แบบฟร์อม LTC ๑

แบบฟอร์มการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ชื่อหน่วยบริการหรือเครือข่ายบริการปฐมภูมิ.....................................................ชื่อ อบต./เทศบาล.....................................อำเภอ........................จังหวัด...........................

|  |
| --- |
| จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบ่งเป็น 4 กลุ่มตามความต้องการการบริการด้านสาธารณสุข |
| ประเภทผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง | ลำดับที่ | ชื่อ-นามสกุล | เลขที่บัตรประชาชน |
| กลุ่มที่ 1 เคลื่อนไหวได้บ้าง และอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| รวม.................................จำนวน (คน) |
| กลุ่มที่ 2 เหมือนกลุ่มที่ 1 แต่มีภาวะสับสนทางสมอง |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| รวม.................................จำนวน (คน) |
| กลุ่มที่ 3 เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่าย หรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| รวม.................................จำนวน (คน) |
| กลุ่มที่ 4 เหมือนกลุ่มที่ 3 และมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| รวม.................................จำนวน (คน) |