุนทรียภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยพิคบ้าน U/D : HT มีประวัติหลักทรัพย์ เมื่อต้นเดือน เม.ย.64 ซึ่งทำให้ไม่ สามารถเดินได้
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการ ดำเนินชีวิต ผู้สูงอายุ <ul style="list-style-type: none"> - อยากรู้สึกดีว่องได้ให้ความสำคัญทำ กิจกรรมประจำวันได้ดีขึ้นมากที่เป็นอยู่ - อยากรู้สึกดีเมื่อคนอุ้มเขาใจใส่/ไม่ถูกหยอดหึง ญาติ - อยากรู้สึกดีเมื่อคนรักฟังความเรียบง่าย - อยากรู้สึกดีเมื่อคนมองได้มากขึ้น 	แนวโน้มการให้ความช่วยเหลือโดยรวม [รวมถึงเป้าหมายระยะยาว] <ul style="list-style-type: none"> - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดผลลัพธ์ทับ 	ข้อควรระวังในการให้บริการ <ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/ส้ำลักษณะ - การพัฒนาพฤติกรรม - การรับประทานยาติด/ยาซึ่งมีผลกระทบ ให้ร้าย/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อท้าทาย - ป้องกันภัยธรรมชาติขึ้นมา
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำเนิน ชีวิต <ul style="list-style-type: none"> - มีความอ่อนแรง ของกำลังมีนิ้วนิ้ว ชา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วย เหลือ 	เป้าหมายในการดำเนินชีวิต [เป้าหมายระยะสั้น ภายใน 3 เดือน] <ul style="list-style-type: none"> - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะชาหดของขาจีบและอาการติดเชื้อรูบบ ทางเดินหายใจ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมอง เดือน ภายใน 1 เดือน <ul style="list-style-type: none"> - คืนฟังภาวะของข้อมูลความบื้อให้คงสภาพ หรือตีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ประเมินและวัดการกิน ภายใน 1 เดือน - หากกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานเข้าวะเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 2 เดือน 	บริการออกหนีรายตัว particular [รวมการช่วยเหลือ ของครอบครัวและ informal] บริการอื่นๆ <ul style="list-style-type: none"> - ได้รับการเปลี่ยนบ้าน/อยู่อาศัยที่พื้นที่ทาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กิจกรรมการ ภาระดูแลพิเศษของคนดูแลร่วมและการใช้เวลาพักผ่อนและการพักผ่อนเพียงพอ Informal

กิจกรรม	ความต้องการ	ว.	อ.	ห.	พฤติ	ศ.	ส.	ด.	ผู้รับผิดชอบ
จัดเตรียมอาหารเวลา	วันละ 2 ครั้ง[เข้า เย็น]	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	วันละ 2 ครั้ง[เข้า เย็น]	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
เตรียมอาหาร	วันละ 3 ครั้ง[เข้า กลางวัน เย็น]	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
วัดความดันโลหิต	เดือนละ 2 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	เดือนละ 2 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ฝึกการทรงตัว	เดือนละ 2 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
เตรียมอาหาร	เดือนละ 2 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะไข้ทางการ	เดือนละ 1 ครั้ง					✓			แพทย์
ประเมินภาวะชีวนิรภัย 20	เดือนละ 1 ครั้ง					✓			แพทย์
ประเมิน ADL [มีรหัสใน SP PP]	เดือนละ 1 ครั้ง					✓			แพทย์
ประเมินความถูกต้องในการพิจารณา	เดือนละ 1 ครั้ง					✓			แพทย์
วัดความดันโลหิต	เดือนละ 2 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)

กิจกรรมหลักในการดูแลชีวิต

- ดูแลนอน
- ล้างหน้า
- ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเข้ากลางวัน และเย็นโดยอยู่ติด
- ดูแลเตรียมน้ำดื่มน้ำโดยอยู่ติด
- รับประทานยา
- กายภาพบำบัดโดยอยู่ติด
- กายภาพบำบัดโดย Caregiver
- ดูแลเตรียมน้ำดื่มน้ำโดย Caregiver
- เป็นผู้สนับสนุน
- ความต้องการ
- นอนหลับ

ผู้ดูแล น.ส.สิริสา เยี่ยมพา

ผู้รับผิดชอบ ระยะเวลาที่ Caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาที/เดือน

เข้ามาร่วมเขียนขอบเขตการปฏิบัติงาน Care Plan นี้

1] _____

(ผู้ป่วย/ญาติ) วงศ์

2] _____

(ผู้ป่วย/ญาติ) วงศ์

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเน้นอัตรากลุ่มกรรมการสัมบูรณ์การดูแลสัมบูรณ์การดูแลรักษาสุขภาพของบุคคลที่มีภาวะพิการหรือพิการทางสมองบุคคล
ของบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพิการ พิจ (อัตราการขาดเดย์ค่าบริการ เนมาร์ตี้/ราย/ปี)

ชื่อ นาย สันชาญพ่วงวงศ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5342900012820	ที่อยู่ 42 บ.3 ต.หนองน้ำใส อ.วัฒนาคม จ.ลพบุรี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0641285322	วันที่เข้ามา 07 เมือง หมู่บ้าน ก. ว. 2564
เบอร์วันที่ 11 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2486 (อายุ 78 ปี)	วินิจฉัย : ADL-11, TAI=83 ข้อมูลสุขภาพเมื่อเดือน : ผู้พิการทางทางด้านความจำไม่เต็มที่เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2535 เป็นระยะเวลา 28 ปี ซึ่งแสดงถึง ตัวเองในการทำกิจกรรมประจำวันได้บ้าง เช่น อาบน้ำ และดูแลรับประทานอาหาร ขับถ่ายได้เอง และมีมือ ^{และขา} มีความรู้สึกไม่สามารถเดินได้ บ้ามืออ่อนแรง หลับดึกช่องไม่สะดวก เป็นมา 3 ปีแล้ว เมื่อจากอุบัติเหตุหัก หัว	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณแผนการดูแลรายปีที่ขอ รับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้สูงอายุที่ต้องดูแลอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณแผนการดูแลรายปี เป็นจำนวนเงิน 4,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - มีความอ่อนแรง ของกำลังมีน้อยลง ฯ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยเหลือ	การดูแลอย่างบานปลายทั่วไป - การช่วยในกระบวนการดูแลตัวเอง [ปัสสาวะ] - การช่วยในกระบวนการดูแลตัวเอง [อุจจาระ] - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและทิ้งน้ำดื่มน้ำทั่วไป - ให้ยา
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การเก็บขยะ/ถังขยะ - การหลอกลวงหลอกลั่น - ข้อติด/ข้อเท้าหัก - ป้องกันภัยและการข้อข้อเอ็นฯ	ระยะสั้น - ให้รับการประเมินภาวะซึ่งเป็นเครื่องและสอนของเสื่อม ภายใน 3 เดือน - ไม่มีภัยทางเพศซึ่ง ภายใน 1 เดือน - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีแพ้กลไก ภายใน 1 เดือน - ต้านทานภัยภาวะซึ่งอาจข้อแยกกระดูกได้เมื่อใช้ห้องน้ำหรือห้องน้ำ ภายใน 3 เดือน - ประเมินและเว้นการยกที่นั่น ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - แก้ไขภัยของได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติความรับผิดชอบที่ดีอย่างถูกต้อง - ห้องน้ำสะอาดเหมาะสม - ไม่มีภัยซึ่งเป็นเครื่อง - ไม่เกิดแพ้กลไก	การดูแลอย่างบานปลายเฉพาะ - ช่องปาก [oral] การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การดูแลสุขภาพด้วยและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้ดูแล Care plan น.ส.สุวิชา เยี่ยมมาก	ผู้เข้ารับบริการร่วมกับการปฏิบัติความ Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	๒๕๖๗ (๑๙๖๗)

ลงชื่อ _____ ลงนาม _____ ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
นางสาวสุวิชา เยี่ยมมาก] ลงชื่อ _____ ลงนาม _____ อปท.
[]
ลงชื่อ _____ เจ้าหน้าที่การเงิน
[]

แผนพยาบาลดูแล [Care Plan] ฉบับที่ 1/65 วันที่ 07/11/64
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลับบ้านหนองน้ำໄส

ชื่อ นามสกุล แหวววงศ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5342900012820	ที่อยู่ 42 หมู่บ้านน้ำใส อ.วัฒนาคม จ.เชียงใหม่ หมายเลขโทรศัพท์ 0841295322	จัดทำวันที่ 07 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2564 วันนับถ้วน : ADL=11, TAI=83 ผู้สูงอายุภาระพึงพิงกู้ภัยที่ 1 ข้อมูลสุขภาพเมื่อ 4 เดือน : ผู้พิการทางสายตาด้วยไม่เห็นด้วยแพทย์พ.ศ. 2535 เป็นระยะเวลา 28 ปี ข้าวเหนียวตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ บ้าง เช่น อาบน้ำ แต่งตัว รับประทานอาหาร ขับรถได้เอง และมีมือและขา มีครูป้องกันการ跌ตัว ให้ น้ำมืออ่อนแรง หินบังของมีค่า เป็นนาฬิกาแพลตต์ เมืองจากอุบัติเหตุหลัก
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดูแลชีวิต ผู้สูงอายุ <ul style="list-style-type: none"> - อย่างให้ความอ่อนเพ้อความสำเร็จ/รู้สึกมีคุณค่า - อย่างให้มีคุณค่าและเข้าใจได้/ไม่ถูกทอดทิ้ง 	แนวโน้มนายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงป้าหมายระยะระยะยาว) <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารเองได้/ขับขี่ยานพาหนะได้ - ญาติสามารถดูแลอุปกรณ์ได้อย่างถูกต้อง - ห้องอยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดผลลัพธ์ทับ 	ข้อควรระวังในการให้บริการ <ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/ส้วมลักษณะ - การหลัดหลักกลับ - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
เมื่อเป้าหมายและความต้องการในการดูแลชีวิต ความสามารถในการมองเห็น <ul style="list-style-type: none"> - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแรง ชา - ไม่สามารถเดินได้โดยตัวผิด ต้องมีคนช่วยหนุน 	เป้าหมายในการดูแลชีวิต (เป้าหมายระยะสั้น ภายใน 3 เดือน) <ul style="list-style-type: none"> - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิต ภายใน 3 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีผลลัพธ์ทับ ภายใน 1 เดือน - ห้องพักการใช้งานและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ประเมินและวัดการกรี๊ด ภายใน 1 เดือน 	บริการยกเว้นรายลับจาก [รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและinformal] บริการอื่นๆ <ul style="list-style-type: none"> - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม - ได้รับการยืมบ้าน/คุณยายที่นิมนต์ประจันภาครุนแรงและเอกสาร

Information about the use of this system is available at [www.oecd-ilibrary.org/cepii/cepii-informed](http://www.oecd-ilibrary.org/cepii/cepii-informed-consent-and-data-processing-activities_41333)

กิจกรรมหลักในการดูแลรักษา

- ดื่มนอน
- ล้างหน้า
- ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเข้า
- กลางวัน และเย็นโดยญาติ
- รับประทานยา
- กำยາກำบำรุงสุขภาพโดยญาติ
- กำยາກำบำรุงโดย Caregiver
- ออกร่างกาย
- นอนหลับ

ผู้ดูแลท่าน น.ส.ธีดา เมืองมาก

ผู้รับบริการ นางประภัสสรา ศรีส่องคราม ระยะเวลาที่ Caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 4 ชั่วโมง/นาที/วัน

เขียนชื่อเดินทางบินกับการปฏิบัติงาน Care Plan นี้

1) พญ. ใจดี ใจดี [ผู้ป่วย/ญาติ] ควบคุม

2) _____ [ผู้ป่วย/ญาติ] ควบคุม

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการการดูแลคนพิการที่มีภาวะพิการทางร่างกายที่ไม่สามารถ自理บ้านเดือน
ลงทะเบียนผู้สูงอายุที่มีภาวะพิการที่ต้องดูแลตัวเอง (อัตราการดูแลเบื้องต้นบริการ เน็มาร์ท/ราชบุรี)

ชื่อ นามสกุล ไทย เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3251200167611	ที่อยู่ 44 บ.8 หมู่บ้านน้ำได อ.วันนาเขต จ.สระแก้ว หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0656840058	วันที่จัดทำ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 07 เดือน มกราคม พ.ศ. 2496 (อายุ 68 ปี)	วิธีจัดซื้อ : ADL=10, TAI=83 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยเดิมบ้าน, U/D : Stroke	
สถานะสุขภาพ/งานประจำ目前状况/Job	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ การดูแล	
เป็นผู้มีภาวะพิการด้อยโอกาสในกลุ่มที่ 1 ขอรับการดูแลบุคลากรประจำรายปี เป็นจำนวนเงิน 4,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ผู้สูงอายุรับประทานอาหาร ได้ดี กินได้ดี ในเมืองน้อຍหอบ มีแขนขาเข้าช้า อ่อนแรง แขนขาเข้าช้ากว่ากำลังอังตี้ สูญเสียห้องอังไม้ ได้	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมีอยู่น้อย - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยเหลือ - อ่อนแรง/ล้าบ้า/ล้าบ้าตัว	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ - ทำความสะอาดร่างกายและเสื่อมเสื่อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การดูแลสภาพแวดล้อมและการปรับเปลี่ยนบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
การกินอาหาร/ล้างลักษณะส่วนตัว	ระยะเวลา - นอน ภายใน 2 เดือน - ดื่มน้ำสักคราวของตัวและกินเนื้อให้หมดภายในครึ่งปี ภายใน 3 เดือน - ไม่มีการแทรกซ้อน ก咽 ใน 3 ลังค์ - ให้รับประทานอาหารถูกต้องและครบถ้วน ก咽 ใน 2 ลังค์ - ให้รับประทานอาหารมีน้ำจิบและกินเนื้อใน 1 เดือน ระยะเวลา - กินอาหารของได้/ขับถ่ายของได้ - ห้องน้ำต้องเหมาะสม	
ผู้ดูแล Care plan แม่บ้านเดือน กุมภาพันธ์	ผู้ดูแลผู้ช่วยบ้านเดือน กุมภาพันธ์ (ญาติ/ผู้ป่วย)	ผู้ดูแล Care plan แม่บ้านเดือน กุมภาพันธ์

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....
 [นางสาว นันดา เพ็ญภาน] []

ลงชื่อ.....
 []

ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่การเงิน
 []

แผนพยาบาลสูด (Care Plan) ฉบับที่ 1/64 วันที่ 01/01/65
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลับ嫵หนองน้ำ สำ ตำบลลับ嫵หนองน้ำ สำ

ชื่อ นางทองผู้ ใจเวช เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3251200167611	ที่อยู่ 44 บ.8 ต.หนองน้ำໄก อ.วิมานนคร จ.สระบุรี หมายเลขโทรศัพท์ 0655840058	จัดทำวันที่ 01 เมื่อเดือน มกราคม พ.ศ. 2565 วินัยดังนี้ : ADL=10, TAI=B3 ผู้ช่วยอาชญากรรมพื้นที่ห้องนอนที่ 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยพึ่งบ้าน , U/D : Stroke
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดูแลชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากรู้ว่าอยู่เหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ - อยากรู้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า - อยากรู้เมืองคุณและเข้าใจไปไม่ถูกหลอกหึ้งอย่าง - อยากรู้ที่บ้านของเรามีสภาพความเจ็บปวดของผู้สูงอายุที่ดูแล - อยากรู้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ผ้าอ้อม	แนวโน้มการใช้ความช่วยเหลือของรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - กินอาหารเองได้/ชักด้วยตนเองได้ - ท้อญูชาด้วยเหมาะสม	ข้อควรระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การหลัดหลักลับ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
เดินปัญหาและความต้องการในการดูแลชีวิต ผู้สูงอายุ - มีความอ่อนแรง ของกำลังน้อยลง ชา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยเหลือ - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	เป้าหมายในการดูแลชีวิต (เป้าหมายระยะสั้น ภายใน 3 เดือน) - null ภายใน 2 เดือน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คล่องลาก หรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 สัปดาห์ - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 2 สัปดาห์ - ได้รับการประเมินภาวะชีวิตร่างกายและสมอง เมื่อ ภายใน 1 เดือน	บริการออกหนี้รายเดือนๆ [รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและinformal] กิจกรรม - รถเข็นน้ำ - รถเคลื่อนไหว - ไฟฟ้ากำลังแรง บริการอื่นๆ - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจกรรมประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - ได้รับการปรับเปลี่ยนสภาพบ้านและเพิ่มเวลาส้อนที่เหมาะสม

กิจกรรม	ความต้องการ	การเข้าถึงเมืองท่องเที่ยวและการเข้าชมเมืองท่องเที่ยวตาม Informal								ผู้รับผิดชอบ
		ว.	อ.	ห.	พท.	ศ.	ส.	ด.	บ.	
ล้างหน้า แปรงฟัน	วันละ 2 ครั้ง[เข้า เย็น]	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
ล้างนม	วันละ 1 ครั้ง[เข้า]	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
เปลี่ยนผ้าอ้อม	วันละ 4 ครั้ง[เข้า กลางวัน เย็น ก่อน นอน]	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
เตรียมอาหาร	วันละ 3 ครั้ง[เข้า กลางวัน เย็น]	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	วันละ 2 ครั้ง[เข้า เย็น]	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
อาบน้ำ	วันละ 2 ครั้ง[เข้า เย็น]	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
ประเมินภาวะเครื่อง ST5	เดือนละ 1 ครั้ง							✓	พยาบาล	
ประเมินภาวะเข้มเครื่อง 20	เดือนละ 1 ครั้ง							✓	พยาบาล	
ประเมินความก้าวหน้า	เดือนละ 1 ครั้ง							✓	พยาบาล	
ประเมินภาวะโภชนาการ	เดือนละ 1 ครั้ง							✓	พยาบาล	
วัดความดันโลหิต	เดือนละ 1 ครั้ง							✓	พยาบาล	
วัดความดันโลหิต	เดือนละ 1 ครั้ง							✓	พยาบาล	
วัดความดันโลหิต	เดือนละ 2 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ[CG]	
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	เดือนละ 2 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ[CG]	
การนวดกระตุ้นการไหลเวียน	เดือนละ 2 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ[CG]	
ฝึกการทรงตัว	เดือนละ 2 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ[CG]	

<p>กิจกรรมหลักในการดูแลชีวิต</p> <ul style="list-style-type: none"> - อาบน้ำ - ล้างหน้า - ดูแลเครื่องมืออาหารและรับประทานอาหารเข้า กองทั้งวัน และเย็นโดยญาติ - กำยາກاهบ้าบัดโดยญาติ - เปเปลี่ยนผ้าอ้อม - คลายหนาว - นอนหลับ - กำยາກاهบ้าบัดโดย Caregiver - ดูแลเครื่องมือให้ยาโดยญาติ - ดูแลเครื่องมือให้ยาโดย Caregiver 	<p>ผู้ดูแล แม.ส.ธีรา เยื่องมาก ผู้รับผิดชอบ นางสาวจันทร์ ภิรมย์บันท์ ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุในมือยกเว่า 2 ข้ามวัน บทที่/เดือน</p> <p>เข้าพบเจ้าเพื่อขออนุญาตในการปฏิบัติงาน Care Plan นี้</p> <p>1) _____ (ผู้ป่วย/ญาติ) ระบุ _____ (ผู้ป่วย/ญาติ) ควบคุม</p> <p>_____</p> <p>2) _____ (ผู้ป่วย/ญาติ) ระบุ _____ (ผู้ป่วย/ญาติ) ควบคุม</p> <p>_____</p>
--	--

แบบการดูแลรายบุคคลเพื่อสนับสนุนการดูแลบุกร่วมกัน
แบบรับผิดชอบสุขภาพที่มีภาวะพิบัติทางจิตใจที่มีภาวะที่พึงพิจารณาสนับสนุน
แบบรับผิดชอบสุขภาพที่มีภาวะพิบัติ (บัตรการรับผิดชอบค่าบริการ เน่าฯ/ราย/ปี)

ชื่อ นายศักดา คำเมือง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3251200186453	ที่อยู่ 83 หมู่ 2 ถนนองครักษ์ ถ.วัฒนาวดี จ.กรุงเทพ หมายเลขโทรศัพท์ (พื้นที่เดียว) 0892476649	วันที่เข้ามา 03 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2564
เบอร์วันที่ 03 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2474 (อายุ 90 ปี)	วัยชรา : ADL=2, IADL=3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยติดเตียง U/O : DM HT Stroke	
สถานะสุขภาพ/ชนประนามหมายเจ้าของรายปั้นที่ขอ รับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิบัติซึ่งต้องอยู่ในเกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณหมายเจ้าของรายปั้น ¹ เป็นจำนวนเงิน 7,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ผู้สูงอายุรับประทานอาหาร ให้ได้ไปบ้านน้องบุญ ทุกวันศุกร์โดยไม่ต้องได้ออก จังหวัดเชียงใหม่ คุยกับชาวบ้านได้ แต่ต้องมีคนดูแลอยู่บ้าน ทุก 1 เดือน, รับยาโดยต้องรับจากบุญ 3 เดือน	<ul style="list-style-type: none"> - ความสามารถในการได้ออก - ปัญหาด้านความจำ/หลงเรื่อง/ชีวิตประจำวันไม่ดี - มีความลืมแรง ของก้าวเดินเมื่อแรกเข้า - ลืมไม่ได้ต่อตัวเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถยกขานไม่เองได้ 	การดูแลหมายเหตุทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเปลี่ยนผ้า - ทำความสะอาดร่างกายและเสื้อผ้าต้องทิ้งไว้ใน - โภชนาการ การดูแลหมายเหตุเฉพาะ <ul style="list-style-type: none"> - ช่องปาก (oral) - อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs) การดูแลทั่วไปเพื่อด้านสังคม การดูแลทั่วไปเพื่อด้านสุขภาพ <ul style="list-style-type: none"> - การดูแลอาหารและกิจกรรมประจำบ้าน - ให้กิจกรรมภายนอกต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<input checked="" type="radio"/> การกินอาหาร/สำลักอาหาร <ul style="list-style-type: none"> - การพึ่งพาคนอื่น - การรับประทานยาเม็ด/ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์/การแพทย์ - ข้อติดข้อเท้า - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนเป็นนา 	ระยะสั้น <ul style="list-style-type: none"> - ตื่นผู้สูงอายุของตัวเองและก้าวเดินไม่ได้คงสภาพเดิมตั้งแต่ 1 นาที - ไม่เก็บอาหารต้องห้าม กายไป 1 เดือน - ไม่เข้มกลอกหัน กายไป 1 เดือน - ไม่มีการแพทย์ดูแล กายไป 1 เดือน - ไม่พบแพทย์ดูแล กายไป 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน กายไป 1 เดือน - ประบิณและรักษาตัวเอง กายไป 1 เดือน ระยะยาว <ul style="list-style-type: none"> - ไม่เก็บอาหารต้องห้ามจากการนอนนานๆ - ไม่เก็บแพทย์ดูแล 	
ผู้จัดทำ Care plan บ.ส.สพด. เอี่ยมภาค	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] ลงชื่อ _____ วันที่ _____	

ลงชื่อ..... ผู้ดูแล ผู้ปฏิบัติงาน (CM) ลงชื่อ..... ลงนาม
นายสุวัฒนา เจริญมาพ []

ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่การเงิน
[]

**แผนพยาบาลดูแล [Care Plan] ฉบับที่ 1/64 วันที่ 03/12/64
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพด้านลูกบ้านหนองน้ำใส ตำบลหนองน้ำใส**

ชื่อ นายค่าภาน คำปีง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3251200186453	ที่อยู่ 83 หมู่ 2 ถนนหนองน้ำใส อ.วัฒนาการ จ.สระบุรี หมายเลขโทรศัพท์ 0892476648	วันที่รับที่ 03 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2564 วัยชราปัจจุบัน : ADL=2, TAI=I3 ผู้สูงอายุภาวะพึงพิงอยู่ที่ 3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยพิเศษ U/O : DM HT Stroke
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดูแลชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากรู้ให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า - อยากรู้ให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง ญาติ - อยากรู้ให้ชุมชนยอมรับสุขภาพและความเจ็บป่วย ของผู้สูงอายุที่ดูแล - อยากรู้ผู้สูงอายุช่วยเหลือคนเองได้มากขึ้น	แนวโน้มโดยการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่มีผลแพลงค์ทับ	ข้อควรระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การหลัดหลากหักล้ม - การรับประทานยาผิดตัว/ละล้างเดียวจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าหัก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดูแลชีวิต ความสามารถในการได้ออก ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความลืมอ่อนแอง ของก้าวเดินมือแขน ขา - สามารถได้เลือดัวเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอ่านเขียนเองได้	เป้าหมายในการดูแลชีวิต (เป้าหมายระยะสั้น ภายใน 3 เดือน) - พึ่งพาภาระของข้อและกล้ามเนื้อให้คงอยู่ หรือตื้น ภายใน 1 เดือน - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีผลแพลงค์ทับ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ไปห้องน้ำหรือห้องน้ำ ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ประเมินและวัดการรักษา ภายใน 1 เดือน	บริการออกหนีรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือ ของการดูแลชีวิตและ informal) อุปกรณ์ทางการแพทย์ - Urine Bag - สาย Urine Cath บริการอื่นๆ - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/คุณจากพื้นที่น้ำท่วม ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

สำนักงานการพัฒนาชุมชนเพื่อสังคมที่ดีและสุขภาพดีของประเทศไทย Informal

กิจกรรม	ความต้องการ	ว.	อ.	พ.	พฤ.	ศ.	ศ.	ศูนย์บริการดูแล
ประเมินภาวะบํานาการ	เดือนละ 1 ครั้ง						✓	หมายเหตุ
เตรียมอาหาร	วันละ 3 ครั้ง(เข้า กลางวัน เย็น)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
ประเมินภาวะชั้นศร้า 20	เดือนละ 1 ครั้ง						✓	หมายเหตุ
จัดเตรียมรายการเวลา	วันละ 2 ครั้ง(เข้า เย็น)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
ประเมิน ADL [มีรหัสใน SP PP]	เดือนละ 1 ครั้ง						✓	หมายเหตุ
วัดความดันโลหิต	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง						✓	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การจัดทำอนบนป้องกันผลลัพธ์	ทุกๆ 2 ชั่วโมง	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
ประเมินความก้าวหน้า	เดือนละ 1 ครั้ง						✓	หมายเหตุ
พัฒนาความสัมภาระที่เป็นพันธุ์	วันละ 3 ครั้ง(เข้า กลางวัน เย็น)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
ล้างหน้า แปรงฟัน	วันละ 2 ครั้ง(เข้า เย็น)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
สรงน้ำ	วันละ 1 ครั้ง(เข้า)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
เปลี่ยนผ้าอ้อม	วันละ 4 ครั้ง(เข้า กลางวัน เย็น ก่อน นอน)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	วันละ 2 ครั้ง(เข้า เย็น)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง						✓	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ดูแลความสะอาดสู่สิ่งแวดล้อม	วันละ 3 ครั้ง(เข้า กลางวัน เย็น)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
เชือดตัว	วันละ 2 ครั้ง(เข้า เย็น)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว

กิจกรรมหลักในการดํารงชีวิต

- ดื่มนอน
- ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเข้า
กลางวัน และเย็นโดยญาติ
- ดูแลเตรียมให้ยาโดยญาติ
- รับประทานยา
- กำจัดของขี้บ๊อบโดยญาติ
- กำจัดของขี้บ๊อบโดย Caregiver
- เปลี่ยนผ้าอ้อม
- ล้างคนบ๊ต
- นอนหลับ
- ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเข้า
กลางวัน และเย็นโดย Caregiver

ผู้ดูแลฯ บ.ส.ลงนาม

ผู้รับผิดชอบ ระบุระยะเวลาที่ Caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 6 ชั่วโมง นาที/เดือน

เข้าพักรักษาตัวของบํานกการปฏิบัติงาน Care Plan นี้

(ลงชื่อ ๑๘๖๑ ตัว)

1] _____ (ผู้ป่วย/ญาติ) ระบุ

2] _____

(ผู้ป่วย/ญาติ) ระบุ

แผนการดูแลรักษาบุคลากรเพื่อประโยชน์ด้านคุณภาพการดูแลสุขภาพการดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะพิบัติทางจิตใจและบุคลากร
ดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะพิบัติทางจิตใจ (อัตราการขาดเชื่อมค่าบริการ หน่วยจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นามสกุล สำหรับ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5251200018744	ที่อยู่ 9 หมู่ 2 ถนนองน้าว หมู่ 9 วัฒนาคม จ.สระบุรี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0895115269	วันที่เข้ามา 03 เมือง มกราคม พ.ศ. 2565
เบอร์วันที่ 01 เมือง มกราคม พ.ศ. 2474 (อายุ 90 ปี)	วิธีจัดย้าย : ADL=1, TAI=B3 ชื่อบุคลากรที่ดูแล : ผู้ป่วยเด็กป่าน	
สถานะสุขภาพ/ชนประชุม/แนวโน้มเจ้าของรายปีที่ขอ รับการดูแลบุคคล	ประเมินปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิบัติทางจิตอยู่ในกุญแจที่ 1 ขอรับการดูแลบุคคลประจำเดือนเหมาๆ รายปี เป็นจำนวนเงิน 4,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ผู้สูงอายุ ขา 2 ข้างเหยียดไม่ ได้ มือดึงดึง ไม่สามารถยกขึ้นได้ด้วย ไม่มีน้ำ เส้นพันธ์กับครอบครัวของตัวเอง ชอบอุ้ยคนเดียว	- ไม่สามารถเดินได้โดยอาศัยขาหงาย ต้องมีคนช่วยเหลือ - อุ้ยขาด้วย/ลักษณะที่อุ้ยขาด้วย - ปัญหาด้านความเร็ว/หลงเดิน/ชีวิตร้าว/นอนไม่ หลับ	การดูแลอย่างต่อไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลอย่างบ้านเดือน - ช่องปาก (oral) - สุขภาพจิต และกิจกรรมเพื่อความ快活เครื่องดื่ม การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการล้านอุปกรณ์ - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพด้วย - การดูแลสุขภาพด้วยยาและอาหารเสริม ให้บุตรหลานดูแลผู้สูงอายุ
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/เข้าถึงอาหาร การแพทย์ทางเดินหายใจ - ชื่อเดิม/ชื่อใหม่ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนเมื่อมา - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย	ระยะสั้น - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 1 เดือน - หันฟูกภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้ดีคงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน - สามารถบีบถือสิ่งพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน ใน 3 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 สัปดาห์ - ได้รับการประเมินภาวะขึ้นเคราและสมองเมื่อ ภายใน 2 สัปดาห์ - บรรเทาเม็ดและวัสดุการรักษา ภายใน 2 สัปดาห์ - ทำให้รู้สึกประจัวร้าวไม่ได้ เช่น เดินได้ดีขึ้นและดีกว่า น้ำหนักตัว ทราบดี ขับถ่ายดี ขับปัสสาวะดี ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - กินอาหารลงได้/ขับถ่ายลงได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างดูแลดี - หันฟูกด้วยแบบสุภาพ - ไม่มีภาวะขึ้นเครา	
ผู้จัดทำ Care plan บ.ส.สสส. เมืองมหาสารคาม	เข้ามารับผิดชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	_____ ผู้จัดทำ _____

ผู้รับ _____ ผู้ดูแล _____ ผู้ป่วยพิจิรา (CM)
[นางสาวศรีรัตน์ ใจดี] _____ ลงชื่อ _____
ลงชื่อ _____ เจ้าหน้าที่การเงิน
[_____]

**แผนพยาบาลครุยแล [Care Plan] ฉบับที่ 1/64 วันที่ 03/01/65
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองน้ำใส ตำบลหนองน้ำใส**

