**แผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีค่า ADL เท่ากับหรือน้อยกว่า 6**

**สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ชื่อ - สกุล นางอำมร สุวรรณ์............................  เลขที่บัตรประชาชน 5919900017784 | ที่อยู่...105/2 ถ.เรืองฤทธิ์จรูญ  ต.พิมาน อ.เมือง จ.สตูล | วันจัดทำวันที่  1 มกราคม 2566 |
| เกิดวันที่ .... 23 มีนาคม 2404 อายุ 61 ปี | วินิจฉัย ปวดเข่า ความดันโลหิตสูง...  ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น ผู้ป่วยตัวอ้วน สะโพกใหญ่มาก เข่า 2 ข้างผิดรูปเดินและเคลื่อนไหวตัวเองยากมาก ติดเตียง | |
| สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน | ประเด็นปัญหา/ความต้องการ | การดูแล |
| เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 TAI I1 ADL 4 คะแนน ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปี เป็นเงิน 2400 บาทโดยมีรายละเอียดดังนี้  -CG ลงดูแลเดือนละ 4 ครั้งๆละ 1 ชม.(ชม.ละ 50 บาท) เดือนละ 200 บาท  มกราคม 4/กุมภาพันธ์ 4/มีนาคม5รวมเยี่ยม 6 ครั้ง 600บาท  เมษายน 4/พฤษภาคม5 /มิถุนายน 4 รวมเยี่ยม 6 ครั้ง 600บาท  กรกฎาคม 4/สิงหาคม 5/กันยายน 4 รวมเยี่ยม 6 ครั้ง 600บาท  ตุลาคม 4 /พฤศจิกายน 5/ธันวาคม 4รวมเยี่ยม 6 ครั้ง 600บาท  รวมค่าใช้จ่ายปีละ 2,400 บาท | -ประวัติโรคความดันโลหิตสูง  ปวดเข่า เข่าผิดรูปทั้ง 2 ข้าเดินไม่ได้ ขยับตัวไม่ได้ มีแผลกดทับฃที่ก้นกับ ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ | ติดตามเยี่ยมโดย care giver  ประเมินภาวะโภชนาการ,กระตุ้นการบริหารขาและแขน  ประสานขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่นๆ,การพูดให้กำลังผู้ดูแล  จัดสภาพแวดล้อมในบ้าน,พูดคุยให้กำลังใจ,ประเมินภาวะโภชนการ,แนะนำการกินอาหารลดน้ำหนัก, พูดคุยให้กำลังใจ |
| การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้: ผู้ป่วยไม่สามารถลุกเข้าห้องน้ำได้ ไม่สามารถเคลื่อนตัวได้ | | |
| มีความต้องการ/ควรได้รับ : ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ เบอร์ L จำนวน...............3...............ชิ้น | | |
| **ข้อควรระวังในการให้บริการ** | **เป้าหมายการดูแล** | |
| -ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน  -ป้องกันข้อเข่าติด,โรคอ้วน,ป้องกันการเกิดแผลกดทับ | ระยะสั้น : สามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น,กินได้ ,นอนหลับปกติ,ไม่มีโรคแทรกซ้อน แผลกดทับไม่มีเพิ่มขึ้น | |
| ระยะยาว:คุมอาหาร ลดน้ำน้ำหนัก เคลื่อนไหวตัวเองได้มากขึ้น, ไม่เกิดภาวะซึมเศร้า | |
| ผู้จัดทำ Care plan พัฒนาวดี หลีนิ่ง | ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้  (ญาติ/ผู้ป่วย) | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **กลุ่มเป้าหมาย** | | **ชื่อ-นามสกุล** | **เลขบัตรประชาชน** | **หมายเลขโทรศัพท์** | **จำนวน ที่ได้รับสนับสนุนฯ (ชิ้น)** | **สถานะ การมีชีวิต** | | **จำนวน ที่จ่าย (ชิ้น)** | **ว/ด/ป (ที่จ่าย)** | **จำนวนคงเหลือ (ชิ้น)** |
| **บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง   Adl≤6 Care Plan** | **บุคคลที่มีภาวะ กลั้นปัสสาวะ หรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทาง การแพทย์** | **มี**  **ชีวิต** | **เสีย**  **ชีวิต** |
| **1** | **/** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |