**แผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีค่า ADL เท่ากับหรือน้อยกว่า 6**

**สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ชื่อ - สกุล นางอำมร สุวรรณ์............................เลขที่บัตรประชาชน 5919900017784  | ที่อยู่...105/2 ถ.เรืองฤทธิ์จรูญ ต.พิมาน อ.เมือง จ.สตูล | วันจัดทำวันที่1 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 บาทมกราคม 4/กุมภาพันธ์ 4/มีนาคม5รวมเยี่ยม 6 ครั้ง 600บาทเมษายน 4/พฤษภาคม5 /มิถุนายน 4 รวมเยี่ยม 6 ครั้ง 600บาทกรกฎาคม 4/สิงหาคม 5/กันยายน 4 รวมเยี่ยม 6 ครั้ง 600บาทตุลาคม 4 /พฤศจิกายน 5/ธันวาคม 4รวมเยี่ยม 6 ครั้ง 600บาทรวมค่าใช้จ่ายปีละ 2,400 บาท  | -ประวัติโรคความดันโลหิตสูงปวดเข่า เข่าผิดรูปทั้ง 2 ข้าเดินไม่ได้ ขยับตัวไม่ได้ มีแผลกดทับฃที่ก้นกับ ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้  | ติดตามเยี่ยมโดย care giverประเมินภาวะโภชนาการ,กระตุ้นการบริหารขาและแขนประสานขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่นๆ,การพูดให้กำลังผู้ดูแลจัดสภาพแวดล้อมในบ้าน,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** | **จำนวนที่ได้รับสนับสนุนฯ (ชิ้น)** | **สถานะการมีชีวิต** | **จำนวนที่จ่าย(ชิ้น)** | **ว/ด/ป(ที่จ่าย)** | **จำนวนคงเหลือ (ชิ้น)** |
| **บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง  Adl≤6 Care Plan**  | **บุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์** | **มี****ชีวิต** | **เสีย****ชีวิต** |
| **1** | **/** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |