

ใบเบิกเงิน

กองทุนสุขภาพตำบล อบต.น้ำขาว

ที่ ๑๕

วันที่ ๑๗ กันยายน ๒๕๖๒

เรียน นายก อบต.น้ำขาว

ตามที่คณะกรรมการ กองทุนสุขภาพตำบล อบต.น้ำขาว ได้อนุมัติแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม โครงการประชุมคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน ๔ ครั้ง ให้แก่ หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน ๑๑,๗๐๐.๐๐ บาท (หนึ่งหมื่นหนึ่งพันเจ็ดร้อยบาทถ้วน) นั้น หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีความประสงค์ขอเบิกเงินจำนวน ๓,๓๐๐.๐๐ บาท (สามพันสามร้อยบาทถ้วน) เพื่อนำไปดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมดังกล่าว พร้อมนี้ได้แนบ เอกสาร หลักฐาน ประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน ๑ ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จะเป็น ผู้รับเงิน

ลงชื่อ (นายธรรมรัตน์ ทนคง) ผู้ขอเบิก

ตำแหน่ง คณะทำงานกองทุนฯ

ได้ตรวจสอบเอกสารและงบประมาณที่ได้รับ มีความครบถ้วนถูกต้อง เห็นควรดำเนินการต่อไป รวมทั้งได้ทราบบัญชีที่ขอเบิกในครั้งนี้เรียบร้อยแล้ว มียอดเงินคงเหลือ ๑๗๖,๘๓๕.๐๘ บาท (หนึ่งแสนเจ็ดหมื่นหกพันแปดร้อยสามสิบห้าบาทแปดสตางค์)

ลงชื่อ (นางพรทิพย์ ขุทอง) ผู้อำนวยการกองคลัง

วันที่

เรียน ปลัดองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เห็นควรให้เบิกจ่าย จำนวน ๓,๓๐๐.๐๐ บาท

ลงชื่อ (นางสาวสาริศารัตนกุล หัวหน้าสำนักปลัด)

วันที่

เรียน นายก อบต.น้ำขาว เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน ๓,๓๐๐.๐๐ บาท

ลงชื่อ (นายวิภาส บุญเด่น) ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล

วันที่

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวนเงิน ๓,๓๐๐.๐๐ บาท

ลงชื่อ (นายสมยศ สิริพงษ์)

วันที่

จ่ายเป็น Δ เช็คขีดคร่อม/ตัวแลกเงิน/ธนาคัตติ Δ เงินสด (ไม่เกิน ๕,๐๐๐ บาท) Δ ทางธนาคาร ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร สาขาฉะฉาน บัญชีเลขที่ ๐๑๔๘๖๒๔๕๑๐๘๐ เลขที่เช็ค ลงวันที่ จำนวนเงิน ๓,๓๐๐.๐๐ บาท (สามพันสามร้อยบาทถ้วน) จ่ายให้ คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร

ลงชื่อ (นายสมยศ สิริพงษ์) นายกองคการบริหารส่วนตำบลน้ำขาว

ลงชื่อ (นางสาวสาริศารัตนกุล) หัวหน้าสำนักปลัด

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน ๓,๓๐๐.๐๐ บาท

ลงชื่อ (นางสาวสาริศารัตนกุล) ผู้รับเงิน (๑) ตำแหน่ง หัวหน้าสำนักปลัด

ลงชื่อ (นายธรรมรัตน์ ทนคง) ผู้รับเงิน (๒) ตำแหน่ง นายธรรมรัตน์ ทนคง

วันที่ ๑๗ กันยายน ๒๕๖๒

ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน ๓,๓๐๐.๐๐ บาท

ลงชื่อ (นางสมบุรณ์ เพ็ชรสุข) ผู้จ่ายเงิน ตำแหน่ง นักวิชาการการเงินและบัญชีชำนาญการ

วันที่

หมายเหตุ (๑) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับเงิน ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ



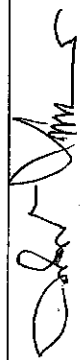


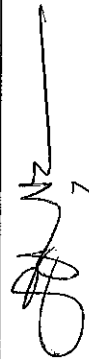

หมายเหตุ :

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ครั้งที่ ๑/๒๕๖๒ วันพฤหัสบดี ที่ ๘ สิงหาคม ๒๕๖๒ เวลา ๑๔.๐๐ น.




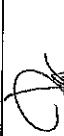



ณ ห้องประชุมสภาองค์การบริหารส่วนตำบลนำขาว อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา

| ที่ | ชื่อ - สกุล | ตำแหน่งในกองทุน | ลายมือชื่อผู้เข้าร่วมประชุม | เบี้ยประชุม | หมายเหตุ |
|-----|--|--------------------------|---|-------------|----------|
| ๑. | นายสมยศ สิริพงษ์ | ประธานอนุกรรมการฯ |  | ๒๐๐ | |
| ๒. | นางวนิดา อุบล | อนุกรรมการ |  | ๒๐๐ | |
| ๓. | นายณรงค์ ยกถาวร | อนุกรรมการ |  | ๒๐๐ | |
| ๔. | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจะนะ | อนุกรรมการ | — | ๒๐๐ | |
| ๕. | สาธารณสุขอำเภอจะนะ | อนุกรรมการ | — | ๒๐๐ | |
| ๖. | นางอุษิตา ทองแก้ว ผอ.รพ.สต.นำขาว | อนุกรรมการ |  | ๒๐๐ | |
| ๗. | นางสมศรี แผลม นางสงฆ์ ไร่ | อนุกรรมการ |  | ๒๐๐ | |
| ๘. | น.ส.ลัดดาวัลย์ จันทร์ชุนพัฒน | อนุกรรมการ | — | ๒๐๐ | |
| ๙. | นายวิลาศ บุญนุ่น ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลนำขาว | กรรมการ/เลขานุการ |  | ๒๐๐ | |
| ๑๐. | นายธรรมรัตน์ หนง นักพัฒนาชุมชนชำนาญการ | กรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ |  | ๒๐๐ | |

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

คณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
ครั้งที่ ๒/๒๕๖๒ วันพุธ ที่ ๒๘ สิงหาคม ๒๕๖๒ เวลา ๑๐.๐๐ น.

ณ ห้องประชุมสมภพองค์การบริหารส่วนตำบลน้ำขาว อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา

| ที่ | ชื่อ - สกุล | ตำแหน่งในกองทุน | ลายมือชื่อผู้เข้าร่วมประชุม | เบี้ยประชุม | หมายเหตุ |
|-----|---|--------------------------|--|-------------|----------|
| ๑. | นายสมยศ สิริพงษ์ | ประธานอนุกรรมการฯ |  | ๒๐๐ | |
| ๒. | นางวนิดา อุบล | อนุกรรมการ |  | ๒๐๐ | |
| ๓. | นายณรงค์ ยกถาวร | อนุกรรมการ | — | ๒๐๐ | |
| ๔. | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจะนะ | อนุกรรมการ | — | ๒๐๐ | |
| ๕. | สาธารณสุขอำเภอจะนะ | อนุกรรมการ | — | ๒๐๐ | |
| ๖. | ผอ.รพ.สต.น้ำขาว | อนุกรรมการ |  | ๒๐๐ | |
| ๗. | นางนายิณี ณะ | อนุกรรมการ |  | ๒๐๐ | |
| ๘. | น.ส.ลัดดาวัลย์ จันทร์ขุนพันธ์ | อนุกรรมการ |  | ๒๐๐ | |
| ๙. | นายวิลาศ บุญนุ่น ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลน้ำขาว | กรรมการ/เลขานุการ |  | ๒๐๐ | |
| ๑๐. | นายธรรมรัตน์ ทัศนคง นักพัฒนาชุมชนชำนาญการ | กรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ |  | ๒๐๐ | |

เล่มที่ 7 เลขที่ใบเสร็จ 153/1 อ.จ.น.อ. 0.1000 2.5000 เลขที่ 13
 Book No. _____ Bill No. _____

บิลเงินสด
CASH SALE 現兑單 CASH SALE

নাম 寶號 อ.จ.น.อ. วันที่ 日期 ๒๘ ส.ค. ๒๕๖๒
 Name Date
 ที่อยู่ 住址 อ.จ.น.อ. ๐.๑-๒ ๑.๕๖๗ ทะเบียนการค้า 商標編號
 Address Commence

| จำนวน Quantity 数量 | รายการ Description 貨名 | หน่วยละ Unit Price 備註 | จำนวนเงิน Amount 銀額 |
|-------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| 10 | อาหารทะเล-กุ้งสด | 25 | 250 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| รวม Total | = ๒๘ ๖๐๖๗๗ ๑.๕๖๗ | รวม Total | 250 |

ผู้รับเงิน 收貨人 8.
 Collector _____



คำสั่งกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลน้ำขาว

ที่ ๓ /๒๕๖๑

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ตาม ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ.๒๕๖๑ ข้อ ๑๘ ให้คณะกรรมการกองทุนแต่งตั้งคณะกรรมการชุดหนึ่งชื่อ “คณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง” นั้น

ในการนี้ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับบริการตามชุดสิทธิประโยชน์และอัตราที่กำหนดในเอกสารแนบท้าย จึงขอแต่งตั้งบุคคลเป็นอนุกรรมการโดยมีองค์ประกอบดังนี้

- | | |
|---|-----------------------------|
| ๑. นายสมยศ สิริพงษ์ | ประธานอนุกรรมการ |
| ๒. นางวนิดา อุปมล | อนุกรรมการ |
| ๓. นายณรงค์ ยกถาวร | อนุกรรมการ |
| ๔. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจะนะ | อนุกรรมการ |
| ๕. สาธารณสุขอำเภอจะนะ | อนุกรรมการ |
| ๖. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำขาว | อนุกรรมการ |
| ๗. นางนายิแล มะ (CM) | อนุกรรมการ |
| ๘. นางสาวลัดดาวัลย์ จันทร์ขุนพัฒน์ (CG) | อนุกรรมการ |
| ๙. ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลน้ำขาว | อนุกรรมการ/เลขานุการ |
| ๑๐. นักพัฒนาชุมชน | อนุกรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ |

ให้อนุกรรมการทุกคน มีหน้าที่พิจารณาจัดหา กำหนดอัตราค่าบริการ และเห็นชอบให้ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนเข้าร่วมจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๕ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

ลงชื่อ.....

(นายสมยศ สิริพงษ์)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลน้ำขาว
ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.น้ำขาว

รายงานการประชุม
คณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
ครั้งที่ ๒/๒๕๖๒

วันพฤหัสบดี ที่ ๘ สิงหาคม ๒๕๖๒ เวลา ๑๔.๐๐ น.

