



เทศบัญญัติเทศบาลตำบลเขาสวนกวาง
เรื่อง
งบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2568



ของ
เทศบาลตำบลเขาสวนกวาง
อำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น

ประเภทค่าใช้จ่ายในโครงการพัฒนาส่งเสริม คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จำนวน 50,000 บาท
ผู้พิการ และผู้ด้อยโอกาส

เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในโครงการพัฒนาส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ด้อยโอกาส เช่น ค่าอาหาร ค่าอาหารว่าง และเครื่องดื่ม ค่าสมนาคุณวิทยากร ค่าป้ายโครงการฯ ค่าวัสดุ อุปกรณ์ต่างๆ และวัสดุลักษณะอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง (สำนักปลัดเทศบาล)

- เป็นไปตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายเพื่อช่วยเหลือประชาชนตามอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2560 หนังสือกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ด่วนที่สุด ที่ มท 0808.2/ว 2145 ลงวันที่ 11 ตุลาคม 2560 หนังสือกระทรวงมหาดไทย ด่วนที่สุด ที่ มท 0810.7/ว 6768 ลงวันที่ 29 พฤศจิกายน 2560 หนังสือกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ด่วนที่สุด ที่ มท 0810.6/ว 24 ลงวันที่ 4 มกราคม 2561 ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม และการเข้ารับบริการฝึกอบรมของเจ้าหน้าที่ท้องถิ่น พ.ศ. 2557
- เป็นไปตามแผนพัฒนาท้องถิ่น (พ.ศ. 2566 - 2570) แก้ไขครั้งที่ 1/2566 หน้า 94 ลำดับที่ 1

ประเภทค่าใช้จ่ายในโครงการส่งเสริมอาชีพแก่ราษฎรในเขตเทศบาล จำนวน 50,000 บาท
ตำบลเขาสวนกวาง

เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในโครงการส่งเสริมอาชีพแก่ราษฎรในเขตเทศบาลตำบลเขาสวนกวาง เช่น ค่าอาหาร ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ค่าสมนาคุณวิทยากร ค่าป้ายโครงการฯ ค่าวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ

และวัสดุลักษณะอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง (สำนักปลัดเทศบาล)

- เป็นไปตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม และการเข้ารับบริการฝึกอบรมของเจ้าหน้าที่ท้องถิ่น พ.ศ. 2557

- เป็นไปตามแผนพัฒนาท้องถิ่น (พ.ศ. 2566 - 2570) แก้ไขครั้งที่ 1/2566 หน้า 232 ลำดับที่ 2

ค่าสี
แก้ไขครั้งที่

ฎีกาเบิกเงิน

กองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลตำบลเขาสวนกวาง

12 ก.พ. 2569

เลขที่ ๑ / ๒๕๖๙

วันที่จัดทำ.....

เรียน ผู้บริหารท้องถิ่น

ตามที่คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง เทศบาลตำบลเขาสวนกวาง ได้อนุมัติโครงการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง และแผนการดูแลรายบุคคล รวมทั้งค่าใช้จ่ายตามแผนการดูแลรายบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ให้แก่ รพ.สต.เขาสวนกวาง ๒๒๘,๐๐๐ บาท (สองแสนสองหมื่นแปดพันบาทถ้วน) โดยจ่ายงวดเดียว เป็นจำนวนเงิน ๒๒๘,๐๐๐ บาท (สองแสนสองหมื่นแปดพันบาทถ้วน)

ในการนี้ รพ.สต.เขาสวนกวาง ในฐานะหน่วยบริการซึ่งดำเนินการผ่านศูนย์ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเทศบาลตำบลเขาสวนกวาง มีความประสงค์จะขอเบิกเงิน จำนวน ๒๒๘,๐๐๐ บาท (สองแสนสองหมื่นแปดพันบาทถ้วน) เพื่อนำไปดำเนินการตามโครงการฯ และแผนการดูแลรายบุคคลดังกล่าว พร้อมนี้ได้แนบ เอกสาร หลักฐาน ประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน ...๑... ชุด มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน ศูนย์ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเทศบาลตำบลเขาสวนกวาง จะเป็นผู้รับเงิน

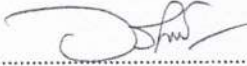
ลงชื่อ ผู้ขอเบิก (ผู้ได้รับมอบหมาย)

(นางสาวอริญญา อุตรนคร)

ตำแหน่ง เจ้าพนักงานธุรการ ปฏิบัติงาน

<p>ได้ตรวจสอบเอกสารประกอบฎีกาครบถ้วนถูกต้อง และได้ตรวจสอบแล้ว มีเงินคงเหลือเพียงพอที่จะเบิกจ่ายได้</p> <p>จำนวน ๒๒๘,๐๐๐ บาท (สองแสนสองหมื่นแปดพันบาทถ้วน)</p> <p>ลงชื่อ ผู้ตรวจสอบ (ผู้ได้รับมอบหมาย)</p> <p>(นายคำริ ลักษิตานนท์)</p> <p>ตำแหน่ง ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม</p> <p>วันที่ 12 ก.พ. 2569</p>	<p>เรียน ปลัดองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น</p> <p>เห็นควรให้เบิกจ่าย</p> <p>จำนวน ๒๒๘,๐๐๐ บาท (สองแสนสองหมื่นแปดพันบาทถ้วน)</p> <p>ลงชื่อ (นางเกวลิน อุ่นเจริญ)</p> <p>ผู้อำนวยการกองคลัง</p> <p>วันที่ 12 ก.พ. 2569</p>
<p>เรียน ผู้บริหารท้องถิ่น</p> <p>เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้</p> <p>จำนวน ๒๒๘,๐๐๐ บาท (สองแสนสองหมื่นแปดพันบาทถ้วน)</p> <p>ลงชื่อ ผู้ตรวจสอบ (ผู้ได้รับมอบหมาย)</p> <p>(นางกอบกุล คณฟูม)</p> <p>ปลัดองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น</p> <p>วันที่ 12 ก.พ. 2569</p>	<p>อนุมัติให้เบิกจ่ายได้</p> <p>จำนวน ๒๒๘,๐๐๐ บาท (สองแสนสองหมื่นแปดพันบาทถ้วน)</p> <p>ลงชื่อ ผู้ตรวจสอบ (ผู้ได้รับมอบหมาย)</p> <p>(นายเผด็จศักดิ์ พงษ์สมบัติ)</p> <p>นายกเทศมนตรีตำบลเขาสวนกวาง</p> <p>วันที่ 12 ก.พ. 2569</p>
<p>จ่ายเป็น <input checked="" type="checkbox"/> เช็คขีดคร่อม/ตัวแลกเงิน/ธนาณัติ</p> <p><input type="checkbox"/> ทางธนาคาร</p> <p>ธนาคาร เพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร</p> <p>บัญชีเลขที่ ๐๒๐๑๕๕๐๔๗๒๙๒.....</p> <p>เลขที่เช็ค ลงวันที่</p> <p>จำนวน ๒๒๘,๐๐๐ บาท (สองแสนสองหมื่นแปดพันบาทถ้วน)</p> <p>จ่ายให้ ศูนย์ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเทศบาลตำบลเขาสวนกวาง</p>	<p>ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร</p> <p>ลงชื่อ ผู้มีอำนาจลงนาม (กลุ่มหนึ่ง)</p> <p>(นายเผด็จศักดิ์ พงษ์สมบัติ)</p> <p>ลงชื่อ ผู้มีอำนาจลงนาม (กลุ่มสอง)</p> <p>(นายคำริ ลักษิตานนท์)</p>

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

จำนวน ๒๒๘,๐๐๐ บาท (สองแสนสองหมื่นแปดพันบาทถ้วน)	ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว
ลงชื่อ.....ศุภย์คุณผู้มีภาวะพึ่งพิงเทศบาลตำบลเขาสวนกวาง ผู้รับเงิน	จำนวน ๒๒๘,๐๐๐ บาท (สองแสนสองหมื่นแปดพันบาทถ้วน)
วันที่ 12 ก.พ. 2569	ลงชื่อ  ผู้จ่ายเงิน
	(นางสาวอริญญา อุดรนคร)
	ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่งานธุรการ ปฏิบัติงาน
	วันที่ 12 ก.พ. 2569

หมายเหตุ (๑) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับเงิน / ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลเขาสวนกวาง

ที่ ขก ๒๙๐๔/๒๖๕๑

วันที่ ๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๙

เรื่อง ขออนุมัติโอนถอนเงินค่าใช้จ่ายตามโครงการและแผนการดูแลรายบุคคลของผู้มีภาวะพึ่งพิง

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลเขาสวนกวาง ผ่าน ปลัดเทศบาลตำบลเขาสวนกวาง/รองปลัดเทศบาลตำบล
เขาสวนกวาง/ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

เรื่องเดิม

ตามที่ศูนย์ดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงเทศบาลตำบลเขาสวนกวาง ได้เสนอโครงการและแผนการดูแลรายบุคคลของผู้มีภาวะพึ่งพิงต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิงเทศบาลตำบลเขาสวนกวาง และคณะอนุกรรมการได้อนุมัติแผนงานโครงการ/แผนการดูแลรายบุคคลของผู้มีภาวะพึ่งพิง (care plan) ครั้งที่ ๑/๒๕๖๙ เมื่อวันที่ ๗ ตุลาคม ๒๕๖๘ เรียบร้อยแล้ว โดยมีรายละเอียดการอนุมัติดังนี้

- โรงพยาบาลเขาสวนกวาง จำนวน ๙๘ ราย เป็นเงิน ๑,๐๒๓,๓๑๖ บาท
 - โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาสวนกวาง จำนวน ๔๐ ราย เป็นเงิน ๔๑๗,๖๘๐ บาท
- รวม ๑๓๘ ราย เป็นเงินงบประมาณที่อนุกรรมการฯ อนุมัติทั้งสิ้น ๑,๔๔๐,๙๙๖ บาท**
โดยหน่วยบริการทั้ง ๒ แห่ง ดำเนินการผ่านศูนย์ดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงเทศบาลตำบลเขาสวนกวาง

ข้อเท็จจริง

สำนักงานหลักประกันสุขภาพ ได้โอนงบประมาณให้บัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นเทศบาลตำบลเขาสวนกวาง เพื่อการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง เมื่อวันที่ ๘ มกราคม ๒๕๖๙ จำนวน ๘๑๖,๐๐๐ บาท โดยมีรายละเอียด ดังนี้

