

ส่วนที่ ๓ : แบบรายงานผลการดำเนินงาน/โครงการ/กิจกรรม ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุน จากกองทุนหลักประกันสุขภาพ (สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียดเมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินงาน)

ชื่อแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม สนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มี ปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ของกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น อบอุ่นใหญ่

๑. ผลการดำเนินงาน

๑ บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง และมีค่าคะแนนระดับความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๖ คะแนน ตามแผนการดูแล รายบุคคลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Plan) ได้รับการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่เพิ่มเติมตามสิทธิ ประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน ๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๓๗.๕๐

๒ บุคคลที่มีปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทาง การแพทย์ ได้รับการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่และสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขตามสิทธิประโยชน์ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน ๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖๒.๕๐

๒. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด

๒.๑ การบรรลุตามวัตถุประสงค์

บรรลุตามวัตถุประสงค์

ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ เพราะ.....

๒.๒ จำนวนผู้เข้าร่วมใน แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม๘..... คน

๓. การเบิกจ่ายงบประมาณ

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ๒๐,๐๐๐.....บาท

งบประมาณเบิกจ่ายจริง๑๗,๓๒๘..... บาท คิดเป็นร้อยละ๘๖.๖๔....

งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุนฯ.....๒,๖๗๒..... บาท คิดเป็นร้อยละ๑๓.๓๖....

๔. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

ไม่มี

มี

ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ)

แนวทางการแก้ไข (ระบุ)

ลงชื่อ  ผู้รายงาน

(นายเอกชัย สุนทรบุตร)

ตำแหน่ง ประธานศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการตำบลทุ่งใหญ่

วันที่-เดือน-พ.ศ. ๒๗ ก.ย. ๒๕๖๖

แบบสรุปรายงานการใช้เงิน

โครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้
ของกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น อบต.ทุ่งใหญ่

สรุปการใช้เงินในกิจกรรม

โครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้
ของกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น อบต.ทุ่งใหญ่

วันที่ 27 กันยายน 2566 สถานที่ บ้านผู้สูงอายุและคนพิการตำบลทุ่งใหญ่ หมู่ที่ 2 - หมู่ที่ 6

| | | | | |
|------------------------------------|-----------|--------|---------------|-----|
| 1. หมวดค่าตอบแทน | | | | บาท |
| 1.1 วิทยากร | บาท | ภาษี | หัก ณ ที่จ่าย | บาท |
| 1.2 เจ้าหน้าที่ช่วยจัดการประชุม | บาท | ภาษี | หัก ณ ที่จ่าย | บาท |
| 1.3 การประสานงาน | บาท | ภาษี | หัก ณ ที่จ่าย | บาท |
| 2. หมวดค่าจ้าง | | | | บาท |
| ค่าจ้าง | บาท | ภาษี | หัก ณ ที่จ่าย | บาท |
| 3. หมวดค่าใช้จ่าย | | | | บาท |
| 3.1 ค่าที่พัก | | | | บาท |
| 3.2 ค่าอาหาร | บาท | ภาษี | หัก ณ ที่จ่าย | บาท |
| 3.3 ค่าห้องประชุม | บาท | ภาษี | หัก ณ ที่จ่าย | บาท |
| 3.4 ค่าถ่ายเอกสาร | | | | บาท |
| 3.5 ค่าเดินทาง | | | | บาท |
| 3.6 ค่าเช่ารถ | บาท | ภาษี | หัก ณ ที่จ่าย | บาท |
| 3.7 ค่าน้ำมันรถ | | | | บาท |
| 3.8 อื่น ๆ ระบุ | | | | บาท |
| 4. หมวดค่าวัสดุ ค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่ | จำนวนเงิน | 17,328 | | บาท |
| 5. หมวดค่าสาธารณูปโภค | | | | บาท |
| 5.1 ค่าส่งไปรษณีย์ | | | | บาท |
| 5.2 ค่าโทรศัพท์ | | | | บาท |
| 6. หมวดอื่นๆ (ค่าเปิดบัญชีโครงการ) | | | | บาท |

รวม 17,328.-บาท

(หนึ่งหมื่นเจ็ดพันสามร้อยยี่สิบแปดบาทถ้วน)

บัญชีรายชื่อผู้รับผ้าอ้อมผู้ใหญ่

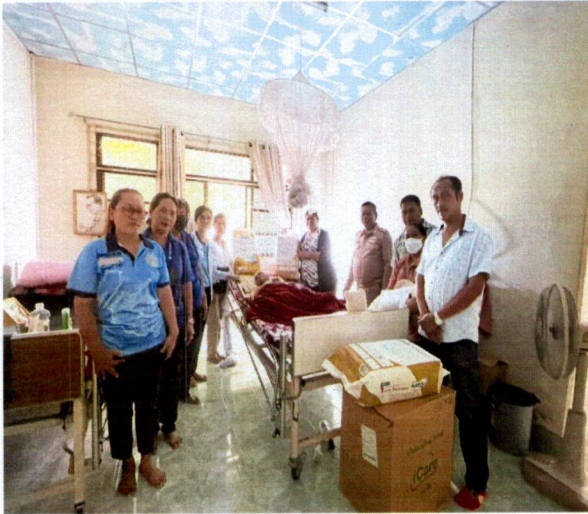
โครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ของกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น อบต.ทุ่งใหญ่

ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการตำบลทุ่งใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

| ลำดับ ที่ | กลุ่มเป้าหมาย | | ชื่อ-สกุล | เลขบัตรประชาชน | ที่อยู่ | หมายเลข โทรศัพท์ | ผลิตภัณฑ์/จำนวน ที่ได้รับสนับสนุน (ชิ้น) | | สถานะการมีชีวิต | | จำนวน ที่จ่าย (ชิ้น) | ว/ด/ป (ที่จ่าย) | ลายมือชื่อผู้รับ |
|--------------|-----------------------|--|---------------------|----------------|-----------------------------|---------------------|---|--------------------------|-----------------|-----------|----------------------------|--------------------|------------------|
| | บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง | บุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะ หรืออุจจาระไม่ได้ตามผลการ ประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการ แพทย์ | | | | | ผ้าอ้อม ผู้ใหญ่ | แผ่นรองขับ การขับถ่าย | มีชีวิต | เสียชีวิต | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | ✓ | | นางแกล้ม ประดับศรี | 3901101025774 | 16 หมู่ที่ 2 ตำบลทุ่งใหญ่ | 0640430643 | ✓ | | ✓ | | 173 | 27/9/2566 | สพมอด |
| 2 | ✓ | | นางบุญแก้ว ชั่งมะโณ | 3901101036857 | 96 หมู่ที่ 3 ตำบลทุ่งใหญ่ | | ✓ | | ✓ | | 119 | 27/9/2566 | จิตติสาธิต |
| 3 | ✓ | | นางเจ็ว ขาดิถาวร | 3901101027653 | 78/1 หมู่ที่ 2 ตำบลทุ่งใหญ่ | | ✓ | | ✓ | | 173 | 27/9/2566 | จิตติสาธิต |
| 4 | | ✓ | นางหนูครีม สีสยาม | 3901101045333 | 32 หมู่ที่ 5 ตำบลทุ่งใหญ่ | 0875165769 | ✓ | | ✓ | | 173 | 27/9/2566 | สาธิต |
| 5 | | ✓ | นางคล่อง เพ็ชรจำรัส | 3901101034391 | 49 หมู่ที่ 3 ตำบลทุ่งใหญ่ | | ✓ | | ✓ | | 173 | 27/9/2566 | จิตติสาธิต |
| 6 | | ✓ | นางสุรชาติพย สีสปาน | 3901101034391 | 139 หมู่ที่ 3 ตำบลทุ่งใหญ่ | | ✓ | | ✓ | | 119 | 27/9/2566 | จิตติสาธิต |
| 7 | | ✓ | นายวรสิทธิ์ รักภาระ | 3901101044515 | 17 หมู่ที่ 5 ตำบลทุ่งใหญ่ | 0842680080 | ✓ | | ✓ | | 172 | 27/9/2566 | จิตติสาธิต |
| 8 | | ✓ | นายบุญเลิศ ท่วมสุณี | 3901100928363 | 131 หมู่ที่ 2 ตำบลทุ่งใหญ่ | 0896594238 | ✓ | | ✓ | | 119 | 27/9/2566 | บุญเลิศ |

ภาพกิจกรรม
โครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงและ
บุคคลที่มีปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้

๕ นางแกล้ม ประดับศรี หมู่ที่ ๒



๖ นางสุธาทิพย์ สีปาน หมู่ที่ ๓



๗ นางบุญแก้ว ช้างมะโน หมู่ที่ ๓



๘ นางคล่อง เพ็ชรจำรัส หมู่ที่ ๓



ภาพกิจกรรม
โครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงและ
บุคคลที่มีปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้

๑ นายวรสิทธิ์ รักภาระ หมู่ที่ ๕



๒ นางหนูครีม สีโยม หมู่ที่ ๕



๓ นางเจี้ยว ซาติถาวร หมู่ที่ ๒



๔ นายบุญเลิศ ท่วมสุณี หมู่ที่ ๒



ณรษา คชรัตน์

เลขที่ 434 ถ.นิพัทธ์สงเคราะห์ 5 ต.หาดใหญ่ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110

โทร. 088-7907882

ใบเสร็จรับเงิน

ลูกค้า ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และผู้พิการตำบลทุ่งใหญ่
ที่อยู่ หมู่ที่ 5 ต.ทุ่งใหญ่ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา

เลขที่ใบเสร็จ REC66/09-004

วันที่ 22/9/2566

| NO. | รายการสินค้า | จำนวน | หน่วย | จำนวนเงิน | ยอดคงค้าง | ยอดชำระ |
|--|---|-------|--------|-----------------|-----------|-----------|
| 1 | ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ ยี่ห้อ Icare แบบเทพ ไซส์ M (28 ชิ้น/ห่อ) | 336 | ชิ้น | 13.00 | - | 4,368.00 |
| 2 | ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ ยี่ห้อ Icare แบบเทพ ไซส์ L (24 ชิ้น/ห่อ) | 864 | ชิ้น | 15.00 | - | 12,960.00 |
| หนึ่งหมื่นเจ็ดพันสามร้อยยี่สิบแปดบาทถ้วน | | | | รวมเงินทั้งสิ้น | | 17,328.00 |
| ผู้รับเงิน | สิริลักษณ์ เตปินยะ | | วันที่ | 22 ก.ย. 66 | | |
| | (นางสาวสิริลักษณ์ เตปินยะ) | | | | | |

ณรษา คชรัตน์

เลขที่ 434 ถ.นิพัทธ์สงเคราะห์ 5 ต.หาดใหญ่ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110

โทร. 088-7907882

ใบส่งของ

ลูกค้า ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และผู้พิการตำบลทุ่งใหญ่
ที่อยู่ หมู่ที่ 5 ต.ทุ่งใหญ่ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา

เลขที่ใบเสร็จ REC66/09-004

วันที่ 22/9/2566

| NO. | รายการสินค้า | จำนวน | หน่วย | จำนวนเงิน | ยอดคงค้าง | ยอดชำระ |
|--|---|-------|-------|-----------------|-----------|-----------|
| 1 | ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ ยี่ห้อ Icare แบบเทป ไซส์ M (28 ชิ้น/ห่อ) | 336 | ชิ้น | 13.00 | - | 4,368.00 |
| 2 | ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ ยี่ห้อ Icare แบบเทป ไซส์ L (24 ชิ้น/ห่อ) | 864 | ชิ้น | 15.00 | - | 12,960.00 |
| หนึ่งหมื่นเจ็ดพันสามร้อยยี่สิบแปดบาทถ้วน | | | | รวมเงินทั้งสิ้น | | 17,328.00 |
| ผู้รับสินค้า <u>วิมลพร ใจดี</u> วันที่ <u>22 / 09 / 66</u> () | | | | | | |
| ผู้รับเงิน <u>สิริลักษณ์ เตปินยะ</u> วันที่ <u>22.9.66</u> (นางสาวสิริลักษณ์ เตปินยะ) | | | | | | |

หนังสือมอบอำนาจ

เรื่อง มอบอำนาจให้ลงนามแทนในฐานะคู่สัญญา และรับเช็คธนาคารแทนนางสาวณรรษา ทรัพย์รัตน์

ทำที่ 434 ถนนพหลโยธิน แขวงจตุจักร เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร 10110 วันที่ 21 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า นางสาวณรรษา ทรัพย์รัตน์ อายุ 43 ปี สัญชาติ ไทย

อยู่บ้านเลขที่ 115 หมู่ - หมู่บ้าน ตรอก/ซอย โปธิพงษ์อุทิศ ถนน

แขวง/ตำบล หนองจอก เขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร 10110 รหัสไปรษณีย์ 90110

ถือบัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ 3809900196241 ออกให้เมื่อวันที่ 26 มีนาคม 2566 หมดอายุวันที่ 17 ตุลาคม 2574

ได้มอบอำนาจให้ นางสาวสิริลักษณ์ เตปินยะ อายุ 25 ปี สัญชาติ ไทย อยู่บ้านเลขที่ 159 หมู่ที่ 15

หมู่บ้าน ตรอก/ซอย ถนน - ตำบล นางแล

อำเภอ เมือง จังหวัด เชียงราย

ถือบัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ 1579900759412 ออกให้เมื่อวันที่ 19 พฤศจิกายน 2564 หมดอายุวันที่ 14 ธันวาคม 2572

เป็นผู้มีอำนาจแทนข้าพเจ้าในการ 1. จัดทำใบเสนอราคา

..... 2. ให้ลงนามแทนในฐานะคู่สัญญา ในใบสั่งซื้อหรือสัญญาซื้อขาย รวมถึงบันทึกการต่อรองราคาที่ทำกับ
ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และผู้พิการตำบลทุ่งใหญ่

..... 3. รับเงินแทน นางสาวณรรษา ทรัพย์รัตน์ ที่มีการสั่งจ่ายโดย ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และผู้พิการ
ตำบลทุ่งใหญ่

การใดที่ นางสาวสิริลักษณ์ เตปินยะ ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจฉบับนี้ ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบ โดยให้
เสมือนหนึ่งว่าข้าพเจ้าเป็นผู้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อเป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....
นางสาวณรรษา ทรัพย์รัตน์
(.....)