ชื่อ นางเพ็ง สารการ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5251200018744	ที่อยู่ 9 หมู่ 2 ตำบลหนองน้ำใส อ.วัฒนาณรงค์ โทรศัพท์ หมายเลขโทรศัพท์ 0895115269	วันที่ 03 มกราคม พ.ศ. 2565 วันที่มีผล : ADL-11, TAI-B3 ผู้สูงอายุภาวะพิจิกถ้วนที่ 1 ชื่อเมืองสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยเดียวบ้าน	
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดูแลชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากรู้ว่าต้องดูแลความสะอาดอยู่รักสิ่งของตัวเอง - อยากรู้ว่าต้องดูแลตนเองให้ดี/ไม่ลืกหอหองต่างๆ ญาติ - อยากรู้ว่าต้องดูแลชีวิตให้ดี/ไม่ลืกหอหองต่างๆ - อยากรู้ว่าต้องดูแลตนเองให้ดี/ไม่ลืกหอหองต่างๆ ของผู้สูงอายุที่ดูแล - อยากรู้ว่าต้องดูแลชีวิตให้ดี/ไม่ลืกหอหองต่างๆ	แนะนำนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม [รวมถึงเป้าหมายระยะยาว] - ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุให้ดี - ผู้สูงอายุสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ให้ผู้สูงอายุเข้าใจในสิ่งที่ต้องทำ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	จัดการดูแลชีวิตในการให้บริการ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การหลบหลีกภัย - ช้อปปิ้ง/ซื้อขาย - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ช่วยเหลือ	
ประเพณีปัญหาและความต้องการในการดูแลชีวิต ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยเหลือ - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ชีมเคร้า/นอนไม่หลับ	เป้าหมายในการดูแลชีวิต (เป้าหมายระยะสั้น ภายใน 3 เดือน) - ไม่ใช้การติดเชื้อ ภายใน 1 เดือน - พื้นที่ส่วนภายนอกของบ้านเนื่องจากความลึกของบ้านหรือตึกชั้น ภายใน 3 เดือน - สามารถ自理บ้านโดยไม่ต้องดูแลชีวิต - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 สัปดาห์ - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 2 สัปดาห์ - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 2 สัปดาห์ - ทำกิจกรรมประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ หากเข้าห้องน้ำได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน	บริการออกหนีออกจากบ้าน (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ informant) การอุปกรณ์ - ไม่เข้าช่วยเหลือ - ไม่มีก้าวเดินแบบ บริการอื่นๆ - ครอบครัวให้การช่วยเหลืออยู่และกิจกรรมประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากพนัมประจำงานภาครัฐและเอกชน - ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม	
ภาระผู้ดูแล ภาระที่ต้องดูแลครอบครัวและภาระที่ต้องดูแลในบ้าน Informal			
กิจกรรม	ความต้อง	ก. บ. ค. ด. จ. ล. ภ. ผู้รับผิดชอบ	
ล้างหน้า แปรงฟัน	วันละ 2 ครั้ง(เข้า เย็น)	✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ครอบครัว	
สรงน้ำ	วันเดือนวัน	✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ครอบครัว	
เตรียมอาหาร	วันละ 3 ครั้ง(เข้า กลางวัน เย็น)	✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ครอบครัว	
ประเมินภาวะโภชนาการ	เดือนละ 1 ครั้ง		✓ หมายเหตุ
ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	เดือนละ 1 ครั้ง		✓ หมายเหตุ
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	วันละ 1 ครั้ง(เข้า)	✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ครอบครัว	
ประเมินภาวะเครียด STS	เดือนละ 1 ครั้ง		✓ หมายเหตุ
ประเมินภาวะซึมเศร้า 20	เดือนละ 1 ครั้ง		✓ หมายเหตุ
การน้ำนมการดูแลการให้ผลเรียน	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ[CG]
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ[CG]
อาบน้ำ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ[CG]

กิจกรรมหลักในการดูแลชีวิต

- ดูบันดาล
- ล้างหน้า
- ดูแลเครื่องอุปกรณ์และรับประทานอาหารเข้ากลางวัน และเป็นโดยญาติ
- กำยາพบำบัดโดยญาติ
- เปลี่ยนผ้าอ้อม
- นอนหลับ
- กำยາพบำบัดโดย Caregiver

ผู้ดูแลฯ น.ส.ลลิตา เมืองมา

ผู้รับมีเดชอบ ระบุระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 4 ชั่วโมง นาที/เดือน

เข้าใจด้วยที่นี่ของกับการปฏิบัติความ Care Plan นี้

1) ผู้ดูแลฯ

(ผู้ป่วย/ญาติ) ควบคุม

2)

(ผู้ป่วย/ญาติ) ควบคุม

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อสนับสนุนค่าห้องและค่าบริการสำนักงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพิจารณาตนบุคคล
แบบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพิจารณา (อัตราการดูแลเดียวกันบริการ เนมาร์ตี้/ราย/ปี)

ชื่อ บ.ส. คำของวัดคือ ¹ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3251200164825	ที่อยู่ 155 บ.2 หมู่บ้าน้ำใส อ.แม่บานนคร จ.เชียงใหม่ หมายเลขโทรศัพท์ [พื้นที่ติดต่อ] 0861111972	วันที่เข้ามา 03 เมือง ธันวาคม พ.ศ. 2564
เดือนที่ 06 เมือง มีนาคม พ.ศ. 2515 (อายุ 49 ปี)	วินิจฉัย : ADL=II, TAI=B3 ข้อมูลทางแพทย์เบื้องต้น : U/D : มีภาวะแคบ气管 (Dwarfism) และโรคหัวใจโต (Cardiomegaly)	
สถานะสุขภาพ/ชนประวัติแพทย์/ยาที่รับ รับการรับนับลงบุญ	ประเดิมปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิจารณาต้องอยู่ในบ้านที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาๆ รายปี เป็นจำนวนเงิน 5,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ทางการไม่เจรจาโดยบุคคล ตัวเองแต่ก็ต้องช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจกรรม ประจำวันให้บ้าง เช่น อาบน้ำได้เอง สามารถตัก อาหารรับประทานเองได้ สามารถช่วยเหลือในการ ดูแลตัว ด้านการเสื่อสาร ไม่ต้องพูด	- มีความอ่อนแรง ของกำลังเมื่อแข็ง ชา - ไม่สามารถยกตัวเองได้ - อุญญาติ/ถูกยอกและห้อยตัวเอง - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยเหลือ	การดูแลหมายความทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและเครื่อง盥洗สัมภาระ - โภชนาการ การดูแลหมายความเฉพาะ - ช่องปาก (oral) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การดูแลสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลดปล่อยพื้นที่สูงอายุ
ควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สืบสานอาหาร - การหล่อหลอมหัวใจ - ช้อปปิ้ง/ซื้อตัวเอง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนเช่นๆ	ระยะสั้น - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 สัปดาห์ - ประเมินและรักษาการกิน ภายใน 1 สัปดาห์ - การได้รับช่วยเหลือด้านกายภาพบุคคลภายนอก ภายใน 1 สัปดาห์ ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ซื้อตัวเองได้ - ถูกต้องในการดูแลตัวเองได้ - ห้อยตัวเองและห้อยตัวเองได้	
ผู้ดูแล Care plan บ.ส. ลลิตา เมื่อ	เข้ามาดำเนินชื่นกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ลายเซ็น/ผู้รับรอง]	กบุ. ๗๙๙๙

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

**แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/64 วันที่ 03/12/64
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองน้ำใส ตำบลหนองน้ำใส**

ชื่อ บ.ส. คำของวัยคือ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3251200164825	ที่อยู่ 155 บ.2 บ.หนองน้ำใส อ.วัฒนาคม จ.สระบุรี หมายเลขโทรศัพท์ 0861111972	วัยห้าปีที่ 03 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2564 ชีวีพืช : ADL=11, TAI=B3 ผู้สูงอายุภาวะพึงพิงก่อภัยที่ 2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : U/D : มีภาวะแคบมกรน (Dysrhythmia) และไข้หัวใจใหญ่ (Cardiomegaly)
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการ ดูแลชีวิต ผู้สูงอายุ - อย่างให้คนอื่นเดินความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า - อย่างให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง ญาติ - อย่างให้เข้าชุมชนยอมรับสภาพความจริงปัจจุบัน ของผู้สูงอายุที่อุ้มและ - อย่างให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น	แนวโน้มการใช้บริการให้ความช่วยเหลือโดยรวม [รวมถึงเป้าหมายและยาน]	ข้อควรระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การหลัดตกหลุม - ข้อติด/ข้อเท้าแตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดูแล ชีวิต - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแข็ง ชา ไม่สามารถกอบกวนบ้านของได้ - อุญญาติ/พิษภัยจะต้องดูแลอย่าง ไม่สามารถเดินได้โดยคำหัว ต้องมีคนช่วย พูด	เป้าหมายในการดูแลชีวิต [เป้าหมายระยะสั้น ภายใน 3 เดือน] - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เดือนบ้าน ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 สัปดาห์ - ประเมินและวัดการกิน ภายใน 1 สัปดาห์ - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 สัปดาห์	บริการนอกระบบที่รายตัว [รวมการช่วยเหลือ ของครอบครัวและ Informal] การอุปการะ - กระตุ้นการรับประทานอาหาร - รักษาสิ่งไว้ในห้อง - ไม่ทำร้ายตัวเอง บริการอื่นๆ - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจกรรมประจำ วัน/ดำเนินกิจกรรม/ดำเนินการเงินในการอุปโภค - ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่ เหมาะสม - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากพนักงาน ภาครัฐและเอกชน

กิจกรรม การช่วยเหลือของครอบครัวและภาคช่วยเหลือประจำ Informal

กิจกรรม	ความต้องการ	A	B	C	D	E	F	G	H	I	ผู้รับผิดชอบ
ประเมินภาวะโภชนาการ	เดือนละ 1 ครั้ง									✓	พยาบาล
ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	เดือนละ 1 ครั้ง									✓	พยาบาล
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓									ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	วันละ 1 ครั้ง(เข้า)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
เตรียมอาหาร	วันละ 3 ครั้ง(เข้า กลางวัน เย็น)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
ประเมินความก้าวหน้า	เดือนละ 1 ครั้ง									✓	พยาบาล
ประเมินภาวะเครียด STS	เดือนละ 1 ครั้ง									✓	พยาบาล
ประเมินภาวะเข็มเหล้า 2Q	เดือนละ 1 ครั้ง									✓	พยาบาล
การป้องกันภาวะแทรกซ้อน	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓									ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
หายใจลำบาก หรือผลิตภัณฑ์บำรุงผิว ทาใบชี้ฟัน /น้ำมันมะกอก หรือผลิตภัณฑ์บำรุงผิว อื่นๆ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓									ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)

กิจกรรมหลักในการดูแลชีวิต

- ดูแลนอน
- ดูแลห้องน้ำ
- ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเข้า
- กลางวัน และเย็นโดยญาติ
- กายภาพบำบัดโดยญาติ
- เปลี่ยนผ้าอ้อม
- นอนหลับ

ผู้ดูแลท่าน น.ส. คลีดา เมืองมาก

ผู้รับบริการ ระยะยาวท่าน caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 4 ชั่วโมง นาที/เดือน

เข้าใจเจ้าหน้าที่ของกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้

1) นาย ณัฐพงษ์

(ผู้ป่วย/ญาติ) วาตป

2) _____

(ผู้ป่วย/ญาติ) วาตป

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการดูแลวิธีการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพิจารณาและบุน
ชับบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพิจัพ (อัตราการขอเชย่อนรับบริการ เนماฯ/ราย/ปี)

ชื่อ กุล/or ประจำ ดาวรุษ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1270501125805	ที่อยู่ 21 บ.8 หมู่บ้านน้ำตก อ.วัฒนาคม จ.เชียงใหม่ หมายเลขโทรศัพท์/ที่ติดต่อ) 0926454770	วันที่จัดทำ 03 เมือง ธันวาคม พ.ศ. 2564
เดือนที่ 05 เมือง พฤษภาคม พ.ศ. 2564 (อายุ 10 ปี)	ริบิลลิตี้ : ADL=10, TAI=B3 ชื่อบุลคลากรเบื้องต้น : โรคไข้ตับหนังอักเสบเฉียบพลัน ช่วงกลางไมู่รือสีก	
สถานะสุขภาพ/ชนประมวลเมืองรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเมินปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิจัพด้อยในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเดือนรายปี เป็นจำนวนเงิน 4,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ผู้ป่วยเด็ก รับประทานอาหารได้ดี นาราชาติของสวนปีสุราษฎร์ฯ 4 ชั่วโมง	- มีความย่อหย่อนแรง ของกำลังเมื่อพยานฯ - ในสามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยเหลือ - กลืนปัสสาวะไม่ได้	การดูแลห้องน้ำทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและเสื่อมห้องน้ำไป - โภชนาการ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสื่อสาร - การจัดสภาพเวลาระตอนและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan และผู้ดูแล เนียมภา	ผู้ดูแลเดินหนีบกับการปฏิบัติงาน Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย]	ลงชื่อ _____ ลงนาม _____