๑. โรงพยาบาลเขาสวนกวาง

- อนุกรรมการฯ อนุมัติ ๙๘ รายๆละ ๑๐,๔๔๒ บาท เป็นเงิน ๑,๐๒๓,๓๑๖ บาท แต่เนื่องจากห้วงการนำเข้าข้อมูลในระบบ มีผู้เสียชีวิต จำนวน ๒ ราย คือ นายคำ สาหร่ายทอง เสียชีวิตเมื่อวันที่ ๓ กันยายน ๒๕๖๘ และนางพัตรี ดาดาช เสียชีวิตเมื่อวันที่ ๒๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๘ ดังนั้นจึงนำเข้าระบบจำนวน ๙๖ ราย โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้จัดสรรงบประมาณให้ กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น เทศบาลตำบลเขาสวนกวาง (เพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง) ในส่วนของ โรงพยาบาลเขาสวนกวาง จำนวน ๙๖ รายๆละ ๖,๐๐๐ บาท เป็นเงิน ๕๗๖,๐๐๐ บาท (ซึ่งเป็นไปตามประกาศใหม่) โดยหลังจากนำเข้าข้อมูลในระบบและก่อนที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอนุมัติงบประมาณ มีผู้มีภาวะพึ่งพิงเสียชีวิต จำนวน ๒ ราย คือ นางทองคำ แสงบุตตี เสียชีวิตเมื่อวันที่ ๒๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๘ และนางลำตวน หารอุ่น เสียชีวิตเมื่อวันที่ ๑๖ ธันวาคม ๒๕๖๘ คงเหลือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่จะโอนเงินงบประมาณให้ศูนย์ดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง จำนวน ๙๔ ราย จึงขออนุมัติโอนงบประมาณเพื่อการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงให้ศูนย์ดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงเทศบาลตำบลเขาสวนกวาง จำนวน ๙๔ รายๆละ ๖,๐๐๐ บาท เป็นเงิน ๕๖๔,๐๐๐ บาท

๒. โรงพยาบาล...

๒. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาสวนกวาง

- อนุกรรมการฯ อนุมัติ ๔๐ รายๆ ละ ๑๐,๔๔๒ บาท เป็นเงิน ๔๑๗,๖๘๐ บาท สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โอนงบประมาณให้ กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น เทศบาลตำบลเขาสวนกวาง (เพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง) ในส่วนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาสวนกวาง จำนวน ๔๐ รายๆ ละ ๖,๐๐๐ บาท (ซึ่งเป็นไปตามประกาศใหม่) เป็นเงิน ๒๔๐,๐๐๐ บาท โดยหลังจากอนุกรรมการอนุมัติแผนการดูแล (Care plan) และก่อนที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอนุมัติงบประมาณ มีผู้มีภาวะพึ่งพิงเสียชีวิต จำนวน ๒ ราย คือ นางประยูร คณะเหลา เสียชีวิตเมื่อวันที่ ๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๘ และนางบัวโฮม เข็มขันธุ์ เสียชีวิตเมื่อวันที่ ๑๘ ธันวาคม ๒๕๖๘ คงเหลือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน ๓๘ ราย จึงขออนุมัติโอนงบประมาณเพื่อการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงให้ศูนย์ดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงเทศบาลตำบลเขาสวนกวาง จำนวน ๓๘ รายๆ ละ ๖,๐๐๐ บาท เป็นเงิน ๒๒๘,๐๐๐ บาท

ข้อพิจารณา

เพื่อให้การบริหารศูนย์ดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้มีภาวะพึ่งพิงในเขตเทศบาลตำบลเขาสวนกวางได้รับการดูแลตามชุดสิทธิประโยชน์ ตลอดจนได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และให้ผู้มีภาวะพึ่งพิงมีสุขภาพแข็งแรง เห็นควรพิจารณาอนุมัติและเบิกจ่ายงบประมาณให้ศูนย์ดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงเทศบาลตำบลเขาสวนกวาง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

๑. โอนงบประมาณให้ศูนย์ดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง ตามจำนวนคงเหลือ จำนวน ๑๓๒ รายๆ ละ ๖,๐๐๐ บาท เป็นเงิน ๗๙๒,๐๐๐ บาท ตามที่ได้รับจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
๒. ขออนุมัติโอนถอนเงินจากบัญชีธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร สาขาเขาสวนกวาง ชื่อบัญชี กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น เทศบาลตำบลเขาสวนกวาง เพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง เลขที่บัญชี ๐๒๐๑๕๕๐๔๗๒๙๒ เพื่อฝากเข้าบัญชีธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร สาขาเขาสวนกวาง ชื่อบัญชี ศูนย์ดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงเทศบาลตำบลเขาสวนกวาง บัญชีเงินฝากออมทรัพย์ เลขที่บัญชี ๐๒๐๑๕๕๐๔๗๕๓๓ ตามรายละเอียดข้างต้น เป็นจำนวนเงินในการโอนถอน - ฝากทั้งสิ้น ๗๙๒,๐๐๐ บาท (เจ็ดแสนเก้าหมื่นสองพันบาทถ้วน)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ



(นางสาวอรัญญา อุดมกร)
เจ้าพนักงานธุรการ ปฏิบัติงาน

เรียน รองปลัดเทศบาลตำบลเขาสวนกวาง

.....
.....
.....
.....

เพ็ญดา หงษ์ดี

(นายดำริ ลักขิตานนท์)

ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

เรียน ปลัดเทศบาลตำบลเขาสวนกวาง

.....
.....
.....

- เพ็ญดา หงษ์ดี

(นายเมธี สาระพล)

รองปลัดเทศบาลตำบลเขาสวนกวาง

ความเห็นปลัดเทศบาลตำบลเขาสวนกวาง

.....
.....
.....

กิ่งกนก
กนกนพคุณ

(นางกอบกุลศรี คนฟูม)

ปลัดเทศบาลตำบลเขาสวนกวาง

คำสั่งนายกเทศมนตรีตำบลเขาสวนกวาง

.....
.....
.....

- อภิสรา

(นายเผด็จศักดิ์ พงษ์สมบัติ)

นายกเทศมนตรีตำบลเขาสวนกวาง

ข้อตกลงการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง
ระหว่าง

เทศบาลตำบลเขาสวนกวาง กับ รพ.สต.เขาสวนกวาง (ศูนย์ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง)

ข้อตกลงเลขที่ ...1..... /256๙.....

ข้อตกลงนี้ทำขึ้น ณ เทศบาลตำบลเขาสวนกวาง ตั้งอยู่ที่ 399 หมู่ที่ 11 ตำบล คำม่วง อำเภอ เขาสวนกวาง จังหวัด ขอนแก่น เมื่อวันที่ วันที่ 7 เดือน ตุลาคม พ.ศ.2568 ระหว่าง เทศบาลตำบลเขาสวนกวาง โดยนายเผด็จศักดิ์ พงษ์สมบัติ ซึ่งต่อไปในข้อตกลงนี้เรียกว่า “องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น” ฝ่ายหนึ่ง กับ รพ.สต.เขาสวนกวาง โดยนางสาวกาญจนา โพธิชัยเลิศ ต่อไปในข้อตกลงนี้เรียกว่า “หน่วยจัดบริการ” อีกฝ่ายหนึ่งซึ่งดำเนินการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงผ่านศูนย์ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง เทศบาลตำบลเขาสวนกวาง โดยมีข้อความดังต่อไปนี้

ข้อ 1 การดำเนินงาน ทั้งสองฝ่ายตกลงร่วมกันในการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ตามชุดสิทธิประโยชน์ในเอกสารแนบท้ายประกาศคณะ กรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่


ข้อ 2 การจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง และสรุปแผนการดูแลรายบุคคลและค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง(เหมาจ่าย) ต่อคนต่อปี ตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การ ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ให้เป็นไปตามเอกสารแนบท้าย ข้อตกลงนี้

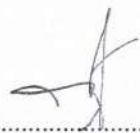
ข้อ 3 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตกลงสนับสนุนเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ ในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่(ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง)จำนวนทั้งสิ้นไม่เกิน 228,000.00 บาท (สองแสนสองหมื่นแปดพันบาทถ้วน) โดย เป็นจำนวนเงิน 228,000.00 บาท (สองแสนสองหมื่นแปดพันบาทถ้วน) ซึ่งได้รวมภาษีมูลค่าเพิ่มตลอดจนภาษีอากรอื่นๆ และค่าใช้จ่ายทั้งปวงไว้ด้วยแล้ว


ข้อ 4 หน่วยจัดบริการเริ่มดำเนินงานตามข้อตกลงตั้งแต่วันที่ 7 เดือน ตุลาคม พ.ศ.2568 สิ้นสุดในวันที่ 6 เดือน ตุลาคม พ.ศ.2569 โดยเมื่อสิ้นสุดการดำเนินงานตามข้อตกลง ให้หน่วยจัดบริการรายงานผลการดำเนินงาน ในโปรแกรม LTC

ข้อ 5 กรณีหน่วยจัดบริการไม่ปฏิบัติตามข้อตกลงทำให้เกิดความล่าช้าหรือความเสียหาย องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นมีสิทธิ์ยกเลิกข้อตกลง และระงับการจ่ายเงินสนับสนุนโดยผู้จัดบริการยินยอมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรียกเงินสนับสนุนที่จ่ายไปแล้วคืนทั้งหมดหรือบางส่วนได้

ข้อตกลงนี้ทำขึ้นสองฉบับมีข้อความถูกต้องตรงกัน ซึ่งทั้งสองฝ่ายได้อ่านและเข้าใจข้อความโดยตลอด
จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ


ลงชื่อ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น
(นายเผด็จศักดิ์ พงษ์สมบัติ)
นายกเทศมนตรีตำบลเขาสวนกวาง


ลงชื่อ หน่วยจัดบริการ
(นางสาวกาญจนา โพธิชัยเลิศ)
ผู้จัดการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง Care Manager


ลงชื่อ พยาน
(นายเมธี สาระพล)
รองปลัดเทศบาลตำบลเขาสวนกวาง


ลงชื่อ พยาน
(นายดำริ ลักชิตานนท์)
ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

ข้อตกลงการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง

ระหว่าง

เทศบาลตำบลเขาสวนกวาง กับ รพ.สต.เขาสวนกวาง (ศูนย์ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง)

ข้อตกลงเลขที่1...../25๖๙.....