ลงชื่อ.....
นางสาวสิริลักษณ์ เตปินยะ
(นางสาวสิริลักษณ์ เตปินยะ)

ลงชื่อ.....
นางสาวสิริลักษณ์ เตปินยะ
(นางสาวสิริลักษณ์ เตปินยะ)

ลงชื่อ.....
นางสาวสิริลักษณ์ เตปินยะ
(นางสาวสิริลักษณ์ เตปินยะ)

คำอธิบาย

- ถ้ามีการ ชิด ฆ่าและตก เต็ม ต้องให้ผู้มอบอำนาจเซ็นชื่อกำกับไว้ด้วย
- ผู้มอบอำนาจที่เป็น บริษัทฯ ห้างฯ ร้านฯ ให้ประทับตรา บริษัทฯ ห้างฯ ร้านฯ ไว้ที่ชื่อผู้มอบอำนาจ

วิธีปิดอากรแสตมป์

- ถ้ามอบอำนาจให้บุคคลเดียว หรือหลายคนกระทำการครั้งเดียวปิดอากรแสตมป์ 10 บาท
- ถ้ามอบอำนาจให้บุคคลคนเดียวหรือหลายคนร่วมกันกระทำการมากกว่าครั้งเดียว ปิดอากรแสตมป์ 30 บาท



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการตำบลทุ่งใหญ่

ที่

วันที่ ๒๑ กันยายน ๒๕๖๖

เรื่อง ขออนุมัติเบิกเงินเพื่อจ่ายเป็นค่าจัดซื้อผ้าอ้อมผู้ใหญ่ ตามโครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้

เรียน ประธานศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการตำบลทุ่งใหญ่

๑. เรื่องเดิม

ตามที่กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นองค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งใหญ่ ได้สนับสนุนงบประมาณในการจัดทำโครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ จำนวนเงิน ๒๐,๐๐๐ บาท (สองหมื่นบาทถ้วน) เพื่อดำเนินการจัดซื้อผ้าอ้อมผู้ใหญ่ ให้กับบุคคลที่มีค่าคะแนนระดับความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๖ คะแนนตามแผนการดูแลรายบุคคลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Plan) จำนวน ๓ คน และบุคคลที่มีปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ จำนวน ๕ ราย (รายละเอียดตามเอกสารแนบท้ายนี้)

๒. ข้อเท็จจริง

ในการนี้ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการตำบลทุ่งใหญ่ จึงขอเบิกจ่ายงบประมาณ จำนวนเงิน ๒๐,๐๐๐ บาท (สองหมื่นบาทถ้วน) เพื่อเป็นค่าจัดซื้อผ้าอ้อมผู้ใหญ่ให้กับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน ๓ รายและบุคคลที่มีปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ จำนวน ๕ ราย รวมเป็นจำนวนเงิน ๑๗,๓๒๘ บาท (หนึ่งหมื่นเจ็ดพันสามร้อยยี่สิบแปดบาทถ้วน) ส่วนเงินเหลือจ่าย จำนวนเงิน ๒,๖๗๒.-บาท (สองพันหกกร้อยเจ็ดสิบสองบาทถ้วน) ส่งคืนเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นองค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งใหญ่ ต่อไป

๓. ระเบียบ/ข้อกฎหมาย

- ๓.๑ ระเบียบศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการตำบลทุ่งใหญ่
- ๓.๒ ประกาศกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งใหญ่ เรื่อง การกำหนดอัตราค่าชดเชยการบริการสาธารณสุขตามประเมินกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

๔. ข้อพิจารณา

เห็นควรเบิกจ่ายเงินเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการจัดทำโครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ จำนวนเงิน ๒๐,๐๐๐ บาท (สองหมื่นบาทถ้วน) โดยใช้วิธีถอนเงินฝากออมทรัพย์ ชื่อบัญชีเงินฝากศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการตำบลทุ่งใหญ่ เลขที่บัญชี ๐๒๐๑๙๑๒๗๕๐๓๐ จำนวนเงิน ๒๐,๐๐๐ บาท (สองหมื่นบาทถ้วน) และลงนามโดยผู้มีอำนาจถอนเงินบัญชีข้างต้น สองในสาม ประกอบด้วย

ชุดที่ ๑ นายเอกชัย สุนสระบุตร ชุดที่ ๒ นางสาวพวงเพชร แก้วอิทธิทร

/จึง...

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ



(นางสาวพวงเพชร แก้วอิทธิธร)

กรรมการและเลขานุการ

- () เห็นควรอนุมัติ
() ไม่เห็นควรอนุมัติ เพราะ.....



(นายสมพงษ์ สุนสระบุตร)

กรรมการและเหรัญญิก

- () เห็นควรอนุมัติ
() ไม่เห็นควรอนุมัติ เพราะ.....



(นายเอกชัย สุนสระบุตร)

ประธานศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการตำบลทุ่งใหญ่

ใบสั่งซื้อ

ผู้ขาย ฌรษา คชรัตน์
ที่อยู่ เลขที่ ๔๓๔ ถนนนิพัทธ์สงเคราะห์ ๕
ตำบลหาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ๙๐๑๑๐
โทรศัพท์ ๐๘๘๗๙๐๗๘๘๒

ใบสั่งซื้อเลขที่ ๑/๒๕๖๖
วันที่ ๑๘ กันยายน ๒๕๖๖
ส่วนราชการ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิต
ผู้สูงอายุ และคนพิการตำบลทุ่งใหญ่
ที่อยู่ หมู่ที่ ๕ ตำบลทุ่งใหญ่ อำเภอ
หาดใหญ่ จังหวัดสงขลา
โทรศัพท์ ๐-๗๔๒๙-๕๗๒๑

ตามที่ บริษัท ฉัตรณภัทร เมดิคอล แอนด์ เทคโนโลยี จำกัด ได้เสนอราคา ไว้ต่อ ศูนย์พัฒนา
คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และคนพิการตำบลทุ่งใหญ่ ซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อ ตามรายการดังต่อไปนี้


| ลำดับ | รายการ | จำนวน | หน่วย | ราคาต่อหน่วย (บาท) | จำนวนเงิน (บาท) |
|---|---|-------|---------|-----------------------|--------------------|
| | วัสดุวิทยาศาสตร์และการแพทย์ (ผ้าอ้อมผู้ใหญ่) จำนวน ๒ รายการ ดังนี้ | ๑ | โครงการ | ๑๗,๓๒๘.- | ๑๗,๓๒๘.๐๐ |
| ๑ | ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แบบเทป ขนาดเบอร์ M | ๓๓๖ | ชิ้น | ๑๓.- | ๔,๓๖๘.- |
| ๒ | ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แบบเทป ขนาดเบอร์ L | ๘๖๔ | ชิ้น | ๑๕.- | ๑๒,๙๖๐.- |
| (หนึ่งหมื่นเจ็ดพันสามร้อยยี่สิบแปดบาทถ้วน) | | | | รวมเป็นเงินทั้งสิ้น | ๑๗,๓๒๘.๐๐ |

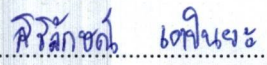
การซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๗ วัน นับถัดจากวันที่ผู้รับจ้างได้รับผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ
- ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๒๕ กันยายน ๒๕๖๖
- สถานที่ส่งมอบ องค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งใหญ่ -
- ระยะเวลารับประกัน -
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวันในอัตราร้อยละ ๐.๒๐ ของราคาสิ่งของที่ยังไม่ได้รับมอบ
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ กรณีนี้ ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ
- การประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ หน่วยงานของรัฐสามารถนำผลการปฏิบัติงานแล้วเสร็จตามสัญญาหรือข้อตกลงของคู่สัญญาเพื่อนำมาประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ

หมายเหตุ :

- การติดอากรแสตมป์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายรัษฎากร หากต้องการให้ใบสั่งซื้อมีผลตามกฎหมาย

ลงชื่อ.....  ผู้สั่งซื้อ
(นายเอกชัย สุนทรบุตร)
ประธานศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
และคนพิการตำบลทุ่งใหญ่
วันที่ ๒๒ กันยายน ๒๕๖๖

ลงชื่อ.....  ผู้รับใบสั่งซื้อ
(นางสาวสิริลักษณ์ เตปินยะ)
ผู้รับใบสั่งซื้อ
วันที่ ๒๒ กันยายน ๒๕๖๖

ใบเสนอราคา Quotation

ณรธา คชรัตน์

เลขที่ 434 ถ.นิพัทธ์สงเคราะห์ 5 ต.หาดใหญ่ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110
โทร. 088-7907882

ลูกค้า ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และผู้พิการตำบลทุ่งใหญ่
ที่อยู่ หมู่ที่ 5 ต.ทุ่งใหญ่ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา

เลขที่ QT6609/002
วันที่ 18 ก.ย. 2566

| ลำดับ ITEM | รายละเอียด DESCRIPTION | จำนวน QTY | หน่วย UNIT | ราคาต่อหน่วย LIST PRICE | ส่วนลด DISCOUNT | ราคาสุทธิ UNIT PRICE | ราคารวม TOTAL PRICE |
|----------------------------|---|--------------|---------------|----------------------------|--------------------|-------------------------|------------------------|
| 1 | ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ ยี่ห้อ Icare แบบเทป ไซส์ M (28 ชิ้น/ห่อ) | 336 | ชิ้น | 13.00 | 3% - | 13.00 | 4,368.00 |
| 2 | ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ ยี่ห้อ Icare แบบเทป ไซส์ L (24 ชิ้น/ห่อ) | 864 | ชิ้น | 15.00 | 0% - | 15.00 | 12,960.00 |
| รวมเป็นเงินทั้งสิ้น | | | | | | | 17,328.00 |

หนึ่งหมื่นเจ็ดพันสามร้อยยี่สิบแปดบาทถ้วน

Payment (การชำระเงิน) :
ชำระเต็ม ณ วันสั่งซื้อ
Delivery (กำหนดส่งสินค้า)
30 วัน
Validity
30 วัน

ข้าพเจ้าหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับใช้ท่านในเร็ววันนี้

| | |
|---------------------------------------|--|
| <p>ผู้อนุมัติชื่อตามรายการข้างต้น</p> | <p>ศิริลักษณ์ เจริญ นางสาวศิริลักษณ์ เตปินยะ ผู้เสนอราคา</p> |
|---------------------------------------|--|

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และคนพิการตำบลทุ่งใหญ่

ที่

วันที่ ๑๘ กันยายน ๒๕๖๖

เรื่อง ขออนุมัติจัดซื้อวัสดุวิทยาศาสตร์และการแพทย์ (ผ้าอ้อมผู้ใหญ่)

เรียน ประธานศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และคนพิการตำบลทุ่งใหญ่

ด้วยศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และคนพิการตำบลทุ่งใหญ่ มีความประสงค์จะดำเนินการจัดซื้อผ้าอ้อมผู้ใหญ่ รายละเอียดดังนี้

๑. ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แบบเทป ขนาดเบอร์ M จำนวน ๓๓๖ ชิ้น ราคาชิ้นละ ๑๓.- บาท รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ๔,๓๖๘.- บาท

๒. ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แบบเทป ขนาดเบอร์ L จำนวน ๘๖๔ ชิ้น ราคาชิ้นละ ๑๕.- บาท รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ๑๒,๙๖๐.- บาท

สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้

รายละเอียดตามร่างขอบข่ายงาน (TOR.) ที่แนบ

และเห็นควรอนุมัติมอบหมายให้ นางธเนตรตา รักเลิศ ตำแหน่ง กรรมการ

โดยเบิกจากศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และคนพิการตำบลทุ่งใหญ่ รายการ ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ ๑๗,๓๒๘.- บาท (หนึ่งหมื่นเจ็ดพันสามร้อยยี่สิบแปดบาทถ้วน)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา



(นางสาวพงเพชร แก้วอิทธิฤทธิ์)

กรรมการและเลขานุการ

- เสนอประธานพิจารณา
- อนุมัติให้ดำเนินการ



(นายเอกชัย สุนสระบุตร)

ประธานศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
และคนพิการตำบลทุ่งใหญ่