ลงชื่อ..... ลงนาม..... ลงนาม [CM]
[นาง สุวนิศา ธรรม]

ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่การเดิน
[]

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/64 วันที่ 03/12/64
พยาบาลรักษา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองน้ำใส

ชื่อ นายนิกรปรียา ภารสุข เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1270501125805	ที่อยู่ 21 หมู่บ้านจ้าวไก่ อ.วังน้ำตก จ.สระบุรี หมายเลขโทรศัพท์ 0926454770	เจ้ากาวันที่ 03 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2564 วินัยจิต : ADL=10, TAI=B3 ผู้สูงอายุภาวะพิการกลุ่มที่ 1 ชื่อบุคลิกภาพเบื้องต้น : โรคไข้สันหลังอักเสบ เมียบหลับ ช่วงล่างไม่มีรู้สึก
แนวคิดของผู้เข้ารับการและครอบครัวที่มีต่อการ ดำเนินชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากร้ายเรื่องด้านของได้หรือสามารถทำ กิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ ถูกต้อง - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น - อยากรู้สึกดีในการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ผ้าอ้อม	แนวโน้มการใช้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงป้าหมายระยะยาว) - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	ข้อควรระวังในการให้บริการ - การหลัดอกหลัดใจ - ช้อติด/ซื้อห้ามก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำเนิน ชีวิต ผู้สูงอายุ - มีความอ่อนแอง ของกำลังเมื่อแขวนขา ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วย เหลือ - กลืนปัสสาวะไม่ได้	เป้าหมายในการดำเนินชีวิต (เป้าหมายระยะสั้น ภายใน 3 เดือน) - ไม่เกิดการหลัดเหลือ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ประเมินและรักษากระดูกสันหลัง ภายใน 1 เดือน - หันหัวส่วนภาวะช่องขาและกระดูกสันหลังเนื่องให้คงสภาพ หรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน	บริการสนับสนุนรายสัปดาห์ [รวมการช่วยเหลือ ของครอบครัวและinformal] อุปกรณ์ทางการแพทย์ - สาย Urine Cath บริการอื่นๆ - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำ วัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากพื้นที่หน่วยงาน ภาครัฐและเอกชน - ได้รับการปรับสภาพบ้านและที่นอนดีอย่าง เหมาะสม

กิจกรรมทางการท่องเที่ยวของประเทศท่องเที่ยวและกิจกรรมท่องเที่ยวยังคงเป็นแบบ informal

กิจกรรม	ความต้องการ	๑.	๒.	๓.	๔.	๕.	๖.	๗.	๘.	ผู้รับผิดชอบ
ทำความสะอาดห้องว่างสีน้ำพื้นดิน	วันละ 4 ครั้ง(เข้า กลางวัน เย็น ก่อน นอน)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
เปลี่ยนผ้าอ้อม	วันละ 4 ครั้ง(เข้า กลางวัน เย็น ก่อน นอน)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
ดูแลทำความสะอาดผู้ใช้สอยส่วนบุคคล	วันละ 4 ครั้ง(เข้า กลางวัน เย็น ก่อน นอน)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
ประเมินภาระงานการ	เดือนละ 1 ครั้ง								✓	หมายเหตุ
ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	เดือนละ 1 ครั้ง								✓	หมายเหตุ
ประเมินความก้าวหน้า	เดือนละ 1 ครั้ง								✓	หมายเหตุ
การนวดกระดูกในการโหลดเทียน	เดือนละ 2 ครั้ง				✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	เดือนละ 2 ครั้ง				✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
เตรียมอาหาร	วันละ 3 ครั้ง(เข้า กลางวัน เย็น)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
ถ่านหนังสือ	วันละ 2 ครั้ง(เข้า เย็น)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
ดูแลทำความสะอาดผู้ใช้สอยส่วนบุคคล	เดือนละ 2 ครั้ง				✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ดูแลทำความสะอาดผู้ใช้สอยส่วนบุคคล	เดือนละ 1 ครั้ง								✓	หมายเหตุ

7 กิจกรรมหลักในการดูแลชีวิต

- ดูแลบ้าน
- ล้างหน้า
- ดูแลเครื่องอาหารและรับประทานอาหารเข้า
- กลางวัน และเย็นโดยญาติ
- กายภาพบำบัดโดยญาติ
- ออกกำลังกาย
- เปลี่ยนผ้าอ้อม
- นอนหลับ

ผู้ดูแลท่าน ส.ส.ส.ส.ส.ส.ส.ส.ส.

ผู้รับบริการ ระหว่างเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาที/เดือน

เข้าใจและเห็นชอบกับการปฏิบัติงาน Care Plan นี้

1) _____ ลงนาม _____

(ผู้ป่วย/ญาติ) วงศ์

2) _____

(ผู้ป่วย/ญาติ) วงศ์

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อสนับสนุนการดูแลบุตร/บุตรสาวที่มีภาวะพิการที่ต้องพึ่งพาคนอื่นดูแล
แบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพิการ (มีรายการและเข็มท่าเบร์ หน้าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นามสกุล สำรอง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3251200151671	ที่อยู่ 139 หมู่ 10 ถนนสันติสุข อ.วังนาคนคร จ.สระบุรี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0933770765	วันที่จัดทำ 03 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2564
เบอร์ที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2481 (ถ้าปี 83 ปี)	ชีวิตชีวิตร้อยละ : ADL=8, TAI=83 ข้อมูลอุปกรณ์เบื้องต้น : ขา2ขา ยืนไม่ได้ แต่เดินได้	
สถานะสุขภาพ/uhnประณามแพทย์จ่ายยาบี้ที่ขอ รับการสนับสนุน	ประเพณีปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิการที่พึงจัดอยู่ในเกณฑ์ที่ 1 ขอรับการสนับสนุนเบื้องต้นประมาณแพทย์จ่ายยาบี้ เป็นจำนวนเงิน 4,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ หักภาษีอยู่กับสุขภาพ ร.พ. เป็นผู้ดูแล (นางสมหมาย แก้ววงศ์)	<ul style="list-style-type: none"> - ความสามารถในการได้ยิน - มีความอ่อนแรง ของกำลังเสียง ชา - ไม่สามารถอ่านหนังสือได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยล้ำพัง ต้องมีคนช่วยเหลือ 	การดูแลพยาบาลทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบหัวใจและหลอดเลือด - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและดูแลเรื่องความสะอาด - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ <ul style="list-style-type: none"> - ห้องน้ำ (อุปกรณ์) - สุขภาพดีด แนะนำการรวมมือเน้นด้านความเครียด - การดูแลหัวใจและหลอดเลือดด้านหัวใจ - การบริการล้านอุปกรณ์ - การดูแลหัวใจและหลอดเลือดด้านหัวใจ - การดูแลหัวใจและหลอดเลือดด้านหัวใจ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/ล้างทำความสะอาด - การหลัดหลักล้ม - การรับประทานยาติด/ผลิตภัณฑ์จากยาที่ใช้ยา/การแพ้ยา - ข้อดี/ข้อห้าม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ 	ระยะสั้น <ul style="list-style-type: none"> - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 สัปดาห์ - ห้ามใช้ประจุร้าวไม่ได้ ห่น เสียงได้ด้วยตนเอง อาจน้ำเหลืองได้ หากห้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน - ประเมินและจัดการภารกิจ ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านภารกิจปัจจุบัน ภายใน 1 เดือน ระยะยาว <ul style="list-style-type: none"> - ถูกติดเชื้อภูมิคุ้มกันได้ถาวรสกัด - ไม่สามารถดื่มน้ำ/ชับถ่ายเองได้ - ไม่มีภาวะเสื่อม - ไม่เก็บขยะให้ทัน - ห้องน้ำดูแลไม่ได้ 	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สิริกา เอี่ยมแก้ว	ข้ามเจ้าที่เห็นชอบกับการปฏิบัติงาน Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย]	

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....
นางสาวสุจิรา เบญจมาศ [] ลงชื่อ.....
[] ลงชื่อ.....

ผู้ให้บริการ

[]

**แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/64 วันที่ 03/12/64
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพค่ายบ้านหนองน้ำใส ตำบลหนองน้ำใส**

ชื่อ นามสกุล สถานะการ แพทย์บัตรประจำตัวประชาชน 3251200151871	ที่อยู่ 139 หมู่ 10 ถนนหนองน้ำใส อ.วัฒนาคม จ.สระบุรี หมายเลขโทรศัพท์ 0933770765	เข้าพำนักที่ 03 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2564 วันเดือน : ADL=B, TAI=B3 ผู้สูงอายุที่ห้องพักอุ่นที่ 1 ชื่อบุคลากรเบื้องต้น : ชาวดี ล่อนแระ แข็งแกร่ง แพทย์ไม่ได้
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการ ดำเนินชีวิต ผู้สูงอายุ - อย่างให้มีคุณค่าและเอาใจใส่/ไม่รู้สึกหงุดหงิด ญาติ - อย่างให้เข้าใจยอมรับสภาพความเป็นปัจจัย ของผู้สูงอายุที่ดูแล - อย่างให้ผู้สูงอายุเข้าใจเหตุผลของได้มากขึ้น - อย่างให้ดูประณีตทางการแพทย์ที่เข้าเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ผ้าอ้อม	แนวโน้มของผู้ใช้บริการให้ความเข้าใจเหตุผลของรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) <ul style="list-style-type: none"> - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ชิบถ่ายเองได้ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดผลลัพธ์ทัน - ท่องยาดีและเหมาะสม 	ข้อควรระวังในการให้บริการ <ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การหลัดอกหักลิ้น - การรับประทานยาผิด/笏ซ้ำซึ่งจากการ พยาบาล/การแพ้ยา - ช้อตดีด/ช้อเท้าหัก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนเช่น
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำเนิน ชีวิต ความสามารถในการได้ยิน - มีความอ่อนแรง ของกำลังมีอ่อน ฯ - ไม่สามารถอ่านหน้าลงได้ - ไม่สามารถติดต่อโดยล้ำพัง ต้องมีคนช่วย พบ	เป้าหมายในการดำเนินชีวิต (เป้าหมายระยะสั้น ภายใน 3 เดือน) <ul style="list-style-type: none"> - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 สัปดาห์ - ทำให้ควรประคับคายได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำลงได้ ทานข้าวเองได้ ชิบถ่ายเองได้ ภายใน ใน 3 เดือน <ul style="list-style-type: none"> - ประเมินและรักษาภารกิจ ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านภารกิจอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน 	บริการออกหนี้รายตื้อๆ (รวมการช่วยเหลือ ของครอบครัวและ informal) การอุปกรณ์ <ul style="list-style-type: none"> - รถเข็นนั่ง บริการอื่นๆ <ul style="list-style-type: none"> - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/คุยกับเจ้าหน้าที่ที่มาน่องงาน ภาคชุมชนและเอกชน

ตารางผู้ดูแล ภาระที่ต้องรับผิดชอบเมื่อขอคืนเงินค่าใช้จ่ายการดูแลผู้สูงอายุ Informal Caregiver