ข้อตกลงนี้ทำขึ้น ณ เทศบาลตำบลเขาสวนกวาง ตั้งอยู่ที่ 399 หมู่ที่ 11 ตำบล คำม่วง อำเภอ เขาสวนกวาง จังหวัด ขอนแก่น เมื่อวันที่ วันที่ 7 เดือน ตุลาคม พ.ศ.2568 ระหว่าง เทศบาลตำบลเขาสวนกวาง โดยนายเผด็จศักดิ์ พงษ์สมบัติ ซึ่งต่อไปในข้อตกลงนี้เรียกว่า “องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น” ฝ่ายหนึ่ง กับ รพ.สต.เขาสวนกวาง โดยนางสาวกาญจนา โพธิ์ชัยเลิศ ต่อไปในข้อตกลงนี้เรียกว่า “หน่วยจัดบริการ” อีกฝ่ายหนึ่งซึ่งดำเนินการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงผ่านศูนย์ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง เทศบาลตำบลเขาสวนกวาง โดยมีข้อความดังต่อไปนี้

ข้อ 1 การดำเนินงาน ทั้งสองฝ่ายตกลงร่วมกันในการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ตามชุดสิทธิประโยชน์ในเอกสารแนบท้ายประกาศ คณะ กรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

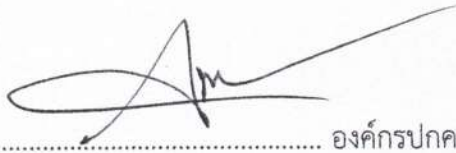
ข้อ 2 การจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง และสรุปแผนการดูแลรายบุคคลและค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง(เหมาจ่าย) ต่อคนต่อปี ตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การ ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ให้เป็นไปตามเอกสารแนบท้าย ข้อตกลงนี้

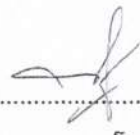
ข้อ 3 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตกลงสนับสนุนเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ ในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่(ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง)จำนวนทั้งสิ้นไม่เกิน 228,000.00 บาท (สองแสนสองหมื่นแปดพันบาทถ้วน) โดย เป็นจำนวนเงิน 228,000.00 บาท (สองแสนสองหมื่นแปดพันบาทถ้วน) ซึ่งได้รวมภาษีมูลค่าเพิ่มตลอดจนภาษีอากรอื่นๆ และค่าใช้จ่ายทั้งปวงไว้ด้วยแล้ว


ข้อ 4 หน่วยจัดบริการเริ่มดำเนินงานตามข้อตกลงตั้งแต่วันที่ 7 เดือน ตุลาคม พ.ศ.2568 สิ้นสุดในวันที่ 6 เดือน ตุลาคม พ.ศ.2569 โดยเมื่อสิ้นสุดการดำเนินงานตามข้อตกลง ให้หน่วยจัดบริการรายงานผลการดำเนินงาน ในโปรแกรม LTC


ข้อ 5 กรณีหน่วยจัดบริการไม่ปฏิบัติตามข้อตกลงทำให้เกิดความล่าช้าหรือความเสียหาย องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นมีสิทธิ์ยกเลิกข้อตกลง และระงับการจ่ายเงินสนับสนุนโดยผู้จัดบริการยินยอมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรียกเงินสนับสนุนที่จ่ายไปแล้วคืนทั้งหมดหรือบางส่วนได้

ข้อตกลงนี้ทำขึ้นสองฉบับมีข้อความถูกต้องตรงกัน ซึ่งทั้งสองฝ่ายได้อ่านและเข้าใจข้อความโดยตลอด
จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อ  องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น
(นายเมด็จศักดิ์ พงษ์สมบัติ)
นายกเทศมนตรีตำบลเขาสวนกวาง

ลงชื่อ  หน่วยจัดบริการ
(นางสาวกาญจนา โพธิชัยเลิศ)
ผู้จัดการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง Care Manager

ลงชื่อ  พยาน
(นายเมธี สาระพล)
รองปลัดเทศบาลตำบลเขาสวนกวาง

ลงชื่อ  พยาน
(นายดัตริ ลักษิตานนท์)
ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

รายงานการประชุมคณะกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
เทศบาลตำบลเขาสวนกวาง อำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น
ครั้งที่ ๑/๒๕๖๙ วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๘ เวลา ๐๙.๓๐ น.
ณ ห้องประชุมชั้น ๒ เทศบาลตำบลเขาสวนกวาง

ผู้มาประชุม

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ	หมายเหตุ
๑	นายเผด็จศักดิ์ พงษ์สมบัติ	ประธานกรรมการ	เผด็จศักดิ์ พงษ์สมบัติ	
๒	นายเน้นทกร ไชยคำ	รองกรรมการ	เน้นทกร ไชยคำ	
๓	นายสมพงษ์ ว่องไว	กรรมการ	สมพงษ์ ว่องไว	
๔	นางสาวกิตติมา ว่องไว	กรรมการ	กิตติมา ว่องไว	
๕	นางสาวกาญจนา โพธิ์ชัยเลิศ	กรรมการ	กาญจนา โพธิ์ชัยเลิศ	
๖	นางสาวอมลณัฐนันท์ กระจ่างเงิน	กรรมการ	อมลณัฐนันท์ กระจ่างเงิน	
๗	นางสาววลินี วอแพง	กรรมการ	วลินี วอแพง	
๘	นายนิมิตร กิตติคุณรัตน์	กรรมการ	นิมิตร กิตติคุณรัตน์	
๙	นางธนพร ทาส่วย	กรรมการ	ธนพร ทาส่วย	
๑๐	นางภัควิญญู ศรีสมบูรณ์	กรรมการ	ภัควิญญู ศรีสมบูรณ์	
๑๑	นางสาวณภัทร รชตะพิพรรธ	กรรมการ	ณภัทร รชตะพิพรรธ	
๑๒	นางสาวณัฐยา บัวทอง	กรรมการ	ณัฐยา บัวทอง	
๑๓	นายนครินทร์ ทองศรี	กรรมการ	นครินทร์ ทองศรี	
๑๔	นางสาวภรณ์ชนก มูริจันทร์	กรรมการ	ภรณ์ชนก มูริจันทร์	
๑๕	นางเกวลิณ อุ่นเจริญ	กรรมการ	เกวลิณ อุ่นเจริญ	
๑๖	นางกอบกฤษณ์ คนพุ่ม	กรรมการ/เลขานุการ	กอบกฤษณ์ คนพุ่ม	
๑๗	นายเมธี สาระพล	กรรมการ/ ผู้ช่วยเลขานุการ	เมธี สาระพล	
๑๘	นายคำริ ลักชิตานนท์	กรรมการ/ ผู้ช่วยเลขานุการ	คำริ ลักชิตานนท์	
๑๙	นางสาวอริญญา อุตรนคร	กรรมการ/ ผู้ช่วยเลขานุการ	อริญญา อุตรนคร	
๒๐	นางสาวสุธาสิณี เชื่อมหนองแวง	ผู้ช่วยเลขานุการ	สุธาสิณี เชื่อมหนองแวง	
๒๑	นางสาวนันทวัน โคกแปะ	ผู้ช่วยเลขานุการ	นันทวัน โคกแปะ	
๒๒	นางสาวจันทวรรณ สังคะพันธ์	ผู้ช่วยเลขานุการ	จันทวรรณ สังคะพันธ์	

ผู้ไม่มาประชุม

- | | |
|------------------------------|------------|
| ๑. นายศิลา ประคอง | รองกรรมการ |
| ๒. นายสมพงษ์ อินทรมณี | กรรมการ |
| ๓. นายชินพันธ์ กุดโรจน์เมธีย | กรรมการ |
| ๔. นายทิวทัศน์ นิโรจอาจ | กรรมการ |

สำเนาถูกต้อง

๒

(นายเมธี สาระพล)
ปลัดเทศบาลตำบลเขาสวนกวาง
๕. นายวีระกร...

นางสาวกาญจนา โพธิ์ชัยเลิศ เรียนประธานและคณะกรรมการศูนย์ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงฯ CM ของ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาสวนกวาง ได้ลงพื้นที่ประเมิน ADL ผู้มีภาวะพึ่งพิง
และเขียนแผนการดูแลโดยมีรายละเอียด ดังนี้

กลุ่มที่ ๑ จำนวน ๑๘ คน	เป็นเงิน	๑๘๗,๙๕๖	บาท
กลุ่มที่ ๒ จำนวน ๑๑ คน	เป็นเงิน	๑๑๔,๘๖๒	บาท
กลุ่มที่ ๓ จำนวน ๘ คน	เป็นเงิน	๘๓,๕๓๖	บาท
กลุ่มที่ ๔ จำนวน ๕ คน	เป็นเงิน	๕๒,๒๑๐	บาท
รวม ๔๒ คน เป็นเงิน		๔๓๘,๕๖๔	บาท

แต่ ณ วันที่ประชุมวันนี้ มีผู้เสียชีวิต ๒ คน คือ นางจันทิ โพธิ์สาลี กลุ่มที่ ๑ และ
นางทองพูล โพธิ์กิ่ง กลุ่ม ๔ ทำให้ยอดรวม คงเหลือ ดังนี้

กลุ่มที่ ๑ จำนวน ๑๗ คน	เป็นเงิน	๑๗๗,๕๑๔	บาท
กลุ่มที่ ๒ จำนวน ๑๑ คน	เป็นเงิน	๑๑๔,๘๖๒	บาท
กลุ่มที่ ๓ จำนวน ๘ คน	เป็นเงิน	๘๓,๕๓๖	บาท
กลุ่มที่ ๔ จำนวน ๔ คน	เป็นเงิน	๔๑,๗๖๘	บาท
รวม ๔๐ คน เป็นเงิน		๔๑๗,๖๘๐	บาท

รายละเอียดตามเอกสารแนบ

นางสาวอมลณีฐนันท์ กระเชาเงิน เรียนประธานและคณะกรรมการศูนย์ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงฯ CM ของ
โรงพยาบาลเขาสวนกวาง ได้ลงพื้นที่ประเมิน ADL ผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ครบ ๑๒ เดือน
และเขียนแผนการดูแลโดยมีรายละเอียด ดังนี้

กลุ่มที่ ๑ จำนวน ๒๕ คน	เป็นเงิน	๒๖๑,๐๕๐	บาท
กลุ่มที่ ๒ จำนวน ๖๒ คน	เป็นเงิน	๖๔๗,๔๐๔	บาท
กลุ่มที่ ๓ จำนวน ๖ คน	เป็นเงิน	๖๒,๖๕๒	บาท
กลุ่มที่ ๔ จำนวน ๗ คน	เป็นเงิน	๗๓,๐๙๔	บาท
รวม ๑๐๐ คน เป็นเงิน		๑,๐๔๔,๒๐๐	บาท

แต่ ณ วันที่ประชุมวันนี้ มีผู้เสียชีวิต ๑ คน คือ นางทองพูล แสงบุตติกลุ่มที่ ๒
ทำให้ยอดรวม คงเหลือ ดังนี้