บัญชีรายชื่อแนบท้าย

| ลำดับที่ | ชื่อ สกุล | เลขบัตรประจำตัวประชาชน | ที่อยู่ | กลุ่ม | ขนาดไซส์ผ้าอ้อม | หมายเหตุ |
|----------|---------------------|------------------------|-----------------------------|------------------------|-----------------|----------|
| 1 | นางแกล้ม ประดับศรี | 3901101025774 | 16 หมู่ที่ 2 ตำบลทุ่งใหญ่ | บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง | L | |
| 2 | นางบุญแก้ว ชังมะโน | 3901101036857 | 96 หมู่ที่ 3 ตำบลทุ่งใหญ่ | บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง | M | |
| 3 | นางเจี้ยว ขาดิถาวร | 3901101027653 | 78/1 หมู่ที่ 2 ตำบลทุ่งใหญ่ | บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง | L | |
| 4 | นางหนูครีม สีโยม | 3901101045333 | 32 หมู่ที่ 5 ตำบลทุ่งใหญ่ | บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง | L | |
| 5 | นางคลอง เพ็ชรจำรัส | 3901101034391 | 49 หมู่ที่ 3 ตำบลทุ่งใหญ่ | บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง | L | |
| 6 | นางสุรชาติพย์ สีปาน | 3901101139249 | 139 หมู่ที่ 3 ตำบลทุ่งใหญ่ | บุคคลที่มีปัญหาการกลืน | M | |
| 7 | นายวรสิทธิ์ รักภาระ | 3901101044515 | 17 หมู่ที่ 5 ตำบลทุ่งใหญ่ | บุคคลที่มีปัญหาการกลืน | L | |
| 8 | นายบุญเลิศ ทามสุณี | 3901100928363 | 131 หมู่ที่ 2 ตำบลทุ่งใหญ่ | บุคคลที่มีปัญหาการกลืน | M | |

ตารางแสดงวงเงินงบประมาณที่ได้รับจัดสรรและรายละเอียดค่าใช้จ่าย
การจัดซื้อจัดจ้างที่มีชิ้นงานก่อสร้าง

๑. ชื่อโครงการ ชื่อวัสดุวิทยาศาสตร์และการแพทย์ (ผ้าอ้อมผู้ใหญ่)
๒. หน่วยงานเจ้าของโครงการ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และคนพิการตำบลทุ่งใหญ่
๓. วงเงินงบประมาณที่ได้รับจัดสรร - บาท
๔. วันที่กำหนดราคากลาง (ราคาอ้างอิง) ณ วันที่ ๑๘ กันยายน ๒๕๖๖
 เป็นเงิน ๒๐,๐๐๐.- บาท
 ราคา/หน่วย (ถ้ามี) - บาท
๕. แหล่งที่มาของราคากลาง (ราคาอ้างอิง)
 ในการกำหนดราคากลางหรือสืบราคาในครั้งนี้ ดำเนินการตามหนังสือสั่งการ
 กรมบัญชีกลาง ด่วนที่สุด ที่ กค.๐๔๓๓.๒/ว ๒๐๖ ลว.๑ พค.๒๕๖๒ ดังนี้
- () (๑) ราคาที่ได้จากการคำนวณตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการราคากลางกำหนด
- () (๒) ราคาที่ได้มาจากรฐานข้อมูลราคาอ้างอิงของพัสดุที่กรมบัญชีกลางจัดทำ
- () (๓) ราคามาตรฐานที่สำนักงานงบประมาณหรือหน่วยงานกลางอื่นกำหนด
- (/) (๔) ราคาที่ได้มาจากราคาท้องตลาด โดยใช้ราคาต่ำสุดเป็นราคาอ้างอิงในการกำหนดราคากลาง
 สืบราคาจากท้องตลาด ๓ รายดังนี้
- | | |
|---|-------------------------|
| ๑. ณรษา คชรัตน์ | ราคารวม ๑๗,๓๒๘.๐๐.- บาท |
| ๒. บริษัทอินเทลเดฟ เมติคอล จำกัด (สำนักงานใหญ่) | ราคารวม ๒๒,๙๙๒.๐๐.- บาท |
| ๓. บริษัท หาดใหญ่เซฟตี้เทค จำกัด | ราคารวม ๒๕,๙๒๐.๐๐.- บาท |
- () (๕) ราคาที่เคยซื้อเคยจ้างครั้งล่าสุดภายในระยะเวลา ๒ ปีงบประมาณ
- () (๖) ราคาอื่นใดตามหลักเกณฑ์ วิธีการ หรือแนวทางปฏิบัติของหน่วยงานของรัฐนั้นๆ
๖. รายชื่อผู้รับผิดชอบกำหนดราคากลาง
 นางสาวพวงเพชร แก้วอิทรินทร์ กรรมการและเลขานุการ



บริษัท หาดใหญ่เซฟตี้เทค จำกัด

99 หมู่ที่ 5 ซอย สุราษฎร์ 1 ถนน พลพิชัย ตำบล คอหงส์ อำเภอ หาดใหญ่ จังหวัด สงขลา 90110

โทร.099-359-0870 , 084-087-9893 เลขผู้เสียภาษี 0905557000315

ใบเสนอราคา Quotation

ชื่อลูกค้า องค์กรบริหารสวนตำบลทุ่งใหญ่

เลขที่ 2023-090010

วันที่ 14/9/2566

| ลำดับ | รายละเอียด | จำนวน | หน่วย | ราคาต่อหน่วย | ส่วนลด | ราคาสุทธิ | จำนวนเงิน |
|-------------------------------------|---|-------|-------|----------------------------|--------|-----------|------------------|
| 1 | ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ ยี่ห้อ Icare แบบเทป ไซส์ M (28 ชิ้น/ห่อ) | 336 | ชิ้น | 18.000 | - | 18.00 | 6,048.00 |
| 2 | ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ ยี่ห้อ Icare แบบเทป ไซส์ L (24 ชิ้น/ห่อ) | 864 | ชิ้น | 23.000 | - | 23.00 | 19,872.00 |
| | | | | รวมเป็นเงิน | | | 25,920.00 |
| | | | | ราคาก่อนภาษี | | | 24,224.30 |
| | | | | ภาษีมูลค่าเพิ่ม 7% | | | 1,695.70 |
| | | | | รวมเป็นเงินทั้งสิ้น | | | 25,920.00 |
| สองหมื่นห้าพันเก้าร้อยยี่สิบบาทถ้วน | | | | | | | |

ผู้เสนอราคา

กัญญา ปะลังค์

(กัญญา ประสงค์)

ใบเสนอราคา Quotation

ณเรขา คชรัตน์

เลขที่ 434 ถ.นิพัทธ์สงคราม 5 ต.หาดใหญ่ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110

โทร. 088-7907882

ลูกค้า ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และผู้พิการตำบลทุ่งใหญ่
ที่อยู่ หมู่ที่ 5 ต.ทุ่งใหญ่ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา

เลขที่ QT6609/002
วันที่ 18 ก.ย. 2566

| ลำดับ ITEM | รายละเอียด DESCRIPTION | จำนวน QTY | หน่วย UNIT | ราคาต่อหน่วย LIST PRICE | ส่วนลด DISCOUNT | ราคาสุทธิ UNIT PRICE | ราคารวม TOTAL PRICE |
|----------------------------|---|--------------|---------------|----------------------------|--------------------|-------------------------|------------------------|
| 1 | ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ ยี่ห้อ Icare แบบเทพ ไซส์ M (28 ชิ้น/ห่อ) | 336 | ชิ้น | 13.00 | 35% - | 13.00 | 4,368.00 |
| 2 | ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ ยี่ห้อ Icare แบบเทพ ไซส์ L (24 ชิ้น/ห่อ) | 864 | ชิ้น | 15.00 | 9% - | 15.00 | 12,960.00 |
| รวมเป็นเงินทั้งสิ้น | | | | | | | 17,328.00 |

หนึ่งหมื่นเจ็ดพันสามร้อยยี่สิบแปดบาทถ้วน

Payment (การชำระเงิน) :
ชำระเต็ม ณ วันสั่งซื้อ
Delivery (กำหนดส่งสินค้า)
30 วัน
Validity
30 วัน

ข้าพเจ้าหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับใช้ท่านในเร็ววันนี้

| | |
|---------------------------------------|--|
| <p>ผู้อนุมัติซื้อตามรายการข้างต้น</p> | <p>ศิริลักษณ์ เจริญใจ นางสาวศิริลักษณ์ เจริญใจ ผู้เสนอราคา</p> |
|---------------------------------------|--|



บริษัทอินเทลเดฟ เมดิคอล จำกัด (สำนักงานใหญ่)
 เลขที่ 10/71 ถนนพรุค้างควา ตำบล บ้านพรุ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90250
 เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0905564001798

ใบเสนอราคา

เรียน องค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งใหญ่

เลขที่ 2566/090010
 วันที่ 14/9/2566

บริษัท อินเทลเดฟ เมดิคอล จำกัด มีความยินดีขอเสนอราคาเพื่อพิจารณาดังนี้

| ลำดับ | รายละเอียด | จำนวน | หน่วย | ราคาต่อหน่วย | มูลค่าสินค้า รวม VAT |
|--------------------------------|--|-------|--|--------------|----------------------|
| 1 | ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ ยี่ห้อ Icare แบบเทป ไซส์ M (28 ชิ้น/ห่อ) | 336 | ชิ้น | 17.000 | 5,712.00 |
| 2 | ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ ยี่ห้อ Icare แบบเทป ไซส์ L (24 ชิ้น/ห่อ) | 864 | ชิ้น | 20.000 | 17,280.00 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| รวม | | | | | 22,992.00 |
| มูลค่าก่อนภาษีมูลค่าเพิ่ม | | | | | 21,487.85 |
| ภาษีมูลค่าเพิ่ม 7% | | | | | 1,504.15 |
| มูลค่าสินค้ารวมภาษีมูลค่าเพิ่ม | | | | | 22,992.00 |
| จำนวนเงินทั้งสิ้นอักษร | | | สองหมื่นสองพันเก้าร้อยเก้าสิบบสองบาทถ้วน | | |

หมายเหตุ ระยะเวลาการจัดส่งสินค้า : 30 วัน
 ระยะเวลาการยื่นราคา : 30 วัน

อนุมัติโดย/Approved by
วันเพ็ญ สุนทรพจน์

ยอมรับใบเสนอราคา/Accepted by

 วันที่/DATE.....

ร่างขอบเขตงาน หรือรายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะ (TOR.) และราคากลาง
การจัดซื้อวัสดุวิทยาศาสตร์และการแพทย์ (ผ้าอ้อมผู้ใหญ่) จำนวน ๒ รายการ

๑. ความเป็นมา/เหตุผลความจำเป็น

ด้วย ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และคนพิการตำบลทุ่งใหญ่ มีความประสงค์จะซื้อผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน ๒ รายการ สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีปัญหาการกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามงบประมาณเงินสนับสนุน ดังนี้

๑. ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แบบเทป ขนาดเบอร์ M จำนวน ๓๓๖ ชิ้น ราคาชิ้นละ ๑๓.- บาท รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ๔,๓๖๘.- บาท

๒. ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แบบเทป ขนาดเบอร์ L จำนวน ๘๖๔ ชิ้น ราคาชิ้นละ ๑๕.- บาท รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ๑๒,๙๖๐.- บาท

๒. วัตถุประสงค์

เพื่อใช้สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีปัญหาการกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้

๓. คุณสมบัติผู้เสนอราคา

เป็นบุคคลธรรมดาหรือนิติบุคคลที่มีอาชีพขายวัสดุสำนักงานที่ต้องการจัดซื้อในครั้งนี้ หรือถ้าหากเป็นผู้ประกอบการ SMEs ต้องขึ้นทะเบียนและลงบัญชีรายการสินค้าในเว็บไซต์สำนักงานวิสาหกิจชุมชนขนาดกลางและขนาดย่อม (สสว.) ด้วย พร้อมให้แนบหลักฐาน

๔. รายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะของพัสดุที่จะดำเนินการจัดซื้อในครั้งนี้

| ลำดับที่ | รายละเอียดของพัสดุที่จะซื้อ(ระบุ ขนาด ปริมาณ ลักษณะของพัสดุ) | จำนวน | หน่วยนับ | ราคาต่อหน่วย | จำนวนเงินงบประมาณที่จะซื้อ |
|--|--|-------|----------|--------------|----------------------------|
| ๑ | ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แบบเทป ขนาดเบอร์ M | ๓๓๖ | ชิ้น | ๑๓.- | ๔,๓๖๘.- |
| ๒ | ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แบบเทป ขนาดเบอร์ L | ๘๖๔ | ชิ้น | ๑๕.- | ๑๒,๙๖๐.- |
| ราคาสินค้า (รวมภาษีมูลค่าเพิ่มแล้ว) | | | | | ๑๗,๓๒๘.๐๐ |
| รวมเงินทั้งสิ้น (หนึ่งหมื่นเจ็ดพันสามร้อยยี่สิบแปดบาทถ้วน) | | | | | ๑๗,๓๒๘.๐๐ |