ณ ห้องประชุมองค์การบริหารส่วนตำบลน้ำขาว อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา

ผู้มาประชุม

- | | |
|---|-----------------------------|
| ๑. นายสมยศ สิริพงษ์ | ประธานอนุกรรมการ |
| ๒. นางวนิดา อุปมล | อนุกรรมการ |
| ๓. นายณรงค์ ยกถาวร | อนุกรรมการ |
| ๔. นางอัญชสี รองแก้ว ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำขาว | อนุกรรมการ |
| ๕. นางนายิแล มะ (CM) | อนุกรรมการ |
| ๖. นายวิลาศ บุญนุ่น ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลน้ำขาว | อนุกรรมการ/เลขานุการ |
| ๗. นายธรรมรัตน์ ทนคง นักพัฒนาชุมชน | อนุกรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ |

ผู้ไม่เข้าร่วมประชุม

- | | |
|--|------------|
| ๑. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจะนะ | อนุกรรมการ |
| ๒. สาธารณสุขอำเภอจะนะ | อนุกรรมการ |
| ๓. นางสาวลัดดาวัลย์ จันทร์ขุนพัฒน์ (CG) | อนุกรรมการ |

เริ่มประชุม เวลา ๑๔.๐๐ น

ระเบียบวาระที่ ๑ เรื่องที่ประธานแจ้งเพื่อทราบ

นายสมยศ สิริพงษ์ ฯ (ประธานอนุกรรมการฯ)

วันนี้ เป็นการประชุมคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ครั้งที่ ๑/๒๕๖๒ เพื่อกำหนดแนวทางการดำเนินงานสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง องค์การบริหารส่วนตำบลน้ำขาว

ระเบียบวาระที่ ๒ เรื่องรับรองรายงานการประชุม

(ไม่มี)

ระเบียบวาระที่ ๓ เรื่องเพื่อทราบ

นายสมยศ สิริพงษ์ ฯ (ประธานอนุกรรมการฯ)

มอบหมายนายธรรมรัตน์ ทนคง นักพัฒนาชุมชน อนุกรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ ชี้แจงในระเบียบวาระที่ ๓ เรื่องเพื่อทราบ

นายธรรมรัตน์ ทนคง นักพัฒนาชุมชน อนุกรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ

คำสั่งกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลน้ำขาว ที่ ๓ / ๒๕๖๑ เรื่อง แต่งตั้งอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ตาม ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ.๒๕๖๑ ข้อ ๑๘ ให้คณะกรรมการกองทุนแต่งตั้งคณะอนุกรรมการชุดหนึ่งชื่อ “คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง” นั้น

ในการนี้ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับบริการตามชุดสิทธิประโยชน์และอัตราที่กำหนดในเอกสารแนบท้าย จึงขอแต่งตั้งบุคคลเป็นอนุกรรมการโดยมีองค์ประกอบดังนี้

- | | |
|---|-----------------------------|
| ๑. นายสมยศ สิริพงษ์ | ประธานอนุกรรมการ |
| ๒. นางวนิดา อุปมล | อนุกรรมการ |
| ๓. นายณรงค์ ยกถาวร | อนุกรรมการ |
| ๔. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจະนะ | อนุกรรมการ |
| ๕. สาธารณสุขอำเภอจະนะ | อนุกรรมการ |
| ๖. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำขาว | อนุกรรมการ |
| ๗. นางนายไฉแล มะ (CM) | อนุกรรมการ |
| ๘. นางสาวลัดดาวัลย์ จันทร์ขุนพันธ์ (CG) | อนุกรรมการ |
| ๙. ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลน้ำขาว | อนุกรรมการ/เลขานุการ |
| ๑๐. นักพัฒนาชุมชน | อนุกรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ |

ให้อนุกรรมการทุกคน มีหน้าที่พิจารณาจัดทำ กำหนดอัตราการชดเชยค่าบริการ และเห็นชอบให้ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนเข้าร่วมจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๕ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

นายธรรมรัตน์ ทนคง นักพัฒนาชุมชน อนุกรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ

คำสั่งองค์การบริหารส่วนตำบลน้ำขาว ที่ ๔๖๙ / ๒๕๖๑ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ ด้วยองค์การบริหารส่วนตำบลน้ำขาว มีความประสงค์จะจัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมและเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันของผู้สูงอายุ รวมถึงให้ตระหนักถึงคุณค่าและศักยภาพของตนเอง มีการถ่ายทอดความรู้ ภูมิปัญญา และการเรียนรู้ฝึกฝนด้านการประกอบอาชีพ การสร้างงาน สร้างรายได้ เพื่อพึ่งพาตนเองต่อไป

ฉะนั้น เพื่อให้เกิดกลไกการบริหารจัดการกิจกรรมภายในศูนย์ ให้ดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงขอแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารเพื่อขับเคลื่อนศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพ ประกอบด้วย

| | | |
|----------------------------|---|-----------|
| ๑. นายสมยศ สิริพงษ์ | นายกองค์การบริหารส่วนตำบลน้ำขาว. | ที่ปรึกษา |
| ๒. นายวิลาศ บุญนุ่น | ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล | ที่ปรึกษา |
| ๓. นางสาวสาริตา รัตนกุล | หัวหน้าสำนักปลัด | ที่ปรึกษา |
| ๔. นางวนิดา อุปมล | คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ รพ.สต.น้ำขาว | ประธาน |
| ๕. นายประสิทธิ์ หนูทองสุข | ประธานชมรมผู้สูงอายุ หมู่ที่ ๒ หมู่ที่ ๘ | รองประธาน |
| ๖. นายณรงค์ ยกถาวร | ผู้ทรงคุณวุฒิ | กรรมการ |
| ๗. นางบุษรา บุตรดำ | ผู้ทรงคุณวุฒิ | กรรมการ |
| ๘. นางทีนาภรณ์ สายชนะพันธ์ | ผู้ทรงคุณวุฒิ | กรรมการ |
| ๙. นางสมฉลวย ศรีมณี | คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ รพ.สต.น้ำขาว | กรรมการ |
| ๑๐. นางเนย สุวรรณมณี | ประธานชมรมผู้สูงอายุ รพ.สต.น้ำขาว | กรรมการ |
| ๑๑. นางประไพ คำพรหม | ประธานชมรมผู้สูงอายุ รพ.สต.น้ำขาว | กรรมการ |
| ๑๒. นายอาหมัด หนูเก็บ | ประธานชมรมผู้สูงอายุ หมู่ที่ ๔ | กรรมการ |
| ๑๓. นางบุปผา สังข์วิสุทธิ | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองแวง | กรรมการ |
| ๑๔. นางอัญชลี รองแก้ว | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำขาว | กรรมการ |
| ๑๕. นายธรรมรัตน์ ทนคง | นักพัฒนาชุมชนชำนาญการ | เลขานุการ |

ทั้งนี้ ให้ผู้ได้รับการแต่งตั้งตามคำสั่งนี้ มีอำนาจหน้าที่ ดังนี้

๑. กำหนดแนวทางการดำเนินงาน
 ๒. จัดทำแผนปฏิบัติงานโครงการ/กิจกรรมของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ
 ๓. จัดทำระบบข้อมูลผู้สูงอายุในพื้นที่
 ๔. แสวงหาความร่วมมือจากภาคี องค์กรเครือข่ายในชุมชน
 ๕. ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการดำเนินงานศูนย์ฯ อย่างต่อเนื่อง
 ๖. ดำเนินการอื่นๆ ตามที่เห็นสมควร เพื่อให้การดำเนินงานของศูนย์ บรรลุวัตถุประสงค์
- สั่ง ณ วันที่ ๒๕ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

นายธรรมรัตน์ ทนคง นักพัฒนาชุมชน อนุกรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ

ให้คณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุดำเนินการเปิดสมุดบัญชีธนาคาร ธกส.เพื่อรองรับการดำเนินงานคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงขอเปิดบัญชีชื่อ “ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุตำบลน้ำขาว” อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา” โดยมีผู้รับมอบอำนาจ และมีอำนาจเบิกจ่าย ดังนี้

1. นางวนิดา อุปมล เป็นประธานศูนย์ฯ
2. นายณรงค์ ยกถาวร เป็นกรรมการศูนย์ฯ
3. นางอัญชลี รองแก้ว เป็นกรรมการศูนย์ฯ

ทั้งนี้ ให้ผู้มีอำนาจเบิกจ่ายลงนามในการเบิกจ่าย 2 ใน 3 ของผู้มีอำนาจเบิกจ่าย จึงจะสามารถเบิกจ่ายเงินได้

มติที่ประชุม รับทราบ

ระเบียบวาระที่ ๔ เรื่องเพื่อพิจารณา

- แนวทางการดำเนินงานสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
องค์การบริหารส่วนตำบลน้ำขาว

นายธรรมรัตน์ ทนคง นักพัฒนาชุมชน อนุกรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ

ให้คณะอนุกรรมการพิจารณาแนวทางการดำเนินงานสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาว
สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง องค์การบริหารส่วนตำบลน้ำขาว

นางอัญชลี รongแก้ว ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำขาว อนุกรรมการ

การกำหนดค่าตอบแทน cg ในการออกเยี่ยมให้มีความเหมาะสม ครั้งละ ๕๐ บาท

นายธรรมรัตน์ ทนคง นักพัฒนาชุมชน อนุกรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ

ในการจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุ รายละ ๕,๐๐๐ บาท นั้น ในรายที่มีอาการไม่รุนแรงค่าใช้จ่ายอาจไม่ถึง
๕,๐๐๐ ก็ได้ โดยให้ไปเพิ่มค่าใช้จ่ายให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะป่วยรุนแรงกว่าได้

นางอัญชลี รongแก้ว ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำขาว อนุกรรมการ

ให้กำหนดการจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุที่ยังมีชีวิตอยู่ให้แล้วเสร็จเพื่อนำมาให้คณะอนุกรรมการพิจารณา
อนุมัติแผนงาน/โครงการการดูแลผู้สูงอายุในแต่ละราย

นายวิลาศ บุญนุ่น ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลน้ำขาว อนุกรรมการ/เลขานุการ

ให้พิจารณานัดวันในการประชุมเพื่อพิจารณาอนุมัติแผนงาน/โครงการการดูแลผู้สูงอายุ ในการประชุมครั้ง
ถัดไป

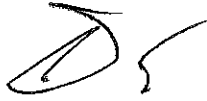
มติที่ประชุม กำหนดประชุมเพื่อพิจารณาอนุมัติแผนงาน/โครงการการดูแลผู้สูงอายุ ในวันที่ ๒๘ สิงหาคม
๒๕๖๒ เวลา ๑๐.๐๐ น.

ระเบียบวาระที่ ๕ เรื่องอื่นๆ(ถ้ามี)

(ไม่มี)

ประธาน กล่าวปิดการประชุม

ปิดประชุม เวลา ๑๖.๐๕ น.



(นายธรรมรัตน์ ทนคง)

อนุกรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ



(นายสมยศ สิริพงษ์)

ประธานอนุกรรมการฯ

ผู้บันทึกรายงานการประชุม

ผู้ตรวจสอบรายงานการประชุม

แบบเสนอโครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต ๑๒ สงขลา

รหัสโครงการ

ชื่อโครงการ/กิจกรรม โครงการประชุมคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน ๔ ครั้ง

ชื่อกองทุน กองทุนสุขภาพตำบล อบต.น้ำขาว

ประเภทการสนับสนุน

- สนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขของ หน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข [ข้อ ๑๐(๑)]
- สนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคของกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น [ข้อ ๑๐(๒)]
- สนับสนุนการจัดกิจกรรมของ ศูนย์เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ [ข้อ ๑๐(๓)]
- สนับสนุนการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ ๑๐(๔)]
- สนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติ [ข้อ ๑๐(๕)]

หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ที่รับผิดชอบโครงการ

- หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต.
- หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของ อบต. เช่น กองสาธารณสุขของเทศบาล
- หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของรัฐ เช่น สสอ.
- หน่วยงานอื่นๆ ที่ไม่ใช่หน่วยงานสาธารณสุข เช่น โรงเรียน กองการศึกษา
- กลุ่มหรือองค์กรประชาชนตั้งแต่ ๕ คน
- สำนักงานเลขาธิการกองทุน

ชื่อองค์กร คณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

กลุ่มคน

๑. นายสมยศสิริพงษ์
๒. นายวิลาศ บุญนุ่น
๓. นายธรรมรัตน์ ทนคง

วันอนุมัติ

ระยะเวลาดำเนินโครงการ ตั้งแต่ วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๑ ถึง ๓๐ กันยายน ๒๕๖๒

ประมาณ จำนวน ๑๑,๗๐๐.๐๐ บาท

๑. หลักการและเหตุผล

จำนวนคณะกรรมการได้รับการประชุมเพื่อขับเคลื่อนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

๒. สถานการณ์ปัญหา

สถานการณ์ปัญหา ขนาด

๓. วัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด

วัตถุประสงค์

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

เป้า

หมาย

๑ ปี

๔. วิธีดำเนินการ/กิจกรรม

๑. ประชุมคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

รายละเอียด

จัดประชุมคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีค่าใช้จ่ายดังนี้ ๑. ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน ๑๓ คนๆละ ๒๕ บาท จำนวน ๔ ครั้ง เป็นเงิน ๑,๓๐๐ บาท ๒. ค่าตอบแทนคณะกรรมการ จำนวน ๑๓ คนๆละ ๒๐๐ บาท จำนวน ๔ ครั้ง เป็นเงิน ๑๐,๔๐๐ บาท

งบประมาณ ๑๑,๗๐๐.๐๐ บาท

๕. งบประมาณ

งบประมาณโครงการ ๑๑,๗๐๐.๐๐ บาท

๖. ระยะเวลาดำเนินการ

ระยะเวลาดำเนินโครงการ ตั้งแต่ วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๑ ถึง ๓๐ กันยายน ๒๕๖๒

๗. สถานที่ดำเนินการ

องค์การบริหารส่วนตำบลน้ำขาว

๘. งบประมาณ

จากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพกองทุนสุขภาพตำบล อบต.น้ำขาว จำนวน ๑๑,๗๐๐.๐๐ บาท รายละเอียดดังในวิธีดำเนินการ/กิจกรรม ด้านบน

๙. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑๐. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

๑๐.๑ หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ที่รับผิดชอบโครงการ (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. ๒๕๖๑ ข้อ ๑๐)

ชื่อหน่วยงาน/องค์กร คณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ชื่อกลุ่มคน

๑. นายสมยศศิริพงษ์
๒. นายวิลาศ บุญนุ่น
๓. นายธรรมรัตน์ ทนคง

ประเภทหน่วยงาน

- ๑๐.๑.๑ หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต.
- ๑๐.๑.๒ หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของ อบต. เช่น กองสาธารณสุขของเทศบาล
- ๑๐.๑.๓ หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของรัฐ เช่น สสอ.
- ๑๐.๑.๔ หน่วยงานอื่นๆ ที่ไม่ใช่หน่วยงานสาธารณสุข เช่น โรงเรียน
- ๑๐.๑.๕ กลุ่มหรือองค์กรประชาชน
- ๑๐.๑.๖ สำนักงานเลขาธิการกองทุน

๑๐.๒ ประเภทการสนับสนุน (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. ๒๕๖๑ ข้อ ๑๐)

- ๑๐.๒.๑ ประเภท ๑ สนับสนุนการจัดการบริการสาธารณสุขของ หน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข
- ๑๐.๒.๒ ประเภท ๒ สนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคของกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น
- ๑๐.๒.๓ ประเภท ๓ สนับสนุนการจัดกิจกรรมของ ศูนย์เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ
- ๑๐.๒.๔ ประเภท ๔ สนับสนุนการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ
- ๑๐.๒.๕ ประเภท ๕ สนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติ

๑๐.๓ กลุ่มเป้าหมายหลัก

- ๑๐.๓.๑ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด
- ๑๐.๓.๒ กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน
- ๑๐.๓.๓ กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน
- ๑๐.๓.๔ กลุ่มวัยทำงาน
- ๑๐.๓.๕ กลุ่มผู้สูงอายุ
- ๑๐.๓.๖ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
- ๑๐.๓.๗ กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ
- ๑๐.๓.๘ กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง
- ๑๐.๓.๙ สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ ๑๐(๔)]

จำนวนกลุ่มเป้าหมายที่คาดว่าจะได้รับผลประโยชน์ คน

๑๐.๔ กิจกรรมหลักตามกลุ่มเป้าหมายหลัก

๑๐.๔.๑ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด

- ๑๐.๔.๑.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
- ๑๐.๔.๑.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- ๑๐.๔.๑.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพก่อนคลอดและหลังคลอด
- ๑๐.๔.๑.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- ๑๐.๔.๑.๕ การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
- ๑๐.๔.๑.๖ การคัดกรองและดูแลรักษาแม่เรื้อรังปากมดลูกและมะเร็งเต้านม
- ๑๐.๔.๑.๗ การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก
- ๑๐.๔.๑.๘ อื่นๆ

ระบุ

๑๐.๔.๒ กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน

- ๑๐.๔.๒.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
- ๑๐.๔.๒.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- ๑๐.๔.๒.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
- ๑๐.๔.๒.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- ๑๐.๔.๒.๕ การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์
- ๑๐.๔.๒.๖ การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย
- ๑๐.๔.๒.๗ การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก
- ๑๐.๔.๒.๘ อื่นๆ

ระบุ

๑๐.๔.๓ กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน

- ๑๐.๔.๓.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
- ๑๐.๔.๓.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- ๑๐.๔.๓.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
- ๑๐.๔.๓.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- ๑๐.๔.๓.๕ การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์
- ๑๐.๔.๓.๖ การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย
- ๑๐.๔.๓.๗ การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม
- ๑๐.๔.๓.๘ การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- ๑๐.๔.๓.๙ อื่นๆ

ระบุ

๑๐.๔.๔ กลุ่มวัยทำงาน

- ๑๐.๔.๔.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
- ๑๐.๔.๔.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- ๑๐.๔.๔.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
- ๑๐.๔.๔.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- ๑๐.๔.๔.๕ การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานและการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในการทำงาน
- ๑๐.๔.๔.๖ การส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตแก่กลุ่มวัยทำงาน
- ๑๐.๔.๔.๗ การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม
- ๑๐.๔.๔.๘ การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- ๑๐.๔.๔.๙ อื่นๆ

ระบุ

๑๐.๔.๕ กลุ่มผู้สูงอายุ

- ๑๐.๔.๕.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
- ๑๐.๔.๕.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- ๑๐.๔.๕.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
- ๑๐.๔.๕.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- ๑๐.๔.๕.๕ การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ
- ๑๐.๔.๕.๖ การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า
- ๑๐.๔.๕.๗ การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม
- ๑๐.๔.๕.๘ อื่นๆ

ระบุ

๑๐.๔.๖ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

- ๑๐.๔.๖.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
- ๑๐.๔.๖.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- ๑๐.๔.๖.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
- ๑๐.๔.๖.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- ๑๐.๔.๖.๕ การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

- ๑๐.๔.๖.๖ การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ
- ๑๐.๔.๖.๗ การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- ๑๐.๔.๖.๘ การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคเมเร็ง
- ๑๐.๔.๖.๙ อื่นๆ

ระบุ

๑๐.๔.๗ กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ

- ๑๐.๔.๗.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
- ๑๐.๔.๗.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- ๑๐.๔.๗.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
- ๑๐.๔.๗.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- ๑๐.๔.๗.๕ การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ
- ๑๐.๔.๗.๖ การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า
- ๑๐.๔.๗.๗ การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม
- ๑๐.๔.๗.๘ อื่นๆ



๑๐.๔.๘ กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง

- ๑๐.๔.๘.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
- ๑๐.๔.๘.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- ๑๐.๔.๘.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
- ๑๐.๔.๘.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- ๑๐.๔.๘.๕ การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ
- ๑๐.๔.๘.๖ อื่นๆ

ระบุ

๑๐.๔.๙ สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ ๑๐(๔)]

- ๑๐.๔.๙.๑ อื่นๆ



ลงชื่อ  ผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

(นายธรรมรัตน์ ทนต)

ตำแหน่ง ทั่กพัฒนาชุมชน ชำนาญการ

วันที่-เดือน-พ.ศ.

ส่วนที่ ๒ : ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (สำหรับเจ้าหน้าที่ อบท. ที่ได้รับมอบหมายลงรายละเอียด)

ตามมติการประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต. น้ำขุ่น
ครั้งที่ ๑ / ๒๕๖๖ เมื่อวันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๖๖ ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

อนุมัติงบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม จำนวน ๑๑,๖๐๐.- บาท

เพราะ

ไม่อนุมัติงบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

เพราะ

หมายเหตุเพิ่มเติม (ถ้ามี)

ให้รายงานผลความสำเร็จของแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ตามแบบฟอร์ม (ส่วนที่ ๓) ภายในวันที่

ลงชื่อ

(นายสมยศ สิริพงษ์)

ตำแหน่ง ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต. น้ำขุ่น

วันที่-เดือน-พ.ศ.

รายงานการประชุม
คณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
ครั้งที่ ๒/๒๕๖๒

วันพุธ ที่ ๒๘ สิงหาคม ๒๕๖๒ เวลา ๑๐.๐๐ น.

