



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



ที่ L๕๑๖๙/๐๐๑

กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่  
เทศบาลตำบลทุ่งลาน ๙๙ หมู่ที่ ๙  
ตำบลทุ่งลาน อำเภอลองหอยโข่ง  
จังหวัดสงขลา ๙๐๒๓๐

๒๗ มกราคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขออนุญาตประชุมคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะ  
พึ่งพิง ประจำปี ๒๕๖๖

เรียน คณะกรรมการสนับสนุนการจัดการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ระเบียบวาระการประชุมฯ จำนวน ๑ ฉบับ  
๒. สำเนารายงานการประชุมวันที่ ๒๗ มกราคม ๒๕๖๕ จำนวน ๑ ชุด

ด้วย กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ เทศบาลตำบลทุ่งลาน อำเภอลองหอยโข่ง  
จังหวัดสงขลา ได้กำหนดให้มีการประชุมคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการบริการดูแลระยะยาว  
สำหรับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) ในวันอังคาร ที่ ๓๑ เดือน มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๖ เวลา ๑๔.๐๐ น.  
ณ ห้องประชุมเทศบาลตำบลทุ่งลาน เพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบแผนการดูแลรายบุคคล (CARE PLAN) ปี  
พ.ศ. ๒๕๖๖, และสรุปผลการเบิกจ่ายค่าตอบแทนผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CARE MANAGER  
- CM) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CARE GIVER - CG) และรับทราบสรุปผลการปฏิบัติงานการดูแล  
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

เพื่อให้การพิจารณาของกองทุนหลักประกันสุขภาพในพื้นที่ฯ เป็นไปตามหลักเกณฑ์และม  
ีความถูกต้องตามระเบียบฯ จึงเรียนมาเพื่อขออนุญาตท่านเข้าร่วมประชุมตามกำหนดวัน เวลาและสถานที่ดังกล่าว  
ข้างต้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาเข้าร่วมประชุมโดยพร้อมเพรียงกัน

ขอแสดงความนับถือ

( นายประสิทธิ์ แก้วมรกต )

ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่  
เทศบาลตำบลทุ่งลาน

ผู้ประสานงาน นางสาวจุฑารัตน์ คงเมฆ

เบอร์โทรศัพท์ ๐๘๐ ๕๓๙๖๗๙๑

กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ เทศบาลตำบลทุ่งลาน ๐๗๔ ๒๔๒๔๕๓

ระเบียบวาระการประชุมคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาว  
สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC)  
กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ เทศบาลตำบลทุ่งลาน อำเภอคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา  
ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๖  
วันที่ ๓๑ เดือน มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๖ เวลา ๑๔.๐๐ น.  
ณ ห้องประชุมเทศบาลตำบลทุ่งลาน  
\*\*\*\*\*

ระเบียบวาระที่ ๑. เรื่อง ประธานแจ้งที่ประชุมทราบ  
.....  
.....  
.....

ระเบียบวาระที่ ๒. เรื่อง รับรองรายงานการประชุมฯ  
- รับรองรายงานการประชุมครั้งที่ ๑/๒๕๖๕ วันที่ ๒๗ มกราคม ๒๕๖๕

ระเบียบวาระที่ ๓. เรื่อง พิจารณาและให้ความเห็นชอบ  
๑. นำเสนอรายชื่อผู้สูงอายุเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบแผนการดูแลรายบุคคล (CARE PLAN) ประจำปี ๒๕๖๖  
๒. สรุปผลการเบิกจ่ายงบประมาณดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ปี ๒๕๖๕  
๓. สรุปผลการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ปี ๒๕๖๕

ระเบียบวาระที่ ๔. เรื่อง อื่นๆ (ถ้ามี)  
.....  
.....

ลำดับ	เลขบัตรประชาชน	ชื่อ - สกุล	อายุ	สิทธิ	ADL	TAI	กลุ่ม	วันดูแล		ค่าตอบแทน			อุปกรณาการแพทย์	รวม	วัสดุ	P3/day
								CG	CM	CP	CM	CG				
1	5850100017189	นางละออ เลื่อนมา	88	เบิกได้	4	I2	4	อุทมนพร/พ/อา	100	1200	7200	0	8500		/	
2	4901100004895	พ.อ.อ.อดุล เชื้อทอง	77	เบิกได้	4	I2	4	เกษภาภรณ์/พ/อา	100	1200	7200	900	9400	แพมเพอส	/	
3	3901000385279	นางริน แก้วสุวรรณ	83	เบิกได้	4	I1	4	ปณิตา/อึ้ง/ส	100	1200	7200	0	8500		/	
4	3901100378509	นายจำเริญ แก้วมรกฏ	77	เบิกได้	5	c4	2	สังจา/อา	100	600	3600	500	4800	ชุดทำแผล	/	
								รวม	400	4200	25200	1400	31200			
1	3909801032339	นายชีพ ทองนุ่น	72	UC	9	B3	1	เกษภาภรณ์/ส	100	600	1800	2400	4900	แพมเพอส	/	
2	3901100639337	นายประดับ หนูแสน	70	UC	0	I2	4	เกษภาภรณ์/อึ้ง/หัส	100	1200	7200	2600	11100	แพมเพอส/ชุดทำแผล	/	
3	3909800525862	นายจิระวัฒน์ มงคลรัตน์	62	UC	6	C3	2	ปณิตา/ส/อา	100	600	3600	1800	6100	แพมเพอส	/	
4	3901100374619	นางมาณี ยุงทอง	70	UC	11	B3	1	ปณิตา/ส	100	600	1800	2400	4900	แพมเพอส	/	
5	3901100388229	สมพร เพชรสวัสดิ์	70	UC	6	C3	2	วณิชยา/อึ้ง	100	600	3600	2400	6700	แพมเพอส	/	
6	3901101035907	นายสุชาติ นุสิกพันธ์	71	UC	10	B3	1	วณิชยา/ส	100	600	1800	2400	4900	แพมเพอส	/	
7	3901100362815	นางฉ้าย พรหมจันทร์	89	UC	10	B3	1	วณิชยา/ส	100	600	1800	2400	4900	แพมเพอส	/	
8	3901100399344	นายดิษ มะลิวัลย์	73	UC	8	C2	2	ผลลา/อา	100	600	1800	2400	4900	แพมเพอส	/	
9	3901101263616	นางอารม ปิ่นมณี	70	UC	6	C3	2	ผลลา/อึ้ง	100	600	3600	2400	6700	แพมเพอส	/	
10	3900101057403	นายผอด ใจมิตร	85	UC	6	C3	2	ผลลา/ส	100	600	3600	1800	6100	แพมเพอส	/	
11	3901100396621	นายชง รัตนพันธ์	93	UC	9	C3	2	อุทมนพร/ส	100	600	3600	2400	6700	แพมเพอส	/	
12	3901100396311	นางน้อม รัตนพันธ์	93	UC	6	C2	2	อุทมนพร/อา	100	600	3600	2400	6700	แพมเพอส	/	
13	3901100399468	นางสำเนียง แก้วสกุล	83	UC	4	I1	4	อุทมนพร/พ/อา	100	1200	7200	2400	10900	แพมเพอส	/	
14	3901100402141	นางลลิม แก้วจุลาบุญ	87	UC	11	B3	1	สังจา/จ	100	600	1800	2400	4900	แพมเพอส	/	
15	3901100389721	นางซิม แก้วนิล	98	UC	8	B3	1	สังจา/จ	100	600	1800	2400	4900	แพมเพอส	/	
16	3901100384941	นางถนอม รัตนพันธ์	84	UC	6	C3	2	สังจา/พ/อา	100	600	3600	2400	6700	แพมเพอส	/	
								รวม	1600	10800	52200	37400	102000			

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางละออ เลื่อนมา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5850100017189	ที่อยู่ อ. คลองหอยโข่ง จ. สงขลา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 26 เดือน มกราคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2478 (อายุ 88 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=I2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : กระดูกสะโพกเคลื่อน เบาหวาน ความดันสูง หัวใจโต เหนื่อยง่าย แผลกดทับ บริเวณสะโพก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 8,500 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าตอบแทน CM ในการจัดทำ Care Plane 100 บาท/ปี -ค่าตอบแทน CM 1200บาท -ค่าตอบแทนCG7200 บาท	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา</li> <li>- สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้</li> <li>- ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้</li> <li>- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้</li> <li>- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</li> <li>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้</li> </ul>	การดูแลพยาบาลทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)</li> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)</li> <li>- การอาบน้ำ</li> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป</li> <li>- โภชนาการ</li> </ul>
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลพยาบาลเฉพาะ <ul style="list-style-type: none"> <li>- ช่องปาก (oral)</li> <li>- อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs)</li> </ul>
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน		การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> </ul>
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การกินอาหาร/สำลัอาหาร</li> <li>- การพลัดตกหกล้ม</li> <li>- ข้อติด/ข้อเท้าตก</li> </ul>	ระยะสั้น <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนและการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ภายใน 1 เดือน</li> <li>- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน</li> <li>- ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 1 เดือน</li> <li>- ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน</li> <li>- พันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน</li> </ul> ระยะยาว <ul style="list-style-type: none"> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ</li> <li>- ทิ้งยาอย่างเหมาะสม</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ</li> <li>- ไม่เกิดแผลกดทับ</li> </ul>	
ผู้จัดทำ Care plan นางจุรีรัตน์ ถาวรเจริญ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

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

ลงชื่อ.....อปท.  
 [.....]