กลุ่มที่ ๑ จำนวน ๒๕ คน	เป็นเงิน	๒๖๑,๐๕๐	บาท
กลุ่มที่ ๒ จำนวน ๖๑ คน	เป็นเงิน	๖๓๖,๙๖๒	บาท
กลุ่มที่ ๓ จำนวน ๖ คน	เป็นเงิน	๖๒,๖๕๒	บาท
กลุ่มที่ ๔ จำนวน ๗ คน	เป็นเงิน	๗๓,๐๙๔	บาท
รวม ๙๙ คน เป็นเงิน		๑,๐๓๓,๗๕๘	บาท

รายละเอียดตามเอกสารแนบ

นายเมธี สาระพล

ประธาน

จากการนำเสนอของ CM มีผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ ต้องเสนอขออนุมัติต่อ
อนุกรรมการ จำนวน ๑๓๙ คน เป็นเงิน ๑,๔๕๑,๔๓๘ บาท

ขอมติที่ประชุมศูนย์ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อเสนอขออนุมัติโครงการและ
แผนการดูแลต่ออนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะ
พึ่งพิงเทศบาลตำบลเขาสวนกวาง

(ญาติที่ประสงค์จะขอ)

นางสาว... เทศบาลตำบลเขาสวนกวาง

มติที่ประชุม

ที่ประชุมมีมติเสนอโครงการและแผนการดูแลต่ออนุกรรมการฯ โดยมี
รายละเอียดดังนี้

กลุ่มที่ ๑ จำนวน ๔๒ คน	เป็นเงิน	๔๓๘,๕๖๔	บาท
กลุ่มที่ ๒ จำนวน ๗๒ คน	เป็นเงิน	๗๕๑,๘๒๔	บาท
กลุ่มที่ ๓ จำนวน ๑๔ คน	เป็นเงิน	๑๔๖,๑๘๘	บาท
กลุ่มที่ ๔ จำนวน ๑๑ คน	เป็นเงิน	๑๑๔,๘๖๒	บาท
รวม ๑๓๙ คน เป็นเงิน			๑,๔๕๑,๔๓๘ บาท

รายละเอียดตามเอกสารแนบ

๓.๒ การเปลี่ยนแปลงคำสั่งคณะกรรมการศูนย์

ประธาน

ศูนย์ดูแลมีภาวะพึ่งพิงเทศบาลตำบลเขาสวนกวาง ในคณะกรรมการจัดซื้อ/จัดจ้างงานพัสดุ จากนายวีระกร วีระภรณ์พิมล เป็น นายนันท์กร ไชยคำ ปฏิบัติหน้าที่เป็นหัวหน้าเจ้าหน้าที่ผู้จัดซื้อ/จัดจ้าง คณะกรรมการท่านใดมีข้อเสนอนะหรือมีข้อคิดเห็นอย่างไร หากไม่มีขอมติที่ประชุมด้วยครับ

ที่ประชุม

มีมติเห็นชอบตามที่เสนอ

วาระที่ ๔

เรื่อง อื่นๆ (ถ้ามี)

ประธาน

มีคณะกรรมการท่านใดมีอะไรจะเสนอใหม่ครับถ้าไม่มี กระทบขอปิดการประชุมคณะกรรมการศูนย์ดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงเทศบาลตำบลเขาสวนกวางครับ

เลิกประชุม เวลา ๑๑.๓๐ น.

ลงชื่อ

ผู้จัดบันทึกรายงานการประชุม

(นางสาวอรรณญา อุดรนคร)

เจ้าพนักงานธุรการ ปฏิบัติงาน กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

ลงชื่อ

ผู้ตรวจรายงานการประชุม

(นายคำริ ลักขิตานนท์)

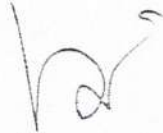
กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

สำเนาถูกต้อง

(นายเมธี สาระพล)

รองปลัดเทศบาลตำบลเขาสวนกวาง

ลงชื่อ

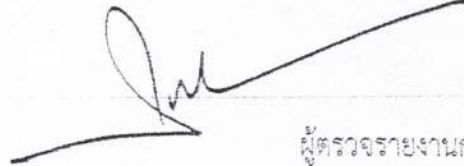


(นายเมธี สาระพล)

กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ผู้ตรวจรายงานการประชุม

ลงชื่อ



(นางกอบกoonศ์ คณพุ่ม)

กรรมการและเลขานุการ

ผู้ตรวจรายงานการประชุม

ลงชื่อ



(นายเฟด็จศักดิ์ พงษ์สมบัติ)

ประธานกรรมการศูนย์ฯ

ผู้รับรองรายงานการประชุม

สำเนาถูกต้อง



(นายเมธี สาระพล)

รองปลัดเทศบาลตำบลเขาสามกวาง

รายงานการประชุมคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิง
เทศบาลตำบลเขาสวนกวาง อำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น
ครั้งที่ ๑/๒๕๖๙ ณ วันที่ ๗ ตุลาคม ๒๕๖๘ เวลา ๑๐.๐๐ น.
ณ ห้องประชุมชั้น ๒ เทศบาลตำบลเขาสวนกวาง

ผู้มาประชุม ๘ คน

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ	หมายเหตุ
๑	นายเผด็จศักดิ์ พงษ์สมบัติ	ประธานอนุกรรมการ	เผด็จศักดิ์ พงษ์สมบัติ	
๒	นางสุทธิรัตน์ พิสุทธิรัตน์	อนุกรรมการ	สุทธิรัตน์ พิสุทธิรัตน์	
๓	นายวรวิธ ชุมแวงวาปี	อนุกรรมการ	วรวิธ ชุมแวงวาปี	
๔	นายวรรณชัย บุณนาค	อนุกรรมการ	วรรณชัย บุณนาค	แทน สสอ.
๕	นางสาวอมลณัฐนันท์ กระจ่างเงิน	อนุกรรมการ	อมลณัฐนันท์ กระจ่างเงิน	
๖	นางธนพร ทาส่วย	อนุกรรมการ	ธนพร ทาส่วย	
๗	นางกอบกุลณ์ศ์ คนพุ่ม	อนุกรรมการ/ เลขานุการ	กอบกุลณ์ศ์ คนพุ่ม	
๘	นายคำริ ลักขิตานนท์	อนุกรรมการ/ ผู้ช่วยเลขานุการ	คำริ ลักขิตานนท์	

ผู้ไม่มาประชุม ๒ คน

๑. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเขาสวนกวาง
๒. ผอ.รพ.สต.เขาสวนกวาง

ผู้เข้าร่วมประชุม

๑. นายเมธี สาระพล รองปลัดเทศบาล
๒. นางสาวอริญญา อุตทรนคร เจ้าพนักงานธุรการ ปฏิบัติงาน
๓. นางสาวนันทวัน โคกแปะ ผู้ช่วยเจ้าพนักงานธุรการ
๔. นางสาวจันทวรรณ ลังคพันธ์ พนักงานจ้างทั่วไป

เริ่มประชุมเวลา ๑๐.๐๐ น.

ประธาน

เรียนคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิงเทศบาลตำบลเขาสวนกวาง ทุกท่าน กระผม นายเผด็จศักดิ์ พงษ์สมบัติ ประธานกรรมการทำหน้าที่ ประธานในการประชุม ดำเนินการตามระเบียบวาระนี้ เมื่อครบองค์ประชุมแล้วจึงขอเปิดการประชุมครับ

ระเบียบวาระที่ ๑

เรื่อง ประธานแจ้งให้ที่ประชุมทราบ

วันนี้เป็นการประชุมคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ให้ผู้สูงอายุและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับการดูแลตามแผนการดูแลและได้ขุดสิทธิ์ประโยชน์ครบตามแผนการดูแลจึงเชิญประชุมในวันนี้

สำเนาถูกต้อง

ที่ประชุม...

(นายเมธี สาระพล)

ที่ประชุม

รับทราบ

ระเบียบวาระที่ ๒

เรื่องรับรองรายงานการประชุมครั้งที่แล้ว

ไม่มี

ระเบียบวาระที่ ๓

เรื่อง รายงานสถานะการเงิน

นายเมธี สาระพล

รายงานยอดเงินในบัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นเทศบาลตำบล
เขาสวนกวาง เพื่อการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง ณ วันที่ ๒๗ กันยายน ๒๕๖๘ มียอด
คงเหลือ ๒,๙๒๙.๔๑ บาท

มติที่ประชุม

รับทราบ

ระเบียบวาระที่ ๔

เรื่อง พิจารณา

นายเมธี สาระพล

๔.๑ พิจารณานุมัติโครงการ แผนการดูแลรายบุคคล (Care plan) / ค่าใช้จ่าย
ในการดูแลรายบุคคล

ศูนย์ดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงเทศบาลตำบลเขาสวนกวาง ได้จัดทำและเสนอ
Care plan จำนวน ๑๓๙ ราย ต่อคณะกรรมการ โดยตามประกาศคณะกรรมการ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ลงวันที่ ๒๘
มิถุนายน ๒๕๖๗ ส่วนที่ ๒ ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน
ข้อ ๗๔ การจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ให้ สปสช. สนับสนุน
ค่าใช้จ่ายให้กับหน่วยบริการ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งเป็นผู้ดำเนินงาน
และบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ตามเป้าหมาย
จำนวนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในท้องถิ่นที่ได้รับการอนุมัติ แผนการดูแลรายบุคคลแบบ
เหมาจ่ายจากเดิมรายละเอียดโครงการ แผนการดูแล รวมถึงค่าใช้จ่ายการดูแลของ
ผู้ป่วยครั้ง ตามเอกสารที่แนบให้คณะกรรมการครับ

โดย CM ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาสวนกวาง ได้ลงพื้นที่
ประเมิน ADL ผู้มีภาวะพึ่งพิงและเขียนแผนการดูแลโดยมีรายละเอียด ดังนี้

กลุ่มที่ ๑ จำนวน ๑๗ คน	เป็นเงิน	๑๗๗,๕๑๔	บาท
กลุ่มที่ ๒ จำนวน ๑๑ คน	เป็นเงิน	๑๑๔,๘๖๒	บาท
กลุ่มที่ ๓ จำนวน ๘ คน	เป็นเงิน	๘๓,๕๓๖	บาท
กลุ่มที่ ๔ จำนวน ๔ คน	เป็นเงิน	๔๑,๗๖๘	บาท
รวม ๔๐ คน เป็นเงิน		๔๑๗,๖๘๐	บาท

รายละเอียดตามเอกสารแนบ

สำเนาถูกต้อง

นางสาวอมลณัฐนันท์...