ณ ห้องประชุมองค์การบริหารส่วนตำบลน้ำขาว อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา

ผู้มาประชุม

| | |
|---|-----------------------------|
| ๑. นายสมยศ สิริพงษ์ | ประธานอนุกรรมการ |
| ๒. นางวนิดา อุปมล | อนุกรรมการ |
| ๓. นางอัญชลี รองแก้ว ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำขาว | อนุกรรมการ |
| ๔. นางนายิแล มะ (CM) | อนุกรรมการ |
| ๕. นางสาวลัดดาวัลย์ จันทร์ขุนพันธ์ | อนุกรรมการ |
| ๕. นายวิลาศ บุญนุ่น ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลน้ำขาว | อนุกรรมการ/เลขานุการ |
| ๖. นายธรรมรัตน์ ทนคง นักพัฒนาชุมชน | อนุกรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ |

ผู้ไม่เข้าร่วมประชุม

| | |
|-----------------------------|------------|
| ๑. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจะนะ | อนุกรรมการ |
| ๒. สาธารณสุขอำเภอจะนะ | อนุกรรมการ |
| ๓. นายณรงค์ ยกถาวร | อนุกรรมการ |

เริ่มประชุม เวลา ๑๔.๐๐ น

ระเบียบวาระที่ ๑ เรื่องที่ประธานแจ้งเพื่อทราบ

นายสมยศ สิริพงษ์ ฯ (ประธานอนุกรรมการฯ)

วันนี้ เป็นการประชุมคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ครั้งที่ ๒/๒๕๖๒ เพื่อกำหนดแนวทางการดำเนินงานสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง องค์การบริหารส่วนตำบลน้ำขาว และพิจารณาอนุมัติโครงการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ระเบียบวาระที่ ๒ เรื่องรับรองรายงานการประชุม

นายสมยศ สิริพงษ์ ฯ (ประธานอนุกรรมการฯ) ให้คณะกรรมการตรวจสอบรายงานการประชุมหากมีแก้ไขเพิ่มเติม จะได้ให้ผู้ช่วยเลขานุการดำเนินการแก้ไข

นายวิลาศ บุญนุ่น ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลน้ำขาว (อนุกรรมการ/เลขานุการ)

แก้ไขในเรื่องให้คณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุดำเนินการ
เปิดสมุดบัญชีธนาคาร ธกส.เพื่อรองรับการดำเนินงานคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ขอเปิดบัญชีชื่อ “ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุตำบลน้ำขาว”
อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา” โดยมีผู้รับมอบอำนาจ และมีอำนาจเบิกจ่าย ดังนี้

1. นางวนิดา อุปมล เป็นประธานศูนย์ฯ
2. นายณรงค์ ยกถาวร เป็นกรรมการศูนย์ฯ
3. นางอัญชลี รองแก้ว เป็นกรรมการศูนย์ฯ

ทั้งนี้ ให้ผู้มีอำนาจเบิกจ่ายลงนามในการเบิกจ่าย 2 ใน 3 ของผู้มีอำนาจเบิกจ่าย จึงจะ
สามารถเบิกจ่ายเงินได้

นายธรรมรัตน์ ทนคง นักพัฒนาชุมชน (อนุกรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ)

การกำหนดค่าตอบแทน cg ในการออกเยี่ยมให้มีความเหมาะสม ครั้งละ ๕๐ บาท ถูกต้อง
นะครับ

มติที่ประชุม รับรองรายงานการประชุม

ระเบียบวาระที่ ๓ เรื่องเพื่อทราบ
(ไม่มี)

ระเบียบวาระที่ ๔ เรื่องเพื่อพิจารณา

- การพิจารณาอนุมัติโครงการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะ
พึ่งพิง

นายสมยศ สิริพงษ์ ฯ (ประธานอนุกรรมการฯ) ให้ ตัวแทน รพ.สต. น้ำขาว และรพ.สต.คลองแงะ ชี้แจงรายละเอียด
ของผู้สูงอายุแต่ละรายที่จัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

นางอัญชลี รองแก้ว ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำขาว (อนุกรรมการ) ตัวแทน รพ.สต.น้ำขาว

ผู้สูงอายุที่จัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รพ.สต.น้ำขาว ดังนี้

๑. นายเฉลิม ศรีมณี ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน ๑,๒๐๐ บาท

(รายละเอียดตามแผนการดูแลรายบุคคลที่แนบมาพร้อมรายงานการประชุม)

๒. นายพันธ์ รอดคง ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน ๑,๒๐๐ บาท

(รายละเอียดตามแผนการดูแลรายบุคคลที่แนบมาพร้อมรายงานการประชุม)

๓. นางคำ ทองศรีแก้ว ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน ๘,๒๒๐ บาท

(รายละเอียดตามแผนการดูแลรายบุคคลที่แนบมาพร้อมรายงานการประชุม)

๔. นางจิต พันธุ์คง ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน ๑,๒๐๐ บาท

(รายละเอียดตามแผนการดูแลรายบุคคลที่แนบมาพร้อมรายงานการประชุม)

๕. นางสินวลแก้วศรีเพชร ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน ๑,๒๐๐ บาท

(รายละเอียดตามแผนการดูแลรายบุคคลที่แนบมาพร้อมรายงานการประชุม)

๖. นางยุพิน คงเพชร ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน ๑,๒๐๐ บาท

(รายละเอียดตามแผนการดูแลรายบุคคลที่แนบมาพร้อมรายงานการประชุม)

๗. นางคลิ้ม ดำแดง ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน ๘,๒๒๐ บาท
(รายละเอียดตามแผนการดูแลรายบุคคลที่แนบมาพร้อมรายงานการประชุม)
๘. นางเนียม จุณรัตน์ ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน ๒,๔๐๐ บาท
(รายละเอียดตามแผนการดูแลรายบุคคลที่แนบมาพร้อมรายงานการประชุม)
๙. นางเหือน พุดศรี ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปี เป็นจำนวนเงิน ๘,๒๑๕ บาท
(รายละเอียดตามแผนการดูแลรายบุคคลที่แนบมาพร้อมรายงานการประชุม)
๑๐. นายเจริญ แก้วเพชร ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน ๑,๒๐๐ บาท
(รายละเอียดตามแผนการดูแลรายบุคคลที่แนบมาพร้อมรายงานการประชุม)
๑๑. นางอ้ว แดงโสภา ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน ๑,๒๐๐ บาท
(รายละเอียดตามแผนการดูแลรายบุคคลที่แนบมาพร้อมรายงานการประชุม)

นางนายิแล มะ (CM) อนุกรรมการ ตัวแทน รพ.สต.คลองแงะ

ผู้สูงอายุที่จัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รพ.สต.คลองแงะ ดังนี้

๑. นางสาวเอือน พรหมณี ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน ๔,๘๘๐ บาท
(รายละเอียดตามแผนการดูแลรายบุคคลที่แนบมาพร้อมรายงานการประชุม)
๒. นางจิตต์ รัตน์สำเนียง ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน ๒,๒๔๐ บาท
(รายละเอียดตามแผนการดูแลรายบุคคลที่แนบมาพร้อมรายงานการประชุม)
๓. นางบุญ แก้วศรี ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน ๖,๙๒๐ บาท
(รายละเอียดตามแผนการดูแลรายบุคคลที่แนบมาพร้อมรายงานการประชุม)

นายธรรมรัตน์ ทนคง นักพัฒนาชุมชน อนุกรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ

สรุปค่าใช้จ่ายในการดำเนินการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง องค์การบริหารส่วนตำบลน้ำขาว ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒ จำนวน ๑๔ ราย รวมเป็นจำนวนเงิน ๕๐,๐๙๕ บาท (ห้าหมื่นเก้าสิบห้าบาทถ้วน) สนับสนุนการดำเนินงานผ่าน "ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุตำบลน้ำขาว" อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา"

มติที่ประชุม มีมติเห็นชอบ จำนวน ๗ เสียง

ระเบียบวาระที่ ๕ เรื่องอื่นๆ(ถ้ามี)

(ไม่มี)

ประธาน กล่าวปิดการประชุม

ปิดประชุม เวลา ๑๒.๑๐ น.

(นายธรรมรัตน์ ทนคง)

อนุกรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ

(นายสมยศ สิริพงษ์)

ประธานอนุกรรมการฯ

ผู้บันทึกรายงานการประชุม

ผู้ตรวจสอบรายงานการประชุม

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

| | | |
|--|--|---|
| ชื่อ นายเกษม ศรีมนี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3900300106536 | ที่อยู่ อ. จະนะ จ. สงขลา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) | วันที่จัดทำ 01 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2560 |
| เกิดวันที่ 13 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2482 (อายุ 79 ปี) | วินิจฉัย : ADL=10, TAI=C4 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : มีอวัยวะอ่อนแรงช่วยเหลือตนเองไม่ได้ | |
| สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปี ที่ขอรับการสนับสนุน | ประเด็นปัญหา/ความต้องการ | การดูแล |
| เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่าย รายปีเป็นจำนวนเงิน 1,200 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าติดตามดูแลโดย CG จำนวน 24 ครั้ง ครั้งละ 50 บ. | - กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคน ช่วยพยุง | การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อม ทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพ บ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ |
| ข้อควรระวังในการให้บริการ - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก | เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพ หรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วย ตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเอง ได้ ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ | |
| ผู้จัดทำ Care plan น.สรินทร์ หัตถโดย | ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) | |

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/61 วันที่ 01/10/60
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำขาว

| | | |
|--|---|--|
| <p>ชื่อ นามสกุล ศริมณี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3900300106536</p> | <p>ที่อยู่ อ. จันนะ จ. สงขลา หมายเลขโทรศัพท์</p> | <p>จัดทำวันที่ 01 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2560 วินิจฉัย : ADL=10, TAI=C4 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : มีภาวะอ่อนแรงช่วยเหลือตนเองไม่ได้</p> |
| <p>แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ ญาติ - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น</p> | <p>แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมาย ระยะยาว) - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้</p> | <p>ข้อควรระวังในการให้บริการ - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก</p> |
| <p>ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</p> | <p>เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน</p> | <p>บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัว และinformal) บริการอื่นๆ - มารับ-ส่ง ไปสถานบริการ (ให้มีตัวเลือกระหว่าง ส6/อปท. อื่นๆ)</p> |

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

| กิจกรรม | ความถี่ | จ. | อ. | พ. | พญ | ศ | ส | อ | ผู้รับผิดชอบ |
|------------------------------|-----------------|----|----|----|----|---|---|---|-----------------------|
| ประเมินภาวะซึมเศร้า 20 | ทำครั้งเดียว | | | ✓ | | | | | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(C6) |
| การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ | เดือนละ 2 ครั้ง | | | ✓ | | | | | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(C6) |
| วัดอุณหภูมิ | เดือนละ 2 ครั้ง | | | ✓ | | | | | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(C6) |
| วัดความดันโลหิต | เดือนละ 2 ครั้ง | | | ✓ | | | | | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(C6) |
| วัดชีพจร | เดือนละ 2 ครั้ง | | | ✓ | | | | | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(C6) |
| วัดการหายใจ | เดือนละ 2 ครั้ง | | | ✓ | | | | | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(C6) |
| ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP) | ทำครั้งเดียว | | | ✓ | | | | | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(C6) |
| ประเมินความก้าวหน้า | เดือนละ 2 ครั้ง | | | | | | | | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(C6) |

| | |
|---|--|
| <p>กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - ภายภาพบำบัดโดยญาติ ภายภาพบำบัดโดย Caregiver - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และ เย็นโดยญาติ</p> | <p>ผู้จัดทำ น.สรินาร์ ทัดโดย ผู้รับผิดชอบ นาย ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาที/เดือน ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้</p> <p>1) (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป</p> <p>2) (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป</p> |
|---|--|

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเขตค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

| | | |
|---|--|---|
| ชื่อ นายพันธ์ รอดคง ✓ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3900300097243 | ที่อยู่ อ. จะนะ จ. สงขลา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) | วันที่จัดทำ 01 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2560 |
| เกิดวันที่ 06 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2467 (อายุ 94 ปี) | วินิจฉัย : ADL=4, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยมีภาวะสับสน ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ | |
| สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปี ที่ขอรับการสนับสนุน | ประเด็นปัญหา/ความต้องการ | การดูแล |
| เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่าย รายปีเป็นจำนวนเงิน 1,200 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าติดตามดูแลโดย CG จำนวน 24 ครั้ง ครั้งละ 50 บ. | | การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อม ทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพ บ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ |
| ข้อควรระวังในการให้บริการ - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - ข้อติด/ข้อเท้าตก - การพลัดตกหกล้ม | เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อน บ้าน ภายใน 2 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วย ตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเอง ได้ ภายใน 2 เดือน ระยะยาว - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ | |
| ผู้จัดทำ Care plan น.ส.รีนาร์ หัตโดย | ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) | |