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



แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางริน แก้วสุวรรณ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3901000385279	ที่อยู่ 130/1 ม.9 ต.ทุ่งลานอ. คลองหอยโข่ง จ. สงขลา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 30 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 01 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2483 (อายุ 83 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วย Stroke แขนขาอ่อนแรงซีกขวา พาร์กินสัน สมองเสื่อม	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 8,500 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ - ค่าตอบแทนจัดทำ CP 100 ค่าตอบแทน cg 7200 บาท - ค่าตอบแทน CM 1200 บาท [งบบุณย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ]	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลพยาบาลเฉพาะ - อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs)
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน		การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
- การกินอาหาร/สลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 1 เดือน - รับประทานยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน - ฟันฟุสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน  ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ทิ้งอยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นางจรรีรัตน์ ถาวรเจริญ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

[.....]

ลงชื่อ.....อปท.

[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายจำเรียม แก้วมรกฏ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3901100378509	ที่อยู่ 46/2 ม.9 ต.ทุ่งสานอ. คลองหอยโข่ง จ. สงขลา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 30 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 07 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2489 (อายุ 77 ปี)	วินิจฉัย : ADL=S, TAI=C4 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เบาหวาน ความดันสูง หัวใจโต กล้ามเนื้ออ่อนแรง แผลเบาหวานที่เท้า	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 4,800 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ - ค่าตอบแทน cg 3600 บาท - ค่าตอบแทน CM 600 บาท - ค่าตอบแทน จัดทำ CP 100 บาท ค่าชุดอุปกรณ์ทำแผล 500 บาท (งบศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ)	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - รถรับส่ง รพ. การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	<b>ระยะสั้น</b> - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนและการติดเชื้อระบบทาง เดินหายใจ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนและการติดเชื้อระบบทาง เดินหายใจ ภายใน 1 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 1 เดือน - รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 วัน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน  <b>ระยะยาว</b> - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นางจรัสรัตน์ ดาวเรือง	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
[ลงชื่อผู้ปฏิบัติงาน]

ลงชื่อ.....อปท.  
[.....]

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายชีพ ทองนุ่น เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3909801032339	ที่อยู่ 99/4 ม.7 ต.ทุ่งลาน อ. คลองหอยโข่ง จ. สงขลา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 30 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 20 เดือน มกราคม พ.ศ. 2494 (อายุ 72 ปี)	วินิจฉัย : ADL=8, TAI=83 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วย Stroke แขนขาอ่อนแรงซีกขวา	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 4,900 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ -ค่าตอบแทน cg 1800 บาท -ค่าตอบแทน CM 600 บาท ค่าตอบแทนจัด ทำ CP100 บาท-แพมเพอส 2400	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) - บริการพิเศษอื่นๆ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - รถรับส่ง รพ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 1 เดือน  ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นางจุรีรัตน์ ถาวรเจริญ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

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

ลงชื่อ.....อปท.  
 [.....]

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



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

ชื่อ นายจิระวัฒน์ มงคลรัตน์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3909800525862	ที่อยู่ 40/1 ม.2 ต.ทุ่งลานอ. คลองหอยโข่ง จ. สงขลา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 30 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 04 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2504 (อายุ 62 ปี)	วินิจฉัย : ADL=6, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วย Stroke แขนขาอ่อนแรงซีกซ้าย มีภาวะไตวาย ล้างไต	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,100 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ - ค่าตอบแทน cg 3600 บาท - ค่าตอบแทน CM 600 บาท ค่าตอบแทนจัด ทำ CP 100 บาท แพมเพอส1800	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ท้อง (stomach)
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน		การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	<b>ระยะสั้น</b> - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน  <b>ระยะยาว</b> - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นางจุรีรัตน์ ถาวรเจริญ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

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

ลงชื่อ.....อปท.  
[.....]

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางมาณี ยุงทอง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3901100374619	ที่อยู่ 1/1 ม.9 ต.ทุ่งลาน อ. คลองหอยโข่ง จ. สงขลา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 30 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2496 (อายุ 70 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เบาหวาน กล้ามเนื้ออ่อนแรง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 4,900 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ - ค่าตอบแทน cg 1800 บาท - ค่าตอบแทน CM 600 บาท - ค่าตอบแทน จัดทำ CP 100 บาท - ค่าแพมเพอส2400 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ  การดูแลพยาบาลเฉพาะ - จมูก (nose) - ช่องปาก (oral) - บริการพิเศษอื่นๆ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - รถรับส่ง รพ
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน		การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ข้อคิด/ข้อเท็จจริง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - แผลหาย ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน  ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ท้ายอายุเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นางจุรีรัตน์ ถาวรเจริญ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

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

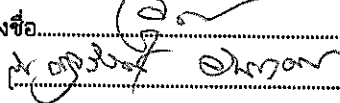
ลงชื่อ.....อปท.  
 [.....]

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการเหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ สมพร เพชรสวัสดิ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3901100388229	ที่อยู่ 136/1 ม.3 ต.ทุ่งลานอ. คลองหอยโข่ง จ. สงขลา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 30 เดือน มกราคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 17 เดือน มกราคม พ.ศ. 2496 (อายุ 70 ปี)	วินิจฉัย : ADL=6, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมองตีบ แขนขาอ่อนแรงซีกซ้าย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,700 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ -ค่าตอบแทน cg 3600 บาท ค่าตอบแทน Cm 600บาท -ค่าตอบแทน จัด ทำ CP100 บาท -แพมเพอส 2400	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช้องปาก (oral) - บริการพิเศษอื่นๆ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - รถรับส่ง รพ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสถานะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 คน!!  ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ท้ายอายุขัยเหมาะสม - ไม่เกิดแผลกดทับ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	
ผู้จัดทำ Care plan นางจุรีรัตน์ ถาวรเจริญ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

()

ลงชื่อ.....อปท.

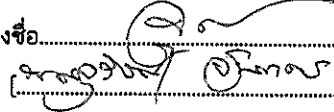
(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

(.....)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าดูแลรายค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายสุชาติ มุสิกพันธ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3901101035907	ที่อยู่ 9/1 ม.1 ต.ทุ่งลานอ. คลองหอยโข่ง จ. สงขลา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 30 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 02 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2495 (อายุ 71 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : แขนขาขวาอ่อนแรง ความดันโลหิตสูง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 4,900 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ - ค่าตอบแทน cg 1800 บาท - ค่าตอบแทน CM 600 บาท - ค่าตอบแทน จัดทำ CP 100 บาท-แพมเพอ 2400	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ  การดูแลพยาบาลเฉพาะ - อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs)  การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - รถรับส่ง รพ  การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - null ภายใน 1 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 1 เดือน - รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - พันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน  ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางจุรีรัตน์ ถาวรเจริญ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  


ลงชื่อ.....อปท.  
 [.....]

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางฉ้าย พรหมจันทร์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3901100362815	ที่อยู่ 19 ม.1 ต.ทุ่งลาน อ.คลองหอยโข่ง จ.สงขลา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 30 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 05 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2477 (อายุ 89 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ป่วยโรคกระดูกเสื่อม	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 4,900 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ -ค่าตอบแทน CG 1800 บาท -ค่าตอบแทน CM 600 บาท ค่าตอบแทนจัด ทำ CP 100 บาท -ค่าแพมเพอส 2400	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ  การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - รถรับส่ง รพ.  การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 1 เดือน - พันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน - gull ภายใน 3 เดือน  ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นางจุรีรัตน์ ถาวรเจริญ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

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

ลงชื่อ.....อปท.  
[.....]

