แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางทองไสย์ ภูจริด เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3460700425170	ที่อยู่ 177 หมู่ 8 ต.นาดี อ.บางตลาด จ.กาฬสินธุ์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 07 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน เมษายน พ.ศ. 2484 (อายุ 81 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางลุนณี สุวรรณโมรา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

สแกนด้วย CamScanner

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/66 วันที่ 07/10/65

หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปอแดง

...างทองไสย์ ภูจริต ...ัตรประจำตัวประชาชน 3460700425170	ที่อยู่ 177 หมู่ 8 ต.นาดี อ.ยางตลาด จ.กาฬสินธุ์ หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 07 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565 วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง ญาติ - อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล - อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลผลัดเปลี่ยน	**แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	**ข้อควรระวังในการให้บริการ** - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - ความสามารถในการมองเห็น - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ	**เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน)** -	**บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและInformal)** **บริการอื่นๆ** - ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
การนวดกระตุ้นการไหลเวียน	ทำครั้งเดียว			✔					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
เตรียมอุปกรณ์ให้อาหารสะอาดและพร้อมใช้	ทำครั้งเดียว	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน	ทำครั้งเดียว			✔					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	ทำครั้งเดียว			✔					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
สนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันการเกิดแผลกดทับ	ทำครั้งเดียว			✔					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
สนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันการเกิดแผลกดทับ	วันละ 1 ครั้ง(เช้า)	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔	ครอบครัว
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	ทำครั้งเดียว			✔					พยาบาล
วัดความดันโลหิต	ทำครั้งเดียว			✔					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ - ดูแลเตรียมให้ยาโดยญาติ - ล้างหน้า	**ผู้จัดทำ** นางสุนณี สุวรรณโมรา **ผู้รับผิดชอบ** นางธันยพร ไปไหน **ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง นาที/วัน** **ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้** 1) ทองไสย์ ภูจริต ..... (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป ..... 2) นางพิลิน ภูพาดสี ..... (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป .....

สแกนด้วย CamScanner

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายลำใย บุญใหญ่ เลขบัตรประจำตัวประชน 3460100466991	ที่อยู่ 188 หมู่ 5 ต.นาดี อ.บางคล้า จ.ฉะเชิงเทรา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 07 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 08 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2514 (อายุ 51 ปี)	วินิจฉัย : ADL=8, TAI=03 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : แขนขาอ่อนแรง ช่วยเหลือตนเองได้ค่อนข้างมาก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การพลัดตกหกล้ม	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ มีรายได้	
ผู้จัดทำ Care plan นางลุนณี สุวรรณโมรา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

สแกนด้วย CamScanner

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/66 วันที่ 07/10/65

หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปอแดง

ชื่อ นายลำใย บุญใหญ่ **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 3460100466991	**ที่อยู่** 188 หมู่ 5 ต.นาดี อ.บางคล้า จ.ฉะเชิงเทรา **หมายเลขโทรศัพท์**	**จัดทำวันที่** 07 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565 **วินิจฉัย :** ADL=6, TAI=B3 **ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่** 2 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** แขนขาอ่อนแรง ช่วยเหลือตนเองได้สำบาก
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต **ผู้สูงอายุ** - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ **ญาติ** - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น - อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล	**แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ มีรายได้	**ข้อควรระวังในการให้บริการ** - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การพลัดตกหกล้ม
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	**เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน)** -	**บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและInformal)** **กายอุปกรณ์** - รถเข็นนั่ง **บริการอื่นๆ** - ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
ล้างหน้า แปรงฟัน	ทำครั้งเดียว	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔	ครอบครัว
การนวดกระตุ้นการไหลเวียน	ทำครั้งเดียว	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔	ครอบครัว
การนวดกระตุ้นการไหลเวียน	ทำครั้งเดียว	✔		✔		✔			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	ทำครั้งเดียว	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔	ครอบครัว
ประเมินความก้าวหน้า	ทำครั้งเดียว					✔			แพทย์
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	ทำครั้งเดียว					✔			พยาบาล
วัดสัญญาณชีพ	ทำครั้งเดียว			✔					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การปรับความสูงบันได ภายใน ภายนอกบ้าน	ทำครั้งเดียว			✔					ครอบครัว

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - ล้างหน้า - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดย Caregiver - กายภาพบำบัดโดยญาติ	**ผู้จัดทำ** นางลุนณี สุวรรณโมรา **ผู้รับผิดชอบ** นางประดิษฐ์ ภูชำนิ **ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า** 1 ชั่วโมง นาที/วัน **ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้** 1) ..... (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป ..... 2) ..... (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป .....

สแกนด้วย CamScanner