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/61 วันที่ 01/10/60
 หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาขาว

| | | |
|---|--|--|
| ชื่อ นายพันธ์ รอดคง เลขบัตรประชาชน 3900300097243 | ที่อยู่ อ. จะนะ จ. สงขลา หมายเลขโทรศัพท์ | จัดทำวันที่ 01 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2560 วันที่จัด : ADL=4, TAI=C3 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยมีภาวะสับสน ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ |
| แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ญาติ - อباكให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น | แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ | ข้อควรระวังในการให้บริการ - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - ข้อคิด/ข้อเหวี่ยง - การพลัดตกหกล้ม |
| ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต | เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว เพื่อนบ้าน ภายใน 2 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 2 เดือน | บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal) บริการอื่นๆ - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน |

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

| กิจกรรม | ความถี่ | จ. | อ. | พ | พฤ | ศ | ส | อ | ผู้รับผิดชอบ |
|------------------------------|-------------------|----|----|---|----|---|---|---|-----------------------|
| วัดสัญญาณชีพ | อาทิตย์ละ 1 ครั้ง | | | ✓ | | | | | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(C6) |
| วัดอุณหภูมิ | อาทิตย์ละ 1 ครั้ง | | | ✓ | | | | | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(C6) |
| วัดความดันโลหิต | อาทิตย์ละ 1 ครั้ง | | | ✓ | | | | | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(C6) |
| วัดชีพจร | อาทิตย์ละ 1 ครั้ง | | | ✓ | | | | | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(C6) |
| ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP) | ทำครั้งเดียว | | | ✓ | | | | | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(C6) |
| การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ | อาทิตย์ละ 1 ครั้ง | | | ✓ | | | | | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(C6) |
| การปรับสภาพบ้านที่ปลอดภัย | อาทิตย์ละ 1 ครั้ง | | | ✓ | | | | | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(C6) |

| | |
|--|--|
| กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - ล้างหน้า - นอนหลับ | ผู้จัดทำ น.ส.รินาร์ หัดโตย ผู้รับผิดชอบ นาย ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง นาที/สัปดาห์ ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1) (ผู้ป่วย/ญาติ) วัตถุประสงค์ 2) (ผู้ป่วย/ญาติ) วัตถุประสงค์ |
|--|--|

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

| | | |
|---|--|---|
| ชื่อ นางดำ ทองศรีแก้ว เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3900300666051 | ที่อยู่ อ. จะนะ จ. สงขลา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) | วันที่จัดทำ 01 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2560 |
| เกิดวันที่ 02 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2466 (อายุ 95 ปี) | วินิจฉัย : ADL=3, TAI=3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : มีอวัยวะอ่อนแรง | |
| สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน | ประเด็นปัญหา/ความต้องการ | การดูแล |
| เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 8,220 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าติดตามดูแลโดย CG จำนวน 48 ครั้ง ครั้งละ 50 บ. ค่าแผ่นอนามัย 12 ห่อ (ราคาห่อละ 485 บ.) | <ul style="list-style-type: none"> - กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ | การดูแลพยาบาลทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม |
| ข้อควรระวังในการให้บริการ | เป้าหมายการดูแล | |
| <ul style="list-style-type: none"> - การพลัดตกหกล้ม | ระยะสั้น <ul style="list-style-type: none"> - null ภายใน 1 วัน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 2 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน - ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 2 เดือน - null ภายใน 2 เดือน ระยะยาว <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ | |
| ผู้จัดทำ Care plan น.ส.รินาร์ หัดโดย | ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) | |

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/61 วันที่ 01/10/60
 หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาข้าว

| | | |
|---|---|---|
| ชื่อ นางคำ ทองศรีแก้ว เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3900300666051 | ที่อยู่ อ. จะนะ จ. สงขลา หมายเลขโทรศัพท์ | จัดทำวันที่ 01 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2560 วิจัยฉัย : ADL=3, TAI=19 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : มีอวัยวะอ่อนแรง |
| แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ ญาติ - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น | แผนนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมาย ระยะยาว) - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ | ข้อควรระวังในการให้บริการ - การพลัดตกหกล้ม |
| ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - กลับปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถถายน้ำเองได้ | เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) - null ภายใน 1 วัน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 2 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน - ฟันฟุสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 2 เดือน - null ภายใน 2 เดือน | บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัว และ Informal) |

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

| กิจกรรม | ความถี่ | จ. | อ. | พ | พฤ | ศ | ส | อ | ผู้รับผิดชอบ |
|---------------------------|--------------|----|----|---|----|---|---|---|-----------------------|
| จัดการหายใจ | ทำครั้งเดียว | | | ✓ | | | | | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |
| วัดความดันโลหิต | ทำครั้งเดียว | | | ✓ | | | | | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |
| วัดชีพจร | ทำครั้งเดียว | | | ✓ | | | | | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |
| วัดสัญญาณชีพ | ทำครั้งเดียว | | | ✓ | | | | | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |
| วัดอุณหภูมิ | ทำครั้งเดียว | | | ✓ | | | | | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |
| การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ | ทำครั้งเดียว | | | ✓ | | | | | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |

| | |
|--|--|
| กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และ เย็นโดยญาติ - ดูแลเตรียมให้ยาโดยญาติ - กายภาพบำบัดโดย Caregiver - กายภาพบำบัดโดยญาติ | ผู้จัดทำ น.ส.รินาร์ หัดโตย ผู้รับผิดชอบ นาย ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง นาที/สัปดาห์ ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1) (ผู้ป่วย/ญาติ) วัตถุประสงค์ 2) (ผู้ป่วย/ญาติ) วัตถุประสงค์ |
|--|--|

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าบริการ ค่าบริการ เหมาะจ่าย/ราย/ปี)

| | | |
|---|--|---|
| ชื่อ นางจิต พันธ์คง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3900300661459 | ที่อยู่ อ. ฉะนะ จ. สงขลา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) | วันที่จัดทำ 01 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2560 |
| เกิดวันที่ 12 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2490 (อายุ 71 ปี) | วินิจฉัย : ADL=10, TAI=83 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เฝ้าติดรูป | |
| สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาะสมจ่ายรายปี ที่ขอรับการสนับสนุน | ประเด็นปัญหา/ความต้องการ | การดูแล |
| เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาะสมจ่าย รายปีเป็นจำนวนเงิน 1,200 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าติดตามดูแลโดย CG จำนวน 24 ครั้ง ครั้งละ 50 บ. | - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา | การดูแลพยาบาลทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพ บ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ |
| ข้อควรระวังในการให้บริการ | เป้าหมายการดูแล | |
| - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ | ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง | |
| ผู้จัดทำ Care plan น.ส.รีนาร์ หัตโดย | ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) | |

6

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/61 วันที่ 01/10/60
 หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหน้าขาว

| | | |
|--|--|---|
| ชื่อ นางจิต พันธุ์คง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3900300561459 | ที่อยู่ อ. จะนะ จ. สงขลา หมายเลขโทรศัพท์ | จัดทำวันที่ 01 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2560 วินิจฉัย : ADL=10, TAI=83 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เฝ้าผิตรูป |
| แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - ยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ตีขึ้นจากที่เป็นอยู่ ญาติ - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น | แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง | ข้อควรระวังในการให้บริการ - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ |
| ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา | เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) - | บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal) บริการอื่นๆ - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล |

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

| กิจกรรม | ความถี่ | จ. | อ. | พ | พฤ | ศ | ส | อ | ผู้รับผิดชอบ |
|---------------------------|-----------------|----|----|---|----|---|---|---|-----------------------|
| การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ | เดือนละ 2 ครั้ง | | | ✓ | | | | | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |
| วัดอุณหภูมิ | เดือนละ 2 ครั้ง | | | ✓ | | | | | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |
| วัดสัญญาณชีพ | เดือนละ 2 ครั้ง | | | ✓ | | | | | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |
| วัดชีพจร | เดือนละ 2 ครั้ง | | | ✓ | | | | | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |
| วัดความดันโลหิต | เดือนละ 2 ครั้ง | | | ✓ | | | | | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |
| วัดการหายใจ | เดือนละ 2 ครั้ง | | | ✓ | | | | | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |
| ฝึกการทรงตัว | เดือนละ 2 ครั้ง | | | ✓ | | | | | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |

| | |
|--|---|
| กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ - กายภาพบำบัดโดยญาติ - กายภาพบำบัดโดย Caregiver | ผู้จัดทำ น.สรินทร์ หัดโตย ผู้รับผิดชอบ นาย ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาที/เดือน ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1) (ผู้ป่วย/ญาติ) วัตถุประสงค์ 2) (ผู้ป่วย/ญาติ) วัตถุประสงค์ |
|--|---|

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าดูแลรายค่าบริการ เหมาะจ่าย/ราย/ปี)

| | | |
|--|--|---|
| ชื่อ นาง สนิทกุล แก้วศรีเพชร เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3900300662111 | ที่อยู่ อ. จะนะ จ. สงขลา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) | วันที่จัดทำ 01 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2560 |
| เกิดวันที่ 08 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2473 (อายุ 88 ปี) | วินิจฉัย : ADL=9, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : มือวิริยะอ่อนแรง | |
| สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาะสมรายปีที่ขอรับการสนับสนุน | ประเด็นปัญหา/ความต้องการ | การดูแล |
| เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาะสมรายปีเป็นจำนวนเงิน 1,200 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าติดตามเยี่ยม โดย CC จำนวน 24 ครั้ง ครั้งละ 50 บ. | - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา | การดูแลพยาบาลทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพ บ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ |
| ข้อควรระวังในการให้บริการ | เป้าหมายการดูแล | |
| - การพลัดตกหกล้ม | ระยะสั้น - ระยะยาว - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ | |
| ผู้จัดทำ Care plan น.ส.รีนาร์ หัตถโดย | ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) | |

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/61 วันที่ 01/10/60
 หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำขาว

| | | |
|--|---|---|
| ชื่อ นางสีนวล นิกวีศรีเพชร เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3900300662111 | ที่อยู่ อ. จะนะ จ. สงขลา หมายเลขโทรศัพท์ | จัดทำวันที่ 01 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2560 วินิจฉัย : ADL=9, TAI=83 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : มีอวัยวะแข็งแรง |
| แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - ยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ตีขึ้นจากที่เป็นอยู่ ญาติ - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น | แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ | ข้อควรระวังในการให้บริการ - การพลัดตกหกล้ม |
| ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา | เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) - | บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal) |