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายดิษ มะลิวัลย์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3901100399344	ที่อยู่ 79 ม.8 ต.ทุ่งลานี อ.คลองหอยโข่ง จ.สงขลา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 30 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 24 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2493 (อายุ 73 ปี)	วินิจฉัย : ADL=8, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมองตีบ แขนขาอ่อนแรงซีกซ้าย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 4,900 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าตอบแทน cg 1800 บาท -ค่าตอบแทน Cm 600 บาท ค่าวัสดุ แพมเพอส 2400 บาท ค่าตอบแทนจัดทำ CP 100 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ช่องปากไม่สะอาด - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ  การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) - บริการพิเศษอื่นๆ  การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - รถรับส่ง รพ  การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	<b>ระยะสั้น</b> - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 1 เดือน - รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - พันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน - ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่ ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน  <b>ระยะยาว</b> - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นางจุรีรัตน์ ถาวรเจริญ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

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

ลงชื่อ.....อปท.  
[.....]

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

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

ชื่อ นางอารม ปิ่นมณี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3901101263616	ที่อยู่ 21/1 ม.6 ต.ทุ่งลานอ. คลองหอยโข่ง จ. สงขลา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 30 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 29 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2496 (อายุ 70 ปี)	วินิจฉัย : ADL=6, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วย Stroke แขนขาอ่อนแรงซีกขวา เบาหวาน ความดันโลหิตสูง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,700 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ -ค่าตอบแทน cg 3600 บาท -ค่าตอบแทน CM 600 บาท แหมเพอส 2400 บาท- ค่าตอบแทนจัดทำ CP 100บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	<b>การดูแลพยาบาลทั่วไป</b> - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ <b>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</b> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b> - การบริการด้านอุปกรณ์ - รถรับส่ง รพ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</b> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตกร - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา	<b>ระยะสั้น</b> - <b>ระยะยาว</b> - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นางจรีรัตน์ ถาวรเจริญ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

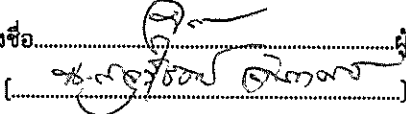
ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
[.....]

ลงชื่อ.....อปท.  
[.....]

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

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

ชื่อ นายพอด ใจมิตร เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3900101057403	ที่อยู่ 17/3 ม.6 ต.ทุ่งสถาน อ. คลองหอยโข่ง จ. สงขลา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 30 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 01 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2481 (อายุ 85 ปี)	วินิจฉัย : ADL=6, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : แขนขาอ่อนแรงซีกซ้าย กระดูกเสื่อม	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,100 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ - ค่าตอบแทน cg 3600 บาท - ค่าตอบแทน CM 600 บาท ค่าตอบแทนจัด ทำ CP 100 บาท แพมเพอส 1800	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ</li> <li>- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา</li> <li>- สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้</li> <li>- ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้</li> <li>- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้</li> <li>- อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย</li> </ul>	<b>การดูแลพยาบาลทั่วไป</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)</li> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)</li> <li>- การอาบน้ำ</li> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป</li> <li>- โภชนาการ</li> </ul> <b>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด</li> <li>- ช่องปาก [oral]</li> <li>- อวัยวะสืบพันธุ์ [Genital organs]</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>
<b>การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้</b>		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ่าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน		
<b>ข้อควรระวังในการให้บริการ</b>	<b>เป้าหมายการดูแล</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การพลัดตกหกล้ม</li> <li>- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา</li> <li>- ข้อติด/ข้อเท้าตก</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> </ul>	<b>ระยะสั้น</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 1 เดือน</li> <li>- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน</li> <li>- ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน</li> <li>- การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน</li> <li>- ฟันฟุสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน</li> </ul> <b>ระยะยาว</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้</li> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ที่อยู่อาศัยเหมาะสม</li> <li>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ</li> <li>- ไม่เกิดแผลกดทับ</li> </ul>	
ผู้จัดทำ Care plan นางจุรีรัตน์ ทวารเจริญ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  


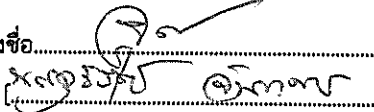
ลงชื่อ.....อปท.  
 [.....]

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



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

ชื่อ นายช่วง รัตนพันธ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3901100396621	ที่อยู่ 11 ม.5 ต.ทุ่งลานอ. คลองหอยโข่ง จ. สงขลา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 30 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 30 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2473 (อายุ 93 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : พิการขาอ่อนแรง 2 ข้าง หลังล้ม	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,700 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ - ค่าตอบแทน cg 3600 บาท - ค่าตอบแทน CM 600 บาท ค่าตอบแทนจัด ทำ CP 100 บาท-แพมเพอส 2400 บาท	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้</li> <li>- ความสามารถในการมองเห็น</li> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ</li> <li>- สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้</li> <li>- ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้</li> <li>- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้</li> <li>- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</li> <li>- ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต</li> <li>- อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย</li> </ul>	<b>การดูแลพยาบาลทั่วไป</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)</li> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)</li> <li>- การอาบน้ำ</li> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป</li> <li>- โภชนาการ</li> </ul> <b>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ซ่อมปาก (oral)</li> <li>- บริการพิเศษอื่นๆ</li> <li>- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> <li>- รถรับส่ง รพ</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การพลัดตกหกล้ม</li> <li>- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> </ul>	<b>ระยะสั้น</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน</li> <li>- ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 1 เดือน</li> <li>- ได้รับยานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน</li> <li>- ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน</li> <li>- พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน</li> <li>- การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน</li> <li>- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน</li> </ul> <b>ระยะยาว</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้</li> <li>- ที่อยู่อาศัยเหมาะสม</li> <li>- มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น</li> <li>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</li> <li>- ไม่เกิดแผลกดทับ</li> </ul>	
ผู้จัดทำ Care plan นางจรรีรัตน์ ถาวรเจริญ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	


ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  


ลงชื่อ.....อปท.  
 (.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน  
 (.....)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางน้อม รัตนพันธ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3901100396311	ที่อยู่ 8 ม.5 ต.ทุ่งลานอ. คลองหอยโข่ง จ. สงขลา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 30 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 24 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2473 (อายุ 93 ปี)	วินิจฉัย : ADL=6, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : พาร์กินสัน แขนขาอ่อนแรง แผลกดทับบริเวณสะโพก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,200 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ - ค่าตอบแทนจัดทำ CP 100 ค่าตอบแทน cg 3600 บาท - ค่าตอบแทน CM 600 บาท - ค่าแพมเพอส 900	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ  การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ทืออยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางจุรีรัตน์ ถาวรเจริญ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
  
 [น. น้อม รัตนพันธ์] (.....)

ลงชื่อ.....อปท.  
 [.....]

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

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

ชื่อ นางสาวเนียง แก้วสกุล เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3901100399468	ที่อยู่ 38 ม.5 ต.ทุ่งลานอ. คลองหอยโข่ง จ. สงขลา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 30 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 30 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2483 (อายุ 83 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : กระดูกสะโพกเคลื่อน เบาหวาน ความดันสูง หัวใจโต เหนื่อยง่าย พาร์กินสัน	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 10,900 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ - ค่าตอบแทน cg 7200 บาท - ค่าตอบแทน CM 1200 บาท ค่าตอบแทน จัดทำ CP 100 บาท แพมเพอส2400 บาท	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กลืนปัสสาวะไม่ได้</li> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- ช่องปากไม่สะอาด</li> <li>- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ</li> <li>- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา</li> <li>- รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา</li> <li>- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้</li> <li>- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</li> <li>- อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย</li> <li>- ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต</li> </ul>	<p><b>การดูแลพยาบาลทั่วไป</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)</li> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)</li> <li>- การอาบน้ำ</li> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป</li> <li>- โภชนาการ</li> </ul> <p><b>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ช่องปาก (oral)</li> <li>- บริการพิเศษอื่นๆ</li> <li>- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด</li> <li>- อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs)</li> </ul> <p><b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> </ul> <p><b>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>
<b>การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้</b>		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน		
<b>ข้อควรระวังในการให้บริการ</b>	<b>เป้าหมายการดูแล</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การกินอาหาร/สำลักอาหาร</li> <li>- การพลัดตกหกล้ม</li> <li>- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา</li> <li>- ข้อติด/ข้อเท้าตก</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> </ul>	<p><b>ระยะสั้น</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มีแผลกดทับ ภายใน null null</li> <li>- ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน null null</li> <li>- ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนและการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ภายใน null null</li> <li>- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน null null</li> <li>- ไม่พบแพทย์ตามนัด ภายใน null null</li> <li>- รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน null null</li> <li>- ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน null null</li> <li>- การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน null null</li> <li>- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน null null</li> </ul> <p><b>ระยะยาว</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ที่อยู่อาศัยเหมาะสม</li> <li>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ</li> <li>- ไม่เกิดแผลกดทับ</li> </ul>	
ผู้จัดทำ Care plan นางจุรีรัตน์ ถาวรเจริญ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

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

ลงชื่อ.....อปท.  
[.....]