๕. กำหนดเวลาส่งมอบพัสดุ

ภายใน ๗ วันทำการ นับถัดจากได้รับอนุมัติใบสั่งซื้อ

๖. หลักเกณฑ์การคัดเลือกหรือพิจารณาคัดเลือก

ใช้เกณฑ์ราคาต่ำสุด

๗. วงเงินงบประมาณ/วงเงินที่ได้รับจัดสรร

งบประมาณในการจัดซื้อในครั้งนี้ ๑๗,๓๒๘.- บาท

๘. งานงานและการจ่ายเงิน

การส่งมอบงาน ๑ งวด จะจ่ายเงินเมื่อได้ทำการตรวจรับเรียบร้อยแล้ว

๙. อัตราค่าปรับ

เมื่อครบกำหนดส่งมอบสิ่งของ ถ้าผู้ขายไม่ส่งมอบสิ่งของที่ตกลงขาย ให้แก่ผู้ซื้อหรือส่งมอบไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน ผู้ขายจะต้องชำระค่าปรับเป็นรายวันในอัตราร้อยละ ๐.๒๐ ของราคาสิ่งของที่ยังไม่ได้ส่งมอบแต่ไม่ต่ำกว่าวันละ ๑๐๐.- บาท นับถัดจากวันครบกำหนดส่งมอบตามสัญญาจนถึงวันที่ผู้ขายส่งมอบสิ่งของถูกต้องครบถ้วนตามสัญญา

๑๐. เงื่อนไข ข้อกำหนด และวิธีการจัดซื้อจัดจ้างพัสดุที่รัฐต้องการส่งเสริมหรือสนับสนุน

เนื่องจากกฎกระทรวง กำหนดพัสดุและวิธีจัดซื้อจัดจ้างพัสดุ ที่รัฐต้องการส่งเสริมหรือสนับสนุน (ฉบับที่ ๒) มุ่งส่งเสริมให้หน่วยงานภาครัฐ จัดซื้อจัดจ้าง สินค้าที่ผลิตภายในประเทศ (ถ้ามี) หรือจัดซื้อจัดจ้างกับผู้ประกอบการวิสาหกิจขนาดกลางหรือขนาดย่อม (SMEs) จึงขอความเห็นชอบ ในหลักการ ดังนี้

๑๐.๑ พักตร์ที่จัดซื้อจัดจ้างหรือส่งมอบในการจัดซื้อจัดจ้าง ครั้งนี้ต้องเป็นสินค้าที่ผลิตในประเทศ (ถ้ามี) หรือหากแม่ผู้ขาย/คู่สัญญาเป็น ผู้ประกอบการวิสาหกิจขนาดกลางหรือขนาดย่อม (SMEs) ต้องมีหลักฐานการขึ้นทะเบียน และได้ลงรายการสินค้าไว้ในเว็บไซต์สำนักงาน สสว. พร้อม ให้ผู้ขายหรือคู่สัญญาแสดง หลักฐานการขึ้นทะเบียนฯ ด้วย

๑๐.๒ หากเป็นสินค้าที่ผลิต หรือนำเข้าจากต่างประเทศ ต้องเป็นกรณีมีราคาในการจัดหาครั้งหนึ่ง ไม่เกินสองล้านหรือราคาพัสดุที่นำเข้าจากต่างประเทศ มีราคาต่อหน่วยไม่เกิน สองล้าน ตามนัยแห่งหนังสือกรมบัญชีกลางด่วนที่สุด ที่ กค (กวจ) ๐๔๐๕.๒/ว ๗๘ ลว. ๓๑ มกราคม ๒๕๖๕

๑๐.๓ ขอความเห็นชอบในการจัดซื้อจัดจ้างพัสดุที่รัฐต้องการส่งเสริมหรือสนับสนุน ตามนัยแห่งหนังสือสั่งการกรมบัญชีกลาง ด่วนที่สุด ที่ กค (กวจ) ๐๔๐๕.๒/ว ๑๒๓ ลว. ๙ มี.ค. ๒๕๖๑ ข้อ ๑ (๑.๑) ดำเนินการโดยวิธีเฉพาะเจาะจง ตามมาตรา ๕๖ วรรคหนึ่ง (๒) (ข) กับผู้ประกอบการ SMEs (กรณีมีผู้ประกอบการ SMEs)

๑๑. วิธีการตรวจรับพัสดุ

๑๑.๑ ทำการตรวจสอบพัสดุที่ผลิตในประเทศ โดยทำการตรวจสอบพัสดุที่ได้รับการรับรองและออกเครื่องหมายสินค้าที่ผลิตในประเทศไทย(Mede in Thailand : Mit) จากสภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทยหรือ

๑๑.๒ กรณีเป็นพัสดุที่ผลิตในประเทศแต่ไม่ใช้รายการตาม (๑๑.๑) ให้ตรวจสอบข้อมูลที่ปรากฏบนฉลากสินค้าที่ติดไว้บนบรรจุภัณฑ์ เป็นต้น)

๑๒. ราคาากลางและแหล่งที่มาของราคากลาง

ในการกำหนดราคาากลางหรือสี่บราคาในครั้งนี้ ดำเนินการตามหนังสือสั่งการ กรมบัญชีกลาง ด่วนที่สุด ที่ กค๐๔๓๓.๒/ว ๒๐๖ ลว.๑ พ.ค.๒๕๖๒

- () (๑) ราคาที่ได้จากการคำนวณตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการราคากลางกำหนด
- () (๒) ราคาที่ได้มาจากฐานข้อมูลราคาอ้างอิงของพัสดุที่กรมบัญชีกลางจัดทำ
- () (๓) ราคามาตรฐานที่สำนักงานงบประมาณหรือหน่วยงานกลางอื่นกำหนด
- (/) (๔) ราคาที่ได้มาจากราคาท้องตลาด โดยใช้ราคาต่ำสุดเป็นราคาอ้างอิงในการกำหนดราคาากลางสี่บราคาจากท้องตลาด ๓ รายดังนี้

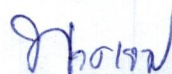
๑. ณรัชฯ คชรัตน์ ราคารวม ๑๗,๓๒๘.๐๐.- บาท

๒. บริษัทอินเทลเดฟ เมติคอล จำกัด (สำนักงานใหญ่) ราคารวม ๒๒,๙๙๒.๐๐.- บาท

๓. บริษัท หาดใหญ่เซฟตี้เทค จำกัด ราคารวม ๒๕,๙๒๐.๐๐.- บาท

() (๕) ราคาที่เคยซื้อเคยจ้างครั้งหลังสุดภายในระยะเวลา ๒ ปี งบประมาณ

() (๖) ราคาอื่นใดตามหลักเกณฑ์ วิธีการ หรือแนวทางปฏิบัติของหน่วยงานของรัฐนั้นๆ



(นางสาวพวงเพชร แก้วอิทธิร)

ตำแหน่ง กรรมการและเลขานุการ

ผู้รับผิดชอบในการจัดทำร่างฯ

วันที่ ๑๔ เดือน กันยายน พ.ศ.๒๕๖๖

เรียน ประธานศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และคนพิการตำบลทุ่งใหญ่
เจ้าหน้าที่เสนอร่างขอบเขตงาน(TOR) การจัดซื้อวัสดุวิทยาศาสตร์และการแพทย์ (ผ้าอ้อมผู้ใหญ่)
เห็นควรพิจารณาสั่งการ

คำสั่งประธานกรรมการศูนย์ฯ

- () เห็นชอบ/อนุมัติ
() ไม่เห็นชอบ/ทบทวน



(นายเอกชัย สุนทรบุตร)

ประธานกรรมการศูนย์ฯ

วันที่ ๑๔ เดือน กันยายน พ.ศ.๒๕๖๖

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และคนพิการตำบลทุ่งใหญ่

ที่ วันที่ ๑๕ กันยายน ๒๕๖๖

เรื่อง ขออนุมัติแต่งตั้งเจ้าหน้าที่จัดทำร่างขอบเขตงาน (Terms Of Reference : TOR) โครงการจัดซื้อวัสดุ
วิทยาศาสตร์หรือการแพทย์ (ผ้าอ้อมผู้ใหญ่)

เรียน ประธานศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และคนพิการตำบลทุ่งใหญ่

๑. เรื่องเดิม

ด้วย ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และคนพิการตำบลทุ่งใหญ่ ขอรับการสนับสนุนงบประมาณจาก
กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น อบต.ทุ่งใหญ่ เป็นจำนวน ๒๐,๐๐๐ บาท (สองหมื่นบาทถ้วน) ตามโครงการสนับสนุน
ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ในปีงบประมาณ
๒๕๖๖

๒. ข้อเท็จจริง

ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการตำบลทุ่งใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา มีความ
ประสงค์ จัดซื้อวัสดุวิทยาศาสตร์หรือการแพทย์ (ผ้าอ้อมผู้ใหญ่) สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีปัญหาการ
กลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๖

๓. ระเบียบ/ข้อกำหนด

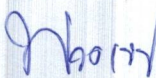
ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ.๒๕๖๐
ข้อ ๒๑ ในการซื้อหรือจ้างที่มีใ้การก่อสร้าง หัวหน้าหน่วยงานของรัฐแต่งตั้งคณะกรรมการขึ้นมาคณะหนึ่งหรือจะให้
เจ้าหน้าที่หรือบุคคลใดบุคคลหนึ่งรับผิดชอบในการจัดทำร่างขอบเขตของงานหรือรายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะของพัสดุ
ที่จะซื้อหรือจ้าง รวมทั้งกำหนดหลักเกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกข้อเสนอด้วย

เพื่อให้การกำหนดรายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะของพัสดุที่จะซื้อหรือจ้างมีมาตรฐานและเป็นประโยชน์
ต่อทางราชการ หากพัสดุที่จะซื้อหรือจ้างใดมีค่าประกาศกำหนดมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรมแล้วให้กำหนด
รายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะของพัสดุที่จะซื้อหรือจ้าง หรือรายการในการก่อสร้างตามมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม
หรือเพื่อความสะดวกจะระบุเฉพาะหมายเลขมาตรฐานก็ได้ หรือในกรณีพัสดุที่จะซื้อหรือ
จ้างใด ยังไม่มีประกาศกำหนดมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรมแต่มีผู้ได้รับการจดทะเบียนผลิตภัณฑ์ไว้กับกระทรวง
อุตสาหกรรมแล้ว ให้กำหนดรายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะของพัสดุที่จะซื้อหรือจ้างหรือให้สอดคล้องกับรายละเอียด
คุณลักษณะเฉพาะตามที่ระบุในคู่มือผู้ซื้อหรือใบแทรกคู่มือผู้ซื้อที่กระทรวงอุตสาหกรรมจัดทำขึ้น

๔. ข้อเสนอเพื่อโปรดพิจารณา

เห็นควรให้ นางสาวพวงเพชร แก้วอิทธิธร ตำแหน่ง กรรมการและเลขานุการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิต
ผู้สูงอายุ และคนพิการตำบลทุ่งใหญ่ จัดทำลักษณะเฉพาะที่จะซื้อ รวมทั้งกำหนดหลักเกณฑ์การจัดซื้อ

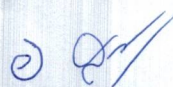
จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา


(นางสาวพวงเพชร แก้วอิทธิธร)

กรรมการและเลขานุการ

พิจารณาแล้ว

อนุมัติ
 ไม่อนุมัติ


(นายเอกชัย สุนสระบุตร)

ประธานศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
และคนพิการตำบลทุ่งใหญ่

บัญชีรายชื่อแนบท้าย

| ลำดับที่ | ชื่อ สกุล | เลขบัตรประจำตัวประชาชน | ที่อยู่ | กลุ่ม | ขนาดไซส์ผ้าอ้อม | หมายเหตุ |
|----------|---------------------|------------------------|-----------------------------|------------------------|-----------------|----------|
| 1 | นางแกล้ม ประดับศรี | 3901101025774 | 16 หมู่ที่ 2 ตำบลทุ่งใหญ่ | บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง | L | |
| 2 | นางบุญแก้ว ชังมะโน | 3901101036857 | 96 หมู่ที่ 3 ตำบลทุ่งใหญ่ | บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง | M | |
| 3 | นางเจี้ยว ขาดิถาวร | 3901101027653 | 78/1 หมู่ที่ 2 ตำบลทุ่งใหญ่ | บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง | L | |
| 4 | นางหนูครีม สีโยม | 3901101045333 | 32 หมู่ที่ 5 ตำบลทุ่งใหญ่ | บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง | L | |
| 5 | นางคลอง เพ็ชรจรัส | 3901101034391 | 49 หมู่ที่ 3 ตำบลทุ่งใหญ่ | บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง | L | |
| 6 | นางสุธาทิพย์ สีปาน | 3901101139249 | 139 หมู่ที่ 3 ตำบลทุ่งใหญ่ | บุคคลที่มีปัญหาการกลืน | M | |
| 7 | นายวรสิทธิ์ รักภาระ | 3901101044515 | 17 หมู่ที่ 5 ตำบลทุ่งใหญ่ | บุคคลที่มีปัญหาการกลืน | L | |
| 8 | นายบุญเลิศ ท่วมสุณี | 3901100928363 | 131 หมู่ที่ 2 ตำบลทุ่งใหญ่ | บุคคลที่มีปัญหาการกลืน | M | |

โครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่
สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้
ของกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น อบต.ทุ่งใหญ่