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

| กิจกรรม | ความถี่ | จ. | อ. | พ | พฤ | ศ | ส | อ | ผู้รับผิดชอบ |
|---------------------------------|-----------------|----|----|---|----|---|---|---|-----------------------|
| ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม | เดือนละ 2 ครั้ง | | | ✓ | | | | | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |
| การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ | เดือนละ 2 ครั้ง | | | ✓ | | | | | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |
| การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ | เดือนละ 2 ครั้ง | | | ✓ | | | | | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |
| วัดสัญญาณชีพ | เดือนละ 2 ครั้ง | | | ✓ | | | | | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |
| วัดอุณหภูมิ | เดือนละ 2 ครั้ง | | | ✓ | | | | | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |
| วัดความดันโลหิต | เดือนละ 2 ครั้ง | | | ✓ | | | | | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |
| วัดชีพจร | เดือนละ 2 ครั้ง | | | ✓ | | | | | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |
| วัดการหายใจ | เดือนละ 2 ครั้ง | | | ✓ | | | | | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |

| | |
|--|---|
| กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ - ดูแลเตรียมให้ยาโดยญาติ - ภาวะภาพป้าบ้ดโดย Caregiver - ภาวะภาพป้าบ้ดโดยญาติ | ผู้จัดทำ น.ส.รีนาร์ หัตโตย ผู้รับผิดชอบ นาย ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาที่/เดือน ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1) (ผู้ป่วย/ญาติ) วัตถุประสงค์ 2) (ผู้ป่วย/ญาติ) วัตถุประสงค์ |
|--|---|

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าเช่าเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

| | | |
|--|--|---|
| ชื่อ นางยุพิน คงเพชร เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3900300093973 | ที่อยู่ อ. จะนะ จ. สงขลา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) | วันที่จัดทำ 14 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2562 |
| เกิดวันที่ 03 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2472 (อายุ 89 ปี) | วินิจฉัย : ADL=11, TAI=83 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : - | |
| สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปี ที่ขอรับการสนับสนุน | ประเด็นปัญหา/ความต้องการ | การดูแล |
| เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่าย รายปีเป็นจำนวนเงิน 1,200 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าติดตามโดยCG จำนวน 24ครั้ง ครั้งละ50 บ. | - กลับปีสสาวะไม่ได้ | การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อม ทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพ บ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ |
| ข้อควรระวังในการให้บริการ | เป้าหมายการดูแล | |
| - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ | ระยะสั้น - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เหน็ด เหน็ดด้วย ตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเอง ได้ ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ | |
| ผู้จัดทำ Care plan น.ส.รีนาร์ หัดโตย | ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) | |

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/61 วันที่ 14/08/62
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำขาว

| | | |
|---|--|--|
| ชื่อ นางยพิน คงเพชร เลขประจำตัวประชาชน 3900300093973 | ที่อยู่ อ. ฉะนะ จ. สงขลา หมายเลขโทรศัพท์ | จัดทำวันที่ 14 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2562 วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : - |
| แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ ญาติ - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น | แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมาย ระยะยาว) - เดินได้โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ | ข้อควรระวังในการให้บริการ - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ |
| ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - กลืนปัสสาวะไม่ได้ | เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน | บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัว และ Informal) บริการอื่นๆ - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ ด้านการเงินในการดูแล |

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

| กิจกรรม | ความถี่ | จ. | อ. | พ | พฤ | ศ | ส | อ | ผู้รับผิดชอบ |
|-----------------|-----------------|----|----|---|----|---|---|---|-----------------------|
| จัดการหายใจ | เดือนละ 2 ครั้ง | | | ✓ | | | | | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |
| วัดความดันโลหิต | เดือนละ 2 ครั้ง | | | ✓ | | | | | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |
| วัดชีพจร | เดือนละ 2 ครั้ง | | | ✓ | | | | | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |
| วัดสัญญาณชีพ | เดือนละ 2 ครั้ง | | | ✓ | | | | | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |
| วัดอุณหภูมิ | เดือนละ 2 ครั้ง | | | ✓ | | | | | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |

| | |
|--|--|
| กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และ เย็นโดยญาติ - ดูแลเตรียมให้ยาโดยญาติ - ภาวะภาพบำบัดโดย Caregiver - ภาวะภาพบำบัดโดยญาติ | ผู้จัดทำ น.ส.รินาร์ หัดโตย ผู้รับผิดชอบ นางอารณี ปิยรัตน์ ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาที/เดือน ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1) (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป 2) (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป |
|--|--|

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าบริการ ค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

| | | |
|--|---|---|
| ชื่อ นางยุพิน คงเพชร เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3900300093973 | ที่อยู่ อ. จะนะ จ. สงขลา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) | วันที่จัดทำ 14 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2562 |
| เกิดวันที่ 03 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2472 (อายุ 89 ปี) | วินิจฉัย : ADL=11, TAI=83 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : - | |
| สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปี ที่ขอรับการสนับสนุน | ประเด็นปัญหา/ความต้องการ | การดูแล |
| เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่าย รายปีเป็นจำนวนเงิน 1,200 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าติดตามโดยCG จำนวน 24ครั้ง ครั้งละ50 บ. | - กลืนปัสสาวะไม่ได้ | การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อม ทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพ บ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ |
| ข้อควรระวังในการให้บริการ | เป้าหมายการดูแล | |
| - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ | ระยะสั้น - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วย ตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเอง ได้ ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ | |
| ผู้จัดทำ Care plan น.ส.เรณีย์ หัดโดย | ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) | |

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/61 วันที่ 14/08/62
 หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาข้าว

| | | |
|---|---|--|
| ชื่อ นางยุพิน คงเพชร เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3900300093973 | ที่อยู่ อ. จะนะ จ. สงขลา หมายเลขโทรศัพท์ | จัดทำวันที่ 14 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2562 วินิจฉัย : ADL=II, TAI=63 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : - |
| แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิตผู้สูงอายุ - ยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ ญาติ - ยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น | แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ | ข้อควรระวังในการให้บริการ - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ |
| ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - กลืนปัสสาวะไม่ได้ | เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน | บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ informal) บริการอื่นๆ - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ, ด้านการเงินในการดูแล |

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

| กิจกรรม | ความถี่ | จ. | อ. | พ | พฤ | ศ | ส | อ | ผู้รับผิดชอบ |
|-----------------|-----------------|----|----|---|----|---|---|---|-----------------------|
| วัดการหายใจ | เดือนละ 2 ครั้ง | | | ✓ | | | | | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |
| วัดความดันโลหิต | เดือนละ 2 ครั้ง | | | ✓ | | | | | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |
| วัดชีพจร | เดือนละ 2 ครั้ง | | | ✓ | | | | | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |
| วัดสัญญาณชีพ | เดือนละ 2 ครั้ง | | | ✓ | | | | | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |
| วัดอุณหภูมิ | เดือนละ 2 ครั้ง | | | ✓ | | | | | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |

| | |
|--|--|
| กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ - ดูแลเตรียมให้ยาโดยญาติ - ภายภาพบำบัดโดย Caregiver - ภายภาพบำบัดโดยญาติ | ผู้จัดทำ น.ส.เรณู หัตถโดย ผู้รับผิดชอบ นางอารณี ปิยะรัตน์ ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาที/เดือน ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1) (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป 2) (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป |
|--|--|

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเขตค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

| | | |
|---|--|--|
| ชื่อ นางอัน คงทอง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3900300108032 | ที่อยู่ อ. จະนะ จ. สงขลา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) | วันที่จัดทำ 01 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2560 |
| เกิดวันที่ 10 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2469 (อายุ 92 ปี) | วินิจฉัย : ADL=0, TAI=83 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ | |
| สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปี ที่ขอรับการสนับสนุน | ประเด็นปัญหา/ความต้องการ | การดูแล |
| เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่าย รายปีเป็นจำนวนเงิน 10,620 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ แผ่นอนามียจำนวน 12 ห่อ(ห่อละ 485 บ.) ค่าติดตามดูแลโดย CG จำนวน 96 ครั้ง ครั้งละ 50 บ. | - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/ นอนไม่หลับ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ | การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อม ทั่วไป |
| ข้อควรระวังในการให้บริการ | เป้าหมายการดูแล | การดูแลพยาบาลเฉพาะ |
| - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ | ระยะสั้น - 7 วัน ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ | การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพ บ้านให้ปลอดภัยต่อผู้ป่วย |
| ผู้จัดทำ Care plan น.ส.รีนาร์ หัตถ์โดย | ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) | |

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/61 วันที่ 07/10/60
 หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาข้าว

| | | |
|---|--|---|
| ชื่อ นางอิน คงทอง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3900300108032 | ที่อยู่ อ. จะนะ จ. สงขลา หมายเลขโทรศัพท์ | จัดทำวันที่ 01 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2560 วิจัยฉบับ : ADL=0, TAI=83 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 4 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ |
| แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ คีจันจากที่เป็นอยู่ ญาติ - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น | แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ | ข้อควรระวังในการให้บริการ - ข้อคิด/ข้อเท็จจริง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ |
| ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - กลืนบิสสุวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ | เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) - null ภายใน 1 เดือน | บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและinformal) บริการอื่นๆ - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ ด้านการเงินในการดูแล - รถรับ-ส่ง ไปสถานบริการ (ให้มีตัวเลือกกระหว่าง 88/อปพ/อื่นๆ) - ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม |

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

| กิจกรรม | ความถี่ | จ. | อ. | พ | พญ | ศ | ส | อ | ผู้รับผิดชอบ |
|-----------------------------|-------------------|----|----|---|----|---|---|---|-----------------------|
| ฝึกหายใจ | อาทิตย์ละ 2 ครั้ง | | | ✓ | | | | | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |
| การจัดทำอนป้องกันปลายเท้าตก | อาทิตย์ละ 2 ครั้ง | | | ✓ | | | | | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |
| วัดสัญญาณชีพ | อาทิตย์ละ 2 ครั้ง | | | ✓ | | | | | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |
| วัดอุณหภูมิ | อาทิตย์ละ 2 ครั้ง | | | ✓ | | | | | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |
| วัดความดันโลหิต | อาทิตย์ละ 2 ครั้ง | | | ✓ | | | | | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |
| วัดชีพจร | อาทิตย์ละ 2 ครั้ง | | | ✓ | | | | | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |
| การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัย | เดือนละ 1 ครั้ง | | | ✓ | | | | | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |

| | |
|--|--|
| กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเข้า กลางวัน และเป็นโดยญาติ - ดูแลเตรียมให้ยาโดยญาติ - กายภาพบำบัดโดย Caregiver - กายภาพบำบัดโดยญาติ | ผู้จัดทำ น.ส.เรณีย์ หัตถ์โดย ผู้รับผิดชอบ นาย ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาที/สัปดาห์ ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1) (ผู้ป่วย/ญาติ) วัตถุประสงค์ 2) (ผู้ป่วย/ญาติ) วัตถุประสงค์ |
|--|--|

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าเช่าเตียง/ราย/ปี)

| | | |
|--|--|---|
| ชื่อ นางศรีม ต้าแดง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3900300094350 | ที่อยู่ อ. จะนะ จ. สงขลา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) | วันที่จัดทำ 01 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2560 |
| เกิดวันที่ 15 เดือน กันยายน พ.ศ. 2483 (อายุ 78 ปี) | วินิจฉัย : ADL=1, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยมีอวัยวะอ่อนแอ | |
| สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปี ที่ขอรับการสนับสนุน | ประเด็นปัญหา/ความต้องการ | การดูแล |
| เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่าย รายปีเป็นจำนวนเงิน 8,220 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ แผนอนามัย จำนวน 12หอ (หอละ 485 บ.), ค่าติดตามดูแลโดย CG จำนวน 48ครั้ง ครั้งละ 50 บ | <ul style="list-style-type: none"> - กลืนปัสสาวะไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ | การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อม ทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพ บ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ |
| ข้อควรระวังในการให้บริการ | เป้าหมายการดูแล | |
| <ul style="list-style-type: none"> - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ปียงกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ | ระยะสั้น - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพ หรือดีขึ้น ภายใน 2 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วย ตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเอง ได้ ภายใน 2 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ | |
| ผู้จัดทำ Care plan น.สรินทร์ หัดโดย | ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) | |

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าเช่าเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

| | | |
|---|---|---|
| ชื่อ นางเนียม จุณรัตน์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3900300663567 | ที่อยู่ อ. ฉะนะ จ. สงขลา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) | วันที่จัดทำ 01 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2560 |
| เกิดวันที่ 08 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2474 (อายุ 87 ปี) | วินิจฉัย : ADL=5, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : มีอวัยวะอ่อนแรง | |
| สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปี ที่ขอรับการสนับสนุน | ประเด็นปัญหา/ความต้องการ | การดูแล |
| เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่าย รายปีเป็นจำนวนเงิน 2,400 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าติดตามดูแลผู้ป่วย โดย CG จำนวน 48 ครั้ง ครั้งละ 50 บ. | - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ | การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อม ทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพ บ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ |
| ข้อควรระวังในการให้บริการ | เป้าหมายการดูแล | |
| - ข้อติด/ข้อเท้าตก - การพลัดตกหกล้ม | ระยะสั้น - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/จับถ้วยเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม | |
| ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ธันนาร์ หัตถโดย | ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) | |

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/61 วันที่ 01/10/60
 หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำขาว

| | | |
|---|---|---|
| ชื่อ นางนิยม จุฬรัตน์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3900900663557 | ที่อยู่ อ. จะนะ จ. สงขลา หมายเลขโทรศัพท์ | จัดทำวันที่ 01 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2560 รัชนีฉบับ : ADL=5, TAI=13 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : มีอวัยวะอ่อนแรง |
| แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - ยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ ญาติ - ยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น | แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมาย ระบุว่า) - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม | ข้อควรระวังในการให้บริการ - ข้อคิด/ข้อจำกัด - การพลัดตกหกล้ม |
| ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ | เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 1 เดือน | บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัว และ Informal) บริการอื่นๆ - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ ด้านการเงินในการดูแล - ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม |

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

| กิจกรรม | ความถี่ | จ. | อ. | พ | พฤ | ศ | ส | อ | ผู้รับผิดชอบ |
|-----------------------------|-------------------|----|----|---|----|---|---|---|-----------------------|
| ประเมินภาวะโภชนาการ | อาทิตย์ละ 1 ครั้ง | | | ✓ | | | | | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |
| การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ | อาทิตย์ละ 1 ครั้ง | | | ✓ | | | | | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |
| ฝึกหายใจ | อาทิตย์ละ 1 ครั้ง | | | ✓ | | | | | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |
| วัดสัญญาณชีพ | อาทิตย์ละ 1 ครั้ง | | | ✓ | | | | | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |
| วัดอุณหภูมิ | อาทิตย์ละ 1 ครั้ง | | | ✓ | | | | | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |
| วัดชีพจร | อาทิตย์ละ 1 ครั้ง | | | ✓ | | | | | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |
| วัดการหายใจ | อาทิตย์ละ 1 ครั้ง | | | ✓ | | | | | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |
| การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัย | เดือนละ 1 ครั้ง | | | ✓ | | | | | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |
| การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัย | เดือนละ 1 ครั้ง | | | ✓ | | | | | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |

| | |
|---|--|
| กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และ เป็นโดยญาติ - ดูแลเตรียมให้ยาโดยญาติ - รับประทานยา - ภาวะสุขภาพปกติโดยญาติ - ภาวะสุขภาพปกติโดย Caregiver | ผู้จัดทำ น.ส.รีนาร์ หัตถโคโย ผู้รับผิดชอบ นาย ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง นาที/สัปดาห์ ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1) (ผู้ป่วย/ญาติ) วัตถุประสงค์ 2) (ผู้ป่วย/ญาติ) วัตถุประสงค์ |
|---|--|

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าเช่าเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

| | | |
|---|---|---|
| ชื่อ นางเหอน พุดศรี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3900300097391 | ที่อยู่ 29/1 ม.6 ต.น้ำขาว อ.จระนะ จ.สงขลา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) | วันที่จัดทำ 01 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2560 |
| เกิดวันที่ 09 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2488 (อายุ 73 ปี) | วินิจฉัย : ADL=7, TAI=12 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้บางส่วนมือซ้ายอ่อนแรง | |
| สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปี ที่ขอรับการสนับสนุน | ประเด็นปัญหา/ความต้องการ | การดูแล |
| เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่าย รายปีเป็นจำนวนเงิน 8,215 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ แผนอนามัย 12 ห่อ (ห่อละ 485 บ.) บ.ค่าติดตามดูแลโดย CG จำนวน 48 ครั้งละ 50บ. | <ul style="list-style-type: none"> - กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ | การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อม ทั่วไป - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม |
| ข้อควรระวังในการให้บริการ | เป้าหมายการดูแล | |
| <ul style="list-style-type: none"> - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ | ระยะสั้น - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพ หรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วย ตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเอง ได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ | |
| ผู้จัดทำ Care plan น.ส.รินาร์ หัดโดย | ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) | |

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/61 วันที่ 01/10/60
 หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาข้าว

| | | | |
|---|---|---|---|
| ชื่อ น.จ.หญิง พุทธิศรี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3900300097391 | ที่อยู่ 29/1 ม.6 ต.นาข้าว อ.จะนะ จ.สงขลา หมายเลขโทรศัพท์ | จัดทำวันที่ 01 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2560 วิถีชีวิต : ADL=7, TAI=12 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้บางส่วนมี อวัยวะอ่อนแรง | |
| แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ ญาติ - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น | แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมาย ระยะยาว) - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ | ข้อควรระวังในการให้บริการ - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ | |
| ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ | เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน | บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัว และ Informal) บริการอื่นๆ - รถรับ-ส่ง ไปสถานบริการ (ให้มีตัวเลือกระหว่าง สส/อป/ อื่นๆ) | |
| กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal | | | |
| กิจกรรม ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ การจัดทำอนุป้องกันปลายเท้าตก วัดสัญญาณชีพ วัดอุณหภูมิ วัดความดันโลหิต วัดชีพจร | ความถี่ อาทิตย์ละ 1 ครั้ง อาทิตย์ละ 1 ครั้ง อาทิตย์ละ 1 ครั้ง อาทิตย์ละ 1 ครั้ง อาทิตย์ละ 1 ครั้ง อาทิตย์ละ 1 ครั้ง อาทิตย์ละ 1 ครั้ง | จ. อ. พ พฤ ศ ส อ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ | ผู้รับผิดชอบ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |
| กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - ตื่นนอน - ส่างหน้า - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และ เป็นโดยญาติ - ดูแลเตรียมให้ยาโดยญาติ - รับประทานยา - กายภาพบำบัดโดยญาติ - เปลี่ยนผ้าอ้อม | ผู้จัดทำ น.สรินาร์ หัดโดย ผู้รับผิดชอบ นาย ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง นาที/สัปดาห์ ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1) (ผู้ป่วย/ญาติ) วัตถุประสงค์ 2) (ผู้ป่วย/ญาติ) วัตถุประสงค์ | | |

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเขตค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

| | | |
|--|---|---|
| ชื่อ นายเจริญ แก้วเพชร เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3900300663885 | ที่อยู่ อ. จະนะ จ. สงขลา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) | วันที่จัดทำ 01 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2560 |
| เกิดวันที่ 04 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2480 (อายุ 81 ปี) | วินิจฉัย : ADL=5, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : มีแขนขาอ่อนแรง | |
| สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปี ที่ขอรับการสนับสนุน | ประเด็นปัญหา/ความต้องการ | การดูแล |
| เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่าย รายปีเป็นจำนวนเงิน 1,200 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าการติดตามดูแล โดย CG จำนวน 24 ครั้ง ครั้งละ 50 บ | <ul style="list-style-type: none"> - กลืนปัสสาวะไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ | การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ |
| ข้อควรระวังในการให้บริการ | เป้าหมายการดูแล | การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพ |
| <ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ข้อตัด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ | ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพ หรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดแผลกดทับ | - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพ บ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ |
| ผู้จัดทำ Care plan น.ส.รินาร์ หัดโตย | ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) | |

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/61 วันที่ 01/10/60
 หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำขาว

| | | |
|--|--|--|
| ชื่อ นายเจริญ แก้วเพชร เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3900300663885 | ที่อยู่ อ. จระนะ จ. สงขลา หมายเลขโทรศัพท์ | จัดทำวันที่ 01 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2560 วินิจฉัย : ADL=5, TAI=83 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : มีแขนขาอ่อนแรง |
| แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - ยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ ญาติ - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น - อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ไม้เท้า | แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - กินอาหารเองได้/ช่วยตัวเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดแผลกดทับ | ข้อควรระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/สลัดอาหาร - การพลิกตะกอน - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ |
| ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - กลับปัสสาวะไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ | เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน | บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal) กายอุปกรณ์ - รถเข็นนั่ง บริการอื่นๆ - รถรับ-ส่ง ไปสถานบริการ (ให้มีตัวเลือกระหว่าง สธ/อปพ/อื่นๆ) |

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

| กิจกรรม | ความถี่ | จ. | อ. | พ | พญ | ศ | ส | อ | ผู้รับผิดชอบ |
|---------------------------------|-------------------|----|----|---|----|---|---|---|-----------------------|
| ประเมินภาวะโภชนาการ | อาทิตย์ละ 1 ครั้ง | | | ✓ | | | | | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |
| ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม | อาทิตย์ละ 1 ครั้ง | | | ✓ | | | | | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |
| การจัดทำนอนป้องกันปลาน้ำกัด | อาทิตย์ละ 1 ครั้ง | | | ✓ | | | | | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |
| การป้องกันภาวะแทรกซ้อน | อาทิตย์ละ 1 ครั้ง | | | ✓ | | | | | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |
| วัดการหายใจ | อาทิตย์ละ 1 ครั้ง | | | ✓ | | | | | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |
| วัดความดันโลหิต | อาทิตย์ละ 1 ครั้ง | | | ✓ | | | | | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |
| วัดชีพจร | อาทิตย์ละ 1 ครั้ง | | | ✓ | | | | | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |
| วัดสัญญาณชีพ | อาทิตย์ละ 1 ครั้ง | | | ✓ | | | | | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |
| วัดอุณหภูมิ | อาทิตย์ละ 1 ครั้ง | | | ✓ | | | | | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |
| การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ | อาทิตย์ละ 1 ครั้ง | | | ✓ | | | | | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |
| ฝึกการทรงตัว | อาทิตย์ละ 1 ครั้ง | | | ✓ | | | | | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |

| | |
|---|---|
| กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - ดื่มนอน - ล้างหน้า - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ - ดูแลเตรียมให้ยาโดยญาติ - รับประทานยา - กายภาพบำบัดโดยญาติ - กายภาพบำบัดโดย Caregiver - ออกกำลังกาย | ผู้จัดทำ น.ส.ริมา ทัดโค ผู้รับผิดชอบ นาย ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาที/เดือน ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1) (ผู้ป่วย/ญาติ) วัตถุประสงค์ 2) (ผู้ป่วย/ญาติ) วัตถุประสงค์ |
|---|---|