(นายเมธี สาระพล)

รองปลัดเทศบาลตำบลเขาสวนกวาง

นางสาวอมลณัฐนันท์ กระเช้าเงิน เรียนประธานและคณะกรรมการอนุกรรมการ CM ของโรงพยาบาล
เขาสวนกวาง ได้ลงพื้นที่ประเมิน ADL ผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ครบ ๑๒ เดือน และเขียน
แผนการดูแลโดยมีรายละเอียด ดังนี้

แต่ ณ วันที่ประชุมวันนี้ มีผู้เสียชีวิต ๑ คน คือ นางทิพย์สุคนธ์ สงค์
ประเสริฐ เสียชีวิตเมื่อวันที่ ๔ ตุลาคม ๒๕๖๘ เป็นผู้ป่วยกลุ่มที่ ๔ ทำให้อัตรารวม
คงเหลือ ดังนี้

กลุ่มที่ ๑ จำนวน ๒๕ คน	เป็นเงิน	๒๖๑,๐๕๐	บาท
กลุ่มที่ ๒ จำนวน ๖๑ คน	เป็นเงิน	๖๓๖,๙๖๒	บาท
กลุ่มที่ ๓ จำนวน ๖ คน	เป็นเงิน	๖๒,๖๕๒	บาท
กลุ่มที่ ๔ จำนวน ๖ คน	เป็นเงิน	๖๒,๖๕๒	บาท
รวม ๙๘ คน เป็นเงิน			๑,๐๒๓,๓๑๖ บาท

รายละเอียดตามเอกสารแนบ

ประธาน

จากการนำเสนอของ CM มีผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องเสนอขออนุมัติต่อ
อนุกรรมการ จำนวน ๑๓๘ คน เป็นเงิน ๑,๔๔๐,๙๙๖ บาท ขอมติที่ประชุม
อนุกรรมการอนุมัติโครงการและแผนการดูแลต่ออนุกรรมการสนับสนุนการ
จัดบริการระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเทศบาลตำบลเขาสวนกวาง

มติที่ประชุม

ที่ประชุมมีมติอนุมัติโครงการและแผนการดูแลต่ออนุกรรมการฯ โดยมี
รายละเอียดดังนี้

กลุ่มที่ ๑ จำนวน ๔๒ คน	เป็นเงิน	๔๓๘,๕๖๔	บาท
กลุ่มที่ ๒ จำนวน ๗๒ คน	เป็นเงิน	๗๕๑,๘๒๔	บาท
กลุ่มที่ ๓ จำนวน ๑๔ คน	เป็นเงิน	๑๔๖,๑๘๘	บาท
กลุ่มที่ ๔ จำนวน ๑๐ คน	เป็นเงิน	๑๐๔,๕๒๐	บาท
รวม ๑๓๘ คน เป็นเงิน			๑,๔๔๐,๙๙๖ บาท

รายละเอียดตามเอกสารแนบ

เจ้าหน้าที่จะนำเข้าสู่ข้อมูลในระบบ LTC สปสช. เพื่อขอรับงบประมาณต่อไป

ระเบียบวาระที่ ๕

เรื่อง อื่นๆ (ถ้ามี)

ประธาน

มีคณะกรรมการท่านใดมีอะไรจะเสนอใหม่ครบถ้าไม่มี กระผมขอปิดการ
ประชุมคณะอนุกรรมการสนับสนุนการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาว
สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเทศบาลตำบลเขาสวนกวางครับ

ปิดประชุม เวลา ๑๑.๐๐ น.

ลงชื่อ

(นางสาวอรัญญา อุดรนคร)

เจ้าพนักงานธุรการ ปฏิบัติงาน

ผู้จัดบันทึกรายงานการประชุม

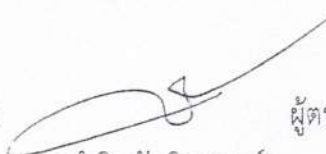
สำเนาถูกต้อง

ลงชื่อ

(นายเมธี สาระพล)

รองปลัดเทศบาลตำบลเขาสวนกวาง

ลงชื่อ

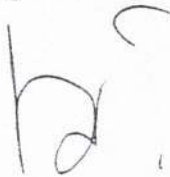


ผู้ตรวจรายงานการประชุม

(นายตำริ ลักษิตานนท์)

กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ลงชื่อ



ผู้ตรวจรายงานการประชุม

(นายเมธี สาระพล)

รองปลัดเทศบาลตำบลเขาสวนกวาง

ลงชื่อ

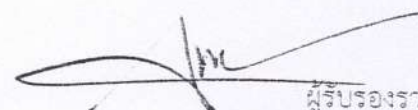


ผู้ตรวจรายงานการประชุม

(นางกอบกoonศ์ คนพุ่ม)

กรรมการและเลขานุการ

ลงชื่อ



ผู้รับรองรายงานการประชุม

(นายเมธี สาระพล)

ประธานอนุกรรมการฯ

สำเนาถูกต้อง



(นายเมธี สาระพล)

รองปลัดเทศบาลตำบลเขาสวนกวาง

โครงการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเทศบาลตำบลเขาสวนกวาง
อำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ ๒๕๖๘

หลักการและเหตุผล

จากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย ปี ๒๕๕๓ - ๒๕๘๓ ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) โดยใช้ข้อมูลสำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ.๒๕๕๓ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ เป็นฐานในการประมาณ พบว่า ในปี ๒๕๕๓ ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป สูงถึง ๒๐.๕ ล้านคนหรือคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๓๒ ของจำนวนประชากรไทยทั้งหมด โครงสร้างประชากรไทย เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จะส่งผลต่อการพัฒนาประเทศ เนื่องจากการลดลงของจำนวนและสัดส่วนของประชากรวัยแรงงานจะกระทบศักยภาพการผลิต นอกจากนี้การเพิ่มประชากรสูงอายุยังสะท้อนการเพิ่มขึ้นของภาระทางกรคลัง จากจำนวนประชากรอยู่ในวัยพึ่งพิงทั้งในเชิงเศรษฐกิจ สังคมและสุขภาพ นอกเหนือจากปัญหาด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุยังเผชิญปัญหาสภาพชีวิต ความเป็นอยู่ และระบบการดูแลที่ไม่ได้มาตรฐาน รวมถึงความมั่นคงทางรายได้โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุจากครอบครัวยากจน นอกจากนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังขาดการพัฒนาทักษะในการทำงาน การดำรงชีวิตในสังคมให้เท่าทันต่อการเปลี่ยนแปลงของโลก ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ยังไม่มีส่วนร่วมในการทำงานและพัฒนาประเทศเท่าที่ควร

สถานการณ์ด้านสุขภาพผู้สูงอายุไทยร้อยละ ๙๕ มีความเจ็บป่วยด้วยโรคและปัญหาสุขภาพดังต่อไปนี้ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๔๑ โรคเบาหวาน ร้อยละ ๑๐ โรคเข่าเสื่อม ร้อยละ ๙ เป็นผู้พิการ ร้อยละ ๖ โรคซึมเศร้า ร้อยละ ๑ และผู้ป่วยนอนติดเตียง ร้อยละ ๑ ขณะที่มีเพียง ร้อยละ ๕ เท่านั้นที่ไม่เป็นโรคและปัญหาสุขภาพดังกล่าว ผู้สูงอายุเข้าถึงระบบบริการสุขภาพเพียงร้อยละ ๕๖.๗ (รายงานสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี ๒๕๕๖ : กรมอนามัย ร่วมกับ HITAP และ สปสช.) มีผู้สูงอายุอยู่คนเดียว จำนวน ๖๐๐,๐๐๐ คน หรือร้อยละ ๗.๗ และอยู่ลำพังกับคู่สมรส จำนวน ๑.๓ ล้านคน หรือ ร้อยละ ๑๖.๓๓ ในปี ๒๕๕๕

จากการสำรวจสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลคำม่วง ในปีงบประมาณ ๒๕๖๗ ผู้สูงอายุได้รับการตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพจำนวน ๕๖๒ คน ซึ่งเป็นผู้สูงอายุในเขตตำบลเขาสวนกวาง ๕๖๒ คน แยกตามความสามารถในการดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันพบว่า กลุ่มติดสังคม ช่วยเหลือตัวเองได้ดี จำนวน ๕๔๐ คน คิดเป็น ร้อยละ ๙๖.๒๘ เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแล จำนวน ๔๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๗.๗๒ บางรายเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นปัญหาเรื้อรังและพิการตามมา เป็นภาระของครอบครัว และชุมชน ซึ่งมีผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจของครอบครัวเนื่องจากผู้ดูแลบางคนต้องหยุดงานเพื่อมาดูแลผู้สูงอายุที่มีความพิการและเจ็บป่วยเรื้อรังและปัญหาในระดับประเทศชาติ คือ ภาระค่ารักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้นเมื่อเกิดความพิการและภาวะแทรกซ้อน

จากสภาพปัญหาดังกล่าวข้างต้นหน่วยบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม และคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นตำบลคำม่วงเล็งเห็นความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุ และเพื่อตอบสนองนโยบายของรัฐ ที่มุ่งเน้นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงได้จัดทำโครงการ “ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ปีงบประมาณ ๒๕๖๘” ขึ้น เพื่อดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) และทีมหมอบรรณครว โดยให้บริการดูแลด้านสุขภาพที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอตามปัญหาสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชนและท้องถิ่น
2. เพื่อให้ผู้สูงอายุมีขวัญและกำลังใจในการดำเนินชีวิต ช่วงบั้นปลายของชีวิต
3. เพื่อพัฒนางานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ตัวชี้วัดการดำเนินงาน

1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการที่มีคุณภาพที่บ้าน ร้อยละ ๑๐๐
2. จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) มีระดับคะแนน ADL ดีขึ้น จากกลุ่มติดเตียงเป็นติดบ้าน และกลุ่มติดบ้านเป็นติดสังคม ร้อยละ ๓๐

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลคำม่วง ในเขตเทศบาล จำนวน ๔๒ คน แยกตามกลุ่มดังนี้

- กลุ่มที่ ๑ จำนวน ๑๘ คน
- กลุ่มที่ ๒ จำนวน ๑๑ คน
- กลุ่มที่ ๓ จำนวน ๘ คน
- กลุ่มที่ ๔ จำนวน ๕ คน