เรื่อง โครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ สำหรับสำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้

เรียน ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น อบต.ทุ่งใหญ่

ด้วย ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และคนพิการตำบลทุ่งใหญ่ มีความประสงค์จัดทำโครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ สำหรับสำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ในปีงบประมาณ 2566 โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น อบต.ทุ่งใหญ่ เป็นเงิน 20,000.- บาท (สองหมื่นบาทถ้วน) มีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 : รายละเอียดโครงการ (สำหรับผู้เสนอฯ ลงรายละเอียด)

1. หลักการและเหตุผล

บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีปัญหาการกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้เป็นกลุ่มบุคคลที่มีความจำเป็นต้องใช้ผ้าอ้อมผู้ใหญ่เพื่อการดำรงชีวิตประจำวัน จึงเป็นกลุ่มบุคคลที่ควรได้รับการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่และควรได้รับการดูแลให้สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขในชุมชนให้มากยิ่งขึ้น คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงมีมติให้ผ้าอ้อมผู้ใหญ่เป็นสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีวัตถุประสงค์ให้บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงตามแผนการดูแลรายบุคคลระยะด้านสาธารณสุข (Care Plan) และบุคคลที่มีปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ได้รับการดูแลและเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงยิ่งขึ้น ดังนั้น งบประมาณที่มีอยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น จึงเป็นส่วนสำคัญที่จะสามารถสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายดังกล่าวสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นได้

ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และคนพิการตำบลทุ่งใหญ่ จึงได้จัดทำโครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ สำหรับสำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ในปีงบประมาณ 2566 เพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น อบต.ทุ่งใหญ่ เป็นเงิน 20,000.- บาท (สองหมื่นบาทถ้วน)

2. วัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด

1. เพื่อให้บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง และมีค่าคะแนนระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 คะแนน ตามแผนการดูแลรายบุคคลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Plan) ได้รับการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่เพิ่มเติมตามสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2. เพื่อให้บุคคลที่มีปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ได้รับการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ และเข้าถึงบริการสาธารณสุขตามสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3. วิธีดำเนินการ

1. ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และคนพิการตำบลทุ่งใหญ่ จัดทำโครงการเสนอขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น อบต.ทุ่งใหญ่ โดยมีรายละเอียดการดำเนินงาน ดังนี้

1) สำรวจ/ค้นหา/คัดกรอง กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ โดยผู้จัดการการดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุข (Care Manager) และ/หรือบุคลากรสาธารณสุข สำรวจตามรอบการประเมินผลการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคลของชุดสิทธิประโยชน์การบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) เพื่อจำแนกบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงซึ่งมีค่าคะแนนระดับความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 คะแนน ($ADL \leq 6$) ในรายชื่อจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่เพิ่มเติมจากงบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น อบต.ทุ่งใหญ่

2) กรณีพบบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงฯ ซึ่งมีคะแนน $ADL \leq 6$ และไม่มีแผนการดูแลรายบุคคลฯ ตามชุดสิทธิประโยชน์ฯ LTC ให้ผู้จัดการดูแลระยะยาวฯ (Care Manager) และ/หรือบุคลากรสาธารณสุข จัดทำแผนการดูแลรายบุคคลฯ ตามชุดสิทธิประโยชน์ฯ LTC เพื่อขอรับการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่จากงบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น อบต.ทุ่งใหญ่

3) สำรวจ/ค้นหา/คัดกรอง กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ซึ่งเป็นบุคคลที่มีปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ในพื้นที่ โดยให้พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเวชปฏิบัติ ผู้จัดการดูแลระยะยาวฯ (Care Manager) หรือบุคลากรสาธารณสุข ทำการประเมินหรือใช้ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ประกอบการขอรับการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่

4) กรณีพบกลุ่มเป้าหมายหรือได้รับการติดต่อจากกลุ่มเป้าหมาย ญาติ ประชาชน สำนักงาน สปสช. เขต 12 หรือสายด่วน 1330 แจ้งขอรับการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ในพื้นที่ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และคนพิการตำบลทุ่งใหญ่ รับเรื่องและดำเนินการจำแนกกลุ่มเป้าหมายตามวิธีการข้างต้น

5) ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และคนพิการตำบลทุ่งใหญ่ สรุปจำนวนกลุ่มเป้าหมาย/จำนวนชิ้น/จำนวนวัน ที่จะดำเนินการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ให้กับกลุ่มเป้าหมาย และจำนวนงบประมาณที่ใช้ในการสนับสนุนทั้งหมด

2. ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และคนพิการตำบลทุ่งใหญ่ ดำเนินการจัดหาและนำส่งผ้าอ้อมผู้ใหญ่ให้กับกลุ่มเป้าหมาย พร้อมทั้งจัดทำหลักฐานการเบิกจ่ายผ้าอ้อมผู้ใหญ่ที่ได้รับการสนับสนุนให้กับกลุ่มเป้าหมาย

3. ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และคนพิการตำบลทุ่งใหญ่ จัดทำรายงานสรุปผลการดำเนินงานตามโครงการ และรายงานผลการดำเนินงานให้คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น อบต.ทุ่งใหญ่ทราบเมื่อเสร็จสิ้นโครงการ

4. กลุ่มเป้าหมาย

1. บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง และมีค่าคะแนนระดับความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 คะแนน ตามแผนการดูแลรายบุคคล ระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Plan) จำนวน.....3.....คน

2. บุคคลที่มีปัญหาการกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ จำนวน.....5.....คน

5. ระยะเวลาดำเนินการ

วันที่ 1 มกราคม - 30 กันยายน 2566

6. สถานที่ดำเนินการ

ภายในเขตพื้นที่รับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งใหญ่

7. งบประมาณ

จากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น อบต.ทุ่งใหญ่ จำนวนเงิน 20,000.- บาท (สองหมื่นบาทถ้วน) รายละเอียด ดังนี้

| | |
|--|------------------------|
| 1) ค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่ | เป็นเงิน 19,760.00 บาท |
| จำนวน 8 คน x ราคา 9.5 บาท/ชิ้น x 260 ชิ้น/คน | |
| 2) ค่าป้ายประชาสัมพันธ์โครงการ | เป็นเงิน 240.00 บาท |
| ป้ายไผ่ ขนาด 70 x 40 เซนติเมตร จำนวน 1 ป้าย | |
| รวมเป็นเงิน (สองหมื่นบาทถ้วน) | 20,000.00 บาท |

หมายเหตุ * อัตราราคาผ้าอ้อมผู้ใหญ่ตามแนวทางการดำเนินงานโครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้

** ราคาและจำนวนผ้าอ้อมผู้ใหญ่อาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสม

*** ให้ทุกรายการสามารถถัวเฉลี่ยรายจ่ายได้ตามรายจ่ายจริง

8. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง และมีค่าคะแนนระดับความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 คะแนน ตามแผนการดูแลรายบุคคล ระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Plan) ได้รับการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่เพิ่มเติมตามสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2. บุคคลที่มีปัญหาการกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ได้รับการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่และสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขตามสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

9. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียด โดยในแต่ละข้อย่อยให้เลือกเพียง 1 รายการ ที่เป็นรายการหลักสำหรับใช้ในการจำแนกประเภทเท่านั้น เพื่อให้เจ้าหน้าที่ อปท. บันทึกข้อมูลลง โปรแกรมกองทุนฯ เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว)

9.1 หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ที่รับผิดชอบโครงการ (ตามประกาศฯ พ.ศ. 2561 ข้อ 10)
ชื่อหน่วยงาน ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และคนพิการตำบลทุ่งใหญ่

9.1.6 ศูนย์ฯ หรือหน่วยงานที่รับผิดชอบศูนย์ฯ [ข้อ 10 (3)]

9.2 ประเภทการสนับสนุน (ตามประกาศฯ พ.ศ. 2561 ข้อ 10)

9.2.3 สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของศูนย์ฯ หรือหน่วยงานที่รับผิดชอบ
ศูนย์ฯ (เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ) [ข้อ 10 (3)]

9.3 กลุ่มเป้าหมายหลัก

9.3.5 กลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 5 คน

9.3.5 กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ จำนวน 3 คน

9.4 กิจกรรมหลักตามกลุ่มเป้าหมายหลัก

9.4.5 กลุ่มผู้สูงอายุ

9.4.5.8 ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ (ระบุ) สนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่และสามารถเข้าถึงบริการ
สาธารณสุขตามสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

9.4.7 กลุ่มคนพิการ และทุพพลภาพ

9.4.7.8 ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ (ระบุ) สนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่และสามารถเข้าถึงบริการ
สาธารณสุขตามสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ลงชื่อ



ผู้เสนอโครงการ

(นายเอกชัย สันสระบวธ)

ประธานศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และคนพิการตำบลทุ่งใหญ่

๑๕ พ.ย. ๒๕๖๕

ลงวันที่


(ตัวอย่าง)

ทะเบียนคุมจำนวนการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่

| ลำดับ | กลุ่มเป้าหมาย | | ชื่อ - สกุล | เลขบัตรประชาชน | หมายเลขโทรศัพท์ | จำนวนที่ได้รับการสนับสนุนฯ (ชิ้น) | สถานะการมีชีวิต | | จำนวนที่จ่าย (ชิ้น) | ว/ด/ป ที่จ่าย | จำนวนคงเหลือ (ชิ้น) |
|-------|------------------------|---|---------------------|----------------|-----------------|-----------------------------------|-----------------|-----------|---------------------|---------------|---------------------|
| | บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงฯ | บุคคลที่มีปัญหา กลืน ปัสสาวะ หรือ อุจจาระ ไม่ได้ฯ | | | | | มีชีวิต | เสียชีวิต | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | 197 | 80 | | |
| 1. | ✓ | | นางแกล้ม ประดับศรี | 3901101025774 | 0640430643 | 260 | ✓ | L | | | |
| 2 | ✓ | | นางบุญแก้ว ชั่งมะโณ | 3901101036857 | | 260 | ✓ | M | 1 | | |
| 3 | ✓ | | นางเจ็ยว ชาติถาวร | 3901101027653 | | 260 | ✓ | L | | | |
| 4 | | ✓ | นางหนูครีม สีโยม | 3901101045333 | | 260 | ✓ | 2xL | | | |
| 5 | | ✓ | นางคล่อง เพ็ชรจำรัส | 3901101034391 | | 260 | ✓ | 4 2xL | | | |
| 6 | | ✓ | นางสุธาทิพย์ สีปาน | 3901101139249 | | 260 | ✓ | M | 2 | | |
| 7 | | ✓ | นายวรสิทธิ์ รักภาระ | 3901101044515 | | 260 | ✓ | 5 L | | | |
| 8 | | ✓ | นายบุญเลิศ ท่วมสุณี | 3901100928363 | | 260 | ✓ | 6 L | | | |

แผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)

เสนอต่อ: คณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care plan)/กำกับและควบคุมการปฏิบัติงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น


| | | |
|--|---|---|
|  | ชื่อ - สกุลนาง แก้วมณี ประดับศรี เกิดวันที่ 20 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2492 อายุ 73 ปี เลขที่บัตรประชาชน3.9011.01025.77.4 ที่อยู่ 16 ม. 2 ต. พุงใหญ่ อ. หาดใหญ่ จ. สงขลา หมายเลขโทรศัพท์06.4043.0643 | วันที่จัดทำ 10 ตุลาคม 2565 |
| วินิจฉัย : อัมพฤกษ์ แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง (Stroke) ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ADL = 0, TAI = 11, ไช้มนในเลือดสูง, ความดันโลหิตสูง | | |
| ข้อควรระวังในการให้บริการ | แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (เป้าหมายระยะยาว) | การดูแล |
| <ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สําลักอาหาร - Recurrent stroke, Myocardial infarction (MI) - พลาดตกจากเตียง - ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น แผลกดทับ | <ul style="list-style-type: none"> - อาการคงสภาพ/ดีขึ้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคความไข้มนในเลือดสูง | การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs) - การระบาย/ดูดเสมหะ - สุขอนามัยในช่องปาก |
| แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิตผู้สูงอายุ | เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) | - การระบายนํ้า/ดูดเสมหะ - สุขอนามัยในช่องปาก - ควบคุมโภชนาการ/สารอาหารที่ควรได้รับแต่ละวัน |
| <ul style="list-style-type: none"> - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น - อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่ - อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น ผ้าอ้อมอนามัย - ผู้สูงอายุจากไปอย่างสมศักดิ์ศรี | <ul style="list-style-type: none"> - ได้รับประทานยาตามที่กำหนด ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - ไปรับยา/พบแพทย์ตามนัด ภายใน 1 เดือน - ฟั้่นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพ/ดีขึ้นภายใน 3 เดือน | การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วย เช่น เตียงผู้ป่วย, เบาะลม, ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว |
| ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต <ul style="list-style-type: none"> - มีความอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขน ขา ไม่สามารถเดินได้ - มีปัญหาท้ล้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ มีความต้องการผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ผืน/วัน - สภาพแวดล้อมรอบเตียงผู้ป่วยและภายในบ้านไม่สะอาด | | การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้สะอาดและปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ |

| กิจกรรม | ความถี่ | จ. | อ. | พ. | พฤ. | ศ. | ส. | อ. | ผู้รับผิดชอบ |
|--|--|----|----|----|-----|----|----|----|---------------------------------------|
| | | | | | | | | | |
| วัดสัญญาณชีพ (BP,HR,RR,BT) | วันละ 1 ครั้ง | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น |
| ล้างหน้า แปรงฟัน | วันละ 2 ครั้ง (เช้า,เย็น) | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ครอบครัว/อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น |
| เตรียมอาหาร | วันละ 3 ครั้ง (เช้า,กลางวัน,เย็น) | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ครอบครัว/อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น |
| สระผม | สัปดาห์ละ 2 ครั้ง | ✓ | | | ✓ | | | | ครอบครัว/อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น |
| ทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน | วันเว้นวัน | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น |
| ตัดเล็บ | สัปดาห์ละ 1 ครั้ง | | | | | | ✓ | | อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น |
| การนวดกระตุ้นภาวะไหลเวียนโลหิต | วันเว้นวัน | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | นักรักษาบำบัด/อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น |
| การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ | วันเว้นวัน | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น |
| ประเมินภาวะโภชนาการ (BMI,BW,HT) | เดือนละ 1 ครั้ง | | | | | ✓ | | | อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น |
| ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม | เดือนละ 1 ครั้ง | | | | | ✓ | | | อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น |
| ประเมิน ADL | เดือนละ 1 ครั้ง | ✓ | | | | | | | พยาบาล/นักรักษาบำบัด |
| ประเมินความก้าวหน้า | เดือนละ 1 ครั้ง | | | | | ✓ | | | |
| กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - ตื่นนอน - ล้างหน้า - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็น (โดยญาติ) - รับประทานยา - ออกกำลังกาย - กิจกรรมกายภาพบำบัด - สวดมนต์ - นอนหลับ | ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ ลงชื่อ ผู้จัดทำ/CM (นางสุทธอร จินนกุล) ลงชื่อ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ/อสบ. (นางสาวศิริณี ศรี.ม.) ลงชื่อ ผู้สูงอายุ/ญาติ (นางสมพร อังคณาสิทธิ์) ลงชื่อ ประธานคณะกรรมการจัดทำแผนฯ (Care plan) (นายชวณณ สุขสว่าง) | | | | | | | | |

แผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)

เสนอต่อ: คณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care plan)/กำกับและควบคุมการปฏิบัติงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

วันที่จัดทำ 10 ตุลาคม 2565


| | | |
|--|--|---|
|  | <p>ชื่อ - สกุล นาง บุญแก้ว ชังมะโณ เกิดวันที่ 1 เดือน มกราคม พ.ศ. 2483 อายุ 82 ปี เลขที่บัตรประชาชน 3 9011 01036 85 7 ที่อยู่ 96 ม. 3 ต. พุงใหญ่ อ. หาดใหญ่ จ. สงขลา หมายเลขโทรศัพท์</p> | |
| <p>ชื่อควรระวังในการให้บริการ</p> | <p>วินิจฉัย : Alzheimer's disease ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ADL = 4, TAI = 11, สะโพกซ้ายหัก</p> | <p>การดูแล</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> - พลาดตกหล่น - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - สำลัทยา/อาหาร - ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ | <p>แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (เป้าหมายระยะยาว)</p> <ul style="list-style-type: none"> - อาการคงสภาพ/ดีขึ้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการอยู่บนเตียงเป็นเวลานาน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน | <p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - สุขภาพจิตและกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด |
| <p>แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิตผู้สูงอายุ</p> | <p>เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน)</p> | <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> - อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs) |
| <ul style="list-style-type: none"> - อยากให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง | <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น พลาดตกหล่น ภายใน 3 เดือน - ไปรับยา/พบแพทย์ตามนัด ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพ/ดีขึ้นภายใน 3 เดือน | <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วย เช่น รถเข็น, เตียงผู้ป่วย - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน |
| <p>ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - มีปัญหาในการกลั้นปัสสาวะและอุจจาระ มีความต้องการผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน | <ul style="list-style-type: none"> - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 1 เดือน | <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ |

แผนการดูแล (Care Plan) เดือน 11 ตุลาคม 2565 - 30 กันยายน 2566


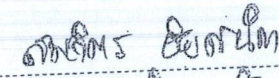
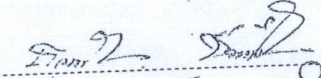
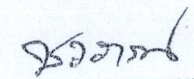
| กิจกรรม | ความถี่ | จ. | อ. | พ. | พญ. | ศ. | ส. | อา. | ผู้รับผิดชอบ |
|--|-----------------------------------|---|----|----|-----|----|----|-----|--|
| วัดสัญญาณชีพ (BP,HR,RR,BT) | วันละ 1 ครั้ง | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น |
| ล้างหน้า แปรงฟัน | วันละ 2 ครั้ง (เช้า,เย็น) | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ครอบครัว/อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น |
| เตรียมอาหาร | วันละ 3 ครั้ง (เช้า,กลางวัน,เย็น) | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ครอบครัว/อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น |
| สระผม | สัปดาห์ละ 2 ครั้ง | ✓ | | | ✓ | | | | ครอบครัว/อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น |
| ทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน | วันเว้นวัน | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น |
| ตัดเล็บ | สัปดาห์ละ 1 ครั้ง | | | | | | ✓ | | อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น |
| กิจกรรมกระตุ้นสมอง/ความทรงจำ | วันละ 1 ครั้ง | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น |
| การนวดกระตุ้นภาวะไหลเวียนโลหิต | วันเว้นวัน | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น |
| การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ | วันเว้นวัน | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | นักกายภาพบำบัด/อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น |
| ประเมินภาวะโภชนาการ (BMI,BW,HT) | เดือนละ 1 ครั้ง | | | | | ✓ | | | อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น |
| ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม | เดือนละ 1 ครั้ง | | | | | ✓ | | | อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น |
| สำรวจจุดเสี่ยงบริเวณบ้าน | วันเว้นวัน | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น |
| ประเมิน ADL | เดือนละ 1 ครั้ง | ✓ | | | | | | | พยาบาล/นักกายภาพบำบัด |
| ประเมินความก้าวหน้า | เดือนละ 1 ครั้ง | | | | | ✓ | | | |
| กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - ตื่นนอน - ล้างหน้า - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็น - รับประทานยา - ออกกำลังกาย - กิจกรรมกายภาพบำบัด - สวดมนต์ - นอนหลับ | | ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ ลงชื่อ ผู้จัดทำ/CM (นางสุทธอร จินนกุล) ลงชื่อ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ/อสบ. (นาง กานต์ ชัยถนอม) ลงชื่อ ผู้สูงอายุ/ญาติ (นาง เกษ ทวีสวัสดิ์) ลงชื่อ ประธานคณะกรรมการจัดทำแผนฯ (Care plan) (นายชวณ สุขสว่าง) | | | | | | | |

แผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)

เสนอต่อ: คณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care plan)/กำกับและควบคุมการปฏิบัติงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น


| | | |
|--|--|--|
|  | ชื่อ - สกุล.....นางเจี้ยว ชาติถาวร..... เกิดวันที่ 4 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2472 อายุ 93 ปี เลขที่บัตรประชาชน 3 9011 01027 65 3..... ที่อยู่ 78/1 ม. 2 ต. ห้วยใหญ่ อ. หาดใหญ่ จ. สงขลา หมายเลขโทรศัพท์..... | วันที่จัดทำ 10 ตุลาคม 2565 |
| วินิจฉัย : ความดันโลหิตสูง, โรคหลอดเลือดอุดตัน ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ADL = 6, TAI = B4 | | |
| ข้อควรระวังในการให้บริการ | แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (เป้าหมายระยะยาว) | การดูแล |
| <ul style="list-style-type: none"> - พลาดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ | <ul style="list-style-type: none"> - อาการคงสภาพ/ดีขึ้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง, โรคหลอดเลือดอุดตัน - ไม่มีภาวะซึมเศร้า | การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - สุขภาพจิตและกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลพยาบาลเฉพาะ - อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs) - โภชนาการที่เหมาะสม |
| แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิตผู้สูงอายุ | เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) | การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วย เช่น ไม้เท้า - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน |
| <ul style="list-style-type: none"> - อยากให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง | <ul style="list-style-type: none"> - รับประทานยาถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น พลาดตกหกล้ม ภายใน 3 เดือน - ไปรับยา/พบแพทย์ตามนัด ภายใน 1 เดือน | - ได้รับบริการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน |
| ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต | - ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพ/ดีขึ้น ภายใน 3 เดือน | |
| <ul style="list-style-type: none"> - ไม่สามารถเดินได้เอง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความดันโลหิตสูง - มีปัญหาในการกลั้นปัสสาวะและอุจจาระ มีความต้องการผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน | <ul style="list-style-type: none"> - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน | การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ |

แผนการดูแล (Care Plan) เดือน 11 ตุลาคม 2565 - 30 กันยายน 2566

| กิจกรรม | ความถี่ | จ. | อ. | พ. | พธ. | ศ. | ส. | อ. | ผู้รับผิดชอบ |
|--|--|----|----|----|-----|----|----|----|--|
| | | | | | | | | | อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น |
| วัดสัญญาณชีพ (BP,HR,RR,BT) | วันละ 1 ครั้ง | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น |
| ล้างหน้า แปรงฟัน | วันละ 2 ครั้ง (เช้า,เย็น) | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ครอบครัว/อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น |
| เตรียมอาหาร | วันละ 3 ครั้ง (เช้า,กลางวัน,เย็น) | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ครอบครัว/อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น |
| สระผม | สัปดาห์ละ 2 ครั้ง | ✓ | | | ✓ | | | | ครอบครัว/อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น |
| ทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน | วันเว้นวัน | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น |
| ตัดเล็บ | สัปดาห์ละ 1 ครั้ง | | | | ✓ | | ✓ | | อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น |
| การนวดกระดูกนภาวะไหลเวียนโลหิต | วันเว้นวัน | | ✓ | | | | | | นักรักษาพยาบาล/อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น |
| การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ | วันเว้นวัน | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น |
| ประเมินภาวะโภชนาการ (BMI,BW,HT) | เดือนละ 1 ครั้ง | | | | | ✓ | | | อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น |
| ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม | เดือนละ 1 ครั้ง | | | | | ✓ | | | อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น |
| สำรวจจุดเสี่ยงบริเวณบ้าน | วันเว้นวัน | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น |
| ประเมิน ADL | เดือนละ 1 ครั้ง | ✓ | | | | | | | อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น |
| ประเมินความก้าวหน้า | เดือนละ 1 ครั้ง | | | | | ✓ | | | พยาบาล/นักรักษาพยาบาล |
| กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - ตื่นนอน - ล้างหน้า - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็น - รับประทานยา - ออกกำลังกาย - กิจกรรมกายภาพบำบัด - สวดมนต์ - นอนหลับ | ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ ลงชื่อ  ผู้จัดทำ/CM (นางสุทธอร จินนกุล) ลงชื่อ  ผู้ดูแลผู้สูงอายุ/อสบ. (นางสุทธอร จินนกุล) ลงชื่อ  ผู้สูงอายุ/ญาติ (นางสุทธอร จินนกุล) ลงชื่อ  ประธานคณะกรรมการจัดทำแผนฯ (Care plan) (นายชวณ สุขสว่าง) | | | | | | | | |

แผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)

เสนอต่อ: คณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care plan)/กำกับและควบคุมการปฏิบัติงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

| | | |
|--|---|---|
|  | ชื่อ - สกุล นาง หนูครีม สีโยม เกิดวันที่ 7 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2482 อายุ 83 ปี เลขที่บัตรประชาชน 3 9011 01045 33 3 ที่อยู่ 32 ม. 5 ต. หุ่งใหญ่ อ. หาดใหญ่ จ. สงขลา หมายเลขโทรศัพท์ | วันที่จัดทำ 10 ตุลาคม 2565 |
| ข้อควรระวังในการให้บริการ | วินิจฉัย : หมอนรองกระดูกทับเส้นประสาท, ข้อเข่าเสื่อม ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ADL = 8, TAI = B4, ความดันโลหิตสูง, ไชมันโนเลือดสูง, ข้อเข่าบวม, เดินไม่ได้ | การดูแล |
| <ul style="list-style-type: none"> - พลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์ - ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น ติดเชื้อในกระแสโลหิต | แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (เป้าหมายระยะยาว) <ul style="list-style-type: none"> - อากาศคงสภาพ/ดีขึ้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง, ไชมันโนเลือดสูง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า | การดูแลพยาบาลทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - สุขภาพจิตและกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลพยาบาลเฉพาะ <ul style="list-style-type: none"> - อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs) - ควบคุมโภชนาการ |
| แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิตผู้สูงอายุ | เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) | การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม <ul style="list-style-type: none"> - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วย เช่น ไม้เท้า - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน |
| <ul style="list-style-type: none"> - อยากให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง | <ul style="list-style-type: none"> - รับประทานยาถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น พลัดตกหกล้ม ภายใน 3 เดือน - ไปรับยา/พบแพทย์ตามนัด ภายใน 1 เดือน | การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม <ul style="list-style-type: none"> - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน - การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ |
| ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต <ul style="list-style-type: none"> - ไม่สามารถเดินได้เอง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความดันโลหิตสูง - ปวดหลังและเข่าเรื้อรัง - เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ และมีปัญหาในการกลั้นปัสสาวะ มีความต้องการผ้าอ้อมผู้ใหญ่จำนวน 3 ชิ้น/วัน | <ul style="list-style-type: none"> - ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพ/ดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน | การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม <ul style="list-style-type: none"> - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน - การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ |


แผนการดูแล (Care Plan) เดือน 11 ตุลาคม 2565 - 30 กันยายน 2566

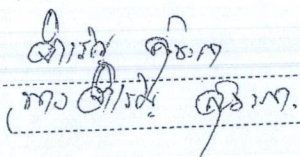
| กิจกรรม | ความถี่ | จ. | อ. | พ. | พฤ. | ศ. | ส. | อา. | ผู้รับผิดชอบ |
|---------------------------------|-----------------------------------|----|----|----|-----|----|----|-----|--|
| วัดสัญญาณชีพ (BP,HR,RR,BT) | วันละ 1 ครั้ง | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น |
| ล้างหน้า แปรงฟัน | วันละ 2 ครั้ง (เช้า,เย็น) | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ครอบครัว/อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น |
| เตรียมอาหาร | วันละ 3 ครั้ง (เช้า,กลางวัน,เย็น) | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ครอบครัว/อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น |
| ทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน | วันเว้นวัน | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น |
| ตัดเล็บ | สัปดาห์ละ 1 ครั้ง | | | | ✓ | | ✓ | | อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น |
| การนวดกระตุ้นภาวะไหลเวียนโลหิต | วันเว้นวัน | | ✓ | | ✓ | | | ✓ | นักกายภาพบำบัด/อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น |
| การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ | วันเว้นวัน | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น |
| ประเมินภาวะโภชนาการ (BMI,BW,HT) | เดือนละ 1 ครั้ง | | | | | ✓ | | | อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น |
| ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม | เดือนละ 1 ครั้ง | | | | | ✓ | | | อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น |
| สำรวจจุดเสี่ยงบริเวณบ้าน | วันเว้นวัน | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น |
| ประเมิน ADL | เดือนละ 1 ครั้ง | ✓ | | | | | | | อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น |
| ประเมินความก้าวหน้า | เดือนละ 1 ครั้ง | | | | | ✓ | | | พยาบาล/นักกายภาพบำบัด |

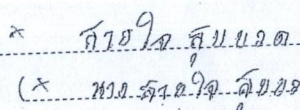
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต

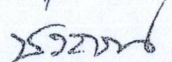
- ตื่นนอน
- ล้างหน้า
- ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็น
- รับประทานยา
- ออกกำลังกาย
- กิจกรรมกายภาพบำบัด
- สวดมนต์
- นอนหลับ

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้

ลงชื่อ  ผู้จัดทำ/CM
 (นางสุทธอร จินนกุล)


ลงชื่อ  ผู้ดูแลผู้สูงอายุ/อสบ.
 (นางสุทธอร จินนกุล)

ลงชื่อ  ผู้สูงอายุ/ญาติ
 (* นางสุทธอร จินนกุล)


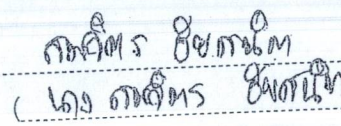
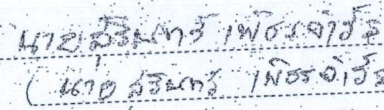
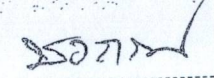
ลงชื่อ  ประธานคณะกรรมการจัดทำแผนฯ (Care plan)
 (นายชวณ สุขสว่าง)

แผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)

เสนอต่อ: คณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care plan)/กำกับและควบคุมการปฏิบัติงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

| | | |
|---|---|---|
|  | ชื่อ - สกุลนาง คล่อง เพ็ชรจำรัส..... เกิดวันที่ 12 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2485 อายุ 80 ปี เลขที่บัตรประชาชน 3 9011 01034 39 1 ที่อยู่ 49 ม. 3 ต. ห้วยใหญ่ อ. ทาดใหญ่ จ. สงขลา หมายเลขโทรศัพท์..... | วันที่จัดทำ 10 ตุลาคม 2565 |
| วินิจฉัย : สะโพกขวาหัก, โรคซึมเศร้า ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ADL = 8, TAI = B3, ความดันโลหิตสูง, ขาซ้ายอ่อนแรง | | |
| ข้อควรระวังในการให้บริการ | แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (เป้าหมายระยะยาว) | การดูแล |
| <ul style="list-style-type: none"> - พลาดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์ - ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น สำลักอาหาร | <ul style="list-style-type: none"> - อาการคงสภาพ/ดีขึ้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง, โรคซึมเศร้า - สามารถเดินได้เองอย่างปลอดภัยโดยใช้ Walker | การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - สุขภาพจิตและกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลพยาบาลเฉพาะ - อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs) - ควบคุมโภชนาการ/ปริมาณสารอาหารที่เหมาะสม |
| แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิตผู้สูงอายุ | เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) | การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - ควบคุมโภชนาการ/ปริมาณสารอาหารที่เหมาะสม |
| <ul style="list-style-type: none"> - อยากให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง | <ul style="list-style-type: none"> - รับประทานยาถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น พลาดตกหกล้ม ภายใน 1 เดือน - ไปรับยา/พบแพทย์ตามนัด ภายใน 1 เดือน | การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วย เช่น ไม้เท้า - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน |
| ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต | <ul style="list-style-type: none"> - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพ/ดีขึ้นภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 1 เดือน | การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ |
| <ul style="list-style-type: none"> - ไม่สามารถเดินได้เอง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความดันโลหิตสูง - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีปัญหาในการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระ มีความต้องการผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน | | |

แผนการดูแล (Care Plan) เดือน 11 ตุลาคม 2565 - 30 กันยายน 2566

| กิจกรรม | ความถี่ | จ. | อ. | พ. | พฤ. | ศ. | ส. | อา. | ผู้รับผิดชอบ |
|--|--|----|----|----|-----|----|----|-----|--|
| วัดสัญญาณชีพ (BP,HR,RR,BT) | วันละ 1 ครั้ง | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น |
| ล้างหน้า แปรงฟัน | วันละ 2 ครั้ง (เช้า,เย็น) | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ครอบครัว/อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น |
| เตรียมอาหาร | วันละ 3 ครั้ง (เช้า,กลางวัน,เย็น) | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ครอบครัว/อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น |
| ทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน | วันเว้นวัน | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น |
| ตัดเล็บ | สัปดาห์ละ 1 ครั้ง | | | | | | ✓ | | อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น |
| กิจกรรมกระตุ้นสมอง | วันละ 1 ครั้ง | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น |
| การนวดกระตุ้นภาวะไหลเวียนโลหิต | วันเว้นวัน | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น |
| การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ | วันเว้นวัน | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | นักกายภาพบำบัด/อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น |
| ประเมินภาวะโภชนาการ (BMI,BW,HT) | เดือนละ 1 ครั้ง | | | | | ✓ | | | อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น |
| ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม | เดือนละ 1 ครั้ง | | | | | ✓ | | | อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น |
| สำรวจจุดเสี่ยงบริเวณบ้าน | วันเว้นวัน | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น |
| ประเมิน ADL | เดือนละ 1 ครั้ง | ✓ | | | | | | | พยาบาล/นักกายภาพบำบัด |
| ประเมินความก้าวหน้า | เดือนละ 1 ครั้ง | | | | | ✓ | | | |
| กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - ตื่นนอน - ล้างหน้า - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็น - รับประทานยา - ออกกำลังกาย - กิจกรรมกายภาพบำบัด - สวดมนต์ - นอนหลับ | ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ ลงชื่อ  ผู้จัดทำ/CM (นางสุทธอร จินนกุล) ลงชื่อ  ผู้ดูแลผู้สูงอายุ/อสบ. (นาง นง นัตถอร จินนกุล) ลงชื่อ  ผู้สูงอายุ/ญาติ (นาง นง นัตถอร จินนกุล) ลงชื่อ  ประธานคณะกรรมการจัดทำแผนฯ (Care plan) (นายชวณ สุขสว่าง) | | | | | | | | |

แบบประเมิน

บุคคลที่มีภาวะปัญหาทกดันปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองซับการขับถ่าย

| | | |
|--|---|---|
| ชื่อ-นามสกุล (นาง/นาย/นางสาว) (บุคคลที่มีภาวะปัญหาทกดันปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้) นาง สุทธิภาณี ศรีปาน หมายเลขโทรศัพท์ (ติดต่อได้) | วัน/เดือน/ปี (เกิด) 20 ธ.ค. 2500 อายุ 65 ปี ID. 3901101139249 | ที่อยู่ 139 หมู่ 3 ต.ท่าใหม่ อ.ท่าใหม่ จ.ตราด |
| วันที่ประเมิน 11 กรกฎาคม 2565 ผู้ประเมินสังเกตพบอาการตก- ลงมีกลิ่นไม่พึงประสงค์ มีไข้ ความดันโลหิตสูง 170/100 มม. ปรอท 37.8 องศาเซลเซียส น้ำตาลกลูโคส 140 มก/ดล รับประทานยาตามแพทย์สั่ง ทุกวัน มีภาวะกลืนลำบากไม่ได้ ได้ทานอาหาร มีรสจืด | ผลการประเมิน <input type="checkbox"/> มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่ได้ <input type="checkbox"/> มีภาวะกลืนอุจจาระไม่ได้ <input checked="" type="checkbox"/> มีภาวะกลืนปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ | ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ (ควรเมื่อน้อย 2 ใน 3 ข้อ) <input checked="" type="checkbox"/> มีประวัติกลืนปัสสาวะหรือ อุจจาระไม่อยู่ <input checked="" type="checkbox"/> ตรวจร่างกายพบระบบประสาท บกพร่อง (ขา ทวารหนัก อัมพาต กราม) หรือมีภาวะอัมพาตเกราะ หย่อน หรือมีน้ำปัสสาวะค้างใน ช่องคลอด หรือมีความผิดปกติของ การขับถ่ายอุจจาระทางทวารหนัก <input type="checkbox"/> มีใบรับรองแพทย์/มีผลการ ตรวจจากแพทย์อย่างใดอย่างหนึ่ง (การตรวจทางรังสี, ส่งกล้อง ทางเดินปัสสาวะ, ตรวจทาง ปัสสาวะพลศาสตร์, ตรวจวัดการ ทำงานของลำไส้ใหญ่และทวาร ทวารหนัก) |
| ผู้ประเมิน (พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเวช ปฏิบัติ/ผู้จัดการการดูแล ระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager)/บุคลากรสาธารณสุข ชื่อ-นามสกุล นางสาวสุวิภาณี ศรีปาน | ความเห็นของผู้ประเมินควรได้รับ <input checked="" type="checkbox"/> ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน...ชิ้น <input checked="" type="checkbox"/> แผ่นรองซับการขับถ่าย จำนวน...ชิ้น | ชื่อหน่วยงานของผู้ประเมิน ทพ. สภ. ต.ท่าใหม่ |



ใบรับรองแพทย์

เล่มที่ 67269

เลขที่ 65

ส่วนที่ 1 ของผู้ขอรับใบรับรองสุขภาพ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว นาง สุรชาติพย์ สีปาน

สถานที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ 88 หมู่ 3 หมู่ที่ 3 หาดใหญ่ สงขลา 90110

หมายเลขบัตรประชาชน/หนังสือเดินทาง 3-9011-01139-24-9

ข้าพเจ้าขอใบรับรองสุขภาพโดยมีประวัติสุขภาพดังนี้

1. โรคประจำตัว ไม่มี มี (ระบุ) _____
2. อุบัติเหตุ และ ผ่าตัด ไม่มี มี (ระบุ) ตาบอดข้างซ้าย
3. เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่มี มี (ระบุ) _____
4. ประวัติอื่นที่สำคัญ _____

ลงชื่อ _____ วันที่ 14 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2565

(ในกรณีเด็กที่ไม่สามารถรับรองตนเองได้ให้ผู้ปกครองลงนามรับรองแทนได้)

ส่วนที่ 2 ของแพทย์

สถานที่ตรวจ ศูนย์แพทย์ชุมชน 3 ตำบล วันที่ 14 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2565

(1) ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง พญ. สิริภา ทองนุ่น

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ 49789 สถานพยาบาลชื่อ โรงพยาบาลหาดใหญ่

ที่อยู่ 182 ถนนรณรงค์ ตำบลหาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110

ได้ตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว นาง สุรชาติพย์ สีปาน

แล้วเมื่อวันที่ 14 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 มีรายละเอียดดังนี้

น้ำหนักตัว _____ กก. ความสูง _____ เซนติเมตร ความดันโลหิต _____ มม.ปรอท ชีพจร _____ ครั้ง/นาที