กิจกรรม	ความถี่	ว.	อ.	พ.	พฤหัส	ศ.	เส.	ศ.	สุ่มผิดชอบ
ล้างหน้า แปรงฟัน	วันละ 2 ครั้ง[เข้า เย็น]	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
ชงชา	วันละ 1 ครั้ง[เย็น]	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
เปลี่ยนผ้าอ้อม	วันละ 4 ครั้ง[เข้า กลางวัน เมื่อ ก่อน นอน]	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
เตรียมอาหาร	วันละ 3 ครั้ง[เข้า กลางวัน เย็น]	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	วันละ 2 ครั้ง[เข้า เย็น]	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
อาบน้ำ	วันละ 2 ครั้ง[เข้า เย็น]	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
จัดเตรียมยาตามเวลา	วันละ 1 ครั้ง[เข้า]	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	เดือนละ 2 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
รักษาความดันโลหิต	เดือนละ 2 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
นิ่งการหุงผัก	เดือนละ 2 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
อาบน้ำ	เดือนละ 2 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะโภชนาการ	เดือนละ 1 ครั้ง					✓			หมายเหตุ
ประเมินความก้าวหน้า	เดือนละ 1 ครั้ง					✓			หมายเหตุ
ประเมินภาวะซึมเศร้า 20	เดือนละ 1 ครั้ง					✓			หมายเหตุ
ประเมิน ADL [มีรหัสใน SP PP]	เดือนละ 1 ครั้ง					✓			หมายเหตุ

กิจกรรมหลักในการดูแลผู้สูงอายุ

- ดูแลนอน
- ล้างหน้า
- ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเข้า
กลางวัน และเมื่อโดยญาติ
- ดูแลเตรียมให้อาหารโดยญาติ
- รับประทานยา
- ภายในห้องน้ำโดย Caregiver
- ภายในบ้านโดยญาติ
- เปลี่ยนผ้าอ้อม
- ล้างน้ำหน้า
- นอนหัดเป็น

ผู้ดูแล บ.ส.สังคม เนียมกพ

ผู้รับผิดชอบ ระยะเวลาที่ Caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาที/เดือน

เข้าใจถึงขอบเขตของ Care Plan นี้

1) _____ (ผู้ป่วย/ญาติ) ลงชื่อ _____ (ผู้ป่วย/ญาติ) ลงชื่อ

2) _____ (ผู้ป่วย/ญาติ) ลงชื่อ _____ (ผู้ป่วย/ญาติ) ลงชื่อ

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อสนับสนุนการเข้ามาร่วมกิจกรรมการสนับสนุนการเข้ามาร่วมกิจกรรมการดูแลรายบุคคลที่มีภาวะพัฒนาการล่าช้าที่มีความต้องการพิเศษ

ชื่อ นางอุ่น ภารวัฒน์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3251200169991	ที่อยู่ 20 บ.3 พ.หมู่บ้านนำไป ต.วัฒนาครา จ.สระบุรี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0806451746	วันที่จัดทำ 03 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2564
เก็บเงินที่ 04 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2470 (อายุ 94 ปี)	วิธีจัดซื้อ : ADL-11, TAI-B3 ซื้อสูญเสียของเดือน : ผู้สูงอายุพึ่งบ้าน ปฏิเสธโรคประจำตัว	
สถานะสุขภาพ/ชนประมานและภาระรายปีที่ขอ รับการสนับสนุน	ประเมินปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึงพิจฉัตติอยู่ในเกณฑ์ที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเพียงภาระรายปี เป็นจำนวนเงิน 4,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ผู้สูงอายุพึ่งบ้านยังไม่เห็น ทั้ง 2 ข้าง ทุกไปด้วยได้รักษา	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยเหลือ - อายุอาดี/ตักษณ์ที่อยู่อาศัย - ความสามารถในการได้ยิน - ความสามารถในการมองเห็น - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ขึ้นเครา/นอนไม่หลับ 	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและดูแลสุขอนามัยทั่วไป - โภชนาการ <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ช้อปปิ้ง (ออก) <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสื่อสาร</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดส่งอาหารสัมภาระและการปรับเปลี่ยนให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/เข้าเล็กอาหาร - การหลีกเลี่ยงกิน - ข้อติด/ข้อเข้าหาก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น 	ระยะสั้น <ul style="list-style-type: none"> - ดูแลสุขภาวะของห้องและกิจกรรมเพื่อให้คงสภาพเรียบดี ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านการอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะขึ้นเคราและนอนไม่หลับ ภายใน 2 เดือน - ประเมินและรักษาภารกิจ ภายใน 1 เดือน - ท้าทายความสามารถให้เข้ม เป็นได้ด้วยตนเอง ถ้าป่วยลงให้ ทราบข่าวของให้ ชับถ่ายของให้ ภายใน 1 เดือน ระยะยาว <ul style="list-style-type: none"> - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ห้องอยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า 	
ผู้จัดทำ Care plan บ.ส.สติค่า เยี่ยมภาพ	เข้ามาเจ้าหน้าที่ยกเว้นการปฏิบัติงาน Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย]	

ລວມເຫັນ **ສິນຄ້າ** ສູ່ປົງປັບເທິການ [CM]

ລະຫັບອະນາໄມ

พื้นที่สำหรับการเขียน

**แผนพยาบาลดูแล [Care Plan] ฉบับที่ 1/64 วันที่ 03/12/64
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพด้านบ้านหนองน้ำใส ตำบลหนองน้ำใส**

ชื่อ นามสกุล ค่ารหัสบัตรประจำตัวประชาชน 3251200169991	ที่อยู่ 20 หมู่ 3 ต.หนองน้ำใส อ.วัฒนาคม จ.สระบุรี หมายเลขโทรศัพท์ 0806451746	เดือนที่ 03 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2564 วันที่ปัจจุบัน : ADL=11, TAI=B3 ผู้สูงอายุภาวะพึงพิงกลุ่มที่ 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดบ้าน บัญชีและโทรศัพท์ประจำตัว
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดูแลชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากรู้ว่าเหลือเวลาอีกได้หรือสามารถทำ กิจกรรมประจำวันได้ต่อจากนี้เป็นอยู่ - อยากรู้ว่าคนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า - อยากรู้ว่ามีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง ญาติ - อยากรู้ว่าบุนช์ยังคงรักษาความเจ็บป่วย ของผู้สูงอายุที่ดูแล - อยากรู้ว่าผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น - อยากรู้ว่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น ยากรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ผ้าอ้อม	แนวโน้มโดยการให้ความช่วยเหลือโดยรวม [รวมถึงเป้าหมายระยะยาว] - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ห้องอาชีวะเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	ข้อควรระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/ล้างอุจจาระ - การหลอกลวงก่อนดื่ม - ช้อติด/ช้อเพลย์ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนเช่นชา
ประเด็นเป้าหมายและความต้องการในการดูแลชีวิต ผู้สูงอายุ - ไม่สามารถเดินได้โดยส่วนตัว ต้องมีคนช่วย พากย์ - อยู่อย่างเดียว/ลักษณะที่อยู่อย่างเดียว - ความสามารถในการได้ยิน - ความสามารถในการมองเห็น - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซื้อมครัว/นอนไม่หลับ	เป้าหมายในการดูแลชีวิต (เป้าหมายระยะสั้น ภายใน 3 เดือน) - ห้องพักภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพ หรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน - การให้รับช่วยเหลือด้านการอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมอง เสื่อม ภายใน 2 เดือน - ประเมินและวัดการกิน ภายใน 1 เดือน - ทำกิจกรรมประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ชงดื่มเองได้ ภายใน 1 เดือน	บริการออกหนี้รายเดือนภาคที่ (รวมการซื้อขายเหลือ ของครอบครัวและinformal) กิจกรรมอุปกรณ์ - รถเข็นนั่ง - รวมถึงเสื้อผ้า บริการอื่นๆ - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจกรรมประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการอุดหนุน - ได้รับการยืมบ้าน/บูชาจากที่นั่นหน่วยงาน ภาครัฐและเอกชน - ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่ เหมาะสม

กำหนดการ ภาระช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือภายนอก Informal

กิจกรรม	ความถี่	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	ผู้รับผิดชอบ
ล้างหน้า แปรงฟัน	วันละ 2 ครั้ง(เข้า เย็น)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
เตรียมอาหาร	วันละ 3 ครั้ง(เข้า กากาวัน เย็น)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	เดือนละ 1 ครั้ง						✓			หมายเหตุ
สรงน้ำ	วันละ 1 ครั้ง(เย็น)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
เคลื่อนย้ายบันเดียงและลงจากเตียง	วันละ 2 ครั้ง(เข้า เย็น)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
การบริหารชื้อและกล้ามเนื้อ	วันละ 1 ครั้ง(เข้า)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
การบริหารชื้อและกล้ามเนื้อ	เดือนละ 2 ครั้ง						✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การนวดกระตุ้นการไหลเวียน	เดือนละ 2 ครั้ง						✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินความก้าวหน้า	เดือนละ 1 ครั้ง						✓			หมายเหตุ
ประเมินภาวะโภชนาการ	เดือนละ 1 ครั้ง						✓			หมายเหตุ
พาโลเข็น /น้ำมันมะกอก หรือมีดกันฟ้ารุ่งได้ ชื่นๆ	เดือนละ 2 ครั้ง						✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)

กิจกรรมหลักในการสำาร์จชีวิต

- ดูแลบ้าน
- ล้างหน้า
- ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเข้ากลางวัน และเป็นเบี้ยนโดยญาติ
- ภารกิจประจำบ้านโดยญาติ
- นอนหลับ
- ภารกิจประจำบ้านโดย Caregiver

ผู้ดูแลท่าน น.ส.อสิตา เมืองมาก

ผู้รับผิดชอบ ระหว่างเวลาที่ caregiver สูงอายุไม่สามารถกว่า 2 ชั่วโมง นาฬิกา/เดือน

เข้าใจและเห็นชอบกับการปฏิบัติความ Care Plan นี้

1) นาง ศิริมา งามวงศ์วนิช (ผู้ป่วย/ญาติ) วงศ์

2) _____ (ผู้ป่วย/ญาติ) วงศ์

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเป้าหมายของบุกรุณการสนับสนุนการดูแลรักษาสุขภาพและช่วยเหลือให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพิการที่ต้องพึ่งพาคนอื่นสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพิการ (อัตราการเบี้ยช่วยค่าบริการ เหนาฯลฯ/ราย/ปี)

