

ใบเบิกเงิน

กองทุนสุขภาพตำบล เทศบาลตำบลเกาะนางคำ

ที่ 31/2566

วันที่ 29 กันยายน 2566

เรียน นายก เทศมนตรีตำบลเกาะนางคำ

ตามที่คณะกรรมการ กองทุนสุขภาพตำบล เทศบาลตำบลเกาะนางคำ ได้อนุมัติแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม สนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะปัญหาหลังปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ปี 2566 ให้แก่ หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้พิการ เทศบาลตำบลเกาะนางคำ จำนวน 76,825.00 บาท (เจ็ดหมื่นหกพันแปดร้อยยี่สิบห้าบาทถ้วน) นั้น หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้พิการเทศบาลตำบลเกาะนางคำ มีความประสงค์ขอเบิกเงินจำนวน 76,825.00 บาท (เจ็ดหมื่นหกพันแปดร้อยยี่สิบห้าบาทถ้วน) เพื่อนำไปดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมดังกล่าว พร้อมนี้ได้แนบ เอกสาร หลักฐาน ประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน 1 ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน นายขุนแก้วมะณี จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ

(

นางสาวพาวินี เหมียนเอียด  
หัวหน้าสำนักปลัดเทศบาล

ผู้ขอเบิก

)

ได้ตรวจสอบเอกสารและงบประมาณที่ได้รับ มีความครบถ้วนถูกต้อง เห็นควรดำเนินการต่อไป รวมทั้งได้ทักท้วงการที่ขอเบิกในครั้งนี้เรียบร้อยแล้ว มียอดเงินคงเหลือ 118,078.77 บาท (หนึ่งแสนหนึ่งหมื่นแปดพันเจ็ดสิบแปดบาทเจ็ดสิบเจ็ดสตางค์)

ลงชื่อ

(

นางมาลี สื่อนะ เส้นยี่หิม  
นักวิชาการเงินและบัญชี

)

วันที่

29 กย 2566

เรียน ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น  
เห็นควรให้เบิกจ่าย  
จำนวน 76,825.00 บาท

ลงชื่อ

(

นางมาลี สื่อนะ เส้นยี่หิม  
นักวิชาการเงินและบัญชี

)

วันที่

29 กย 2566

เรียน นายก เทศมนตรีตำบลเกาะนางคำ  
เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน 76,825.00 บาท

ลงชื่อ

(

นางสาวพาวินี เหมียนเอียด

หัวหน้าสำนักปลัด รักษาราชการแทน ปลัดเทศบาลตำบลเกาะนางคำ

)

วันที่

29 ก.ย. 2566

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้  
จำนวนเงิน 76,825.00 บาท

ลงชื่อ

(

นายประนุท อัสโร

นายกเทศมนตรีตำบลเกาะนางคำ

)

วันที่

29 กย 2566

จ่ายเป็น

เช็คขีดคร่อม/ตัวแลกเงิน/ธนาคัต

เลขที่เช็ค A02A8941

ลงวันที่ 29 กย 2566

จำนวนเงิน 76,825.00 บาท (เจ็ดหมื่นหกพันแปดร้อยยี่สิบห้าบาทถ้วน)

จ่ายให้

ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้พิการเทศบาลตำบลเกาะนางคำ

เงินสด (ไม่เกิน 5,000 บาท)

ทางธนาคาร ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร สาขา

ปากพะยูน บัญชีเลขที่ 445-2-43537-7

ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร

ลงชื่อ

(

นายประนุท อัสโร

นายกเทศมนตรีตำบลเกาะนางคำ

ผู้มีอำนาจลงนาม

)

ลงชื่อ

(

นางสาวพาวินี เหมียนเอียด

หัวหน้าสำนักปลัดเทศบาล

ผู้มีอำนาจลงนาม

)

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน 76,825.00 บาท

ลงชื่อ

(

นางขุนแก้วมะณี

ผู้รับเงิน (1)

)

ตำแหน่ง

ลงชื่อ

(

ผู้รับเงิน (2)

)

ตำแหน่ง

วันที่

ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน 76,825.00 บาท

ลงชื่อ

(

นางมาลี สื่อนะ เส้นยี่หิม

นักวิชาการเงินและบัญชี

ผู้จ่ายเงิน

)

วันที่

หมายเหตุ (1) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับเงิน /ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ

หมายเหตุ :

## ใบสำคัญรับเงิน

วันที่.....เดือน ..... พ.ศ. 2566

ข้าพเจ้า.....นายยูณ แก้วมะณี..... บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....  
ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....  
ได้รับเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลเกาะนางคำ อำเภอปากพะยูน จังหวัดพัทลุง ดังต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
- เงินอุดหนุนโครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลที่กั้นปีสภาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ปี 2566	76,825	-
บาท	76,825	-

จำนวน (.....-เจ็ดหมื่นหกพันแปดร้อยยี่สิบห้าบาทถ้วน-.....)

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน  
(นายยูณ แก้วมะณี)

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน  
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน  
(นางมาลีอนะ เส้นยี่หิม)  
นักวิชาการเงินและบัญชี

(ลงชื่อ).....พยาน  
(นางสาวพาวินี เหมียนเอียด)  
กรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการกองทุนฯ

บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card  
เลขประจำตัวประชาชน Identification Number 3 9306 00249 96 1

ชื่อตัวและชื่อสกุล นาย ยุน แก้วละณี  
Name Mr. Yun  
Last name Keawmani  
เกิดวันที่ 29 ธ.ค. 2506  
Date of Birth 29 Dec. 1963  
ศาสนา พุทธ

ที่อยู่ 126 หมู่ที่ 9 ต.เกาะนางคำ  
อ.ปาวพะยูน จ.พัทลุง  
30 ธ.ค. 2557  
วันออกบัตร  
30 Dec. 2014 (นายพันตรี บ.พ.ราช)  
Date of Issue เจ้าพนักงานออกบัตร

78 ซม. 2566  
วันหมดอายุ  
20 Dec. 2023  
Date of Expiry 9306-02-2300841



ดำเนินการต่อ

นางสาว 117 Sarant

บันทึกข้อตกลง

การขอรับเงินอุดหนุน

กองทุนสุขภาพตำบล เทศบาลตำบลเกาะนางคำ

เลขที่ข้อตกลง 24/2566

ที่ทำการ กองทุนสุขภาพตำบล เทศบาลตำบลเกาะนางคำ

42 ม.6 ต.เกาะนางคำ อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง 93120

วันที่ 29 กันยายน 2566

บันทึกนี้ ทำขึ้นเพื่อเป็นข้อตกลงในการดำเนินงานโครงการ/กิจกรรมที่ได้รับเงินอุดหนุนจาก กองทุนสุขภาพตำบล เทศบาลตำบลเกาะนางคำ ระหว่าง ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้พิการเทศบาลตำบลเกาะนางคำ โดย นายยูน แก้วมะณี ในฐานะเป็นผู้รับผิดชอบโครงการ สนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะปัญญาทึบหรือออทิสติก ปี 2566 เพื่อเป็นข้อตกลงในการดำเนินงานโครงการ/กิจกรรมที่ได้รับเงินอุดหนุนจาก กองทุนสุขภาพตำบล เทศบาลตำบลเกาะนางคำ ซึ่งต่อไปในบันทึกนี้เรียกว่า “ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรม” ฝ่ายหนึ่ง กับ กองทุนสุขภาพตำบล เทศบาลตำบลเกาะนางคำ โดย นายประนุท อีสโร ในฐานะประธานคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล เทศบาลตำบลเกาะนางคำ ซึ่งต่อไปในบันทึกนี้เรียกว่า “ผู้สนับสนุนโครงการหรือกิจกรรม” อีกฝ่ายหนึ่ง

ทั้งสองฝ่าย ได้ตกลงทำบันทึกข้อตกลงกัน ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

ข้อ 1 ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรม ตกลงจะดำเนินการโครงการ/กิจกรรมในบันทึกนี้ ซึ่งต่อไปเรียกว่าโครงการ/กิจกรรมตามที่กองทุนสุขภาพตำบล เทศบาลตำบลเกาะนางคำ ได้ให้เงินอุดหนุนจำนวนทั้งสิ้น 76,825.00 บาท (เจ็ดหมื่นหกพันแปดร้อยยี่สิบห้าบาทถ้วน) ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ เป้าหมาย และแผนการดำเนินงานของโครงการ/กิจกรรมตามเอกสารแนบท้ายบันทึกนี้ ตลอดจนหลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีการ และตามระเบียบของกองทุนสุขภาพตำบล เทศบาลตำบลเกาะนางคำ และหนังสือสั่งการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุกประการ

ข้อ 2 การจ่ายเงิน ผู้สนับสนุนโครงการหรือกิจกรรม จะจ่ายเงินให้กับผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรมตามที่คณะกรรมการกำหนด โดยมีการจ่ายให้กับผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรม ดังนี้

ก. จ่ายงวดเดียวทั้งโครงการ/กิจกรรม เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น 76,825.00 บาท (เจ็ดหมื่นหกพันแปดร้อยยี่สิบห้าบาทถ้วน)

ข. จ่ายเป็นงวด ดังนี้

งวดที่ 1 จ่ายให้ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรมร้อยละ.....เป็นเงิน.....บาท  
(.....)

งวดที่ 2 จ่ายให้ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรมร้อยละ.....เป็นเงิน.....บาท  
(.....)

งวดสุดท้าย จ่ายให้ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรมร้อยละ.....เป็นเงิน.....บาท  
(.....)

กรณีผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรมเป็นหน่วยงานราชการ หน่วยงานนั้นต้องออกใบเสร็จรับเงิน ของหน่วยงานให้กับกองทุนเพื่อเป็นหลักฐานในการรับเงิน กรณีผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรมเป็นหน่วยงาน กลุ่มองค์กรภาคเอกชน หรือภาคประชาชน ให้ผู้แทนหน่วยงาน กลุ่ม องค์กรภาคเอกชน หรือภาคประชาชนนั้น ลงนามในใบสำคัญรับเงินที่กองทุนจัดทำขึ้นจำนวน ๒ คน และให้แนบสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับเงินแนบใบสำคัญรับเงิน



ข้อ 3 ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรมต้องนำเงินที่ได้รับไปดำเนินการตามกิจกรรมต่างๆ ในโครงการหรือกิจกรรมที่คณะกรรมการอนุมัติไป หากผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรมไม่ดำเนินการตามโครงการหรือกิจกรรมที่อนุมัติไป เว้นแต่การไม่ดำเนินการนั้นเกิดจากเหตุสุดวิสัย พันวิสัยหรือเกิดภัยพิบัติ ซึ่งได้เกิดจากการกระทำ ของผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรม ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรมยินยอมรับผิดชอบชำระเงินที่ได้รับหรือเบิกจ่าย ไปแล้ว รวมทั้งค่าเสียหายหรือค่าใช้จ่ายอื่นใดอันเกิดจากการดำเนินการหรือไม่ดำเนินการดังกล่าว ให้แก่ผู้สนับสนุนโครงการหรือกิจกรรมมีต้องบอกกล่าวหรือทวงถามเป็นหนังสือแต่อย่างใด

หากผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรม ไม่ชำระเงินที่ได้รับหรือเบิกจ่ายไปแล้ว รวมทั้งค่าเสียหายหรือค่าใช้จ่ายอื่นใดให้แก่ผู้สนับสนุนโครงการหรือกิจกรรม ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรมยินยอมเสียดอกเบี้ยตามอัตราที่กฎหมายกำหนดนับแต่วันที่ได้รับเงินไปจากผู้สนับสนุนโครงการหรือกิจกรรมรวมทั้งยินยอมให้ผู้สนับสนุนโครงการหรือกิจกรรมดำเนินคดีได้ตามกฎหมาย โดยมีเงื่อนไขดังนี้