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

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

ชื่อ นางฉิม แก้วจุลกาญจน์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3901100402141	ที่อยู่ 56/1 ม.5 ต.ทุ่งลาน อ. คลองหอยโข่ง จ. สงขลา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 30 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 24 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2479 [อายุ 87 ปี]	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เบาหวาน ความดันโลหิตสูง อ่อนแรงขา 2ข้าง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 4,900 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ - ค่าตอบแทน cg 1800 บาท - ค่าตอบแทน CM 600 บาท -ค่าตอบแทน จัดทำ CP100 บาท-ค่าแพมเพอส 2400 บาท	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ <b>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</b> - ช่องปาก (oral) - บริการพิเศษอื่นๆ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
<b>การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้</b>		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ่าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน	<b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b> - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - รถรับส่ง รพ	
<b>ข้อควรระวังในการให้บริการ</b>	<b>เป้าหมายการดูแล</b>	
- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	<b>ระยะสั้น</b> - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 1 เดือน - รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน  <b>ระยะยาว</b> - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้	
ผู้จัดทำ Care plan นางจุรีรัตน์ ถาวรเจริญ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
[นางจุรีรัตน์ ๑๒๓๔๕]

ลงชื่อ.....อปท.  
[.....]

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



แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางถนอม รัตนพันธ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3901100384941	ที่อยู่ 107/2 ม.8 ต.ทุ่งลานอ. คลองหอยโข่ง จ. สงขลา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 30 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 09 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2482 (อายุ 84 ปี)	วินิจฉัย : ADL=6, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : แขนขาอ่อนแรง สมองเสื่อม	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,700 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ - ค่าตอบแทน cg 3600บาท - ค่าตอบแทน CM 600บาท - ค่า ตอบแทนจัดทำ CP 100 แพมเพอส 2400	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ช่องปากไม่สะอาด - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ  การดูแลพยาบาลเฉพาะ - อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - รถรับส่ง รพ. การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สาลักอาหาร - การพัสติดกหกถ่ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 1 เดือน - รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ฟันฟูสภาพของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน  ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นางจุรีรัตน์ ธารวจเจริญ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
[นางจุรีรัตน์ ธารวจเจริญ]

ลงชื่อ.....อพท.  
[.....]

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

สรุปผลการดำเนินงานจัดบริการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ประจำปีงบประมาณ 2565

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

	กลุ่ม	ADL ก่อนดำเนินการ	ADL หลังดำเนินการ			เปลี่ยนกลุ่ม	เสียชีวิต
			คงเดิม	เพิ่มขึ้น	ลดลง		
	กลุ่ม1						
1	นายสุชาติ มุสิกพันธ์	10	10	0	0	0	0
2	นางมาณี ยูงทอง	11	11	0	0	0	0
3	นางฉิม แก้วจุลกาญจน์	11	11	0	0	0	0
4	นางฉิม แก้วนิล	8	8	0	0	0	0
5	นางอวบ เพ็ชรสุวรรณ	10	0	0	0	0	1
6	นางฉ้าย พรหมจันทร์	10	10	0	0	0	0
7	นายชีพ ทองนุ่น	9	0	0	8	0	0
	กลุ่ม2						
8	นายช่วง รัตนพันธ์	9			8		0
9	นายจิระวัฒน์ มงคลรัตน์	6	6	0	0	0	0
10	นายดิษฐ์ มะลิวัลย์	8	8	0	0	0	0
11	นางสีพัท จินนะรัตน์	5	0	0	0	0	1
	กลุ่ม3						
12	นายฤเดช เลื่อนมา	6	0	0	0	0	1
13	นางถนอม รัตนพันธ์	6	6	0	0	0	0
14	นางน้อม รัตนพันธ์	6	6	0	0	0	0
15	นายผอด ใจมิตร	6	6	0	0	0	0
16	นางอารมณี ปิ่นมณี	6	6	0	0	0	0
17	นางเสียน แก้วสมบูรณ์	4	0	0	0	0	1
18	สมพร เพชรสวัสดิ์	6	6	0	0	0	0
19	นายจำเริญ แก้วมรกฏ	9	5	0	0	0	0
20	นางดวง ศิริพันธ์	9	0	0	0	0	1
	กลุ่ม4						
21	พ.อ.อดุล เชื้อทอง	4	4	0	0	0	0
22	นางละเอียด เลื่อนมา	6	6	0	0	0	0
23	นางริน แก้วสุวรรณ	4	4	0	0	0	0
24	นายสงวน แก้วนิล	0	0	0	0	0	1
25	นางสำเนียง แก้วสกุล	4	4	0	0	0	0
26	นางพวง แก้วอุไทย	4	0	0	0	0	1
	รวม 26 ราย		14	3	2	0	7

## สำหรับการเบิกจ่ายในการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง

แบ่งเป็น ๒ ฝั่ง

๑. Cm อัตราการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง เดือนละ ๑ ครั้ง ครั้งละ ๑ ชั่วโมง อัตราการดูแลต่อครั้ง ๙๐ บาท จำนวน ๑๒ เดือน (ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงทุกคน ได้รับการดูแลจาก Cm เดือนละครั้ง รวมทั้งสิ้น ๑๒ ครั้งต่อ ๑ คน)

๒. ส่วนของ Cg มี ๖ คน คือ นางวนิษา หนูประดับ, นางสาวจจา บุญชูช่วย, นางสาวเกษภาพร อ่อนเจริญ, นางเฉลา เส็งสกุล, นางปณิตา ทองนุ้ย, นางสาวสิริขวัญ หนูทิพย์ โดยแบ่งผู้ดูแลกันตามกลุ่ม ADL แบ่งการดูแล ๔ กลุ่ม ดังนี้

กลุ่ม	Cg	Case	ระยะเวลาการดูแล
กลุ่ม ๑	นางวนิษา หนูประดับ	นางมาณี ยุงทอง นางฉ้าย พรหมจันทร์	ดูแลครั้งละ ๑.๓๐ ชั่วโมง อัตราการดูแลต่อครั้ง ๙๕ บาท ดูแล ๒ ครั้ง ต่อ เดือน
	นางปณิตา ทองนุ้ย	นายสุชาติ มุสิกพันธ์	
	นางจจา บุญชูช่วย	นางซิม แก้วนิล	
	นางเฉลา เส็งสกุล	นางฉิม แก้วจุลกาญจน์	
	นางสาวเกษภาพร อ่อนเจริญ	นายชีพ ทองนุ่น	
กลุ่ม ๒	นางจจา บุญชูช่วย	นางสีพัท จินนระรัตน นายจำเริญ แก้วมรกฏ	ดูแลครั้งละ ๑.๓๐ ชั่วโมง อัตราการดูแลต่อครั้ง ๙๕ บาท ดูแล ๔ ครั้ง ต่อ เดือน
	นางวนิษา หนูประดับ	นายสมพร เพชรสวัสดิ์	
	นางเฉลา เส็งสกุล	นายผอด ใจมิตร นางอารม ปิ่นมณี นายดิษ มะลิวัลย์	
	นางสิริขวัญ หนูทิพย์	นายชวง รัตนพันธ์ นางน้อม รัตนพันธ์	
	นางสาวเกษภาพร อ่อนเจริญ	นายฤเดช เลื่อนมา นางดวง ศิริพันธ์	
	นางปณิตา ทองนุ้ย	นางอวบ เพ็ชรสุวรรณ นางถนอม รัตนพันธ์ นายจิระวัฒน์ มงคลรัตน์	
กลุ่ม ๓	-	-	-
กลุ่ม ๔	นางสิริขวัญ หนูทิพย์	นางสำเนียง แก้วสกุล	ดูแลครั้งละ ๑.๓๐ ชั่วโมง อัตราการดูแลต่อครั้ง ๙๕ บาท ดูแล ๘ ครั้ง ต่อ เดือน
	นางจจา บุญชูช่วย	นางริน แก้วสุวรรณ	
	นางเฉลา เส็งสกุล	นางพวง แก้วอุไทย	
	นางวนิษา หนูประดับ	นางเลี่ยน แก้วสมบูรณ์	
	นางสาวเกษภาพร อ่อนเจริญ	นายสงวน แก้วนิล	
	นางปณิตา ทองนุ้ย	นายอดุล เชื้อทอง นางลออ เลื่อนมา	



รายงานการประชุมคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการบริการ  
ดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง  
เทศบาลตำบลทุ่งลาน อำเภอคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา  
ครั้งที่ ๑/๒๕๖๕

วันที่ ๒๗ เดือน มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เวลา ๑๔.๐๐ น.  
ณ ห้องประชุมสภาเทศบาลตำบลทุ่งลาน

\*\*\*\*\*

ผู้เข้าประชุม จำนวน ๗ คน  
ผู้เข้าร่วมประชุม จำนวน ๘ คน  
ผู้ที่ไม่เข้าร่วมประชุม จำนวน ๓ คน  
เริ่มประชุมเวลา ๑๔.๐๐ น.

ประธานอนุกรรมการ สวัสดิ์ศรีรับ กระผม นายประสิทธิ์ แก้วมรกต ในฐานะประธานอนุกรรมการ  
ขอเปิด ประชุมคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการบริการดูแลระยะยาว  
สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลทุ่งลาน ครั้งที่ ๑/๒๕๖๕ โดยขอเริ่ม  
ระเบียบวาระที่ ๑ เรื่อง ประธานแจ้งที่ประชุมทราบ ครับ

ระเบียบวาระที่ ๑ เรื่อง ประธานแจ้งที่ประชุมทราบ

ประธานอนุกรรมการ ไม่มี

ระเบียบวาระที่ ๒ รับรองรายงานการประชุม

ประธานอนุกรรมการ รับรองรายงานการประชุมครั้งที่ ๑/๒๕๖๔ วันที่ ๒๘ มกราคม ๒๕๖๔  
มติที่ประชุม ที่ประชุมมีมติเห็นชอบ รับรองรายงานการประชุม ครั้งที่ ๑/๒๕๖๔ วันที่ ๒๘  
มกราคม ๒๕๖๔

ประธานอนุกรรมการ เมื่อรับรองรายงานการประชุมแล้ว ขอเข้าสู่วาระการประชุมที่ ๓ และขอให้  
ทาง CM นำเสนอ ตามรายละเอียดวาระการประชุม ได้เลยครับ

ระเบียบวาระที่ ๓ เรื่องที่จะพิจารณา/ให้ความเห็นชอบ

นำเสนอรายชื่อผู้สูงอายุเพื่อพิจารณาให้ตามแผนการดูแลรายบุคคล (care  
plan) ปี ๒๕๖๕

สรุปผลการเบิกจ่ายงบประมาณดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ปี ๒๕๖๔  
สรุปผลการดำเนินงานจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ปี ๒๕๖๔

ในปี ๒๕๖๔ ได้มีการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน ๒๑ ราย ผลการดูแล ADL คงเดิม จำนวน ๑๐ ราย ADL เพิ่มขึ้น จำนวน ๓ ราย ADL ลดลง จำนวน ๓ ราย เปลี่ยนกลุ่ม จำนวน ๑ ราย (จากกลุ่ม ๓ กลายเป็น กลุ่ม ๔) และเสียชีวิต จำนวน ๔ ราย ในปี ๒๕๖๕ ขออนุญาตนำเสนอแผนการจัดบริการดูแล ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของตำบลทุ่งลาน มีผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่เสนอ เพื่อรับการดูแลรายบุคคล ทั้งหมด ๒๖ ราย ซึ่งจะขอนำเสนอรายชื่อเพื่อพิจารณา ดังนี้

- นายชีพ ทองนุ่น (รายเก่า) ADL = ๙ คะแนน จัดอยู่ในกลุ่มที่ ๑ อายุ ๗๐ ปี ที่อยู่ ๙๙/๔ หมู่ที่ ๗ มีปัญหาสุขภาพในเรื่อง ผู้ป่วย Stroke แขนขาอ่อนแรงซีกขวา ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน ๓,๔๐๐ บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าตอบแทน Cg ๑,๘๐๐ บาท ค่าตอบแทน Cm ๖๐๐ บาท ค่า CP ๑๐๐ บาท ค่าอุปกรณ์การแพทย์ ๙๐๐ บาท (เบิกจากงบประมาณกองทุน LTC ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ)

- นายสุชาติ มุสิกพันธ์ (รายเก่า) ADL = ๑๐ คะแนน จัดอยู่ในกลุ่มที่ ๑ อายุ ๖๙ ปี ที่อยู่ ๙/๑ หมู่ที่ ๑ มีปัญหาสุขภาพในเรื่อง แขนขาขวาอ่อนแรง ความดันโลหิตสูง ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน ๓,๔๐๐ บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าตอบแทน Cg ๑,๘๐๐ บาท ค่าตอบแทน Cm ๖๐๐ บาท ค่า CP ๑๐๐ บาท ค่าอุปกรณ์การแพทย์ ๙๐๐ บาท (เบิกจากงบประมาณกองทุน LTC ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ)

- นางฉิม แก้วนิล (รายเก่า) ADL = ๘ คะแนน จัดอยู่ในกลุ่มที่ ๑ อายุ ๙๖ ปี ที่อยู่ ๓๗/๒ หมู่ที่ ๔ มีปัญหาสุขภาพในเรื่อง กระดูกเสื่อม ความดันโลหิตสูง หอบหืด ต้อกระจก ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน ๓,๔๐๐ บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าตอบแทน Cg ๑,๘๐๐ บาท ค่าตอบแทน Cm ๖๐๐ บาท ค่า CP ๑๐๐ บาท ค่าอุปกรณ์การแพทย์ ๙๐๐ บาท (เบิกจากงบประมาณกองทุน LTC ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ)

- นางฉิม แก้วจุลกาญจน์ (รายเก่า) ADL = ๑๑ คะแนน จัดอยู่ในกลุ่มที่ ๑ อายุ ๘๕ ปี ที่อยู่ ๕๖/๑ หมู่ที่ ๕ มีปัญหาสุขภาพในเรื่อง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ขา ๒ ข้างอ่อนแรง ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน ๓,๔๐๐ บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าตอบแทน Cg ๑,๘๐๐ บาท ค่าตอบแทน Cm ๖๐๐ บาท ค่า CP ๑๐๐ บาท ค่าอุปกรณ์การแพทย์ ๙๐๐ บาท (เบิกจากงบประมาณกองทุน LTC ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ)

- นางมาณี ยุงทอง (รายได้) ADL = ๑๑ คะแนน จัดอยู่ในกลุ่มที่ ๑ อายุ ๖๘ ปี ที่อยู่ ๑/๑ หมู่ที่ ๙ มีปัญหาสุขภาพในเรื่อง เบาหวาน กล้ามเนื้ออ่อนแรง ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน ๓,๔๐๐ บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าตอบแทน Cg ๑,๘๐๐ บาท ค่าตอบแทน Cm ๖๐๐ บาท ค่า CP ๑๐๐ บาท ค่าอุปกรณ์การแพทย์ ๙๐๐ บาท (เบิกจากงบประมาณกองทุน LTC ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ)

- นางฉ้าย พรหมจันทร์ (รายได้) ADL = ๑๐ คะแนน จัดอยู่ในกลุ่มที่ ๑ อายุ ๘๗ ปี ที่อยู่ ๑๙ หมู่ที่ ๑ มีปัญหาสุขภาพในเรื่อง โรคกระดูกเสื่อม ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน ๓,๔๐๐ บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าตอบแทน Cg ๑,๘๐๐ บาท ค่าตอบแทน Cm ๖๐๐ บาท ค่า CP ๑๐๐ บาท ค่าอุปกรณ์การแพทย์ ๙๐๐ บาท (เบิกจากงบประมาณกองทุน LTC ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ)

- นายช่วง รัตนพันธ์ (รายได้) ADL = ๙ คะแนน จัดอยู่ในกลุ่มที่ ๒ อายุ ๙๑ ปี ที่อยู่ ๑๑ หมู่ที่ ๕ มีปัญหาสุขภาพในเรื่อง พิการขาอ่อนแรง ๒ ข้าง หลงลืม ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน ๕,๒๐๐ บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าตอบแทน Cg ๓,๖๐๐ บาท ค่าตอบแทน Cm ๖๐๐ บาท ค่า CP ๑๐๐ บาท ค่าอุปกรณ์การแพทย์ ๙๐๐ บาท (เบิกจากงบประมาณกองทุน LTC ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ)

- นายฤเดช เลื่อนมา (รายได้) ADL = ๖ คะแนน จัดอยู่ในกลุ่มที่ ๒ อายุ ๖๔ ปี ที่อยู่ ๔๘/๒ หมู่ที่ ๓ มีปัญหาสุขภาพในเรื่อง ความดันโลหิตสูง ร่ายกาย ซีกซ้ายอ่อนแรง ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน ๕,๒๐๐ บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าตอบแทน Cg ๓,๖๐๐ บาท ค่าตอบแทน Cm ๖๐๐ บาท ค่า CP ๑๐๐ บาท ค่าอุปกรณ์การแพทย์ ๙๐๐ บาท (เบิกจากงบประมาณกองทุน LTC ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ)

- นางอรม ปันมณี (รายได้) ADL = ๖ คะแนน จัดอยู่ในกลุ่มที่ ๒ อายุ ๖๘ ปี ที่อยู่ ๒๑/๑ หมู่ที่ ๖ มีปัญหาสุขภาพในเรื่อง ผู้ป่วย Stroke แขนขาอ่อนแรง ซีกขวา เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน ๖,๑๐๐ บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าตอบแทน Cg ๓,๖๐๐ บาท ค่าตอบแทน Cm ๖๐๐ บาท ค่า CP ๑๐๐ บาท ค่าอุปกรณ์การแพทย์ ๑,๘๐๐ บาท (เบิกจากงบประมาณกองทุน LTC ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ)

- นายสมพร เพชรสวัสดิ์ (รายได้) ADL = ๖ คะแนน จัดอยู่ในกลุ่มที่ ๒ อายุ ๖๗ ปี ที่อยู่ ๑๓๖/๑ หมู่ที่ ๓ มีปัญหาสุขภาพในเรื่อง ความดันโลหิตสูง หลอด

เลือดสมองตีบ แขนขาอ่อนแรงซีกซ้าย ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน ๕,๒๐๐ บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าตอบแทน Cg ๓,๖๐๐ บาท ค่าตอบแทน Cm ๖๐๐ บาท ค่า CP ๑๐๐ บาท ค่าอุปกรณ์การแพทย์ ๕๐๐ บาท (เบิกจากงบประมาณกองทุน LTC ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ)

- นายดิช มะลิวัลย์ (รายเก่า) ADL = ๘ คะแนน จัดอยู่ในกลุ่มที่ ๒ อายุ ๗๑ ปี ที่อยู่ ๗๙ หมู่ที่ ๘ มีปัญหาสุขภาพในเรื่อง ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมองตีบ แขนขาอ่อนแรงซีกซ้าย ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน ๖,๑๐๐ บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าตอบแทน Cg ๓,๖๐๐ บาท ค่าตอบแทน Cm ๖๐๐ บาท ค่า CP ๑๐๐ บาท ค่าอุปกรณ์การแพทย์ ๑,๘๐๐ บาท (เบิกจากงบประมาณกองทุน LTC ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ)

- นางอวบ เพ็ชรสุวรรณ (รายเก่า) ADL = ๑๐ คะแนน จัดอยู่ในกลุ่มที่ ๒ อายุ ๘๔ ปี ที่อยู่ ๑๘/๑ หมู่ที่ ๙ มีปัญหาสุขภาพในเรื่อง เบาหวาน หลงลืม ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน ๕,๒๐๐ บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าตอบแทน Cg ๓,๖๐๐ บาท ค่าตอบแทน Cm ๖๐๐ บาท ค่า CP ๑๐๐ บาท ค่าอุปกรณ์การแพทย์ ๕๐๐ บาท (เบิกจากงบประมาณกองทุน LTC ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ)

- นายผอด ใจมิตร (รายเก่า) ADL = ๖ คะแนน จัดอยู่ในกลุ่มที่ ๒ อายุ ๘๓ ปี ที่อยู่ ๑๗/๓ หมู่ที่ ๖ มีปัญหาสุขภาพในเรื่อง แขนขาอ่อนแรงซีกซ้าย กระดูกเสื่อม ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน ๕,๒๐๐ บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าตอบแทน Cg ๓,๖๐๐ บาท ค่าตอบแทน Cm ๖๐๐ บาท ค่า CP ๑๐๐ บาท ค่าอุปกรณ์การแพทย์ ๕๐๐ บาท (เบิกจากงบประมาณกองทุน LTC ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ)

- นางสีพัท จินนระรัตน์ (รายเก่า) ADL = ๕ คะแนน จัดอยู่ในกลุ่มที่ ๒ อายุ ๘๔ ปี ที่อยู่ ๔๗ หมู่ที่ ๗ มีปัญหาสุขภาพในเรื่อง ความดัน เบาหวาน กระดูกสะโพกเคลื่อน ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน ๕,๒๐๐ บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าตอบแทน Cg ๓,๖๐๐ บาท ค่าตอบแทน Cm ๖๐๐ บาท ค่า CP ๑๐๐ บาท ค่าอุปกรณ์การแพทย์ ๕๐๐ บาท (เบิกจากงบประมาณกองทุน LTC ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ)

- นายจำเริญ แก้วมรกฏ (รายใหม่) ADL = ๙ คะแนน จัดอยู่ในกลุ่มที่ ๒ อายุ ๗๕ ปี ที่อยู่ ๔๖/๒ หมู่ที่ ๙ มีปัญหาสุขภาพในเรื่อง เบาหวาน ความดันสูง หัวใจโต กล้ามเนื้ออ่อนแรง ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน ๕,๒๐๐ บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าตอบแทน Cg ๓,๖๐๐ บาท

ค่าตอบแทน Cm ๖๐๐ บาท ค่า CP ๑๐๐ บาท ค่าอุปกรณ์การแพทย์ ๙๐๐ บาท  
(เบิกจากงบประมาณกองทุน LTC ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ)

- นางณอม รัตนพันธ์ (รายใหม่) ADL = ๖ คะแนน จัดอยู่ในกลุ่มที่ ๒  
อายุ ๘๒ ปี ที่อยู่ ๑๐๗/๒ หมู่ที่ ๘ มีปัญหาสุขภาพในเรื่อง แขนขาอ่อนแรง สมอง  
เสื่อม ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน ๕,๒๐๐ บาท  
โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าตอบแทน Cg ๓,๖๐๐ บาท ค่าตอบแทน Cm ๖๐๐ บาท  
ค่า CP ๑๐๐ บาท ค่าอุปกรณ์การแพทย์ ๙๐๐ บาท (เบิกจากงบประมาณกองทุน  
LTC ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ)

- นางดวง ศิริพันธ์ (รายใหม่) ADL = ๙ คะแนน จัดอยู่ในกลุ่มที่ ๒  
อายุ ๘๖ ปี ที่อยู่ ๒/๑ หมู่ที่ ๑ มีปัญหาสุขภาพ ด้วยผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดใน  
สมองอุดตัน แขนขาอ่อนแรงซีกขวา ความดันโลหิตสูง ขอรับการสนับสนุน  
งบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน ๕,๒๐๐ บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้  
ค่าตอบแทน Cg ๓,๖๐๐ บาท ค่าตอบแทน Cm ๖๐๐ บาท ค่า CP ๑๐๐ บาท ค่า  
อุปกรณ์การแพทย์ ๙๐๐ บาท (เบิกจากงบประมาณกองทุน LTC ศูนย์พัฒนา  
คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ)

- นางน้อม รัตนพันธ์ (รายใหม่) ADL = ๖ คะแนน จัดอยู่ในกลุ่มที่ ๒  
อายุ ๙๑ ปี ที่อยู่ ๘ หมู่ที่ ๕ มีปัญหาสุขภาพในเรื่อง พาร์กินสัน แขนขาอ่อนแรง  
แผลกดทับบริเวณสะโพก ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวน  
เงิน ๕,๒๐๐ บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าตอบแทน Cg ๓,๖๐๐ บาท ค่าตอบแทน  
Cm ๖๐๐ บาท ค่า CP ๑๐๐ บาท ค่าอุปกรณ์การแพทย์ ๙๐๐ บาท (เบิกจาก  
งบประมาณกองทุน LTC ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ)

- นางเลี่ยน แก้วสมบูรณ์ (รายเก่า) ADL = ๔ คะแนน จัดอยู่ในกลุ่มที่ ๔  
อายุ ๘๒ ปี ที่อยู่ ๖๓ หมู่ที่ ๓ มีปัญหาสุขภาพในเรื่อง ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม  
กล้ามเนื้ออ่อนแรง ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน  
๙,๔๐๐ บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าตอบแทน Cg ๗,๒๐๐ บาท ค่าตอบแทน  
Cm ๑,๒๐๐ บาท ค่า CP ๑๐๐ บาท ค่าอุปกรณ์การแพทย์ ๙๐๐ บาท (เบิกจาก  
งบประมาณกองทุน LTC ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ)