ชื่อ นายชุด ภานุเชริญ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3251200171228	ที่อยู่ 37 บ.3 ต.หนองจันท์ อ.วังนา闷 จ.สระบุรี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0892821628	วันที่เข้าฟาร์ 03 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2564
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2488 (อายุ 76 ปี)	วินิชัย : ADL-7, TAI-B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุพิการ ติดปัสสาวะ DHT	
สถานะสุขภาพ/อุบัติเหตุ/ประวัติยาเสพติดที่ขอรับการสนับสนุน	ประเพณีปฏิบัติธรรม/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิการซึ่งต้องอยู่ในกุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนสุขภาพประยุกต์ตามรายการดังนี้ โดยมีรายละเอียดดังนี้ พิการที่ขาซ้ายซ้าย (Above knee amputation) ข้อต่อหัวเข่าถูก截除ได้บางส่วน รับประทานยาHTSอย่างเดียว ไม่ขาดยา	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำบาก ต้องมีคนช่วยเหลือ - อยู่อาศัย/ดูแลตัวเองไม่ได้	การดูแลคนไข้ที่ยว่ำ <ol style="list-style-type: none">- การช่วยในระบบชีบถ่าย(ปัสสาวะ)- การช่วยในระบบชีบถ่าย(อุจจาระ)- การอาบน้ำ- การเคลื่อนย้าย- ทำความสะอาดครัวเรือนภายในและชั่วโมงที่ยว่ำไป- โภชนาการ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลคนไข้ที่ยว่ำ <ol style="list-style-type: none">- ช่องปาก (oral)
- การกินอาหาร/ดื่มน้ำอาหาร การหลอกหลอน การรับประทานยาติด/ยาซึ่งห้ามจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อหัก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่น่า	ระยะสั้น - ไม่มีผลลัพธ์ทัน ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะทึบและร้าวและสมองเมื่อ ภายใน 2 เดือน - ประมั่นและวัดการกิน ภายใน 3 สัปดาห์ - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ไม่พบแพทย์ด้านน้า ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 2 สัปดาห์ - ศึกษาภาวะของข้อต้องแพทย์ด้านน้าเมื่อให้ความสนใจต่อ - หันกลับเข้า屋น้ำต่อต้านภัยอุบัติภัย ภายใน 1 สัปดาห์ ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ชีบถ่ายเองได้ - ญาติพี่น้องดูแลอย่างดี - ห้องน้ำดูแลเหมาะสม	การดูแลคนไข้ที่ต้องดูแลตัวเอง <ol style="list-style-type: none">- การบริการด้านอุปกรณ์- การหารายได้และความตั้งใจในครอบครัว การดูแลคนไข้ที่ต้องดูแลตัวเอง <ol style="list-style-type: none">- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้ดูแล Care plan บ.ส.ส.พัฒนา เสี่ยงภพ	เข้ามาเข้าเยี่หอนอนกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	✓ ๑๗/๒

วัน..... เดือน..... ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
[นางสาวอรุณรัตน์] []

ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่การเงิน
[]

**แผนพยาบาลดูแล [Care Plan] ฉบับที่ 1/64 วันที่ 03/12/64
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพต่ำลับน้ำใส ตำบลหนองน้ำใส**

ชื่อ นายชุด เกษมเจริญ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3251200171228	ที่อยู่ 37 หมู่ 3 ต.หนองน้ำใส อ.วัฒนาครา จ.สระบุรี หมายเลขโทรศัพท์ 0892821628	วันที่เข้ารับที่ 03 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2564 วัยชีวิตระดับ : ADL=7, TAI=B3 ผู้สูงอายุภาวะพึงพิงกลุ่มที่ 1 ชื่อเมืองสุขภาพเบื้องตน : ผู้สูงอายุพิการ ติดบ้าน U/D:H:T
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดูแลชีวิต ผู้สูงอายุ <ul style="list-style-type: none"> - อย่างให้คนอื่นเป็นความสำเร็จ/รู้สึกมีความค่า - อย่างให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง ญาติ - อย่างให้เข้าขั้นยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล - อย่างให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น - อย่างได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ผ้าอ้อม 	แนวโน้มการใช้บริการให้ความช่วยเหลือโดยรวม [รวมถึงเป้าหมายระยะยาว] <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารลงได้/ขับถ่ายลงได้ - อยู่ติดกับผู้ดูแล - ต้องมีคนช่วย - อยู่อาศัย/สังคมที่อยู่อาศัย 	ข้อควรระวังในการให้บริการ <ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/ส้วตอาหาร - การหัดดูดจากถ้วย - การรับประทานยาเม็ด/ผลิตภัณฑ์จากยา เช่น/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อห้าม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดูแล <ul style="list-style-type: none"> - กินปัสสาวะไม่ได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วย ห้อง - อยู่อาศัย/สังคมที่อยู่อาศัย 	เป้าหมายในการดูแลชีวิต (เป้าหมายระยะสั้น ภายใน 3 เดือน) <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีผลลัพธ์ทับ ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินพารามิเตอร์เคราและสมอง เดือน ภายใน 2 เดือน <ul style="list-style-type: none"> - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 3 สัปดาห์ - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ไม่พบแพทย์ผ่านนัด ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 2 สัปดาห์ - ติดตามภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพ หรือดีขึ้น ภายใน 2 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 สัปดาห์ 	บริการยังคงให้รายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือ ของครอบครัวและ Informal) <ul style="list-style-type: none"> ความอุปกรรณ์ <ul style="list-style-type: none"> - รถเข็นนั่ง - ไม้ค้ำอัน - ไม่มีก้าวเดิน บริการอื่นๆ <ul style="list-style-type: none"> - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - รถรับ-ส่งไปสถานบริการ [ให้มีตัวเลือก ระหว่าง รถ/อปปท/อินบ] - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากพื้นที่น้ำยงาน ภาควันและเย็น

ตารางแผนการ ภาระดูแลเบื้องต้นเพื่อเตรียมการเข้าบ้านพักผู้สูงอายุ Informal

กิจกรรม	ความถี่	ว.	อ.	พ.	พฤหัส	ศ.	เส.	ศ.	ศูนย์บริการชุมชน
เตรียมอาหาร	วันละ 3 ครั้ง[เข้า กลางวัน เย็น]	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
ดูแลเรียนภาษาตามเวลา	วันละ 1 ครั้ง[เข้า]	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
วัดความดันโลหิต	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		หมายเหตุ
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	วันละ 1 ครั้ง[ก่อน นอน]	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
สร่านม	วันละ 1 ครั้ง[เย็น]	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
การนวดกระดูก盆腔ให้หลวม	เดือนละ 2 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะบําขาณุการ	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		หมายเหตุ
เคลื่อนย้ายบนเตียงและลงจากเตียง	วันละ 2 ครั้ง[เข้า เย็น]	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
ประเมินภาวะเครียด STS	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		หมายเหตุ
ประเมินภาวะชั่นเคร้า 20	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		หมายเหตุ
ประเมินความทําร้าหัว	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		หมายเหตุ
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	เดือนละ 2 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
วัดความดันโลหิต	เดือนละ 2 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
เปลี่ยนผ้าอ้อม	วันละ 4 ครั้ง[เข้า กลางวัน เย็น ก่อน นอน]	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว

กิจกรรมหลักในการดํารงชีวิต

- ดื่มนอน
- ล้างหน้า
- ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเข้า
กลางวัน และเย็นโดยญาติ
- ดูแลเตรียมให้ยาโดยญาติ
- รับประทานยา
- กายภาพประจำวันโดยญาติ
- เปลี่ยนผ้าอ้อม
- นอนหลับ

ผู้ดูแล บ.ส.ส.พิชา เมี้ยมพา

ผู้รับผิดชอบ ระยะเวลารักษา caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาที/เดือน

เข้าพบเจ้าหน้าที่กับการปฏิบัติงาน Care Plan นี้

1) วันที่ ๒๐ มกราคม พ.ศ.๒๕๖๓ (ผู้ป่วย/ญาติ) วงศ์

2) _____ (ผู้ป่วย/ญาติ) วงศ์

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อส่งต่อความรู้ด้านดูแลบุกร่วมการดูแลบุคคลและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพิจารณาด้วยตนเอง
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพิจ ๑ (อัตราการขาดเพี้ยนค่าบริการ เท่าน้ำดื่ม/ราย/วัน)

ชื่อ ค.ส.บ. พำนิช พ拉斯สาร เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1279900471152	ที่อยู่ 70 หมู่บ้านท่าใต้ ถ.วัฒนาบุรี 9. ตำบลวัง หม้ายเลขที่โทรศัพท์(ที่ดินต่อ) 0832209042	วันที่เข้ามา 03 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2564
แก่คนที่ 04 เดือน มกราคม พ.ศ. 2556 (อายุ ๘ ปี)	วัยเจตซ์ : ADL=3, IADL=3 ข้อมูลดูแลเบื้องต้น : ผู้พิการทางสมอง, U/D : Epilepsy	
สถานะสุขภาพ/ชนประนามหมายจำารายปีที่ขอ รับการสนับสนุน	ประเมินปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิจพัฒนอยู่ในก่อนที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเดือนจำารายปี เป็นจำนวนเงิน 5,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ช่วยเหลือด้านของในได้ด้วย ญาติเป็นผู้ดูแล หลักนี้มีจำนวนชาติอ่อนแรง	<ul style="list-style-type: none"> - ช่วยเหลือคนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังเมื่อแข็ง ขา - ล้วนใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถดูแลน้ำลายได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยเหลือ - อุปกรณ์/สิ่งของที่อยู่อาศัย 	<ul style="list-style-type: none"> การดูแลขยายเวลาทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การดูแลห้องน้ำ - การดูแลห้องนอน - ทำความสะอาดร่างกายและทิ้งน้ำดื่มน้ำทั่วไป - โน่นภาก
ข้อควรระวังในการใช้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลขยายเวลาเด่น
<ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/ล้างลักษณะ - อาการติดลมหายใจ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จนเป็น 	ระยะทึบ <ul style="list-style-type: none"> - ประเมินและวัดการกิน ภายใน 1 เดือน - ไม่มีผลลดลงทึบ ภายใน 1 เดือน - ฟื้นฟูสภาพร่างกายของลูกหลานเมื่อให้ดูแลจากเรื่องด้าน กิน ภายใน 1 เดือน <ul style="list-style-type: none"> - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 1 สัปดาห์ - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 วัน ระยะยา <ul style="list-style-type: none"> - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ต้องอยู่ภายใต้เฝ้าระวัง 	<ul style="list-style-type: none"> การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพ <ul style="list-style-type: none"> - การดูแลสภาพแวดล้อมและปรับเปลี่ยน - การดูแลสภาพแวดล้อมและปรับเปลี่ยน
ผู้ดูแล Care plan น.ส.สิริสา เมืองมาก	เข้าพบเข้าพบของกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	๗๖๒ ปี

ลงชื่อ..... ลงชื่อ..... ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [นางสาววิภาดา เพชรบุรี] _____]
 _____]
 ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่การเงิน
 _____]

**แผนพยาบาลดูแล [Care Plan] ฉบับที่ 1/64 วันที่ 03/12/64
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลล้านนาใต้ ตำบลลอนของน้ำใส**

ชื่อ ต.ก.บ.ลายมือ ประสาร เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1279900471152	ที่อยู่ 70 หมู่ 6 ถนนองน้าว ถ.วัฒนาครา บ.สรวยแก้ว หมายเลขโทรศัพท์ 0832209042	วันที่วันที่ 03 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2564 รีบีดี้ : ADL-3, TAI-I3 ผู้สูงอายุภาวะพิจิกกลุ่มที่ 3 ข้อむสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยทางสมอง, U/D : Epilepsy
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการ ดูแลชีวิต ผู้สูงอายุ - อย่างให้มีคุณค่าและเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง - อย่างให้คุณอ่อนเพ้นความสำคัญ/รักสักมีคุณค่า ญาติ - อย่างให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วย ของผู้สูงอายุที่ดูแล - อย่างให้ผู้สูงอายุเข้าใจและต้องการได้มากขึ้น - อย่างได้รับการอนุหังการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ผ้าอ้อม	แนวโน้มการให้ความช่วยเหลือโดยรวม [รวมถึงเป้าหมายระยะยาว] - ถูกต้องในการดูแลผู้ป่วยให้อย่างถูกต้อง - ต้องอาศัยความเข้าใจและเข้าใจผู้ป่วย	ข้อควรระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การลัดตกหลบ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จนถ้า
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดูแล ช่วยเหลือดูแลในในการเข้าพื้องที่ - มีความอ่อนแรง ของกำลังเมื่อแขวนขา - สามารถเดินได้แต่ต้องใช้utches ช่วย - สามารถเดินได้แต่ต้องมีคนช่วย พยุง - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	เป้าหมายในการดูแลชีวิต [เป้าหมายระยะสั้น ภายใน 3 เดือน] - ประเมินและวัดการกิน กายใน 1 เดือน - ไม่มีผลลัพธ์ทับ กายใน 1 เดือน - ทึบผู้ช่วยของชื่อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพ หรือดีขึ้น กายใน 1 เดือน - ไม่เกิดการติดเชื้อ กายใน 1 สัปดาห์ - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน กายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน กาย ใน 1 วัน	บริการออกหนีรายการตัวเป้าหมาย [รวมการช่วยเหลือ ของครอบครัวและinformal] บริการอื่นๆ - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำ วัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากพนักงาน ภาคชุมชนและอกชุม