1. การดำเนินงานต้องเป็นไปตามกิจกรรมในโครงการหรือกิจกรรมที่อนุมัติ
2. การใช้จ่ายเงินงบประมาณในการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมจะต้องมีหลักฐานการเบิกจ่าย และให้ผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้เก็บหลักฐานไว้เพื่อการตรวจสอบ
3. ในกรณีที่มีการจัดซื้อ จัดจ้าง หรือจัดหาวัสดุครุภัณฑ์ให้ใช้ราคาตามบัญชีมาตรฐานครุภัณฑ์ของทางราชการโดยอนุโลม
4. หากมีเงินเหลือจ่ายจากการดำเนินงาน ให้คืนเงินที่เหลือให้กองทุน เพื่อดำเนินการส่งเสริมและสนับสนุนแก่โครงการหรือกิจกรรมอื่นๆ ต่อไป
5. ให้ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรม รายงานผลการดำเนินการให้กองทุนตามรูปแบบและระยะเวลาที่กำหนด รวมทั้งเอกสารอื่นๆ ที่คณะกรรมการกำหนด

กองทุนขอสงวนสิทธิ์ที่จะดำเนินการและแก้ไขเปลี่ยนแปลงตามแนวทางปฏิบัติของกองทุน ถ้าผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรมได้รับแจ้งเปลี่ยนแปลงแก้ไขให้ปฏิบัติตามที่กองทุนกำหนด

บันทึกนี้ ทำขึ้นเป็นสองฉบับมีข้อความถูกต้องตรงกัน โดยมอบให้ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรมหนึ่งฉบับ ผู้สนับสนุนโครงการหรือกิจกรรมหนึ่งฉบับ

ทั้งสองฝ่าย ได้อ่านและมีความเข้าใจในเนื้อความตามบันทึกนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ เป็นหลักฐานต่อหน้าพยาน



( นายยูน แก้วมะณี )

ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้พิการเทศบาลตำบลเกาะนางคำ  
ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรม



( นายประนุท อัสโร )

ประธานกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล เทศบาลตำบลเกาะนางคำ  
ผู้สนับสนุนโครงการหรือกิจกรรม

(ลงชื่อ)..........พยาน

( นางสาวถนอมศรี ศรีชมภู )

กรรมการ

(ลงชื่อ)..........พยาน

( นางสาวสุชาสินี หล้าสุข )

กรรมการ

41-009

รหัสสาขา ..... 0396 .....  
Branch Code

บัญชีเลขที่ ..... 020147140632 .....  
Account No.

ชื่อสาขา ..... สาขาปากพะยูน .....  
Branch Name

รหัสโครงการ .....  
Project Code

ชื่อบัญชี

Account Name

ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และผู้พิการ เทศบาลตำ

ตำบลเกาะหงส์

2001 - บัญชีเงินฝากออมทรัพย์ (ใช้สมุดฝาก)



118579158  
ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร  
BANK FOR AGRICULTURE AND AGRICULTURAL CO-OPERATIVES  
ธนาคารของรัฐ



เลขที่ 000118579158

ผู้มีอำนาจลงนาม  
Authorized Signature

14-05/55

บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card  
เลขประจำตัวประชาชน 3 9306 00249 96 1  
Identification Number

ชื่อตัวและชื่อสกุล นาย ยุน แก้วระวี  
Name Mr. Yun  
Last name Keawmani  
เกิดวันที่ 29 ธ.ค. 2506  
Date of Birth 29 Dec. 1963  
ศาสนา พุทธ

ที่อยู่ 126 หมู่ที่ 9 ต.เกาะนางคำ  
อ.ป่าพะยอม จ.พัทลุง  
30 ธ.ค. 2557  
วันออกบัตร  
30 Dec. 2014  
Date of Issue

(นาย ยุน แก้วระวี)  
เจ้าพนักงานออกบัตร

28 ธ.ค. 2566  
วันหมดอายุ  
28 Dec. 2023  
Date of Expiry

9303-02-12300841



*(Handwritten signature)*  
(นาย ยุน แก้วระวี)  
✓



หนังสือรับ

ที่ ๐๑/๒๕๖๖

กายสิทธิ์

กายทรง

ออกร่างโยธา

๑๖

เทศบาลตำบลเกาะนางคำ

เลขที่ ๔๔

ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ... ๒๒ กิ่งกษณ ๒๕๖๖

และผู้พิการเทศบาลตำบลเกาะนางคำ ๒๓ กิ่ง ๒

๕๔ หมู่ที่ ๖ ตำบลเกาะนางคำ

อำเภอปากพะยูน จังหวัดพัทลุง ๙๓๑๒๐

๒๑ กันยายน ๒๕๖๖

เรื่อง ขอรับการสนับสนุนงบประมาณ

เรียน ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลเกาะนางคำ

สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงฯ จำนวน ๑ ชุด

ด้วยศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้พิการเทศบาลตำบลเกาะนางคำ มีความประสงค์จะดำเนินงาน โครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะปัญญาทึบ ปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ปี 2566 เพื่อให้บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่/แผ่นรองขับถ่าย ขั้วถ่าย ตามสิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้พิการเทศบาลตำบลเกาะนางคำ จึงขอเสนอโครงการมาเพื่อคณะกรรมการกองทุนฯ ได้พิจารณาให้ความเห็นชอบและอนุมัติต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลเกาะนางคำ

- คุณหญิงฉวีมา และฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และผู้พิการ (๓๓๓๑๑๓๖/๑๓๓๓๓๓๓๓) ขอรับ การดัดแปลง/ปรับปรุง/ระดมทุน.

- เรื่อง งบประมาณ

วันที่ 1๗ ก.ย. ๖๖

ขอแสดงความนับถือ



(นายยูน แก้วมะณี)

ประธานศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และผู้พิการเทศบาลตำบลเกาะนางคำ



(นางสาวพวีณี เหมียนเอียด)

หัวหน้าสำนักปลัดเทศบาล รักษาการฯ และ ปลัดเทศบาลตำบลเกาะนางคำ



(นายประยุทธ์ อัสโร)

นายกเทศมนตรีตำบลเกาะนางคำ

แบบเสนอโครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 สงขลา

รหัสโครงการ	63 – L3333-
ชื่อโครงการ/กิจกรรม	สนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะปัญหา กลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ปี 2566
ชื่อกองทุน	กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลเกาะนางคำ
	<input type="checkbox"/> สนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขของ หน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข [ข้อ 10(1)] <input type="checkbox"/> สนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคของกลุ่มหรือองค์กร ประชาชน/หน่วยงานอื่น [ข้อ 10(2)] <input type="checkbox"/> สนับสนุนการจัดกิจกรรมของ ศูนย์เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ [ข้อ 10(3)] <input type="checkbox"/> สนับสนุนการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 10(4)] <input type="checkbox"/> สนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติ [ข้อ 10(5)] <input checked="" type="checkbox"/> สนับสนุนการใช้เงินตามมติบอร์ด
หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคนที่รับผิดชอบโครงการ	<input type="checkbox"/> หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต. <input type="checkbox"/> หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของ อปท. เช่น กองสาธารณสุขของเทศบาล <input type="checkbox"/> หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของรัฐ เช่น สสอ. <input checked="" type="checkbox"/> หน่วยงานอื่นๆ ที่ไม่ใช่หน่วยงานสาธารณสุข เช่น โรงเรียน กองการศึกษา <input type="checkbox"/> กลุ่มหรือองค์กรประชาชนตั้งแต่ 5 คน
ชื่อองค์กร	ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้พิการเทศบาลตำบลเกาะนางคำ
วันอนุมัติ	
ระยะเวลาดำเนินโครงการ	ตั้งแต่ วันที่...1... เดือน กันยายน พ.ศ. 2566 ถึง วันที่...30...เดือน ธันวาคม พ.ศ..2566
งบประมาณ	จำนวน 76,825 บาท
หลักการและเหตุผล	<p>บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ จัดได้ว่าเป็นกลุ่มเป้าหมายที่ควรให้การสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่/แผ่นรองขับการขับถ่าย เพื่อให้การดำรงชีวิตประจำวันดีขึ้น คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงมีมติให้ผ้าอ้อมผู้ใหญ่/แผ่นรองขับการขับถ่าย เป็นสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้บุคคลดังกล่าวได้รับการดูแลและเข้าถึงการบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากขึ้น งบประมาณที่มีอยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ จึงมีความสำคัญยิ่งในการสนับสนุนและส่งเสริมผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองขับการขับถ่าย เพื่อให้บุคคลดังกล่าว สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นได้</p> <p>ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและผู้พิการเทศบาลตำบลเกาะนางคำ จึงจัดทำโครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่/แผ่นรองขับการขับถ่ายสำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีปัญหาการกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ เพื่อเสนอขอรับสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลเกาะนางคำ</p>

### วิธีดำเนินการ

1. ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและผู้พิการเทศบาลตำบลเกาะนางคำ จัดทำโครงการเสนอขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนฯ โดยมีรายละเอียดการดำเนินงานดังนี้
  - 1) สำรวจ/ค้นหา/คัดกรองกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ โดยผู้ที่จัดการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) หรือบุคลากรสาธารณสุข สำรวจตามรอบประเมินผลการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคลของชุดสิทธิประโยชน์การบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) เพื่อจำแนกบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งมีค่าคะแนนระดับความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันตามดัชนีบาร์ธเอลเอดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า 6 คะแนน ( $ADL \leq 6$ ) คะแนน รายที่จำเป็นต้องสนับสนุนค่าใช้จ่ายสำหรับผ้าอ้อมผู้ใหญ่/แผ่นรองขับการขับถ่าย เพิ่มเติม
  - 2) กรณีพบบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงฯ  $ADL \leq 6$  แต่ไม่มีแผนการดูแลรายบุคคลฯ ตามชุดสิทธิประโยชน์ฯ LTC ให้ผู้จัดการดูแลระยะยาวฯ หรือบุคลากรสาธารณสุข จัดทำแผนการดูแลรายบุคคลฯตามชุดสิทธิประโยชน์ LTC ให้เรียบร้อยก่อน จึงจะสามารถสนับสนุนค่าใช้จ่ายสำหรับผ้าอ้อมผู้ใหญ่/แผ่นรองขับการขับถ่ายเพิ่มเติมได้
  - 3) กรณีพบบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ให้พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเวชปฏิบัติ ผู้จัดการการดูแลระยะยาวฯ หรือบุคลากรสาธารณสุข เป็นผู้ประเมินหรือนำข้อบ่งชี้ทางแพทย์มาประกอบการสนับสนุนค่าใช้จ่ายสำหรับผ้าอ้อมผู้ใหญ่/แผ่นรองขับการขับถ่าย
  - 4) กรณีหน่วยงานที่ขอรับการสนับสนุนงบประมาณได้รับการประสาน/ติดต่อจากกลุ่มเป้าหมาย ญาติ ประชาชน สปสช. เขต หรือสายด่วน สปสช. 1330 ขอรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่/แผ่นรองขับการขับถ่าย ในพื้นที่หน่วยงานของท่านให้รับเรื่องและดำเนินการจำแนกกลุ่มเป้าหมายตามวิธีการข้างต้น เพื่อขอรับ - ติดต่อประสานงานหน่วยงาน/ผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อขอรับการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่/แผ่นรองขับการขับถ่าย
  - 5) หน่วยงานที่ขอรับสนับสนุนสรุปจำนวนกลุ่มเป้าหมาย/จำนวนชิ้น/จำนวนวัน ที่สนับสนุนให้กับกลุ่มเป้าหมายใช้ในการสนับสนุนทั้งหมด
2. หน่วยงานที่ขอรับสนับสนุนดำเนินการจัดหาและนำส่งผ้าอ้อมผู้ใหญ่ให้กับกลุ่มเป้าหมาย พร้อมจัดทำหลักฐานการรับผ้าอ้อมผู้ใหญ่ที่สนับสนุนให้กับกลุ่มเป้าหมาย
3. จัดทำรายงานสรุปผลการดำเนินงานตามโครงการ พร้อมจัดส่งรายงานผลการดำเนินงานให้คณะกรรมการกองทุนทราบเมื่อเสร็จสิ้นโครงการ

### ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง และมีค่าคะแนนระดับความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันตามดัชนีบาร์ธเอลเอดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า 6 คะแนน ตามแผนการดูแลรายบุคคลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Plan) ได้รับการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองขับการขับถ่าย เพิ่มเติม ตามสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. บุคคลที่มีปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ได้รับการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองขับการขับถ่าย และเข้าถึงการบริการสาธารณสุขตามสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กลุ่มเป้าหมาย	
บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง และมีค่าคะแนนระดับความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า 6 คะแนน ตามแผนการดูแลรายบุคคลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Plan) จำนวน 23 คน ได้รับผ้าอ้อมผู้ใหญ่/แผ่นรองขับถ่าย เพิ่มเติมตามสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	
วัตถุประสงค์	เป้าหมาย(เชิงปริมาณ /เชิงคุณภาพ)
ข้อที่ 1 เพื่อให้บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง และมีค่าคะแนนระดับความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า 6 คะแนน ตามแผนการดูแลรายบุคคลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Plan) ได้รับการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่/แผ่นรองขับถ่าย เพิ่มเติม ตามสิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	ข้อที่ 1 ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่และแผ่นรองขับถ่าย ร้อยละ 90
ข้อที่ 2 เพื่อให้บุคคลที่มีภาวะการกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ได้รับการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่/แผ่นรองขับถ่าย และเข้าถึงบริการสาธารณสุขตามสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	ข้อที่ 2 ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการประเมินและเข้าถึงบริการสาธารณสุขตามสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร้อยละ 90

ตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการ
ข้อที่ 1 ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่และแผ่นรองขับถ่าย ร้อยละ 90
ข้อที่ 2 ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการประเมินและเข้าถึง บริการสาธารณสุขตามสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร้อยละ 90



กิจกรรมหลักและกิจกรรมย่อย

ชนิดกิจกรรม	งบประมาณ	ช่วงเวลา
1. CM สำรวจ/ค้นหา/คัดกรองกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ เพื่อจำแนกบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งมีค่าคะแนนระดับความสามารถในกรดำเนินกิจวัตรประจำวัน คะแนน ADL≤6 คะแนน พร้อมจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลฯ ตามชุดสิทธิประโยชน์ LTC รายที่จำเป็นต้องสนับสนุนค่าใช้จ่ายสำหรับผ้าอ้อมผู้ใหญ่/แผ่นรองขับถ่ายเพิ่มเติม	-ไม่ใช้งบประมาณ-	
2. จัดซื้อผ้าอ้อมผู้ใหญ่/แผ่นรองขับถ่าย	1. ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ ไส้ S จำนวน 2 คน 480 ชิ้นๆละ 16.90 บาท เป็นเงิน 8,112 บาท 2. ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ ไส้ M จำนวน 9 คน 1,692 ชิ้นๆละ 13.24 บาท เป็นเงิน 22,403 บาท 3. ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ ไส้ L จำนวน 8 คน 1,920 ชิ้นๆละ 15 บาท เป็นเงิน 28,800 บาท 4. แผ่นรองขับถ่าย จำนวน 2 คน 2,060 ชิ้นๆละ 8.5 บาท เป็นเงิน 17,510 บาท	
3. นำส่งผ้าอ้อมผู้ใหญ่ให้กับกลุ่มเป้าหมาย พร้อมจัดทำหลักฐานการรับผ้าอ้อมผู้ใหญ่ที่สนับสนุนให้กับกลุ่มเป้าหมาย	-ไม่ใช้งบประมาณ-	
4. จัดทำรายงานสรุปผลการดำเนินงานตามโครงการ พร้อมจัดส่งรายงานผลการดำเนินงานให้คณะกรรมการกองทุนทราบเมื่อเสร็จสิ้นโครงการ	-ไม่ใช้งบประมาณ-	
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น (-เจ็ดหมื่นหกพันแปดร้อยยี่สิบห้าบาทถ้วน-)	76,825 บาท	
ทุกรายการสามารถจ่ายได้		

## 7. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

7.1 หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคนที่รับผิดชอบโครงการ (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. 2561 ข้อ 10)

ชื่อหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน.....

- 7.1.1 หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต.
- 7.1.2 หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของ อปท. เช่น กองสาธารณสุขของเทศบาล
- 7.1.3 หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของรัฐ เช่น สสอ.
- 7.1.4 หน่วยงานอื่นๆ ที่ไม่ใช่หน่วยงานสาธารณสุข เช่น โรงเรียน
- 7.1.5 กลุ่มหรือองค์กรประชาชน

7.2 ประเภทการสนับสนุน(ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. 2561 ข้อ 7)

- 7.2.1 สนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขของ หน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข [ข้อ 10(1)]
- 7.2.2 สนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคของกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น

[ข้อ 10(2)]

- 7.2.3 สนับสนุนการจัดกิจกรรมของ ศูนย์เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ [ข้อ 10(3)]
- 7.2.4 สนับสนุนการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 10(4)]
- 7.2.5 สนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติ [ข้อ 10(5)]

7.3 กลุ่มเป้าหมายหลัก (ตามแนบท้ายประกาศคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคฯ พ.ศ. 2561)

- 7.3.1 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด จำนวน.....
- 7.3.2 กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน จำนวน.....
- 7.3.3 กลุ่มเด็กวัยรุ่นและเยาวชน จำนวน.....
- 7.3.4 กลุ่มวัยทำงาน จำนวน 187 คน
- 7.3.5.1 กลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน.....
- 7.3.5.2 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน.....
- 7.3.6 กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ จำนวน.....
- 7.3.7 กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง จำนวน.....
- 7.3.8 สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 10(4)]

#### 7.4 กิจกรรมหลักตามกลุ่มเป้าหมายหลัก

##### 7.4.1 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด

- 7.4.1.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
- 7.4.1.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- 7.4.1.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพก่อนคลอดและหลังคลอด
- 7.4.1.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- 7.4.1.5 การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
- 7.4.1.6 การคัดกรองและดูแลรักษาแม่เรื้อรังปากมดลูกและมะเร็งเต้านม
- 7.4.1.7 การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก
- 7.4.1.8 อื่นๆ (ระบุ) .....

##### 7.4.2 กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน

- 7.4.2.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
- 7.4.2.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- 7.4.2.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
- 7.4.2.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- 7.4.2.5 การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์
- 7.4.2.6 การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย
- 7.4.2.7 การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก
- 7.4.2.8 อื่นๆ (ระบุ) .....

##### 7.4.3 กลุ่มเด็กวัยรุ่นและเยาวชน

- 7.4.3.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
- 7.4.3.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- 7.4.3.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
- 7.4.3.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- 7.4.3.5 การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์
- 7.4.3.6 การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย
- 7.4.3.7 การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม
- 7.4.3.8 การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- 7.4.3.9 อื่นๆ (ระบุ) .....

7.4.4 กลุ่มวัยทำงาน

- 7.4.4.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
- 7.4.4.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- 7.4.4.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
- 7.4.4.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- 7.4.4.5 การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานและการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในการทำงาน
- 7.4.4.6 การส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตแก่กลุ่มวัยทำงาน
- 7.4.4.7 การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม
- 7.4.4.8 การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- 7.4.4.9 อื่นๆ การจัดทำหน้าอนามัยไว้ใช้เองในครัวเรือน

7.4.5.1 กลุ่มผู้สูงอายุ

- 7.4.5.1.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
- 7.4.5.1.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- 7.4.5.1.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
- 7.4.5.1.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- 7.4.5.1.5 การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ
- 7.4.5.1.6 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า
- 7.4.5.1.7 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม
- 7.4.5.1.8 อื่นๆ (ระบุ) .....

7.4.5.2 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

- 7.4.5.2.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
- 7.4.5.2.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- 7.4.5.2.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
- 7.4.5.2.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- 7.4.5.2.5 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
- 7.4.5.2.6 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ
- 7.4.5.2.7 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- 7.4.5.2.8 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง
- 7.4.5.2.9 อื่นๆ (ระบุ) .....



7.4.6 กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ

7.4.6.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

7.4.6.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

7.4.6.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

7.4.6.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

7.4.6.5 การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ

7.4.6.6 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า

7.4.6.7 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม

7.4.6.8 อื่นๆ (ระบุ) .....

7.4.7 กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง

7.4.7.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

7.4.7.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

7.4.7.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

7.4.7.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

7.4.7.5 การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

7.4.7.6 อื่นๆ (ระบุ) .....

7.4.8 สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 10(4)]

7.4.8.1 อื่นๆ (ระบุ) .....

ลงชื่อ.....ผู้เสนอโครงการ

(นายยูน แก้วมะณี)

ตำแหน่ง ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้พิการ

เทศบาลตำบลเกาะนางคำ

วันที่ กันยายน พ.ศ. 2566

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

ตามมติ การประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลเกาะนางคำ ครั้งที่ ๕/๒๕๖๖ เมื่อวันที่ ๒๘ กันยายน ๒๕๖๖ ผลการพิจารณา โครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะปัญญาทึบกลับปีสภาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ปี 2566 ดังนี้

อนุมัติงบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม จำนวน ๗๖,๑๒๔ บาท

เพราะ .....

ไม่อนุมัติงบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

เพราะ .....

หมายเหตุเพิ่มเติม (ถ้ามี) .....

ให้รายงานผลความสำเร็จของแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมตามแบบฟอร์ม (ส่วนที่ ๓) ภายในวันที่ ๒๙ ธันวาคม ๒๕๖๖

ลงชื่อ.....

(นายประนุท อีสโร)

ตำแหน่ง ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลเกาะนางคำ  
วันที่ ๒๘ กันยายน ๒๕๖๖



แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 บริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเขยค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายสุสมาน ฝาหลิ๊ะ <i>SSS ดนพ</i> เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3930600060299	ที่อยู่ 133 หมู่ที่ 8 ต.เกาะนางคำ อ. ปากพะยูน จ. พัทลุง หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0894682213	วันที่จัดทำ 10 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 02 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2522 (อายุ 44 ปี)	วินิจฉัย : ADL=6, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้พิการเกิดจากอุบัติเหตุผ่าตัดสมอง ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ แขนขาอ่อนแรง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 2,992 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1.ถุงพลาสติกใส ขนาด 6x12 (นน. 0.5 กก./แพ็คๆ ละ 37 บาท)x12 แพ็ค เป็นเงิน 444 บาท 2.สบู่เหลวอาบน้ำโคโคโมะ หัวปั้ม 800 ml(แพ็คละ 119 บาทx6 แพ็ค)เป็นเงิน 714 บาท 3.มุ้งย่น โปรแทค 280 กรัม(แพ็คคู่ๆละ 89 บาท x 6 แพ็ค เป็นเงิน 534 บาท 4.คำตอบแทน CG ชม.ละ 50 บาท x 2 ชม.ต่อเดือนx12 เดือน เป็นเงิน 1,200 บาท 5.ค่าจัดทำ CP เป็นเงิน 100 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สมอง (Brain) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 1 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน  ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ มีรายได้ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หรือผิอะ ขวดหริ่ม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....*Tham O* กทอ  
 (นางสาวทรงดื้อ ขวหริ่ม) ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
 [.....*พญาชาสวิชาชีพปฏิบัติกร*.....]

ลงชื่อ.....อปท.  
 [.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าทีการเงิน  
 [.....]



แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

<p>ชื่อ นายยะกูป โต๊ะตะ ๐๐ ๗๕๐ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3930600249138</p>	<p>ที่อยู่ 54/1 หมู่ที่ 5 ต.เกาะนางคำ อ. ปากพะยูน จ. พัทลุง 93120 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0862881274</p>	<p>วันที่จัดทำ 06 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2566</p>
<p>เกิดวันที่ 18 เดือน เมษายน พ.ศ. 2483 (อายุ 83 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : ADL=0, TAI=I3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ นอนติดเตียง หลงลืม</p>	
<p>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>การดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 7,867 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1.ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แแถบกา เบอร์ M (34 ชิ้นต่อห่อละ 450 บาท)x6 ห่อ เป็น เงิน 2,700 บาท 2.แป้งเย็น โปรแทค 280 กรัม(แพ็คคู่ละ 89 บาท)x3 แพ็ค เป็นเงิน 267 บาท 3.ผ้าตอแบน CG ซม.ละ 50 บาท x 8 ซม.ต่อ เตียงx12 เดือน เป็นเงิน 4,800 บาท 4.ค่าจัดทำ C...เงิน 100 บาท</p>	<p>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ช่องปากไม่สะอาด - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย</p>	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</p>
<p>การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้</p>		
<p>มีความต้องการ/ควรได้รับ</p>		
<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p>	<p>เป้าหมายการดูแล</p>	
<p>- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตกร - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</p>	<p>ระยะสั้น - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 3 เดือน - รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสถานะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 1 เดือน  ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ</p>	
<p>ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หรือมีอะ ขวดหริ่ม</p>	<p>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</p>	

ลงชื่อ.....  
(นางสาวพรอ้อย ชวดหริ่ม) ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
[.....พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ.....]

ลงชื่อ.....อปท.  
[.....]

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดค่าบริการเหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางฉะหระ สาโสะ <i>ฉะหระ</i> เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3930600250152	ที่อยู่ 68 หมู่ที่ 5 ต.เกาะนางคำ อ. ปากพะยูน จ. พัทลุง 93120 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0917744936	วันที่จัดทำ 06 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 30 เดือน กันยายน พ.ศ. 2482 (อายุ 84 ปี)	วินิจฉัย : ADL=3, TAI=I3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 7,838 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1.ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แลกขาว เบอร์ L (30 ชิ้นต่อห่อๆละ 450 บาท)x6 ห่อ เป็น เงิน 2,700 บาท 2.สบู่เหลวอาบน้ำโคโคโมะ หัวบีบ 800 ml(แพ็คเกจ 119 บาทx2 แพ็ค)เป็นเงิน 238 บาท 3.ค่าตอบแทน CG ชม.ละ 50 บาท x 8 ชม.ต่อ เดือน x12 เดือน เป็นเงิน 4,800 บาท 4.ค่าจัดทำ C. วนเงิน 100 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ช่องปากไม่สะอาด - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สำลัอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	<b>ระยะสั้น</b> - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 3 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 วัน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน  <b>ระยะยาว</b> - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ท่ออยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หรือผิอะ ขวดหริม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ..... *Thano omp* .....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
(นางสาวหรือผิอะ ขวดหริม)  
[.....  
[.....  
[.....]

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

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ น.ส.ดิระ โหมตอัด UC ๗๕0. เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3901100848246	ที่อยู่ 38 หมู่ที่ 5 ต.เกาะนางคำ อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง 93120 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0969408170	วันที่จัดทำ 09 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 03 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2492 (อายุ 74 ปี)	วินิจฉัย : ADL=3, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยนอนบนเตียง ญาติช่วยดูแล ทำกิจกรรมได้บางส่วน	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 7,867 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1.ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แลกขาว เบอร์ L (30 ชิ้นต่อห่อละ 450 บาท)x6 ห่อ เป็น เงิน 2,700 บาท 2.แป้งเย็น โปรแทค 280 กรัม(แพ็คคู่ละ 89 บาท)x3 แพ็ค เป็นเงิน 267 บาท 3.ผ้าตอแบน CG ชม.ละ 50 บาท x 8 ชม.ต่อ เดือน x12 เดือน เป็นเงิน 4,800 บาท 4.ค่าจัดทำ C. . . . .เงิน 100 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ช่องปากไม่สะอาด - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	การดูแลพยาบาลทั่วไป - โภชนาการ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ  การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral)  การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม  การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 3 เดือน - รับประทานยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 วัน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 3 เดือน - ฟันฟุสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน  ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หรือพี่อะ ขวดหริ่ม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....  
(นางสาวหรือพี่อะ ขวดหริ่ม).....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
[.....พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการ.....]

ลงชื่อ.....อปท.  
[.....]

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางนงดา แผละกูป พ.ช. เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3930600242265	ที่อยู่ 5 หมู่ที่ 8 ต.เกาะนางคำ อ. ปากพะยูน จ. พัทลุง หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0909317790	วันที่จัดทำ 06 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 28 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2503 (อายุ 63 ปี)	วินิจฉัย : ADL=1, TAI=I3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยนอนบนเตียงคนไข้ ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องมีผู้ช่วยเหลือตลอดเวลา	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 7,867 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1.ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แถบขาว เบอร์ L (30 ชิ้นต่อห่อๆละ 450 บาท)x6 ห่อ เป็น เงิน 2,700 บาท 2.แป้งเย็น โพรแทค 280 กรัม(แพ็คคู่ๆละ 89 บาท)x3 แพ็ค เป็นเงิน 267 บาท 3.ผ้าตอแบน CG ชม.ละ 50 บาท x 8 ชม.ต่อ เตียง x12 เดือน เป็นเงิน 4,800 บาท 4.ค่าจัดทำ CP เป็นเงิน 100 บาท	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กลืนปัสสาวะไม่ได้</li> <li>- กลืนลำบาก</li> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา</li> <li>- สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้</li> <li>- ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้</li> <li>- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้</li> <li>- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</li> <li>- ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต</li> </ul>	<p><b>การดูแลพยาบาลทั่วไป</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การช่วยในระบอบขับถ่าย(ปัสสาวะ)</li> <li>- การช่วยในระบอบขับถ่าย(อุจจาระ)</li> <li>- การอาบน้ำ</li> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป</li> <li>- โภชนาการ</li> </ul> <p><b>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ช่องปาก (oral)</li> </ul> <p><b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> <li>- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว</li> <li>- การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม</li> </ul> <p><b>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้	มีความต้องการ/ควรได้รับ	
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การกินอาหาร/สลักอาหาร</li> <li>- การพลัดตกหกล้ม</li> <li>- ข้อติด/ข้อเท้าตก</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> </ul>	<p><b>ระยะสั้น</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 3 เดือน</li> <li>- ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน</li> <li>- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน</li> <li>- ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 3 เดือน</li> <li>- ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน</li> <li>- สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 3 เดือน</li> <li>- พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน</li> <li>- ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 3 เดือน</li> <li>- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน</li> </ul> <p><b>ระยะยาว</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้</li> <li>-ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น</li> <li>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ</li> <li>- ไม่เกิดแผลกดทับ</li> </ul>	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หรือมีอะ ขวดหริ่ม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....  
(นางสาวหรือมีอะ ขวดหริ่ม) ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....อปท.

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

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

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าธรรมเนียมค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางฉะ หมดหมัน เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3930600053845	ที่อยู่ 39 หมู่ที่ 4 ต.เกาะนางคำ อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง รหัสไปรษณีย์ 93120 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0869594089	วันที่จัดทำ 09 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2494 (อายุ 72 ปี)	วินิจฉัย : ADL=0, TAI=I3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผื่นคันตามตัว เป็น ๆ หาย ๆ ผิวแห้ง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 7,867 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1.ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แถบขาว เบอร์ M (34 ชิ้นต่อห่อละ 450 บาท)x6 ห่อ เป็น เงิน 2,700 บาท 2.แป้งเย็น โพรแทค 280 กรัม(แพ็คคู่ละ 89 บาท)x3 แพ็ค เป็นเงิน 267 บาท 3.ค่าตอบแทน CG ชม.ละ 50 บาท x 8 ชม.ต่อ เดือน เป็นเงิน 4,800 บาท 4.ค่าจัดทำ C.....เงิน 100 บาท	- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร	ระยะสั้น - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 1 เดือน - รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน  ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หรือผิอะ ขวดหริ่ม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....  
(นางสาวหรือผิอะ ขวดหริ่ม)  
[.....]  
พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการ

ลงชื่อ.....อปท.  
[.....]

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



แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ ด.ญ.กัญญารัตน์ หมัดหย่า UC คนพิการ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1930600148700	ที่อยู่ 64 หมู่ที่ 5 ต.เกาะนางคำ อ. ปากพะยูน จ. พัทลุง หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0986930336	วันที่จัดทำ 10 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 22 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2539 (อายุ 27 ปี)	วินิจฉัย : ADL=1, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยมีอาการใช้ ชัก ตอนอายุ 5 ปี ด้วยโรคไขก้างหลังแอ่น ทำให้พิการ ช่วยเหลือ ตัวเองไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 7,890 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1.ผ้าอ้อมเด็กเบอร์ XXL Baby Love(48ชิ้นต่อห่อละ 299 บาท)x10 ห่อ เป็นเงิน 2,990 บาท 2.ค่าตอบแทน CG ชม.ละ 50 บาท x 8 ชม.ต่อเดือนx12 เดือน เป็นเงิน 4,800 บาท 3.ค่าจัดทำ CP เป็นเงิน 100 บาท	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กลืนปัสสาวะไม่ได้</li> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- ช่องปากไม่สะอาด</li> <li>- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา</li> <li>- มีความเจ็บปวดบริเวณพื้นและเหงือก ปากแห้ง</li> <li>- สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้</li> <li>- ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้</li> <li>- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้</li> <li>- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</li> <li>- ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต</li> <li>- อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย</li> </ul>	<p><b>การดูแลพยาบาลทั่วไป</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การช่วยในระบอบขับถ่าย(ปัสสาวะ)</li> <li>- การช่วยในระบอบขับถ่าย(อุจจาระ)</li> <li>- การอาบน้ำ</li> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป</li> <li>- โภชนาการ</li> </ul> <p><b>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ช่องปาก (oral)</li> <li>- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด</li> </ul> <p><b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> <li>- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว</li> <li>- การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม</li> </ul> <p><b>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน</li> </ul> <p>ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</p>
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การกินอาหาร/สำลักอาหาร</li> <li>- การพลัดตกหกล้ม</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> <li>- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ</li> </ul>	<p><b>ระยะสั้น</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน</li> <li>- สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 3 เดือน</li> <li>- พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน</li> <li>- ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่ ภายใน 3 เดือน</li> <li>- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน</li> <li>- การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน</li> </ul> <p><b>ระยะยาว</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ที่อยู่อาศัยเหมาะสม</li> <li>- ไม่เกิดแผลกดทับ</li> </ul>	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หรือมีอะ ขวดหริ่ม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

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

ลงชื่อ.....อปท.  
[.....]

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



แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายหย่า หมุดเหล็ก เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3930600060795	ที่อยู่ 142 หมู่ที่ 8 ต.เกาะนางคำ อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง รหัสไปรษณีย์ 93120 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0983823230	วันที่จัดทำ 06 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2483 (อายุ 83 ปี) ✕	วินิจฉัย : ADL=0, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยติดเตียง ไส้สาย NG ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 7,867 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1.ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แแถบกาเบอร์ M (34 ชิ้นต่อห่อๆละ 450 บาท)x6 ห่อ เป็นเงิน 2,700 บาท 2.แป้งเย็น โพรแทค 280 กรัม(แพ็คคู่ๆละ 89 บาท)x3 แพ็ค เป็นเงิน 267 บาท 3.ค่าตอบแทน CG ชม.ละ 50 บาท x 8 ชม.ต่อเดือน x12 เดือน เป็นเงิน 4,800 บาท 4.ค่าจัดทำ Care plan เป็นเงิน 100 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบอบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบอบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน
มีความต้องการ/ควรได้รับ		ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนและการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ภายใน 1 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 3 เดือน - รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - แผลหาย ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน  ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ทิ้งขยะอย่างเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หรือผ.อ. ขวดหริ่ม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....  
 (นางสาวหรือผ.อ. ขวดหริ่ม)  
 [.....]  
 พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

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

ลงชื่อ.....  
 [.....]  
 อปท.

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางหย๊ะ หนานดำ UC หนิง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3930600247143	ที่อยู่ 114 หมู่ที่ 5 ต.เกาะนางคำ อ. ปากพะยูน จ. พัทลุง หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0650579588	วันที่จัดทำ 06 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 08 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2490 (อายุ 76 ปี)	วินิจฉัย : ADL=0, TAI=I2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ พูดได้ตอบไม่ได้ ทานอาหารทางสายใสสายสวนปัสสาวะ ไม่มีแผลกดทับ	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 9,850 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1.แผ่นรองขับ(10 ชั้น/ห่อ ๆ ละ 85 บาท)x18 ห่อ เป็นเงิน 1,530 บาท 2.สายดูดเสมหะเบอร์ 12 (50 เส้นต่อแพ็คเกจละ 285 บาท)x 12 แพ็ค เป็นเงิน 3,420 บาท 3.ค่าตอบแทน CG ชม. 50 บาท x 8 ชม.ต่อเดือนx12 เดือน เป็นเงิน 4,800 บาท 4.ค่าจัดทำ CP เป็นเงิน 100 บาท	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ช่องปากไม่สะอาด</li> <li>- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา</li> <li>- รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา</li> <li>- ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้</li> <li>- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้</li> <li>- ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต</li> <li>- อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย</li> </ul>	<b>การดูแลพยาบาลทั่วไป</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป</li> <li>- โภชนาการ</li> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)</li> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)</li> <li>- การอาบน้ำ</li> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> </ul> <b>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ช่องปาก (oral)</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว</li> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การกินอาหาร/สลักอาหาร</li> <li>- ข้อติด/ข้อเท้าตก</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> </ul>	<b>ระยะสั้น</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 3 เดือน</li> <li>- ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน</li> <li>- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน</li> <li>- ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนและการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ภายใน 3 เดือน</li> <li>- ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 3 เดือน</li> <li>- ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน</li> <li>- ประเมินและวัดการกลั้น ภายใน 1 เดือน</li> <li>- ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่ ภายใน 1 เดือน</li> </ul> <b>ระยะยาว</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ</li> <li>- ที่อยู่อาศัยเหมาะสม</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ</li> <li>- ไม่เกิดแผลกดทับ</li> </ul>	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หรือผีอะ ขวดหอม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....  
(นางสาวหรือผีอะ ขวดหอม)  
.....  
.....

ลงชื่อ.....  
.....  
.....

ลงชื่อ.....  
.....  
.....

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดจ่ายค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ ด.ญ.ชุตินา ปาร์เต็ม UC กทม. เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1939300024337	ที่อยู่ 210/2 ม.8 ต.เกาะนางคำ อ. ปากพะยูน จ. พัทลุง หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0932489983	วันที่จัดทำ 09 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 12 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2552 (อายุ 14 ปี)	วินิจฉัย : ADL=5, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง แต่ต้องมีผู้ดูแล	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 3,100 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1.ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แอบกา เบอร์ M (34 ชิ้นต่อห่อๆละ 450 บาท)x4 ห่อ เป็น เงิน 1,800 บาท 2.คำตอแบน CG ชม.ละ 50 บาท x 2 ชม.ต่อเดือนx12 เดือน เป็นเงิน 1,200 บาท 3.ค่าจัดทำ CP เป็นเงิน 100 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบขขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบขขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ  การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral)  การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว  การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ภาวะเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้	มีความต้องการ/ควรได้รับ	
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน  ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หรือมีอะ ขวดหริ่ม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

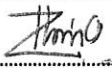
ลงชื่อ.....  
 (นางสาวหรือมีอะ ขวดหริ่ม)  
 [.....]  
 พยาบาลวิชาชีพดูแลผู้พิการ

ลงชื่อ.....อปท.  
 [.....]

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายตะหรี หนานดำ UC ผู้พึ่งพิง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3930600247623	ที่อยู่ 33/1 หมู่ที่ 5 ต.เกาะนางคำ อ. ปากพะยูน จ. พัทลุง หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0991420237	วันที่จัดทำ 06 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 25 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2481 (อายุ 85 ปี)	วินิจฉัย : ADL=0, TAI=I3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ชาวอ่อนแรง เดินไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 7,867 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1.ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แถบยาว เบอร์ L (30 ชิ้นต่อห่อๆละ 450 บาท)x6 ห่อ เป็น เงิน 2,700 บาท 2.แป้งเย็น โปรแทค 280 กรัม(แพ็คๆละ 89 บาท)x3 แพ็ค เป็นเงิน 267 บาท 3.ผ้าตอแบน CG ชม.ละ 50 บาท x 8 ชม.ต่อ เดือน เป็นเงิน 4,800 บาท 4.ค่าจัดทำ Cf . . . . .เงิน 100 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบขยับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบขยับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ  การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ท้อง (stomach)  การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม  การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ข้อติด/ข้อเท้าตกร	<b>ระยะสั้น</b> - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 1 เดือน - ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน  <b>ระยะยาว</b> - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หรือผิอะ ขวดหริม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ  ..... ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
(นางสาวหรือผิอะ ขวดหริม)  
(.....)  
ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน  
(.....)

ลงชื่อ.....อปท.  
(.....)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าเช่าเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายดำชาน หมัดระหีม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5930600020072	ที่อยู่ 51 หมู่ที่ 8 ต.เกาะนางคำ อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0654093563	วันที่จัดทำ 06 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2489 (อายุ 77 ปี)	วินิจฉัย : ADL=0, TAI=I3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : มีอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ แน่นท้อง อาหารไม่ย่อย เนื่องจากไม่ได้เคลื่อนไหว	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 7,878 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1.แผ่นรองขับ(10 ชั้น/ห่อ ๆ ละ 85 บาท)x18 ห่อ เป็นเงิน 1,530 บาท 2.ถุงพลาสติกใส ขนาด 6x12 (นน. 0.5 กก./แพ็คๆ ละ 37 บาท)x7 แพ็ค เป็นเงิน 259 บาท 3.สบู่เหลวอาบ น้ำโคโดโมะ หัวบีบ 800 ml(แพ็คละ 119 บาทx7 แพ็ค) เป็นเงิน 833 บาท 4.แป้งเย็น โพรแทค 280 กรัม(แพ็คๆละ 89 บาท)x4 แพ็ค เป็นเงิน 356 บาท 5.ผ้าดออบแทน CG ซม.ละ 50 บาท x 8 ซม.ต่อเดือนx12 เดือน เป็นเงิน 4,800 บาท 6.ค่าจัดทำ CP เป็นเงิน 100 บาท	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย - การอาบน้ำ - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด - บริการพิเศษอื่นๆ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตกร - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 2 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน  ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หรือผิอะ ขวดหริม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....  
 (นางสาวหรือผิอะ ขวดหริม)  
 (.....)  
 พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

ลงชื่อ.....อปท.  
 (.....)

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



แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางเพียร อีสสระ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5930690006627	ที่อยู่ 38 หมู่ที่ 1 ต.เกาะนางคำ อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง 93120 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0808753916	วันที่จัดทำ 11 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2483 (อายุ 83 ปี)	วินิจฉัย : ADL=5, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน ต้องมีญาติช่วยเหลือเป็นส่วนใหญ่ ผู้ป่วยไม่สามารถเดินได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 3,295 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1.ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แลกขาวเบอร์ L (30 ชิ้นต่อห่อๆละ 450 บาท)x4 ห่อ เป็นเงิน 1,800 บาท 2.ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แลกขาว L(10 ชิ้น/ห่อๆละ 195 บาท)x 1 ห่อ เป็นเงิน 195 บาท 3.ค่าตอบแทน CG ชม.ละ 50 บาท x 2 ชม.ต่อเดือนx12 เดือน เป็นเงิน 1,200 บาท 4.ค่าจัดทำ CP เป็นเงิน 100 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนและการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ภายใน 1 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 1 เดือน - รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน  ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หรือผ.อะ ขวดหริ่ม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....  
 (นางสาวหรือผ.อะ ขวดหริ่ม)  
 [.....]  
 พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....อปท.  
 [.....]



แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าธรรมเนียมค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายสัน ทองคำ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3930600046237	ที่อยู่ 90 ม.7 ต.เกาะนางคำ อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0887915988	วันที่จัดทำ 07 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 05 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2480 (อายุ 86 ปี) X	วินิจฉัย : ADL=0, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยติดเตียง ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ มีโรคประจำตัว โรคหัวใจล้มเหลว ปอดติดเชื้อ	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 8,500 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1.ผ้าอ้อมผู้ใหญ่แถบกา ว ไชล์ M (34 ชั้นต่อท่อ ๆ ละ 450 บาท) x 8 ท่อ เป็น เงิน 3,600 บาท 2.ค่าตอบแทน CG ชม.ละ 50 บาท x 8 ชม.ต่อเดือนx12 เดือน เป็นเงิน 4,800 บาท 3.ค่าจัดทำ CP เป็นเงิน 100 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
กรณีมีเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 2 ชั้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - แผลหาย ภายใน 1 เดือน - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 15 วัน - ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนและการติดเชื้อระบบทาง เดินหายใจ ภายใน 15 วัน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 15 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 30 วัน  ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	
ผู้จัดทำ Care plan นายสมเดช แสงเจริญ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

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

ลงชื่อ.....อปท.  
 [.....]

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าบริการ ค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ ด.ช.วีรภัทร เสียนกัญหัง UC นอ. เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1939300027735	ที่อยู่ 27 ม.7 ต.เกาะนางคำ อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0948306133	วันที่จัดทำ 10 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 19 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2554 (อายุ 12 ปี)	วินิจฉัย : ADL=2, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยติดเตียง เป็นโรคขาอ่อนแรง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 8,792 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1.ผ้าอ้อมผู้ใหญ่แถบขาว ไซส์ S-M (10 ชิ้นต่อห่อ) จำนวน 28 ห่อ ๆ ละ 139 บาท เป็นเงิน 3,892 บาท 2.ผ้าดอแบน CG ชม.ละ 50 บาท x 8 ชม.ต่อเดือนx12 เดือน เป็นเงิน 4,800 บาท 3.ค่าจัดทำ CP เป็นเงิน 100 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	<b>การดูแลพยาบาลทั่วไป</b> - การช่วยในระบอบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ <b>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</b> - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b> - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</b> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
<b>ภาวะประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้</b>		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 2 ชิ้น/วัน		
<b>ข้อควรระวังในการให้บริการ</b>	<b>เป้าหมายการดูแล</b>	
- การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	<b>ระยะสั้น</b> - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 7 วัน - รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 7 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 7 วัน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 7 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 20 วัน  <b>ระยะยาว</b> - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นายสมเดช แสงเจริญ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

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

ลงชื่อ.....อปท.  
 [.....]

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 บริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายอะดุล คงยัดยาว UC ๑๙๐ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3930600245523	ที่อยู่ 7 หมู่ที่ 9 ต.เกาะนางคำ อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0892999690	วันที่จัดทำ 11 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 04 เดือน มกราคม พ.ศ. 2495 (อายุ 71 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยติดเตียง เจาะคอ ใส่สาย NG ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ มีญาติช่วยเหลือตลอดเวลา	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 9,790 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1.ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แถบขาวเบอร์ L (30 ชิ้นต่อห่อๆละ 450 บาท)x10 ห่อ เป็นเงิน 4,500 บาท 2.ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แถบขาว L(10 ชิ้น/ห่อๆละ 195 บาท)x 2 ห่อ เป็นเงิน 390 บาท 3.ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ CG ชม.ละ 50 บาท x 8 ชม.ต่อเดือน x12 เดือน เป็นเงิน 4,800 บาท 4.ค่าจัดทำผ้าอ้อมเงิน 100 บาท	- กลืนลำบาก - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ซ่องปากไม่สะอาด - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - มีความเจ็บปวดบริเวณฟันและเหงือก ปากแห้ง - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การอาบน้ำ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ข้อติด/ข้อเท้าตก	ระยะสั้น - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนและการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ภายใน 3 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 3 เดือน - รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน  ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ มีรายได้ - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หรือผ.อะ ชวดหริ่ม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....  
 (นางสาวหรือผ.อะ ชวดหริ่ม)  
 [.....]  
 พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....  
 .....อปท.  
 [.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

<p>ชื่อ นางหนับเสาะ สาโสะ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3930600251281</p>	<p>ที่อยู่ 85 หมู่ที่ 5 ต.เกาะนางคำ อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง รหัสไปรษณีย์ 93120 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0806587524</p>	<p>วันที่จัดทำ 16 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2566</p>
<p>เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2492 (อายุ 74 ปี) X</p>	<p>วินิจฉัย : ADL=6, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้เล็กน้อย ต้องมีผู้ช่วยเหลือ</p>	
<p>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>การดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 3,417 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1.ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แแถบยาว เบอร์ S (10 ชิ้นต่อห่ออายุ 169 บาท)x12 ห่อ เป็น เงิน 2,028 บาท 2.แป้งเย็น 280 กรัม(แพ็คคู่ละ 89 บาท)x1 แพ็ค เป็นเงิน 89 บาท 3.ค่าตอบแทน CP และ 50 บาท x 2 ชม.ต่อเดือนx12 เดือน เป็น เงิน 1,200 บาท 4.ค่าจัดทำ CP เป็นเงิน 100 บาท</p>	<p>- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ช่องปากไม่สะอาด - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - มีความเจ็บปวดบริเวณฟันและเหงือก ปากแห้ง - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย</p>	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบอบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบอบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม</p>
<p>การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้</p>		
<p>มีความต้องการ/ควรได้รับ</p>		
<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p>	<p>เป้าหมายการดูแล</p>	
<p>- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ</p>	<p>ระยะสั้น - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 3 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 1 เดือน - ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน  ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ -ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ</p>	
<p>ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หรือผ.อะ ขวดหริ่ม</p>		
<p>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</p>		

ลงชื่อ.....  
(นางสาวหรือผ.อะ ขวดหริ่ม)  
[.....]  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....อปท.  
[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางบาย ปรางค์ทอง UC ๗๕๐ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5930600004743	ที่อยู่ หมู่ที่ 1 ต.เกาะนางคำ อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง รหัสไปรษณีย์ 93120 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0936848645	วันที่จัดทำ 01 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 21 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2500 (อายุ 66 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=I3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อย แขนขาข้างซ้ายเคลื่อนไหวได้น้อย กระดูกไหลปลาร้าหัก ปวดเมื่อย ต้องมีผู้ดูแลตลอดเวลา	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 9,400 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1.ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แถบยาวเบอร์ L (30 ชิ้นต่อห่อๆละ 450 บาท)x10 ห่อ เป็นเงิน 4,500 บาท 2.ค่าตอบแทน CG ชม.ละ 50 บาท x ๗๕ ชม.ต่อเดือนx12 เดือน เป็นเงิน 4,800 บาท 3.ค่าจัดทำ CP เป็นเงิน 100 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ  การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม  การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 3 เดือน - ได้รับความช่วยเหลือและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 6 เดือน - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 6 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 6 เดือน  ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หรือผ.อ. ชวดหริ่ม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....  
(นางสาวหรือผ.อ. ชวดหริ่ม) ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
[.....]  
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

ลงชื่อ.....อปท.  
[.....]

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



แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางละมัย สิมัสมี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3930600046296	ที่อยู่ 183 ม.2 ต.เกาะนางคำ อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0833998624	วันที่จัดทำ 11 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2481 (อายุ 85 ปี)	วินิจฉัย : ADL=6, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยติดบ้าน สามารถช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง มีโรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 3,299 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1.ผ้าอ้อมผู้ใหญ่แถบกางเกง ไซส์ L [30 ชิ้นต่อห่อ ๆ ละ 450 บาท] x 4 ห่อ เป็นเงิน 1,800 บาท 2.ผ้าอ้อมผู้ใหญ่แถบกางเกง ไซส์ L [10 ชิ้นต่อห่อ ๆ ละ 199 บาท] x 1 ห่อ เป็นเงิน 199 บาท 3.ค่าตอบแทน CG ชม.ละ 50 บาท x 2 ชม.ต่อสัปดาห์ x 12 เดือน เป็นเงิน 1,200 บาท 4.ค่าจัดทำ CP เป็นเงิน 100 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 2 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	<b>ระยะสั้น</b> - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 3 เดือน <b>ระยะยาว</b> - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ทิ้งขยะอย่างเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นายสมนตช แสงเจริญ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน [CM]  
[.....]

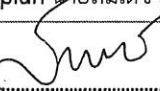
ลงชื่อ.....อปท.  
[.....]

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



แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าบริการ ค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายเจียร คิริวงศ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3930600040069	ที่อยู่ 86 ม.2 ต.เกาะนางคำ อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0990407150	วันที่จัดทำ 11 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2477 (อายุ 89 ปี)	วินิจฉัย : ADL=2, TAI=I3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยนอนติดเตียง ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 9,176 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1.ผ้าอ้อมผู้ใหญ่แถบกางไชส์ M(34 ชิ้นต่อห่อๆละ 450 บาท) x 8 ห่อ เป็นเงิน 3,600 บาท 2.ผ้าอ้อมผู้ใหญ่แถบกางไชส์ M(10 ชิ้นต่อห่อๆละ 169 บาท) x 4 ห่อ เป็นเงิน 676 บาท 3.ค่าตอบแทน CG ชม.ละ 50 บาท x 8 ชม.ต่อเดี 12 เดือน เป็นเงิน 4,800 บาท 4.ค่าจัดทำ CP เบนเงิน 100 บาท	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - มีความเจ็บปวดบริเวณฟันและเหงือก ปากแห้ง - ช่องปากไม่สะอาด	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบับขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบับขับถ่าย(อุจจาระ) - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 2 ชิ้น/วัน - แผ่นรองซับการขับถ่าย จำนวน 1 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- ข้อติด/ข้อเท้าตก - การพลัดตกหกล้ม	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 1 เดือน - ภายใน null null - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน - ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 3 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน  ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นายสมเดช แสงเจริญ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

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

ลงชื่อ.....อปท.  
 [.....]

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าธรรมเนียมค่าบริการ เหมายจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางเหียง ศิริวัฒน์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3930600046491	ที่อยู่ 11/1 ม.3 ต.เกาะนางคำ อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0836568315	วันที่จัดทำ 11 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2475 (อายุ 91 ปี)	วินิจฉัย : ADL=2, TAI=I3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยติดเตียง ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 9,176 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1.ผ้าอ้อมผู้ใหญ่แถบกางเกงไซส์ M [34 ชิ้นต่อห่อ ๆ ละ 450 บาท ] x 8 ห่อ เป็นเงิน 3,600 บาท 2.ผ้าอ้อมผู้ใหญ่แถบกางเกงไซส์ M [10 ชิ้นต่อห่อ ๆ ละ 169 บาท ] x 4 ห่อ เป็นเงิน 676 บาท 3.ค่าตอบแทน CG ชม.ละ 50 บาท x 8 ชม.ต่อเดือน 12 เดือน เป็นเงิน 4,800 บาท 4.ค่าจัดทำ CP เปรนเงิน 100 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบอบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบอบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 2 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ - การกินอาหาร/สาลักอาหาร	ระยะสั้น - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 2 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 1 เดือน - ภายใน null null - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน - ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 3 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน  ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นายสมเดช แสงเจริญ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

[.....]

ลงชื่อ.....อปท.

[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายขาว เลี่ยนก๊วยเหิง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3930600256771	ที่อยู่ 95 ม.7 ต.เกาะนางคำ อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0869622056	วันที่จัดทำ 12 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2483 (อายุ 83 ปี) X	วินิจฉัย : ADL=3, TAI=I3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยติดเตียง ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ผู้ป่วยผ่าตัดกระเพาะอาหารทะลุ โรค ความดันโลหิตสูง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 9,176 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1.ผ้าอ้อมผู้ใหญ่แถบกาง ไชล์ M [34 ชิ้นต่อห่อ ๆ ละ 450 บาท ] x 8 ห่อ เป็น เงิน 3,600 บาท 2.ผ้าอ้อมผู้ใหญ่แถบกาง ไชล์ M [10 ชิ้นต่อห่อ ๆ ละ 169 บาท ] x 4 ห่อ เป็นเงิน 676 บาท ค่าตอบแทน CG ชม.ละ 50 บาท x 8 ชม.ต่อ เดือนx12 เป็นเงิน 4,800 บาท 4.ค่าจัดทำ CP เป็น เงิน 100 บาท	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ช่องปากไม่สะอาด - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 2 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 2 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน  ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นายสมเดช แสงเจริญ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

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

ลงชื่อ.....อพท.  
[.....]