- นายสงวน แก้วนิล (รายเก่า) ADL = ๔ คะแนน จัดอยู่ในกลุ่มที่ ๔  
อายุ ๘๒ ปี ที่อยู่ ๕๘/๓ หมู่ที่ ๓ มีปัญหาสุขภาพในเรื่อง ลมชัก ขอรับการสนับสนุน  
งบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน ๑๐,๓๐๐ บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้  
ค่าตอบแทน Cg ๗,๒๐๐ บาท ค่าตอบแทน Cm ๑,๒๐๐ บาท ค่า CP ๑๐๐ บาท ค่า

อุปกรณ์การแพทย์ ๑,๘๐๐ บาท (เบิกจากงบประมาณกองทุน LTC ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ)

- นางสาวเนียง แก้วสกุล (รายเก่า) ADL = ๔ คะแนน จัดอยู่ในกลุ่มที่ ๔ อายุ ๘๑ ปี ที่อยู่ ๓๘ หมู่ที่ ๕ มีปัญหาสุขภาพในเรื่อง กระดูกสะโพกเคลื่อน เบาหวาน ความดันสูง หัวใจโต เหนื่อยง่าย พาร์กินสัน ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน ๙,๔๐๐ บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าตอบแทน Cg ๗,๒๐๐ บาท ค่าตอบแทน Cm ๑,๒๐๐ บาท ค่า CP ๑๐๐ บาท ค่าอุปกรณ์การแพทย์ ๙๐๐ บาท (เบิกจากงบประมาณกองทุน LTC ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ)

- นายอดุล เขื่อนทอง (รายใหม่) ADL = ๔ คะแนน จัดอยู่ในกลุ่มที่ ๔ อายุ ๗๕ ปี ที่อยู่ ๑๑๐ หมู่ที่ ๗ มีปัญหาสุขภาพในเรื่อง หลอดเลือดในสมองอุดตัน แขนขาอ่อนแรงซีกขวา ความดันโลหิตสูง เจาะคอ ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน ๙,๔๐๐ บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าตอบแทน Cg ๗,๒๐๐ บาท ค่าตอบแทน Cm ๑,๒๐๐ บาท ค่า CP ๑๐๐ บาท ค่าอุปกรณ์การแพทย์ ๙๐๐ บาท (เบิกจากงบประมาณกองทุน LTC ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ)

- นางพวง แก้วอุไทย (รายใหม่) ADL = ๔ คะแนน จัดอยู่ในกลุ่มที่ ๔ อายุ ๘๔ ปี ที่อยู่ ๑๘/๑ หมู่ที่ ๖ มีปัญหาสุขภาพในเรื่อง ผู้ป่วย Stroke แขนขาอ่อนแรงซีกขวา เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน ๙,๔๐๐ บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าตอบแทน Cg ๗,๒๐๐ บาท ค่าตอบแทน Cm ๑,๒๐๐ บาท ค่า CP ๑๐๐ บาท ค่าอุปกรณ์การแพทย์ ๙๐๐ บาท (เบิกจากงบประมาณกองทุน LTC ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ)

- นางริน แก้วสุวรรณ (รายใหม่) ADL = ๔ คะแนน จัดอยู่ในกลุ่มที่ ๔ อายุ ๘๑ ปี ที่อยู่ ๑๓๐/๑ หมู่ที่ ๙ มีปัญหาสุขภาพด้วยโรคหลอดเลือดในสมองอุดตัน แขนขาอ่อนแรงซีกขวา พาร์กินสัน สมองเสื่อม ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน ๙,๔๐๐ บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าตอบแทน Cg ๗,๒๐๐ บาท ค่าตอบแทน Cm ๑,๒๐๐ บาท ค่า CP ๑๐๐ บาท ค่าอุปกรณ์การแพทย์ ๙๐๐ บาท (เบิกจากงบประมาณกองทุน LTC ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ)

- นางละออ เลื่อนมา (รายเก่า) ADL = ๔ คะแนน จัดอยู่ในกลุ่มที่ ๔ อายุ ๘๖ ปี ที่อยู่ ๔๘/๒ หมู่ที่ ๓ มีปัญหาสุขภาพในเรื่อง กระดูกสะโพกเคลื่อน เบาหวาน ความดันสูง หัวใจโต เหนื่อยง่าย แผลกดทับบริเวณสะโพก ขอรับการ

สนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน ๘,๙๐๐ บาท โดยมีรายละเอียด ดังนี้ ค่าตอบแทน Cg ๗,๒๐๐ บาท ค่าตอบแทน Cm ๑,๒๐๐ บาท ค่า CP ๑๐๐ บาท ค่าอุปกรณ์การแพทย์ ๔๐๐ บาท (เบิกจากงบประมาณกองทุน LTC ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ)

- นายจิระวัฒน์ มงคลรัตน์ (รายใหม่) ADL = ๖ คะแนน จัดอยู่ในกลุ่มที่ ๒ อายุ ๖๐ ปี ที่อยู่ ๔๐/๑ หมู่ที่ ๒ มีปัญหาสุขภาพในเรื่อง ภาวะไตวาย โรคหลอดเลือดสมอง แขนขาอ่อนแรง ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน ๕,๒๐๐ บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าตอบแทน Cg ๓,๖๐๐ บาท ค่าตอบแทน Cm ๖๐๐ บาท ค่า CP ๑๐๐ บาท ค่าอุปกรณ์การแพทย์ ๙๐๐ บาท (เบิกจากงบประมาณกองทุน LTC ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ)

สรุป ทั้งหมดนำเสนอไป ๒๖ ราย เป็นรายเก่า ๑๘ ราย รายใหม่ ๘ ราย เฉลี่ยค่าใช้จ่ายรายคนๆละ ๖,๐๐๐ บาท รวมเป็นเงินทั้งหมด ๑๕๖,๐๐๐ บาท ไม่ทราบว่าคณะกรรมการท่านใดมีข้อสงสัย หรือข้อชี้แนะเพิ่มเติม สามารถสอบถามรายละเอียดได้ค่ะ

ประธานอนุกรรมการ : ถ้าไม่มีใครสอบถามเพิ่มเติม นำเสนอสรุปผลการเบิกจ่ายงบประมาณดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ปี ๒๕๖๔ ต่อได้เลยครับ

คณะอนุกรรมการ : นางสาวจุรีรัตน์ จันทการ ขอนำเสนอสรุปผลการเบิกจ่ายงบประมาณดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ปี ๒๕๖๔ ดังนี้ค่ะ สำหรับการเบิกจ่ายในการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง แบ่งเป็น ๒ ฝ่าย

๑. Cm อัตราการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง เดือนละ ๑ ครั้ง ครั้งละ ๑ ชั่วโมง อัตราการดูแลต่อครั้ง ๙๐ บาท จำนวน ๑๒ เดือน (ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงทุกคน ได้รับการดูแลจาก Cm เดือนละครั้ง รวมทั้งสิ้น ๑๒ ครั้งต่อ ๑ คน)

๒. ส่วนของ Cg มี ๖ คน คือ นางวนิษา หนูประดับ, นางสาวจจา บุญช่วย, นางสาวเกศภาพร อ่อนเจริญ, นางเฉลา เส็งสกุล, นางปณิตา ทองนุ้ย, นางสาวสิริขวัญ หนูทิพย์ โดยแบ่งผู้ดูแลกันตามกลุ่ม ADL แบ่งการดูแล ๔ กลุ่ม ดังนี้

กลุ่ม	Cg	Case	ระยะเวลาการดูแล
กลุ่ม 1	นางวนิษา หนูประดับ	นายสุชาติ มุสิกพันธ์ นางมาณี ยุงทอง นางพา สุขสวัสดิ์ นางฉ้าย พรหมจันทร์	ดูแลครั้งละ 1.30 ชั่วโมง อัตราการดูแลต่อครั้ง 75 บาท ดูแล 2 ครั้ง ต่อ เดือน
	นางปณิตา ทองนุ้ย	นายฟอง ทวานชื่น	
	นางจจา บุญช่วย	นางซิม แก้วนิล	
	นางเฉลา เส็งสกุล	นางฉิม แก้วจุลกาญจน์	
	นางสาวเกศภาพร อ่อนเจริญ	นายชีพ ทองนุ่	