กิจกรรมการดำเนินงาน

1. สสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้แบบประเมิน ความสามารถในการดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL)
2. วิเคราะห์และจัดทำทะเบียนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ๔ กลุ่ม
 - กลุ่มที่ ๑ เคลื่อนไหวได้บ้าง และอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง
 - กลุ่มที่ ๒ เคลื่อนไหวได้บ้าง และอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่าย แต่มีภาวะสับสนทางสมอง
 - กลุ่มที่ ๓ เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่าย หรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง
 - กลุ่มที่ ๔ เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่าย และมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต
3. จัดประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นเทศบาลตำบลเขาสวนกวาง เพื่อหาแนวทางการดำเนินงาน
4. แต่งตั้งคณะอนุกรรมการการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care)
5. ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ร่วมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver)
6. ประชุมทีมหมอบรรณครวร่วมกับ Care Manager และ Care Giver เพื่อวางแผนการเยี่ยม (Care Plan) ตามเกณฑ์การเยี่ยมบ้าน ดังนี้
 - กลุ่มที่ ๑ เยี่ยมอย่างน้อย ๑-๒ ครั้ง/เดือน
 - กลุ่มที่ ๒ เยี่ยมอย่างน้อย ๒-๔ ครั้ง/เดือน
 - กลุ่มที่ ๓ เยี่ยมอย่างน้อย ๑ ครั้ง/สัปดาห์
 - กลุ่มที่ ๔ เยี่ยมทุกวัน

๗. ออกเยี่ยมบ้านตามแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รายบุคคล (Care Plan)
๘. บันทึกรายงานตามระบบบันทึกข้อมูล
๙. ทีมหานครอัครวิ Care Manager และ Care Giver สรุปและประเมินผลการเยี่ยม
๑๐. ประสานงานส่งต่อผู้สูงอายุ ในรายที่ต้องการการดูแลจากหน่วยงานหรือสถานบริการอื่นๆ
๑๑. นิเทศและติดตามประเมินผลโดย ทีมคณะกรรมการพัฒนางานระบบดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care)

พื้นที่ดำเนินการ

พื้นที่ตำบลเขาสวนกวาง ในเขตเทศบาลตำบลเขาสวนกวาง อ.เขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น

ระยะเวลาดำเนินการ

๑ สิงหาคม ๒๕๖๘ - ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๘

งบประมาณ

- | | | | |
|--|----------|---------|-----|
| ๑. หมวดค่าตอบแทนผู้ดูแล | | | |
| ๑.๑ ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ตามแบบสรุปแนบท้าย) | เป็นเงิน | - | บาท |
| ๑.๒ ค่าตอบแทนผู้ดูแลผู้สูงอายุเหมาจ่าย (ตามแบบสรุปแนบท้าย) | เป็นเงิน | - | บาท |
| ๒. หมวดรายการวัสดุ วัสดุการแพทย์ | | | |
| ได้แก่ แผ่นรองซับ, ผ้าอ้อม, ถุงถ่ายหน้าห้อง ฯลฯ | เป็นเงิน | ๔๓๘,๕๖๔ | บาท |
| (รายละเอียดรายการวัสดุแนบท้ายโครงการ) | | | |

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ๔๓๘,๕๖๔ บาท (สี่แสนสามหมื่นแปดพันห้าร้อยหกสิบสี่บาทถ้วน)

หมายเหตุ งบประมาณสามารถเบิกจ่ายทดแทนกันได้ทุกรายการ

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับบริการที่มีคุณภาพที่บ้าน ได้ทั่วถึงมากขึ้น
๒. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตที่ดี อยู่ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรี เข้าถึงบริการอย่างถ้วนหน้าและเท่าเทียมกัน เป็นการสร้างสังคมแห่งความเอื้ออาทรและสมานฉันท์
๓. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถดูแลช่วยเหลือตัวเองได้ดีขึ้น จากกลุ่มติดเตียงเป็นติดบ้าน และจากกลุ่มติดบ้าน เป็นติดสังคม
๔. ทีมหมอครอบครัว มีแนวทางในการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care) ภายใต้ระบบสุขภาพ

ผู้เขียนโครงการ/เสนอโครงการ



(นางสาววลินี วอแพง)

ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว
กรรมการศูนย์ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเทศบาลตำบลเขาสวนกวาง

ผู้ตรวจโครงการ



(นางสาวกาญจนา โพธิชัยเลิศ)

กรรมการศูนย์ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเทศบาลตำบลเขาสวนกวาง


ผู้เห็นชอบโครงการ



(นางกอบกุลย์ คนพุ่ม)

กรรมการและเลขานุการ
ศูนย์ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเทศบาลตำบลเขาสวนกวาง

ผู้อนุมัติโครงการ



(นายเผด็จศักดิ์ พงษ์สมบัติ)

ประธานกรรมการศูนย์ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเทศบาลตำบลเขาสวนกวาง

โครงการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

สรุปแผนการดูแลรายบุคคลและค่าบริการตามชุดสิทธิประโยชน์แบบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

ส่วนที่ ๑:โครงการ

เรียน ประธานคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
เทศบาลตำบลเขาสวนกวาง อำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น

ด้วยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาสวนกวาง อำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น มีความประสงค์จะจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลเขาสวนกวาง โดยขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามชุดสิทธิประโยชน์ แบบท้ายประกาศฯเป็นค่าบริการดูแลระยะยาวฯ(เหมาจ่าย) ต่อคนต่อปี จำนวน ๔๒ คน รวมเป็นเงินทั้งสิ้น จำนวน ๔๓๘,๕๖๔ บาท (สี่แสนสามหมื่นแปดพันห้าร้อยหกสิบสี่บาทถ้วน) โดยขอเบิกภายหลังได้รับโอนจาก สปสช. ๔๓๘,๕๖๔ บาท (สี่แสนสามหมื่นแปดพันห้าร้อยหกสิบสี่บาทถ้วน) ซึ่งเป็นจำนวนที่รวมถึงค่าจ้างเหมาผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตำบลเขาสวนกวาง รวมถึงรายละเอียดในการดำเนินงาน มีดังนี้

กลุ่มติดบ้าน				กลุ่มติดเตียง				รวม	
กลุ่มที่ ๑ เคลื่อนไหวได้บ้างมี ปัญหาการกิน/การ ขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะ สับสน		กลุ่มที่ ๒ กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง มีภาวะสับสน และอาจมี ปัญหาการกิน/การ ขับถ่าย		กลุ่มที่ ๓ กลุ่มที่เคลื่อนไหวเอง ไม่ได้ไม่มีปัญหาการ กิน/การขับถ่ายหรือ เจ็บป่วยรุนแรง		กลุ่มที่ ๔ กลุ่มที่เคลื่อนไหวเอง ไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะท้าย ของชีวิต		จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)
จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)
๑๘	๑๘๗,๙๕๖	๑๑	๑๑๔,๘๖๒	๘	๘๓,๕๓๖	๕	๕๒,๒๑๐	๔๒	๔๓๘,๕๖๔

ทั้งนี้ ได้แนบเอกสารสรุปแผนการดูแลรายบุคคลและค่าบริการดูแลระยะยาวฯ(เหมาจ่าย) ต่อคนต่อปี เพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวฯ รายละเอียดตามเอกสารแนบ ระยะเวลาดำเนินการ(ระบุตามวันเริ่มต้น และวันสิ้นสุดการให้บริการตามแผนการดูแลรายบุคคล

ลงชื่อ.....ผู้จัดทำโครงการ

(นางสาวกาญจนา โพธิ์ชัยเลิศ)

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ๒๕๖๘

ส่วนที่ ๓ : ผลการพิจารณาโครงการจัดบริการฯ ของคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

การประชุมคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ครั้งที่ ๑.../๒๕๖๘ เมื่อวันที่ ๗ เดือน ๗... พ.ศ. ๒๕๖๘ ได้พิจารณาข้อเสนอของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาสวนกวางที่ดำเนินการผ่านศูนย์ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเทศบาลตำบลเขาสวนกวาง อำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น ตามโครงการจัดบริการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและค่าบริการเหมาจ่าย/คน/ปี โดยที่ประชุมมีมติดังนี้

อนุมัติ โครงการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และค่าบริการเหมาจ่าย/คน/ปี และเห็นชอบให้การสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของศูนย์ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเทศบาลตำบลเขาสวนกวาง จำนวน ๔๐ คน เป็นเงินทั้งสิ้นจำนวน ๔๑๗,๖๘๐ บาท (สี่แสนหนึ่งหมื่นเจ็ดพันหกกร้อยแปดสิบบาทถ้วน) โดยเป็นเงินจากบัญชีเงินฝาก ดังนี้

กลุ่มติดบ้าน				กลุ่มติดเตียง				รวม	
กลุ่มที่ ๑ เคลื่อนได้บ้างมี ปัญหาการกิน/การ ขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะ สับสน		กลุ่มที่ ๒ เคลื่อนไหวได้บ้างมี ภาวะสับสน และอาจ มีปัญหาการกิน/การ ขับถ่าย		กลุ่มที่ ๓ กลุ่มเคลื่อนไหวเอง ไม่ได้ ไม่มีปัญหาการ กิน/การขับถ่ายหรือ เจ็บป่วยรุนแรง		กลุ่มที่ ๔ กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ใน ระยะท้ายของชีวิต			
จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)
๑๗	๑๗๗,๕๑๔	๑๑	๑๑๔,๘๖๒	๘	๘๓,๕๓๖	๔	๔๑,๗๖๘	๔๐	๔๑๗,๖๘๐

ไม่อนุมัติ

เนื่องจาก.....
ลงชื่อ.....

(นายเผด็จศักดิ์ พงษ์สมบัติ)

ประธานคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
เทศบาลตำบลเขาสวนกวาง อำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น
วัน..... เดือน พ.ศ.