สภาพร่างกายทั่วไป อยู่ในเกณฑ์ ปกติ ผิดปกติ (ระบุ) _____

ขอรับรองว่า บุคคลดังกล่าว ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโรคจิต

หรือจิตฟั่นเฟือนหรือปัญญาอ่อน ไม่ปรากฏ อาการของการติดยาเสพติดให้โทษ และอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง และไม่ปรากฏอาการ
จะอาการแสดงของโรคต่อไปนี้

- (1) โรคเรื้อนในระยะติดต่อหรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- (2) วัณโรคในระยะอันตราย
- (3) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- (4) อื่นๆ (ถ้ามี) _____

(2) สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์ ผู้ป่วยติดเตียงและมีแผลกดทับที่บริเวณสะโพกทั้ง 2 ข้าง

ลงชื่อ _____ แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

- หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
(2) ให้แสดงว่าเป็นผู้มร่างกายสมบูรณ์เพียงใด ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ 1 เดือนนับแต่วันที่ตรวจร่างกาย
(3) คำรับรองนี้เป็นการตรวจวินิจฉัยเบื้องต้น
แบบฟอร์มนี้ได้รับการรับรองจากมติคณะกรรมการแพทยสภาในการประชุมครั้งที่ 4/2561 วันที่ 19 เมษายน 2561

แบบประเมิน

บุคคลที่มีภาวะปัญญาทึบสติปัญญาหรือออทิสติก ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
สำหรับสนับสนุนผู้ใหญ่อ่อนไหว ผู้ดูแลรองรับการขับถ่าย

| | | |
|---|---|---|
| <p>ชื่อ-นามสกุล (นาง/นาย/นางสาว) (บุคคลที่มีภาวะปัญญาทึบ สติปัญญาหรือออทิสติก) นางณัฐกานต์ วัฒนชัย หมายเลขโทรศัพท์ (ติดต่อได้)</p> | <p>วัน/เดือน/ปี (เกิด) อายุ ๕๒ ปี ID 3701100928363</p> | <p>ที่อยู่ 131 ๒.2 ๓. หมู่ ๖ ตำบลบ้านใหม่ ๙ กทม</p> |
| <p>วันที่ประเมิน 11/11/65 ผู้ประเมิน กงสุณิศา กงสุณิศา เป็น ผู้ปกครอง ของ คนไข้ คนไข้ได้ บ่งชี้ ทราบ กลิ่น ปัสสาวะ ไล่ไล่ แต่ ดูทาง กลิ่น ไล่ไล่ ไม่ได้ ที่ใด</p> | <p>ผลการ ประเมิน <input type="checkbox"/> มีภาวะกลิ่นปัสสาวะไม่ได้ <input type="checkbox"/> มีภาวะกลิ่นออทิสติกไม่ได้ <input checked="" type="checkbox"/> มีภาวะกลิ่นปัสสาวะและออทิสติกไม่ได้</p> | <p>ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ (ควรเมืออย่างน้อย 2 ใน 3 ข้อ) <input checked="" type="checkbox"/> มีประวัติกลิ่นปัสสาวะหรือ ออทิสติก <input checked="" type="checkbox"/> ตรวจร่างกายพบระบบประสาท บกพร่อง (ขา ทวารหนัก อังเชิง กราม) หรือมีภาวะอังเชิงกราม หย่อน หรือมีน้ำปัสสาวะค้างใน ช่องคลอด หรือมีความผิดปกติของ การขับถ่ายออทิสติกทางทวารหนัก <input type="checkbox"/> มีใบรับรองแพทย์/มีผลการ ตรวจจากแพทย์อย่างใดอย่างหนึ่ง (การตรวจทางรังสี, ส่งกล้อง ทางเดินปัสสาวะ, ตรวจทาง ปัสสาวะพลศาสตร์, ตรวจวัดการ ทำงานของลำไส้ใหญ่และทวาร หนัก)</p> |
| <p>ผู้ประเมิน (พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเวช ปฏิบัติ/ผู้จัดการการดูแล ระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager)/บุคลากรสาธารณสุข ชื่อ-นามสกุล กัญญา โคนกมล ตรี</p> | <p>ความถี่ของผู้ประเมินควรได้รับ <input checked="" type="checkbox"/> ผู้ใหญ่อ่อนไหว จำนวน...ชิ้น <input checked="" type="checkbox"/> ผู้ดูแลรองรับการขับถ่าย จำนวน...ชิ้น</p> | <p>ชื่อหน่วยงานของผู้ประเมิน ก. กทม. กทม</p> |

นายบุญเลิศ ท่วมสุณี
บ้านเลขที่ ๑๓๑ หมู่ที่ ๒ ตำบลทุ่งใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา
ประเภทความพิการ ด้าน ๓ การเคลื่อนไหว



ใบรับรองแพทย์

เล่มที่ 67275

เลขที่ 65

ส่วนที่ 1 ของผู้ขอรับใบรับรองสุขภาพ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว นาย บุญเลิศ ท่วมสุณี

สถานที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ 131 ม.2 หมู่ที่ 2 หาดใหญ่ สงขลา

หมายเลขบัตรประชาชน/หนังสือเดินทาง 3-9011-00928-36-3

ข้าพเจ้าขอใบรับรองสุขภาพโดยมีประวัติสุขภาพดังนี้

1. โรคประจำตัว ไม่มี มี (ระบุ) _____
2. อุบัติเหตุ และ ผ่าตัด ไม่มี มี (ระบุ) _____
3. เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่มี มี (ระบุ) _____
4. ประวัติอื่นที่สำคัญ _____

ลงชื่อ _____ วันที่ 14 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2565

(ในกรณีเด็กที่ไม่สามารถรับรองตนเองได้ให้ผู้ปกครองลงนามรับรองแทนได้)

ส่วนที่ 2 ของแพทย์

สถานที่ตรวจ ศูนย์แพทย์ชุมชน 3 ตำบล

วันที่ 14 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2565

(1) ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง พญ. ลีรภา ทองนุ่น

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ 49789 สถานพยาบาลชื่อ โรงพยาบาลหาดใหญ่

ที่อยู่ 182 ถนนรัฐการ ตำบลหาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110

ได้ตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว นาย บุญเลิศ ท่วมสุณี

แล้วเมื่อวันที่ 14 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 มีรายละเอียดดังนี้

น้ำหนักตัว กก. ความสูง เซนติเมตร ความดันโลหิต มม.ปรอท จีพจร ครั้ง/นาที

สภาพร่างกายทั่วไป อยู่ในเกณฑ์ ปกติ ผิดปกติ (ระบุ) _____

ขอรับรองว่า บุคคลดังกล่าว ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโรคจิต

หรือจิตฟั่นเฟือนหรือปัญญาอ่อน ไม่ปรากฏ อาการของการติดยาเสพติดให้โทษ และอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง และไม่ปรากฏอาการ

หรืออาการแสดงของโรคต่อไปนี้

- (1) โรคเรื้อนในระยะติดต่อหรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- (2) วัณโรคในระยะอันตราย
- (3) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- (4) อื่นๆ (ถ้ามี) _____

(2) สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์ ผู้ป่วยขาอ่อนแรงข้าง 2 ข้าง

ลงชื่อ _____

แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(2) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ 1 เดือนนับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

(3) คำรับรองนี้เป็น การตรวจวินิจฉัยเบื้องต้น

แบบฟอร์มนี้ได้รับการรับรองจากมติคณะกรรมการแพทยสภาในการประชุมครั้งที่ 4/2561 วันที่ 19 เมษายน 2561

แบบประเมิน

บุคคลที่มีภาวะปัญญาทึบหรือออทิสติก ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองขับถ่าย

| | | |
|--|---|---|
| ชื่อ-นามสกุล (นาง/นาย/นางสาว) (บุคคลที่มีภาวะปัญญาทึบ บัณฑิตหรือออทิสติก) นาย อรรถกวี ใจภักดิ์ หมายเลขโทรศัพท์ (ติดต่อได้) | วัน/เดือน/ปี (เกิด) 24 06 2519 อายุ 44 ปี ID 3901101044515 | ที่อยู่ 17 หมู่ 5 ต.ทุ่งโพธิ์ อ.บึงสามพัน จ.ตาก |
| วันที่ประเมิน 11 กรกฎาคม 2565 ผู้ประเมิน: ศพด.ศพด. พ.ท. ศิริกานดา คุ้มตันทรัพย์ 2564 พักพิภพเกษมสันต์ แต่มีประวัติของภาวะออทิสติก ๑๖๕/๖๖ ๖๖๖๖๖๖ ออทิสติกไม่ได้ | ผลการประเมิน <input type="checkbox"/> มีภาวะปัญญาทึบ <input type="checkbox"/> มีภาวะออทิสติก <input checked="" type="checkbox"/> มีภาวะปัญญาทึบและออทิสติก | ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ (ควรมีอย่างน้อย 2 ใน 3 ข้อ) <input checked="" type="checkbox"/> มีประวัติปัญญาทึบหรือ ออทิสติก <input type="checkbox"/> ตรวจร่างกายพบระบบประสาท บกพร่อง (ขา ทวารหนัก อัมพาต กระดูก) หรือมีภาวะอัมพาต หายใจ หรือมีน้ำปัสสาวะค้างใน ช่องคลอด หรือมีความผิดปกติของ การขับถ่ายออทิสติกทางทวารหนัก <input type="checkbox"/> มีใบรับรองแพทย์/มีผลการ ตรวจจากแพทย์อย่างใดอย่างหนึ่ง (การตรวจทางรังสี, ส่งกล้อง ทางเดินปัสสาวะ, ตรวจทาง ปัสสาวะพลศาสตร์, ตรวจวัดการ ทำงานของลำไส้ใหญ่และทวาร ทวารหนัก) |
| ผู้ประเมิน (พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเวช ปฏิบัติ/ผู้จัดการการดูแล ระยะเวลาด้านสาธารณสุข (Care Manager)/บุคลากรสาธารณสุข ชื่อ-นามสกุล ศก. อรรถกวี ใจภักดิ์ | ความเห็นของผู้ประเมินควรได้รับ <input checked="" type="checkbox"/> ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน...ชิ้น <input type="checkbox"/> แผ่นรองขับถ่าย จำนวน...ชิ้น | ชื่อหน่วยงานของผู้ประเมิน พ.ศ. ๖๖๖ |

ใบรับรองแพทย์

เล่มที่ 67291

เลขที่ 65

ส่วนที่ 1 ของผู้ขอรับใบรับรองสุขภาพ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว นาย วรสิทธิ์ ริกภาระ

สถานที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ 17 ม.5 หาดใหญ่ สงขลา 90110

หมายเลขบัตรประชาชน/หนังสือเดินทาง 3-9011-01044-51-5

ข้าพเจ้าขอใบรับรองสุขภาพโดยมีประวัติสุขภาพดังนี้

- | | | |
|----------------------------------|--------------------------------|--|
| 1. โรคประจำตัว | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input checked="" type="checkbox"/> มี (ระบุ) โรคหลอดเลือดสมอง |
| 2. อุบัติเหตุ และ ผ่าตัด | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input checked="" type="checkbox"/> มี (ระบุ) |
| 3. เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) |
| 4. ประวัติอื่นที่สำคัญ | | |

ลงชื่อ _____ วันที่ 14 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2565

(ในกรณีเด็กที่ไม่สามารถรับรองตนเองได้ให้ผู้ปกครองลงนามรับรองแทนได้)

ส่วนที่ 2 ของแพทย์

สถานที่ตรวจ ศูนย์แพทย์ชุมชน 3 ตำบล

วันที่ 14 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2565

(1) ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง พญ. สิริภา ทองนุ่น

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ 49789 สถานพยาบาลชื่อ โรงพยาบาลหาดใหญ่

ที่อยู่ 182 ถนนรัถการ ตำบลหาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110

ได้ตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว นาย วรสิทธิ์ ริกภาระ

แล้วเมื่อวันที่ 14 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 มีรายละเอียดดังนี้

น้ำหนักตัว กก. ความสูง เซนติเมตร ความดันโลหิต มม.ปรอท ชีพจร ครั้ง/นาที

สภาพร่างกายทั่วไป อยู่ในเกณฑ์ ปกติ ผิดปกติ (ระบุ)

ขอรับรองว่า บุคคลดังกล่าว ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโรคจิต

หรือจิตฟั่นเฟือนหรือปัญญาอ่อน ไม่ปรากฏ อาการของการติดยาเสพติดให้โทษ และอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง และไม่ปรากฏอาการ

จะอาการแสดงของโรคต่อไปนี้

- (1) โรคเรื้อนในระยะติดต่อหรือในระยะที่ปรากฏอาการ เป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- (2) วัณโรคในระยะอันตราย
- (3) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- (4) อื่นๆ (ถ้ามี)

(2) สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์ ผู้ป่วยคิดเดียว

ลงชื่อ _____

แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(2) ให้แสดงว่าเป็นผู้มึร่างกายสมบูรณ์เพียงใด ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ 1 เดือนนับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

(3) คำรับรองนี้เป็นการตรวจวินิจฉัยเบื้องต้น

แบบฟอร์มนี้ ได้รับการรับรองจากมติคณะกรรมการแพทยสภาในการประชุมครั้งที่ 4/2561 วันที่ 19 เมษายน 2561

นายวรสิทธิ์ รักภาระ