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าเช่าเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

| | | |
|---|---|--|
| ชื่อ นางอ้ว เตงโสภา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3900300669581 | ที่อยู่ อ. ฉะนะ จ. สงขลา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) | วันที่จัดทำ 01 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2560 |
| เกิดวันที่ 16 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2482 (อายุ 79 ปี) | วินิจฉัย : ADL=10, TAI=83 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : มีอวัยวะอ่อนแรงช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน | |
| สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปี ที่ขอรับการสนับสนุน | ประเด็นปัญหา/ความต้องการ | การดูแล |
| เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่าย รายปีเป็นจำนวนเงิน 1,200 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าติดตามเยี่ยม โดย CG 24 ครั้ง ครั้งละ 50 บาท | - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา | การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อม ทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - บริการพิเศษอื่นๆ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ |
| ข้อควรระวังในการให้บริการ | เป้าหมายการดูแล | การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพ บ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ |
| - การพ่นคัดจมูก | ระยะสั้น - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วย ตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเอง ได้ ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ | |
| ผู้จัดทำ Care plan น.ส.รีนาร์ หัดโดย | ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) | |

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/61 วันที่ 01/10/60
 หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำขาว

| | | |
|---|---|---|
| ชื่อ นางอิว แดงโสภา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3900300669561 | ที่อยู่ อ. จันละ จ. สงขลา หมายเลขโทรศัพท์ | จัดทำวันที่ 01 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2560 วินิจฉัย: ADL=10, TAI=B3 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : มีภาวะอ่อนแรงช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน |
| แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ ญาติ - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น | แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ | ข้อควรระวังในการให้บริการ - การผลิตตกหลุม |
| ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา | เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ จับถ้วยเองได้ ภายใน 1 เดือน | บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและinformal) บริการอื่นๆ - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล |

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

| กิจกรรม | ความถี่ | จ. | อ. | พ | พฤ | ศ | ส | อ | ผู้รับผิดชอบ |
|---------------------------------|-----------------|----|----|---|----|---|---|---|-----------------------|
| ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม | เดือนละ 2 ครั้ง | | | ✓ | | | | | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |
| ประเมินภาวะโภชนาการ | เดือนละ 2 ครั้ง | | | ✓ | | | | | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |
| การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ | เดือนละ 2 ครั้ง | | | ✓ | | | | | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |
| การขัดทำนอนป้องกันปลายนเท้าตก | เดือนละ 2 ครั้ง | | | ✓ | | | | | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |
| วัดชีพจร | เดือนละ 2 ครั้ง | | | ✓ | | | | | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |
| การป้องกันภาวะแทรกซ้อน | เดือนละ 2 ครั้ง | | | ✓ | | | | | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |
| การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ | เดือนละ 2 ครั้ง | | | | | | | | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |

| | |
|---|---|
| กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ - ดูแลเตรียมให้ยาโดยญาติ - รับประทานยา - เปลี่ยนผ้าอ้อม | ผู้จัดทำ น.ส.รินาร์ หัตถโดย ผู้รับผิดชอบ นางเบญจวรรณ แดงโสภา ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาที/เดือน ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1) (ผู้ป่วย/ญาติ) วัตถุประสงค์ 2) (ผู้ป่วย/ญาติ) วัตถุประสงค์ |
|---|---|

ส่วนที่ ๒ แผนการดูแล (Care Plan)

ส่งต่อ: อนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลและ... สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง : พิจารณาสถาบันสนับสนุน... ภาครสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(อัตรา ค่าชดเชยค่าบริการ เหม่งจ่าย/ราย/ปี)



| | | |
|---|--|--|
| <p>แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้สูงอายุ... ได้... ไป... ที่... - ... <p>ประเด็นปัญหาในการดำรงชีวิต (ความต้องการ)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ... - ... | <p>ชื่อ - สกุล ... น.อ. ... นพ. ...</p> <p>เกิดวันที่เดือน ๒๕... ค.ศ. ๒๕... ปี</p> <p>เลขที่บัตรประชาชน ... ๑๑๐๑๐๐๖๕๙๙</p> <p>ที่อยู่ ... ซ. ... ต. ... อ. ...</p> <p>หมายเลขโทรศัพท์ ... - ... - ...</p> <p>วินิจฉัย ...</p> <p>สิทธิการรักษา ... / ...</p> | <p>วันที่จัดทำ 19 ก.พ. ๖๔</p> <p>TAI ๐.2 ADL 11</p> <p>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายเดือนที่ขอรับ</p> <p>การสนับสนุน จำนวนเงิน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ... A ... A x 50 = 200 บาท / ... - ... A ... A x 200 = 800 บาท / ... - ... certainty ของ L 16 24 ... <p>... 170 บาท / ... = 4,080 บาท / ...</p> <p>ชื่อกรรมการวง</p> <ul style="list-style-type: none"> - ... - ... |
| <p>ประเด็นปัญหาในการดำรงชีวิต (ความต้องการ)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ... - ... | <p>แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือ (เป้าหมายระยะยาว)</p> <p>... ..</p> <p>... ..</p> | <p>บริการนอกเหนือจากรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัว)</p> |



CM = เดือน 1 คย / เดือน

CG = ... 4 คย / เดือน

รวมทั้งหมด = 4,880 บาท

| วัน | จันทร์ | อังคาร | พุธ | พฤหัสบดี | ศุกร์ | เสาร์ | อาทิตย์ | กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิตประจำวัน |
|-----|--------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------|-----------------------|-------|-------|---------|-----------------------------------|
| ๑ | CG ลวชช N/S ชัยภรณ์ ๐๓๖ ๐๓๖๑๖๖ | CM ลวชช N/S และชัยภรณ์ ๐๓๖๑๖๖ | CG ลวชช N/S → ๐๓๖๑๖๖ | CG ลวชช N/S ๐๓๖๑๖๖ | | | | |
| ๒ | | | | | | | | |
| ๓ | | | | | | | | |
| ๔ | | | | | | | | |
| ๕ | | | | | | | | |

ลงชื่อ  ผู้จัดทำ/CM
(ลวชชชชชช) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ/CG
ลงชื่อ  (ชัยภรณ์ชัยภรณ์)

ข้าพเจ้าเห็นชอบการปฏิบัติตาม Care Plan นี้
ลงชื่อ  ผู้สูงอายุ/ญาติ
 เห็นชอบ ไม่เห็นชอบ อนุมัติ ไม่อนุมัติ
ลงชื่อ  ()

ประธานอนุกรรมการสนับสนุนการบริการดูแลระยะยาว ประธานกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ
สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง
หน่วยงาน

ส่วนที่ ๒ แผนการดูแล (Care Plan)

เสนอต่อ: อนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าดูแลค่าบริการ เหมาะ/ราย/ปี)

| | | |
|--|--|---|
| <p>แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต</p> <ul style="list-style-type: none"> - อยากไปพักผ่อน - ไปสถานดูแลระยะยาวตามสถานที่เหมาะสม <p>ประเด็นปัญหาในการดำรงชีวิต (ความต้องการ)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ต้องการคนดูแล - ต้องการคนช่วยไปส่งไปรับ | <p>ชื่อ - สกุล น.ส.จิตติมา รัตนศิริ ๖๕๔๐ เกิดวันที่ เดือน ปี ๓๐ ต.ค. ๒๕๒๖ เลขที่บัตรประชาชน ๙๙๐๐๖๐๐๑๐๖๒๙๔ ที่อยู่ ๓๓/๓ ม.๙ ต.สีดา หมายเลขโทรศัพท์ วิทยุ HT ๖ DM ๖ CA rechem สิทธิการรักษา</p> | <p>วันที่จัดทำ ๒๖ เม.ย. ๖๒ TAI ๖๓ ADL 5 คนดูแล สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาะสมจ่ายรายเดือนที่ขอรับ การสนับสนุน จำนวนเงิน - ๑๕๐๐๐ บาท / เดือน ๒ x ๓๐ = ๖๐๐ บาท / เดือน ๖๐๐ x ๑๒ = ๗๒๐๐ บาท / ปี - ๑๕๐๐๐ บาท / ปี = ๑ x ๑๐๐ = ๑๐๐ บาท / ปี รวม ๑๕๐๐๐ บาท / ปี + ๗๒๐๐ บาท / ปี = ๒๒,๒๐๐ บาท / ปี</p> |
| <p>แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือ (เป้าหมายระยะยาว)</p> <ul style="list-style-type: none"> - สามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้าง - ไม่เป็นภาระ | <p>เป้าหมายการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้น)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไปพักผ่อนบ้าง - ไปสถานดูแลระยะยาว | <p>บริการนอกเหนือจากรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัว)</p> <ul style="list-style-type: none"> - แยกแยะ ๑๖๕ บาท / เดือน - ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ตามที่แจ้ง |

CM : 1 คน / เดือน
 CG : 2 คน / เดือน

รวมทั้งหมด = ๒,๒๔๐ บาท / ปี

ส่วนที่ ๒ แผนการดูแล (Care Plan) ประจำเดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๒

| ลำดับที่ | วัน | จันทร์ | อังคาร | พุธ | พฤหัสบดี | ศุกร์ | เสาร์ | อาทิตย์ | กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิตประจำวัน |
|----------|-----|--|--------|---------------------------------|--|---|-------|---------|-----------------------------------|
| ๑ | | CM + ก่อร่างวง คองคณิ ๖ คน ๑๖:๓๐-๑๗:๓๐/วันจันทร์ | | | ๑๕ ลวสว V/S + ๑๖:๓๐-๑๗:๓๐/๑๖:๓๐-๑๗:๓๐ | | | | |
| ๒ | | | | | | | | | |
| ๓ | | | | ๑๕ ลวสว พริตทวอน ๑๖:๓๐-๑๗:๓๐ | | ๑๕ ลวสว V/S + ๑๖:๓๐-๑๗:๓๐ สนสนว๑๑๑๑๑๑๑๑๑๑ | | | |
| ๔ | | | | | | | | | |
| ๕ | | | | | | | | | |

ลงชื่อ.....ผู้จัดทำ/CM
(นางสาวสีฟ้า สอน)

ข้าพเจ้าเห็นชอบการปฏิบัติตาม Care Plan นี้
ลงชื่อ.....ผู้สูงอายุ/ญาติ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ดูแลผู้สูงอายุ/CG
นางสาวสีฟ้า สอน

เห็นชอบ ไม่เห็นชอบ อนุมัติ ไม่อนุมัติ
ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....

(.....) (.....)

ประธานอนุกรรมการสนับสนุนการบริการดูแลระยะยาว ประธานกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ
สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หน่วยงาน.....