กลุ่ม 2	นางสัจจา บุญชูช่วย	นายฤเดช เลื่อนมา นางอวบ เพ็ชรสุวรรณ	ดูแลครั้งละ 1.30 ชั่วโมง อัตราการดูแลต่อครั้ง 75 บาท ดูแล 4 ครั้ง ต่อ เดือน
	นางเฉลา เส็งสกุล	นายผอด ใจมิตร	
	นางสิริขวัญ หนูทิพย์	นายช่วง รัตนพันธ์	
	นางสาวเกศภาพร อ่อนเจริญ	นายดิช มะลิวัลย์ นางสีฟ้า จินนะรัตน์	
	นางปณิดา ทองนุ้ย	นางอารม ปิ่นมณี นางเลี่ยน แก้วสมบูรณ์ นายสมพร เพชรสวัสดิ์	
กลุ่ม 3	-	-	-
กลุ่ม 4	นางสิริขวัญ หนูทิพย์	นางสำเนียง แก้วสกุล นางพัช สิมมณี	ดูแลครั้งละ 2 ชั่วโมง อัตราการดูแลต่อครั้ง 100 บาท ดูแล 8 ครั้ง ต่อ เดือน
	นางสาวเกศภาพร อ่อนเจริญ	นางสุภาพ สุวรรณโณ	
	นางปณิดา ทองนุ้ย	นายสงวน แก้วนิล	

### สรุป

ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ ถึงเดือนกันยายน ๒๕๖๔ Cg เบิกจ่ายทั้งสิ้น ๕๑,๔๐๐ บาท และ Cm เบิกจ่ายทั้งสิ้น ๑๓,๙๕๐ บาท ยังเหลืออีก ๔ เดือน ที่ยังไม่เบิกจ่าย คือ เดือนตุลาคม ๒๕๖๔ ถึงเดือนมกราคม ๒๕๖๕ ซึ่งจะครบจบ ๒๕๖๔ และเบิกจ่ายค่าวัสดุในการดูแล (ผ้าอ้อมสำเร็จรูป สำลี ฯลฯ) เบิกจ่ายทั้งสิ้น ๑๔,๐๐๐ บาท ตอนนี้งบของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ ยอดเงินสะสม เมื่อวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๔ เป็นจำนวนเงิน ๘๒,๑๐๗.๕๗ บาท ซึ่งยังไม่ได้รวมที่จะเบิกในรอบของเดือนตุลาคม ๒๕๖๔ ถึงเดือนมกราคม ๒๕๖๕ ซึ่งตอนนี้ยังมีการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงอยู่

ประธานอนุกรรมการ : อนุกรรมการท่านใดมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเชิญได้ครับ ถ้าไม่มี ผมขอความเห็นชอบ สำหรับแผนการดูแลรายบุคคล (care plan) ปี ๒๕๖๕ ครับ ขอมติครับ ท่านใด เห็นชอบยกมือขึ้นครับ ผลคือทุกคนเห็นชอบนะครับ

จำนวนเสียง ๗ เสียง

เห็นชอบ ๗ เสียง

ไม่เห็นชอบ - เสียง

งดออกเสียง - เสียง

### ระเบียบวาระที่ ๔ เรื่องอื่นๆ

ประธานอนุกรรมการ : สำหรับเรื่องอื่นๆ มีนำเรียนด้วยกัน คือเรื่องกองทุนช่วยเหลือฟื้นฟูผู้ป่วยโดยขณะนี้เรามี ๒ เรื่อง ที่มีลักษณะเกี่ยวข้องกัน คือ เรื่องที่ ๑. อบจ. จัดทำโครงการที่มีลักษณะเกี่ยวกับการดูแลผู้ด้อยโอกาสทางสังคม โดยทาง อบจ. จัดส่งมอบเตียงให้กับ



รพ.คลองหอยโข่ง แต่ว่า รพ.คลองหอยโข่ง แจ้งว่าไม่มีที่จัดเก็บ ทางรพ.คลองหอยโข่ง  
ประสานมาทางผม ขอใช้พื้นที่ เทศบาลตำบลทุ่งลาน จัดเก็บเตียง ซึ่งผมรับ เพราะว่า  
เรามีอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ซึ่งทางหน่วยงานของเรามีเตียงไม่พอกับความ  
ต้องการใช้ของผู้ป่วย ซึ่งถ้าทางอบจ. นำเตียงมาไว้ที่เทศบาล ผมเห็นว่ามีประโยชน์กับ  
เราซึ่งทางเทศบาลอาจจะจัดหาสถานที่ในการเก็บให้เรียบร้อย ซึ่งมันจะเชื่อมโยงกับ  
งานของเราในการดูแลผู้สูงอายุ และทางเราคิดที่จะจัดตั้งกองทุนช่วยเหลือฟื้นฟูผู้สูง  
อายุ ซึ่งมีงบประมาณบางส่วนที่ได้รับบริจาคไว้แล้ว

เรื่องที่ ๒ กระทรวงพัฒนาสังคมได้ประกาศให้ทั่วประเทศจัดตั้งศูนย์ช่วยเหลือสังคม  
ระดับตำบลให้มีทุกตำบลในจังหวัดสงขลา ซึ่งทาง พัฒนาสังคมและความมั่นคงของ  
มนุษย์จังหวัดสงขลา ได้เลือกพื้นที่ทุ่งลาน เป็นพื้นที่นำร่อง เพื่อช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาส  
แบบครอบคลุมทุกมิติ ทุกเรื่อง ช่วยขับเคลื่อนในเรื่องสุขภาวะ ซึ่งผมให้ความสำคัญใน  
เรื่องนี้ แล้วทั้งสองส่วน ๓ องค์กร เชื่อมโยงกัน ในเรื่องของกองทุน อุปกรณ์ โดยมี  
หน่วยงานสาธารณสุขเป็นแม่ข่ายหลักน่าจะขับเคลื่อนได้ อีกอย่างฝากคณะกรรมการ  
ในเรื่องสิทธิของของข้าราชการที่สามารถใช้สิทธิได้ พยายามสำรวจอย่าให้ตกค้าง เก็บ  
รายละเอียดข้อมูลให้ครบถ้วน

คณะอนุกรรมการ : นางสาวจุรีรัตน์ จันทร์คาร ข้อมูลหมู่ ๗ มีโอกาสตกหล่นข้อมูลสูง เนื่องจากมีพื้นที่กว้าง  
และประชากรนอกพื้นที่ได้ย้ายเข้ามาอาศัยเป็นจำนวนมาก ทาง รพสต.ไม่สามารถดึง  
ข้อมูล มาได้เหมือนเมื่อก่อน เพราะติดขัดเรื่องกฎระเบียบของงานทะเบียนราษฎร ทำให้  
ให้มีแต่ฐานข้อมูลเก่า ไม่เป็นปัจจุบัน และจำนวน อสม.หมู่ที่ ๗ มีน้อย จึงขอฝากคณะ  
กรรมการ ร่วมกันเป็นหูเป็นตา ช่วยกันดูแล ถ้ามีกรณีผู้ป่วยหรือผู้ที่ต้องได้รับความ  
ช่วยเหลือ สามารถแจ้งมายัง รพสต.ทุ่งลาน ได้เลยค่ะ

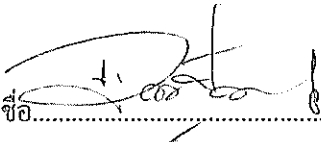
ประธานอนุกรรมการ : มีอนุกรรมการท่านใดมีข้อสงสัย นำเสนออีกไหมครับ ถ้าไม่มี ผมขอปิดประชุมครับ

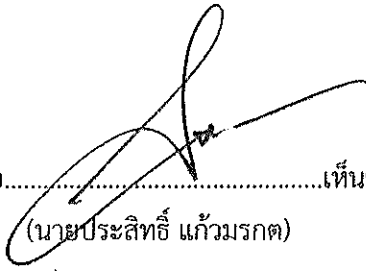
ปิดประชุมเวลา ๑๕.๓๐ น.

ลงชื่อ.....ผู้จัด/ผู้บันทึกการประชุม

(นางสาวปวีรศา แก้วมรกฏ)

ผู้ช่วยเลขานุการอนุกรรมการ

  
ลงชื่อ.....ผู้ตรวจรายงานการประชุม  
(นายภาณุ จันทร์เมือง)  
อนุกรรมการและเลขานุการ

  
ลงชื่อ.....เห็นชอบรายงานการประชุม  
(นายประสิทธิ์ แก้วมรกต)  
ประธานอนุกรรมการฯ