กิจกรรมการ ตารางเวลาที่มีอยู่ของครรภ์และภาระงานประจำที่ประจำเดือน Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ.	พฤหัส	ศ.	ศ.	ส.	บ.	ผู้รับผิดชอบ
ประเมินภาวะโภชนาการ	เดือนละ 1 ครั้ง								✓	พยาบาล
ล้างหน้า แปรงฟัน	วันละ 2 ครั้ง[เข้า เย็น]	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
สรงน้ำ	วันเว้นวัน	✓		✓		✓		✓	ครอบครัว	
ทำความสะอาดอวัยวะที่บ้านตู้	วันละ 4 ครั้ง[เข้า กลางวัน เย็น ก่อน นอน]	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
เปลี่ยนผ้าอ้อม	วันละ 4 ครั้ง[เข้า กลางวัน เย็น ก่อน นอน]	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
ป้อนอาหาร	วันละ 3 ครั้ง[เข้า กลางวัน เย็น]	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	เดือนละ 1 ครั้ง								✓	พยาบาล
อาบน้ำ	วันละ 2 ครั้ง[เข้า เย็น]	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
การจัดท่านอนป้องกันแพลงก์ตอน	ทุกๆ 2 ชั่วโมง	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
ประเมินความก้าวหน้า	เดือนละ 1 ครั้ง								✓	พยาบาล
สรงน้ำ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง									ผู้ดูแลผู้สูงอายุ[CG]
ป้อนอาหาร	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง									ผู้ดูแลผู้สูงอายุ[CG]
อาบน้ำ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง									ผู้ดูแลผู้สูงอายุ[CG]
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง									ผู้ดูแลผู้สูงอายุ[CG]

กิจกรรมหลักในการดูแลชีวิต

- ดูแลสนับสนุน
- ล้างหน้า
- คุณและเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเข้า
ทางวัน และเย็นโดยญาติ
- คุณและเตรียมให้ยาโดยญาติ
- รับประทานยา
- กำจัดภาพบำบัดโดยญาติ
- นอนหลับ

ผู้รับผิดชอบ เมื่อแรก

ผู้รับผิดชอบ นางประภัสสรา ศรีสังเคราะห์ ระหว่างเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุในบ้านอย่างไร 4 ชั่วโมง
นาที/เดือน

เข้าพำนักที่บ้านของผู้ดูแล Care Plan นี้

1) นาย วงศ์ วงศ์ (ผู้ป่วย/ญาติ) ควบคุม

2) นาย วงศ์ วงศ์ (ผู้ป่วย/ญาติ) ควบคุม

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเบ眷ด้วยบุกรรมการสนับสนุนการดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะพิจารณาสันติสุข
จะบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพิจิตร (ยืดเวลาการพิจิตรค่าบริการ เหนา่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายปริญช์ นามพะธรรม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1251200013081	ที่อยู่ 18 หมู่ 8 หมู่บ้านนาให อ.วัฒนาคม จ.สระแก้ว หมายเลขโทรศัพท์[ที่ติดต่อ] 0859825602	วันที่จัดทำ 03 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2564
เกิดวันที่ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2527 (อายุ 37 ปี)	วินิจฉัย : ADL=3, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยพิเศษเดียวเป็นของขากรูกพิเศษ U/O : HT , cord complete injury	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณแพทย์รายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิจิตรและอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณแพทย์รายปี เป็นจำนวนเงิน 7,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ รับประทานยาหารได้ด้วย มูก ดูดซื้อสารรู้เรื่อง , on foley catheter	<ul style="list-style-type: none"> - มีความอ่อนแรง อาจทำลักษณะ เช่น ชา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือคนอื่นไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ 	<p>การดูแลอย่างทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทำความสะอาดร่างกายและถึงนาคต้องห้าม - โภชนาการ - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย <p>การดูแลอย่างเฉพาะเจาะจง</p> <ul style="list-style-type: none"> - ช่องปาก (oral) - อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับเปลี่ยน ให้ปอดอยู่ต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สักกะอาหาร - การรับประทานยาพิเศษ/ยาซึ่งเสื่อมจากการใช้ - การน้ำดื่ม - ข้อติดคุก/ข้อหักหัก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ 	ระยะสั้น <ul style="list-style-type: none"> - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีผลกดทับ ภายใน 1 เดือน - ประเมินและวัดการดื่มน้ำ ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 สัปดาห์ - ไม่มีผลกดทับ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ฟื้นฟูสุขภาพของข้อและกระดูกตามเม็ดให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 2 เดือน ระยะยาว <ul style="list-style-type: none"> - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนบานชา - ไม่เกิดผลกดทับ 	
ผู้จัดทำ Care plan และลงนาม เยี่ยมมา	เข้าใจเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้บ่าว] _____	_____

ลงชื่อ _____ ลงวันที่ _____ ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ _____ ลงวันที่ _____ ฉบับ

[_____]

[_____]

ลงชื่อ _____ เจ้าหน้าที่การเงิน

[_____]

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/64 วันที่ 03/12/64
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพต่ำลับน่าน้ำใส ตำบลหนองน้ำใส

ชื่อ นายนิรันดร์ นามพะธรรม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1251200013081	ที่อยู่ 18 หม.6 ต.หนองน้ำใส อ.วัฒนาการ จ.สระแก้ว หมายเลขโทรศัพท์ 0659625602	วันที่ 03 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2564 วัยชรา : ADL=3, IADL=3 ผู้สูงอายุภาวะพิจิกกลุ่มที่ 3 สาเหตุสุขภาพเสื่อมด้าน : ผู้ป่วยติดเตียงเนื่องจาก อุบัติเหตุ U/O : HT, cord complete injury
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการ ดูแลชีวิต ผู้สูงอายุ - อย่างช่วยเหลือด้วยตนเองได้หรือสามารถทำ กิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ - อย่างให้ความรู้สึกดีในความสัมภัย/รู้สึกมีคุณค่า - อย่างให้มีคุณค่าและอาจใช้ไม่ถูกหักด้วย ญาติ - อย่างให้ชุนชอนยอมรับสภาพความเป็นป่วย ของผู้สูงอายุที่ดูแล - อย่างให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น - อย่างให้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น รถเข็นน้ำหนัก เดิน รถเข็น ผ้าอ้อม	แนวโน้มของการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้ย่างถูกต้อง - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่มีแพลงก์ตอน	ข้อควรระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การรับประทานยาพิเศษ/ผลิตภัณฑ์จากยา พิษ/การแพ้ยา - ช้อติด/ช้อเท้าแตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนเช่น
บ.๑ เดินปั้นหยาและความต้องการในการดูแล ชีวิต - มีความอ่อนแรง ของกำลังเมื่อแขวนขา - ไม่สามารถอ่านหนังสือได้ - กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเดินท่องน้ำ	เป้าหมายในการดูแลชีวิต (เป้าหมายระยะสั้น ภายใน 3 เดือน) - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีแพลงก์ตอน ภายใน 1 เดือน - ประเมินและวัดการกิน ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน ใน 1 สัปดาห์ - ไม่มีแพลงก์ตอน ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - พื้นหลังภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพ หรือดีขึ้น ภายใน 2 เดือน	บริการออกหนี้รายเดือน [รวมการช่วยเหลือ ของครอบครัวและinformal] อุปกรณ์ทางการแพทย์ - ที่นอนลม บริการอื่นๆ - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำ วัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - ได้รับการเยี่ยวนบ้าน/ดูแลจากพนัชบ้าน ภาคธุรกิจและเอกสาร - รถรับ-ส่ง ไปสถานบริการ (ให้มีลักษณะ เฉพาะตัว รถ/อปปช/อื่นๆ)

การประเมินการดูแลรักษาของครอบครัวและภารกิจการดูแลผู้ป่วยในประเทศ Informal Informal Caregiver

ภารกิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ.	พฤหัสบดี	ศ.	ศ.	ส.	เส.	ผู้รับผิดชอบ
วัดความดันโลหิต	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะซึมเศร้า 20	เดือนละ 1 ครั้ง				✓					หมายบานา
ประเมินภาวะไขข้อเสื่อม	เดือนละ 1 ครั้ง				✓					หมายบานา
ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	เดือนละ 1 ครั้ง				✓					หมายบานา
การจัดท่านอนป้องกันแมลงกัดทับ	ทุกวัน 2 ชั่วโมง	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
ธรรมเนียม	วันเว้นวัน	✓		✓		✓		✓	✓	ครอบครัว
เปลี่ยนผ้าอ้อม	วันละ 4 ครั้ง[เข้า กลางวัน เย็น ก่อน นอน]	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
โภชนาต	เดือนละ 1 ครั้ง		✓							ครอบครัว
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	วันละ 1 ครั้ง[เข้า]	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
วัดอุณหภูมิ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินความถูกต้องในการใช้ยา	เดือนละ 1 ครั้ง				✓					หมายบานา
เตรียมอาหาร	วันละ 3 ครั้ง[เข้า กลางวัน เย็น]	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
เพลิดเพลิน	วันละ 2 ครั้ง[เข้า เย็น]	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
ประเมินความก้าวหน้า	เดือนละ 1 ครั้ง				✓					หมายบานา
ดูแลทำความประพฤติสู่สิ่งส่วนบุคคล	วันละ 4 ครั้ง[เข้า กลางวัน เย็น ก่อน นอน]	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
เพลิดเพลิน	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)

ประเมินหลักในการดูแลเชิงบวก

- ดีบอน
- ล้างหน้า
- ดูแลเครื่องอุปกรณ์และรักษาความสะอาดเข้า
กลางวัน และเย็นโดยถูกต้อง
- ดูแลเครื่องไม้ใช้สอยให้สะอาดโดยถูกต้อง
- รับประทานยา
- ภายในอาหารปานกลางโดยถูกต้อง
- เปลี่ยนผ้าอ้อม
- นอนหลับ

ผู้ดูแล บ.ส.อธิชา เมี้ยงพา

ผู้รับผิดชอบ ระหว่างเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไปไม่超กว่า 6 ชั่วโมง นาฬิกา/เดือน

เข้ามาเจ้าหน้าที่ร่วมกับการปฏิบัติความ Care Plan นี้

1) _____ [ผู้ป่วย/ญาติ] วงศ์

2) _____ [ผู้ป่วย/ญาติ] วงศ์