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดจ่ายค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางห้อง เวชสิทธิ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3930600042801	ที่อยู่ 134 ม.2 ต.เกาะนางคำ อ.ปากพะยูน จ.พัทลุง หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0833998624	วันที่จัดทำ 12 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2474 (อายุ 92 ปี)	วินิจฉัย : ADL=1, TAI=I3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยติดเตียง เป็นโรคขาอ่อนแรง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 9,176 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1.ผ้าอ้อมผู้ใหญ่แถบกางเกงไซส์ M [34 ชิ้นต่อห่อ ๆ ละ 450 บาท ] x 8 ห่อ เป็นเงิน 3,600 บาท 2.ผ้าอ้อมผู้ใหญ่แถบกางเกงไซส์ M [10 ชิ้นต่อห่อ ๆ ละ 169 บาท ] x 4 ห่อ เป็นเงิน 676 บาท 3.ผ้าตอแบน CG ชม.ละ 50 บาท x 8 ชม.ต่อเดือน 12 เป็นเงิน 4,800 บาท 4.ค่าจัดทำ CP เป็นเงิน 100 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 2 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ข้อติด/ข้อเท้าตก	ระยะสั้น - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 2 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 2 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 2 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน  ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นายสมเดช แสงเจริญ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

[.....]

ลงชื่อ.....อปท.

[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน


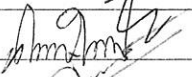


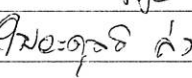
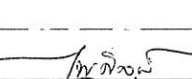

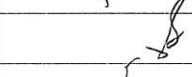
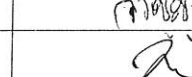
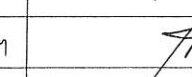







[.....]

รายชื่อลงทะเบียนผู้เข้าประชุมกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลเกาะนางคำ  
ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖

ครั้งที่ ๕ / ๒๕๖๖

วันพฤหัสบดี ที่ ๒๘ กันยายน พ.ศ.๒๕๖๖ เวลา ๑๓.๓๐ น.

ณ ห้องประชุมสำนักงานเทศบาลตำบลเกาะนางคำ

ลำดับ ที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ	หมายเหตุ
๑	นายประนุท อีสโร	ประธานกองทุนฯ		
๒	นายยูน แก้วมะณี	กรรมการกองทุนฯ		
๓	นางสาวถนอมศรี ศรีชมภู	กรรมการกองทุนฯ		
๔	นายสวัสดิ์ โต๊ะหมัด	กรรมการกองทุนฯ		
๕	นายจรัส สุวรรณรัตน์	กรรมการกองทุนฯ		
๖	นางสุธาสนี หล้าสุข	กรรมการกองทุนฯ		
๗	นายสังคม ชูยิ้มพานิชย์	กรรมการกองทุนฯ		
๘	นายไบอะดุลย์ สวยาม	กรรมการกองทุนฯ	ไบอะดุลย์ สวยาม	
๙	นางสาวปิยฉัตร ชูช่วย	กรรมการกองทุนฯ		
๑๐	นายไพศิลป์ พรายด้สดี	กรรมการกองทุนฯ		
๑๑	นายเกริกเกียรติ เช่งลอยเลื่อน	กรรมการกองทุนฯ		
๑๒	นายยะรัตน์ ขอบงาม	กรรมการกองทุนฯ		
๑๓	นายปรีชา พุ่มภูซัง	กรรมการกองทุนฯ		
๑๔	นางวรรณญา สิงส์ัน	กรรมการกองทุนฯ	วรรณญา	
๑๕	นางสาวพาวินี เหมียนเอียด	กรรมการฯ/เลขานุการฯ		รักษาราชการแทน ปลัดเทศบาล
๑๖	นางสาวพาวินี เหมียนเอียด	กรรมการฯ/ผู้ช่วยเลขฯ		
๑๗	นางมาลีอน๊ะ เส็นยีหีม	กรรมการฯ/ผู้ช่วยเลขฯ		
๑๘	นางสาวนทกร แก้วสุวรรณ	อนุกรรมการฯ		
๑๙	นางสาวรอฝือ๊ะ เทพทอง	อนุกรรมการฯ		

ผู้เข้าร่วมประชุม

ที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ	หมายเหตุ
๑	น.ร. กฤษติ ขาวเงิน ส้มคันทู	แม่บ้าน อสม. ม. 2		
๒				
๓				
๔				
๕				
๖				
๗				
๘				
๙				
๑๐				
๑๑				
๑๒				
๑๓				
๑๔				
๑๕				
๑๖				
๑๗				
๑๘				
๑๙				
๒๐				
๒๑				
๒๒				
๒๓				
๒๔				
๒๕				
๒๖				
๒๗				
๒๘				
๒๙				
๓๐				
๓๑				



รายงานการประชุมกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลเกาะนางคำ  
ครั้งที่ ๕/๒๕๖๖

วันพฤหัสบดี ที่ ๒๘ กันยายน พ.ศ.๒๕๖๖ เวลา ๑๓.๓๐ น.

ณ ห้อง ประชุมสำนักงานเทศบาลตำบลเกาะนางคำ

เริ่มประชุม เวลา	๑๓.๓๐ น.																																
นายประนุท อีสโร	สวัสดิ์คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลเกาะนางคำ/ผู้อำนวยการโรงเรียน/ประธาน อสม./ผู้รับผิดชอบโครงการทุกท่านครับ																																
ระเบียบวาระที่ ๑	เรื่องที่ประธานแจ้งให้ที่ประชุมทราบ - เนื่องจากนางสาวปิยฉัตร ชูช่วย ซึ่งเป็นตัวแทนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ฝั่ง รพ.สต.บ้านบางตาล ได้ลาออกจากตำแหน่ง อสม. ทำให้มีผล พ้นจากสภาพการเป็นคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลเกาะนางคำด้วย ดังนั้น ให้ทาง ผอ.รพ.สต.บ้านบางตาล ส่งหนังสือการลาออกของ นางสาวปิยฉัตร ชูช่วย พร้อมทั้งให้คัดเลือกตัวแทนคนใหม่ เพื่อดำรงตำแหน่งทดแทนคนเก่าที่ลาออก แก่เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานกองทุนฯ ด้วยนะครับ																																
ระเบียบวาระที่ ๒	รับรองรายงานการประชุมครั้งที่แล้ว - รับรองรายงานการประชุม																																
ระเบียบวาระที่ ๓	เรื่องด่วน - ไม่มี																																
ระเบียบวาระที่ ๔	เรื่องเสนอเพื่อพิจารณา																																
นายประนุท อีสโร	- สำหรับวันนี้ก็จะเป็นการประชุมเพื่อพิจารณาอนุมัติโครงการ ซึ่งโครงการที่เสนอมารวมทั้งหมด ๔ โครงการนะครับ																																
นางสาวพาวินี เหมียนเอียด	- การเงินของกองทุนฯ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ณ วันนั้นะคะ (๒๘/๐๙/๒๕๖๖) <table><tr><td>สปสช.จัดสรร</td><td>๑๗๔,๙๑๕ บาท</td><td>ยอดยกมา</td><td>๒๕๖,๙๖๓.๑๕ บาท</td></tr><tr><td>เงินอุดหนุนจาก อปท.</td><td>๘๗,๔๕๘ บาท</td><td>ดอกเบี้ย</td><td>๑,๒๓๒.๗๔ บาท</td></tr><tr><td>รายได้อื่นๆ</td><td>ไม่มี</td><td>เงินคืน</td><td>๒๙,๔๒๐ บาท</td></tr><tr><td>เงินคงเหลือ</td><td></td><td></td><td>๕๔๙,๙๙๘.๘๙ บาท</td></tr><tr><td>กันเงิน (โครงการพัฒนาประสิทธิภาพและบริหารกองทุนฯ)</td><td></td><td></td><td>๓๗,๖๓๕.๐๐ บาท</td></tr><tr><td>กันเงิน (กรณีเกิดโรคระบาดและภัยพิบัติในพื้นที่)</td><td></td><td></td><td>๕๐,๐๐๐.๐๐ บาท</td></tr><tr><td>รายจ่าย (โครงการที่อนุมัติ+ค่าตอบแทนประชุม)</td><td></td><td></td><td>๓๔๗,๐๒๒.๐๐ บาท</td></tr><tr><td>คงเหลือสำหรับโครงการที่ขอรับการสนับสนุนงบประมาณ</td><td></td><td></td><td>๑๑๕,๓๕๑.๘๙ บาท</td></tr></table>	สปสช.จัดสรร	๑๗๔,๙๑๕ บาท	ยอดยกมา	๒๕๖,๙๖๓.๑๕ บาท	เงินอุดหนุนจาก อปท.	๘๗,๔๕๘ บาท	ดอกเบี้ย	๑,๒๓๒.๗๔ บาท	รายได้อื่นๆ	ไม่มี	เงินคืน	๒๙,๔๒๐ บาท	เงินคงเหลือ			๕๔๙,๙๙๘.๘๙ บาท	กันเงิน (โครงการพัฒนาประสิทธิภาพและบริหารกองทุนฯ)			๓๗,๖๓๕.๐๐ บาท	กันเงิน (กรณีเกิดโรคระบาดและภัยพิบัติในพื้นที่)			๕๐,๐๐๐.๐๐ บาท	รายจ่าย (โครงการที่อนุมัติ+ค่าตอบแทนประชุม)			๓๔๗,๐๒๒.๐๐ บาท	คงเหลือสำหรับโครงการที่ขอรับการสนับสนุนงบประมาณ			๑๑๕,๓๕๑.๘๙ บาท
สปสช.จัดสรร	๑๗๔,๙๑๕ บาท	ยอดยกมา	๒๕๖,๙๖๓.๑๕ บาท																														
เงินอุดหนุนจาก อปท.	๘๗,๔๕๘ บาท	ดอกเบี้ย	๑,๒๓๒.๗๔ บาท																														
รายได้อื่นๆ	ไม่มี	เงินคืน	๒๙,๔๒๐ บาท																														
เงินคงเหลือ			๕๔๙,๙๙๘.๘๙ บาท																														
กันเงิน (โครงการพัฒนาประสิทธิภาพและบริหารกองทุนฯ)			๓๗,๖๓๕.๐๐ บาท																														
กันเงิน (กรณีเกิดโรคระบาดและภัยพิบัติในพื้นที่)			๕๐,๐๐๐.๐๐ บาท																														
รายจ่าย (โครงการที่อนุมัติ+ค่าตอบแทนประชุม)			๓๔๗,๐๒๒.๐๐ บาท																														
คงเหลือสำหรับโครงการที่ขอรับการสนับสนุนงบประมาณ			๑๑๕,๓๕๑.๘๙ บาท																														
นายประนุท อีสโร	- ต่อไปจะพิจารณาอนุมัติของโครงการที่คณะกรรมการกองทุนฯ และผู้รับผิดชอบโครงการได้ปรึกษาแนวทางการเขียนโครงการที่ถูกต้องเพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของกองทุนฯ และงบประมาณที่มี กับคณะกรรมการกองทุนฯ เรียบร้อยแล้วนะครับ ซึ่งโครงการในวันนี้จะเป็นโครงการที่ไม่อนุมัติจากคณะกรรมการกองทุนฯ ในคราวประชุมครั้งที่ ๔/๒๕๖๖ นะครับ ซึ่งก็ได้รับคำแนะนำแนวทางการเขียนโครงการที่ถูกต้องไปแล้วครับ																																
นางสาวกฤติยาภรณ์ สีมัสมีง	๑. โครงการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบ SOR ม. ๒ งบประมาณโครงการ ๑๑,๒๐๐ บาท กลุ่มเป้าหมาย ๕๐ คน ผู้รับผิดชอบโครงการ นางสาวกฤติยาภรณ์ สีมัสมีง ประธาน อสม.บ้านเกาะยวน - โครงการนี้ได้ปรับเปลี่ยนกลุ่มเป้าหมาย โดยการเพิ่มจำนวนผู้รับการอบรมให้เป็นผู้นำชุมชนและตัวแทนชาวบ้าน เพื่อสร้างเครือข่ายให้สามารถนำความรู้ไปถ่ายทอดแก่บุคคลในพื้นที่ต่อไปค่ะ																																

นายประนุท อิศโร  
มติที่ประชุม

- มีใครต้องการสอบถามหรือเสนอแนะเพิ่มเติมหรือไม่ครับ ถ้าไม่มีผมขอมติที่ประชุมครับ  
เห็นชอบ ๑๔ เสียง ไม่เห็นชอบ - เสียง งดออกเสียง ๑ เสียง

๒. โครงการปลูกผักปลอดสารพิษริมถนนทุกคนเก็บกินได้ ปี ๒๕๖๖

งบประมาณโครงการ ๑๓,๐๐๐ บาท กลุ่มเป้าหมาย ประชาชนในพื้นที่บ้านท่าเนียน

ผู้รับผิดชอบโครงการ นายเกริกเกียรติ เช่งลอยเลื่อน ผู้ใหญ่บ้านท่าเนียน

นายเกริกเกียรติ เช่งลอยเลื่อน

- โครงการนี้จัดทำขึ้นเพื่อต้องการปลูกผักสวนครัว ที่กินได้บริเวณริมถนน เพื่อให้ชาวบ้านในพื้นที่หรือทุกคนที่เดินทางผ่านสามารถเก็บกินได้ และได้ปรับแก้ไขโครงการโดยการเพิ่มการอบรมให้ความรู้แก่ชาวบ้าน ทั้งในเรื่องของประโยชน์ของผักแต่ละชนิด ประโยชน์ของการปลูกผักแบบอินทรีย์ และโทษของผักที่ปลูกจากการใช้สารเคมี โดยเจ้าหน้าที่จากเกษตรอำเภอปากพะยูนครับ โดยโครงการนี้จะสร้างความสามัคคี ร่วมมือร่วมใจกัน ของประชาชนในพื้นที่ด้วยครับ

นายประนุท อิศโร  
มติที่ประชุม

มีใครต้องการสอบถามหรือเสนอแนะเพิ่มเติมหรือไม่ครับ ถ้าไม่มีผมขอมติที่ประชุมครับ  
เห็นชอบ ๑๔ เสียง ไม่เห็นชอบ - เสียง งดออกเสียง ๑ เสียง

๓. โครงการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบ SOR ม. ๗

ผู้รับผิดชอบโครงการ นางสาวปิยฉัตร ชูช่วย ประธาน อสม.บ้านบางตาล

งบประมาณโครงการ ๑๒,๘๘๐ บาท กลุ่มเป้าหมาย ๓๓ คน

นางสาวถนอมศรี ศรีชมภู

- ขออนุญาตเป็นตัวแทนของประธาน อสม. หมู่ที่ ๗ นะคะ โครงการนี้ได้มีการปรับแก้โดยการเพิ่มจำนวนกลุ่มเป้าหมาย และตัดกิจกรรมการอบรมออก และเพิ่มการจัดซื้อทรายอะเบต เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่เจ้าหน้าที่ที่ดำเนินการสำรวจลูกน้ำยุงลายในแต่ละสัปดาห์แทนคะ

นายประนุท อิศโร  
มติที่ประชุม

มีใครต้องการสอบถามหรือเสนอแนะเพิ่มเติมหรือไม่ครับ ถ้าไม่มีผมขอมติที่ประชุมครับ  
เห็นชอบ ๑๔ เสียง ไม่เห็นชอบ - เสียง งดออกเสียง ๑ เสียง

๓. โครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะปัญหา  
กลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ปี ๒๕๖๖

ผู้รับผิดชอบโครงการ นายยูน แก้วมะณี

ประธาน ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้พิการเทศบาลตำบลเกาะนางคำ

งบประมาณโครงการ ๗๖,๘๒๕ บาท กลุ่มเป้าหมาย ๒๓ คน

นายยูน แก้วมะณี

- ด้วยศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้พิการเทศบาลตำบลเกาะนางคำ มีความประสงค์จะดำเนินงาน โครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ปี 2566 เพื่อให้บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่/แผ่นรองขับถ่ายตามสิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยใช้ข้อมูลจาก Care Plan ที่ Care Manager ประเมินเพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง LTC มาหักกลับกันครับ ส่วนรายละเอียดให้ ผู้ช่วยเลขานุการกองทุนฯ เป็นผู้ชี้แจงครับ

นางสาวพาวินี เหมียนเอียด

- ตามหนังสือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๒ สงขลา ที่ สปสช ๒.๗๓/๓๖๖๖๕ ลงวันที่ ๗ ตุลาคม ๒๕๖๕ เรื่องขอความร่วมมือแจ้งแนวทางการดำเนินงานตามโครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ โดยกลุ่มเป้าหมาย คือ

๑. บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง และมีค่าคะแนนระดับความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า ๖ คะแนน ตามแผนการดูแลรายบุคคลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Plan)

๒. บุคคลที่มีปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

- งบประมาณในการสนับสนุนโครงการ

๑. กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

๒. กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด

- หน่วยงานที่มีสิทธิขอรับสนับสนุนงบประมาณ คือ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หรือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยอัตราผ้าอ้อมผู้ใหญ่ ราคา 9.50 บาท/คน/ชิ้น แผ่นรองซับบ้าง ราคา 6 บาท/คน/ชิ้น แผ่นซึ่มซับบ้าง 4.70 บาท/คน/ชิ้น ซึ่งทางศูนย์ได้ดำเนินการสืบราคาของ ผ้าอ้อมผู้ใหญ่และแผ่นรองซับบ้าง ตามร้านค้าในพื้นที่ทุกร้านแล้วแต่ก็ยังไม่สามารถหาราคาตามที่กำหนดได้ ซึ่งราคาที่ใกล้เคียงราคาที่กำหนดมากที่สุดอยู่ที่ ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ เบอร์ S ราคา 16.90 บาท/คน/ชิ้น ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ เบอร์ M ราคา 13.24 บาท/คน/ชิ้น ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ เบอร์ L ราคา 15 บาท/คน/ชิ้น แผ่นรองซับบ้าง ราคา 8.5 บาท/คน/ชิ้น

- ปริมาณการใช้ต่อคนต่อวัน

1. ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น

2. แผ่นรองซับบ้าง จำนวน 5 ชิ้น

ซึ่งจากข้อกำหนดข้างต้น เมื่อนำจำนวน ผ้าอ้อมผู้ใหญ่และแผ่นรองซับบ้าง จาก Care Plan มาคำนวณหักลบจากที่ได้รับจากกองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง LTC แล้วนั้น จะไม่เพียงพอกับงบประมาณที่มี จึงต้องเฉลี่ยรายการให้เพียงพอกับงบประมาณคงเหลือ ถึงแม้ว่าจะไม่ได้รับตามจำนวนที่กำหนด แต่ในส่วนนี้ก็ถือว่าช่วยเหลือเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในครอบครัวของผู้ป่วยได้ไม่น้อย ซึ่งรายละเอียดอยู่ในเอกสารที่ส่งให้คณะกรรมการกองทุนทุกท่านแล้วค่ะ

นายประนุท อิศโร

สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงก็เป็นบุคคลที่ต้องรับการดูแลอย่างใกล้ชิด ลูกหลานบางคนต้องลาออกจากงานหลักเพื่อมาดูแล ดังนั้นเมื่อเราสามารถสนับสนุนของใช้ที่จำเป็นให้กับเขา ก็ถือเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายในครัวเรือนของเขาได้มากครับ ซึ่งโครงการนี้เชื่อมโยงกับโครงการของกองทุน LTC ที่ดำเนินการอยู่ก่อนหน้านี้แล้ว จะมี CG หรือผู้ดูแล ลงพื้นที่ไปดูแลผู้ป่วยด้วย แต่ด้วยงบประมาณที่จำกัด ทำให้มอบของใช้ได้บางส่วน การจัดทำโครงการนี้ก็เพื่อเพิ่มการสนับสนุนของใช้ที่จำเป็นให้แก่ผู้ป่วยครับ

มีใครต้องการสอบถามหรือเสนอแนะเพิ่มเติมหรือไม่ครับ ถ้าไม่มีผมขอมติที่ประชุมครับ

มติที่ประชุม

ระเบียบวาระที่ ๕

นายประนุท อิศโร

นางสุธาสินี หล้าสุบ

เห็นชอบ ๑๔ เสียง ไม่เห็นชอบ - เสียง งดออกเสียง ๑ เสียง

เรื่องอื่นๆ

- ถ้ามีโอกาสและงบประมาณที่เพียงพอ ผมอยากให้มีการสนับสนุนงบประมาณเกี่ยวกับโครงการตัดแว่นให้ผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลเกาะนางคำด้วยนะครับ อาจจะจำกัดช่วงอายุ

- การตัดแว่นให้ผู้สูงอายุ ในส่วนของค่าแว่น (กรอบและเลนส์) อาจจะราคาไม่สูง แต่จำมีค่าตรวจค่า ที่ค่อนข้างจะใช้งบประมาณสูง

- ทาง รพ.สต.บ้านเกาะนางคำ สำหรับปีงบประมาณ ๒๕๖๗ อาจจะขอสนับสนุนงบประมาณ ๒ ครั้งนะคะ เนื่องจากจะดำเนินโครงการเกี่ยวกับการคัดกรอง โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งจะดำเนินโครงการช่วงปลายปี ดังนั้นสำหรับปีถัดไป

นายสังคม ชูอิมพานิชย์

ช่วงปลายปีงบประมาณ อาจจะส่งโครงการเพื่อขอรับสนับสนุนงบประมาณเพื่อที่จะได้เตรียมการดำเนินโครงการไว้ก่อนค่ะ

- ผมอยากให้ดำเนินโครงการอบรมให้ความรู้แก่คณะกรรมการกองทุนฯ โดยเชิญวิทยากรจาก สปสช.เขต ๑๒ สงขลา มาให้ความ เหมือนกับที่เคยดำเนินโครงการมาครับ เพราะจะเป็นการอธิบายหลักเกณฑ์และระเบียบต่างๆจากเจ้าหน้าที่ของเขต ๑๒ เลย ซึ่งกรรมการชุดนี้บางท่านก็เป็นกรรมการใหม่ครับ

นายประนุท อีสโร

- คณะกรรมการทุกท่านที่ได้รับการคัดเลือกให้มาทำหน้าที่ตรงนี้ก็คือการช่วยเหลือประชาชนในพื้นที่ของเราทั้งสิ้นนะครับ ขอขอบคุณคณะกรรมการ สปสช.และทุกท่านที่เข้าร่วมประชุมในวันนี้ครับ

ประธานกองทุนฯ


ปิดประชุมเวลา

๑๕.๓๐ น.

ลงชื่อ..........ผู้จัดรายงานการประชุม

(นางสาวรอพี้อ๊ะ เทพทอง)

อนุกรรมการกองทุนฯ

ลงชื่อ..........ผู้ตรวจรายงานการประชุม

(นายประนุท อีสโร)

ประธานคณะกรรมการกองทุนฯ