รายละเอียดค่าใช้จ่ายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบ่งเป็น 4 กลุ่มตามความต้องการ การบริการด้านสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์

เทศบาลตำบลเขวาสนรินทร์ อำเภอเขวาสนรินทร์ จังหวัดขอนแก่น ประจำปีงบประมาณ 2568 (กรกฎาคม 2568)

ประเภท ผู้สูงอายุ ที่มีภาวะ พึ่งพิง	ลำดับ	ชื่อ - สกุล	อายุ (ปี)	หมู่ที่	อาการเจ็บป่วย/ ปัญหาหลักที่พบ	การดูแลโดย CG/CM	คำจัดทำ Care plan 1 ครั้ง/ปี	วัตถุประสงค์ ในการ ดำเนินงาน (บาท)				รวมค่าใช้จ่าย		ค่าสำรอง 12เดือน	หมายเหตุ	
								คำอธิบาย ผู้สูงอายุ	วัตถุประสงค์ มีข้อ ขา/ กอด/ สำลี	วัตถุประสงค์ ไม่ เห็น/ walker	วัตถุประสงค์ ถุง เท้า ห้อย	วัตถุประสงค์ อื่น	ต่อเดือน			12เดือน
เคลื่อนไหว และอาจมีปัญหา การขับถ่าย	1	นางนาง สุกตหงษ์	90	5	ชรา	2	100	100				100	2,300			
	2	นางนุจร สีแดง	62	2	ชรา	2	100	100				100	2,300			
	3	นางพยอม รัตนมณเฑียรชัย	65	8	พิการทางด้านร่างกาย	2	100	100				100	2,300			
	4	นางปิ่น ทิพย์ทอง	81	9	ความดันโลหิตสูง	2	100	100				100	2,300			
	5	นางปิ่น จัตรเฉลิม	75	9	เคลื่อนไหวร่างกายลำบาก	2	100	100				100	2,300			
	6	นายต้น ชันศรี	73	8	ชรา	2	100	100				100	2,300			
	7	นางแข็ง ทับโสภา	73	1	เคลื่อนไหวร่างกายลำบาก/พิการ	2	100	100				100	2,300			
	8	นายคำมูล ดาบุตร	77	9	เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง	2	100	100				100	2,300			
	9	นางนาง โสภประทุม	84	2	ชรา	2	100	100				100	2,300			
	10	นางทองใหม่ บุญศรี	74	9	ความดันโลหิตสูง	2	100	100				100	2,300			
	11	นางทองใบ อ้นธสาร	60	2	ชรา	2	100	100				100	2,300			
	12	นายไพ จัตรเฉลิม	84	9	เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง	2	100	100				100	2,300			
	13	นางจันทร์ โพธิ์สำลี	82	2	ชรา	2	100	100				100	2,300			
	14	นายสวัสดิ์ งามวิสัย	96	2	ชรา	2	100	100				100	2,300			
	15	นางกาญจ อุ่นคำ	64	2	เบาหวาน/พิการทางการมองเห็น	2	100	100				100	2,300			
	16	นางสาว พิมพ์ระกะ	68	9	ชรา	2	100	100				100	2,300			

4	นางหมอน ไส้ทา	84	5	5	250	100	855			2,000	3,105	37,360	10,260
5	นางประยูร ทะเหลา	57	5	5	250	100	855			2,000	3,105	37,360	10,260
	รวมจำนวน 5 คน		25	25	1250	500	4,275			4000	95,250	114,800	51,300
	รวมจำนวนทั้งหมด.....42.....คน				5650	4200	20,520	0	0	6,000	117,995	408,580	246,240
	คำวิสต์คู่นา/คำตอบแทน ทีมสาขาวิชาชีพ											29,984	
	รวม											438,564	
รวมค่าใช้จ่ายทั้งหมด												438,564	บาท

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าธรรมเนียมค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาว สกุนหงษ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3401900203422	ที่อยู่ 107 หมู่ 5 ต.เขาสวนกวาง อ.เขาสวนกวาง จ.ขอนแก่น หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 29 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 05 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2478 (อายุ 90 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เคลื่อนไหวได้ลำบาก ตาพร่ามัว	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 2,300 บาท	<ul style="list-style-type: none"> - ความสามารถในการมองเห็น - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง 	การดูแลพยาบาลทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดลอมทั่วไป - โภชนาการ - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม <ul style="list-style-type: none"> - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม
มี <input type="checkbox"/> ต้องการ/ควรได้รับ		การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ชื่อควรวางในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สลักอาหาร - การทำรายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์ - การหลงทาง - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย 	ระยะสั้น <ul style="list-style-type: none"> - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 31 วัน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 31 วัน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 7 วัน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 31 วัน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 31 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 31 วัน ระยะยาว <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ 	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.กาญจนา โพธิ์ชัยเลิศ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
นางสาวกาญจนา โพธิ์ชัยเลิศ
[.....]
[.....]
ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
(นางสาวอรัญญา อัครนคร)
[.....]
เจ้าหน้าที่งานธุรการ ปฏิบัติงาน

ลงชื่อ.....อปท.
[.....]
นายกเทศมนตรีตำบลเขาสวนกวาง

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าธรรมเนียมค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ น.ส.หุอร สีแดง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3401900300045	ที่อยู่ 1 ม.2 ต.เขาสวนกวาง อ.เขาสวนกวาง จ.ขอนแก่น หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันที่จัดทำ 29 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 09 เดือน เมษายน พ.ศ. 2506 [อายุ 62 ปี]	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เคลื่อนไหวลำบาก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 2,300 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดลอมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม
มี <input checked="" type="checkbox"/> ต้องการ/ควรได้รับ		การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ได้รับความและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 30 วัน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 30 วัน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 30 วัน - ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่ ภายใน 30 วัน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 30 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 30 วัน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.กาญจนา โพธิ์ชัยเลิศ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
นางสาวกาญจนา โพธิ์ชัยเลิศ
[.....พ.อ.รพ.สต.เขาสวนกวาง.....]

ลงชื่อ.....อปท.
[.....(นายเผด็จศักดิ์ พงษ์สมบัติ).....]
นายกเทศมนตรีตำบลเขาสวนกวาง

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
[.....(นางสาวอริญญา อัครนคร).....]
เจ้าพนักงานธุรการ ปฏิบัติงาน

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดช่วยเหลือค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางพยอม รัตนมณเฑียรชัย เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3401900010624	ที่อยู่ 200 ม.8 ต.เขาสวนกวาง อ.เขาสวนกวาง จ.ขอนแก่น หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 29 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 17 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2501 (อายุ 67 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : พิการ เคลื่อนไหวได้ลำบาก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 2,300 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - เยี่ยมบ้าน การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ชื่อ ระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพทย์ - การหลงทาง - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 31 วัน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 7 วัน - รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 31 วัน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 31 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 31 วัน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้ดูแล Care plan น.ส.กาญจนา โพธิ์ชัยเลิศ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 นางสาวกาญจนา โพธิ์ชัยเลิศ
 [.....]
 ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 (นางสาวอรัญญา อุดรนคร)
 [.....]
 เจ้าหน้าที่งานธุรการ ปฏิบัติงาน

ลงชื่อ.....อปท.
 (นายเมด็จศักดิ์ พงษ์สมบัติ)
 นายกเทศมนตรีตำบลเขาสวนกวาง

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางปุ่น ทิพย์ไทยสง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3401900214220	ที่อยู่ 74 ม.9 ต.เขาสวนกวาง อ.เขาสวนกวาง จ.ขอนแก่น หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 29 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2485 (อายุ 83 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ความดันโลหิตสูง เหนื่อยอ่อนเพลีย เคลื่อนไหวได้ลำบาก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 2,300 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก - การหลงทาง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ 	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 7 วัน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 7 วัน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 7 วัน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 31 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 31 วัน <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ มีรายได้ - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ 	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.กาญจนา โพธิ์ชัยเลิศ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

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

ลงชื่อ.....อปท.
 [(นายเผด็จศักดิ์ พงษ์สมบัติ)]
 นายกเทศมนตรีตำบลเขาสวนกวาง

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 [(นางสาวอรุณญา อุดรนคร)]
 เจ้าหน้าที่งานธุรการ ปฏิบัติงาน

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสำหรับผู้ที่มีการพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางปิ่น ฉัตรเฉลิม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3401900213789	ที่อยู่ 24 ม.9 ต.เขาสวนกวาง อ.เขาสวนกวาง จ.ขอนแก่น หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 29 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 05 เดือน กันยายน พ.ศ. 2490 (อายุ 78 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เคลื่อนไหวได้ลำบาก เหนื่อยอ่อนเพลีย คาพราแม่ว	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 2,300 บาท	- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดลอมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> ารกินอาหาร/สลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ 	ระยะสั้น - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 31 วัน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 31 วัน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 7 วัน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 31 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 31 วัน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.กาญจนา โพธิ์ชัยเลิศ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care-plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

นางสาวกาญจนา โพธิ์ชัยเลิศ
 (นางสาวกาญจนา โพธิ์ชัยเลิศ)

ลงชื่อ.....อปท.

(นายเผด็จศักดิ์ พงษ์สมบัติ)

นายกเทศมนตรีตำบลเขาสวนกวาง

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

(นางสาวกรรณิญา อุดรนคร)

เจ้าพนักงานธุรการ ปฏิบัติงาน

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

นายผืน ชันตรี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3401900011434	ที่อยู่ 215 ม.8 ต.เขาสวนกวาง อ.เขาสวนกวาง จ.ขอนแก่น หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 29 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2568
ickวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2495 อายุ 73 ปี]	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=33 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เคลื่อนไหวได้ลำบาก เหนื่อยอ่อนเพลีย	
ภาวะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ งบประมาณสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
บินผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 รับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น ทุนเงิน 2,300 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - เยี่ยมบ้าน - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม
งบประมาณบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้	ความต้องการ/ควรได้รับ	การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
องค์กระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ก/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก - การหลงทาง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย	ระยะสั้น - พื้นฟูภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 7 วัน - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 7 วัน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 7 วัน - รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 31 วัน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่เกิดแผลกดทับ	
จัดทำ Care plan น.ส.กาญจนา โพธิ์ชัยเลิศ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care-plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ชื่อ.....นางสาวกาญจนา โพธิ์ชัยเลิศ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [.....พอ.รพ.สต.เขาสวนกวาง.....]
 ชื่อ.....[.....].....เจ้าหน้าที่การเงิน
 (นางสาวอริญา อตรนคร)
 [.....].....เจ้าพนักงานธุรการ ปฏิบัติงาน

ลงชื่อ.....[.....].....อปท.
 [.....(นายเผด็จศักดิ์ พงษ์สมบัติ).....]
 นายกเทศมนตรีตำบลเขาสวนกวาง

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าธรรมเนียมค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

นาม นางแจ้ง ทับโสดา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 34019000008158	ที่อยู่ 159 ม.1 ต.เขาสวนกวาง อ.เขาสวนกวาง จ.ขอนแก่น หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 29 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 14 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2495 อายุ 73 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : พิการ ตาพร่ามัว ขาอ่อนแรง เดินลำบาก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 2,300 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพทย์ - การหลงทาง - ข้อคิด/ข้อเท็จจริง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 30 วัน - ได้รับความปลอดภัยและครบถ้วน ภายใน 30 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 30 วัน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 30 วัน - ประสานพันบุคคลากรในพื้นที่ ภายใน 30 วัน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 30 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 30 วัน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.กาญจนา โพธิ์ชัยเลิศ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ช่วย)	

ชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 นางสาวกาญจนา โพธิ์ชัยเลิศ
 [.....]
 [.....]

ชื่อ.....อปท.
 [.....]
 [.....]

ชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 (นางสาวรัฐญา อุตุนคร)
 [.....]
 เจ้าพนักงานธุรการ ปฏิบัติงาน

นายกเทศมนตรีตำบลเขาสวนกวาง

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสำหรับผู้ที่ภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าธรรมเนียมค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายคำมูล ดาบุตร เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3410101204184	ที่อยู่ ม.9 ต.เขาสวนกวาง อ.เขาสวนกวาง จ.ขอนแก่น หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 29 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 06 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2490 (อายุ 78 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เหนื่อยอ่อนเพลีย แขนขาอ่อนแรง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 2,300 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าตอบแทนของ CG (care giver) ค่าวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์		การดูแลพยาบาลทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผู้ดูแลผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชื้น/วัน		
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพทย์ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 30 วัน - รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 30 วัน - พื้นฟูสภาพของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 30 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 30 วัน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.กาญจนา โพธิ์ชัยเลิศ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 นางสาวกาญจนา โพธิ์ชัยเลิศ
 [.....]
 [.....]
 ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 [.....]
 [.....]
 เจ้าหน้าที่งานธุรการ ปฏิบัติงาน

ลงชื่อ.....อปท.
 [.....]
 [.....]
 นายกเทศมนตรีตำบลเขาสวนกวาง

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

นางนาง โสมประทุม บัตรประจำตัวประชาชน 3401900300878	ที่อยู่ 14 หมู่ 2 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันที่จัดทำ 29 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2568
ในวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2484 อายุ 84 ปี]	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ความดันโลหิตสูง ตาพร่ามัว	
ภาวะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 2,300 บาท	<ul style="list-style-type: none"> - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ช่องปากไม่สะอาด - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง 	การดูแลพยาบาลทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
ความต้องการ/ควรได้รับ		
อัตรระวางในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การพลัดตกหกล้ม - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพทย์ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ 	ระยะสั้น - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 7 วัน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 31 วัน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 7 วัน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 7 วัน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 31 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 31 วัน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ	
จัดทำ Care plan น.ส.กาญจนา โพธิ์ชัยเลิศ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 นางสาวกาญจนา โพธิ์ชัยเลิศ
 [.....]
 [.....]
 ชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 (นางสาวอรุณญา อุตุนคร)
 [.....]
 เจ้าพนักงานธุรการ ปฏิบัติงาน

ลงชื่อ.....อปท.
 [..... (นายเผด็จศักดิ์ พงษ์สมบัติ).....]
 นายกเทศมนตรีตำบลเขาสวนกวาง

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ 2568 (อัตราค่าเช่าเตียง/เตียง/ราย/ปี)

น.นางทองใหม่ บุญศรี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3401900214408	ที่อยู่ 36 ม.9 ต.เขาสวนกวาง อ.เขาสวนกวาง จ.ขอนแก่น หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 29 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 03 เดือน เมษายน พ.ศ. 2492 อายุ 76 ปี]	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ความดันโลหิตสูง เหนื่อยอ่อนเพลีย แขนขาอ่อนแรง	
ภาวะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
ผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น 1 ปี จำนวนเงิน 2,300 บาท	- รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ช่องปากไม่สะอาด - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ (ความต้องการ/ควรได้รับ)	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
ข้อควรระวังในการให้บริการ - รับประทานอาหาร/ล้าล็กอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะเวลา - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 1 เดือน - รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 30 วัน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 30 วัน - ประสานพันตบุคคลากรในพื้นที่ ภายใน 30 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 30 วัน ระยะเวลา - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
จัดทำ Care plan น.ส.กาญจนา โพธิ์ชัยเลิศ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 นางสาวกาญจนา โพธิ์ชัยเลิศ
 (นางสาวอรุณญา อุตรนคร)
 เจ้าพนักงานธุรการ ปฏิบัติงาน

ลงชื่อ.....อปท.
 (นายเมธีศักดิ์ พงษ์สมบัติ)
 นายกเทศมนตรีตำบลเขาสวนกวาง

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าธรรมเนียมค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายทองใบ อินทสาร เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3461200260466	ที่อยู่ 132 ม.2 ต.เขาสวนกวาง อ.เขาสวนกวาง จ.ขอนแก่น หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 29 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 28 เดือน มกราคม พ.ศ. 2508 (อายุ 60 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ตาพร่ามัว	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 2,300 บาท	<ul style="list-style-type: none"> - ช่องปากไม่สะอาด - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง 	การดูแลพยาบาลทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ <ul style="list-style-type: none"> - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม <ul style="list-style-type: none"> - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม
การ เหม่าบุคคลที่มีภาวะกลับปีสภาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
มีความต้องการ/ควรได้รับ		- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ 	ระยะสั้น <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 30 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 30 วัน - พื้นฟูภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 30 วัน - ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่ ภายใน 30 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 30 วัน ระยะยาว <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม 	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.กาญจนา โพธิ์ชัยเลิศ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....
 นางสาวกาญจนา โพธิ์ชัยเลิศ
 [.....
 ผอ.รพ.สต.เขาสวนกวาง.....]

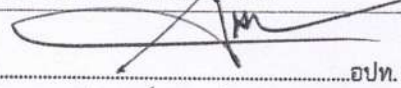
ลงชื่อ.....
 (นางสาวอริญญา อุตทรนคร)
 [.....
 เจ้าหน้าที่การเงิน.....
 เจ้าพนักงานธุรการ ปฏิบัติงาน.....]

ลงชื่อ.....
 (นายเมด็จศักดิ์ พงษ์สมบัติ)
 [.....
 นายกเทศมนตรีตำบลเขาสวนกวาง.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าเช่าเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายไพ ฉัตรเฉลิม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3401900213843	ที่อยู่ 24 ม.9 ต.เขาสวนกวาง อ.เขาสวนกวาง จ.ขอนแก่น หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 29 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 14 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2481 อายุ 87 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เหนื่อยอ่อนเพลีย แขนขาอ่อนแรง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 2,300 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะก้ำกึ่งปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- กินอาหาร/สําลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 7 วัน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 7 วัน - รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 31 วัน - ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 31 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 31 วัน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่เกิดแผลกดทับ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.กาญจนา โพธิ์ชัยเลิศ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ  ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 นางสาวกาญจนา โพธิ์ชัยเลิศ
 [.....]
 [.....]
 ลงชื่อ  เจ้าหน้าที่การเงิน
 [..... (นางสาวกรรณิญา อุดรนคร)]
 เจ้าพนักงานธุรการ ปฏิบัติงาน

ลงชื่อ อปท.
 [(นายเผด็จศักดิ์ พงษ์สมบัติ)]
 นายกเทศมนตรีตำบลเขาสวนกวาง

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสำหรับผู้ที่ภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าธรรมเนียมค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางจันทิ โพธิ์สาสิ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3401900177570	ที่อยู่ 70 หมู่ 2 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันที่จัดทำ 29 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 06 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2485 อายุ 83 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :: เคลื่อนไหวได้ลำบาก เป็นผู้พิการเดินไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 2,300 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ชื่อ (ระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย	ระยะสั้น - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 7 วัน - ปรับปรุงภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 31 วัน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 31 วัน - รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 31 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 31 วัน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.กาญจนา โพธิ์ชัยเลิศ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 นางสาวกาญจนา โพธิ์ชัยเลิศ
 [.....]
 [.....]
 ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 [.....]
 [.....]
 เจ้าหน้าที่งานธุรการ ปฏิบัติงาน

ลงชื่อ.....อปท.
 [.....]
 (นายเผด็จศักดิ์ พงษ์สมบัติ)
 นายกเทศมนตรีตำบลเขาสวนกวาง

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

นายนายสวัสดิ์ งามวิสัย เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3401900179327	ที่อยู่ 95 ม.2 ต.เขาสวนกวาง อ.เขาสวนกวาง จ.ขอนแก่น หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 29 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2568
วันที่ 04 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2472 อายุ 96 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ตาพร่ามัว	
ภาวะสุขภาพ/งบบริการที่เหมาะสมปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
ผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบบริการเหมาะสมรายปีเป็น จำนวนเงิน 2,300 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ความต้องการ/ควรได้รับ	เป้าหมายการดูแล	
ข้อควรระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 30 วัน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 30 วัน - ได้รับความรู้และอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 30 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 30 วัน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 30 วัน - ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่ ภายใน 30 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำ ตัวเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 30 วัน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
จัดทำ Care plan น.ส.กาญจนา โพธิ์ชัยเลิศ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 นางสาวกาญจนา โพธิ์ชัยเลิศ
 (.....)
 (นางสาวอรุณญา อุดรนคร)
 เจ้าหน้าที่งานธุรการ ปฏิบัติงาน

ลงชื่อ.....อปท.
 (นายแม่ตั้งศักดิ์ พงษ์สมบัติ)
 นายกเทศมนตรีตำบลเขาสวนกวาง

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสำหรับผู้ที่มิภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางกาญจนา อุ่นคำ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3401900177286	ที่อยู่ 66 หมู่ 2 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันที่จัดทำ 29 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 18 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2503 (อายุ 65 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เบาหวาน/ผู้พิการทางสายตา	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 2,300 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าตอบแทนของ CG (care giver) ค่าวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์	- ความสามารถในการมองเห็น - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ	การดูแลพยาบาลทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน		
ชื่อ/ ะวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การหัดตกหมก้ม - การหลงทาง - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพทย์ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 31 วัน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 7 วัน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 7 วัน - รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 31 วัน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 31 วัน ระยะยาว - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.กาญจนา โพธิ์ชัยเลิศ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 (นางสาวกาญจนา โพธิ์ชัยเลิศ
 ผอ.รพ.สส.เขาสวนกวาง)
 ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 (นางสาวอรุณภา อุดรนคร)

ลงชื่อ.....อปท.
 (นายเผด็จศักดิ์ พงษ์สมบัติ)
 นายกเทศมนตรีตำบลเขาสวนกวาง

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาว พิมพ์สะกะ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 2401900019895	ที่อยู่ 93 ม.9 ต.เขาสวนกวาง อ.เขาสวนกวาง จ.ขอนแก่น หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 29 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2500 อายุ 68 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เคลื่อนไหวลำบาก ตาพร่ามัว	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 2,300 บาท	<ul style="list-style-type: none"> - กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ 	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
() เมีนบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน		
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ 	ระยะสั้น - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 7 วัน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 7 วัน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 31 วัน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.กาญจนา โพธิ์ชัยเลิศ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ช่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 นางสาวกาญจนา โพธิ์ชัยเลิศ
 (.....อ.รพ.สต.เขาสวนกวาง.....)
 ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 (นางสาวอรุณภา อัครนคร)
 เจ้าพนักงานธุรการ ปฏิบัติงาน

ลงชื่อ.....อ.พ.
 (นายเมตต์จศักดิ์ พงษ์สมบัติ)
 นายกเทศมนตรีตำบลเขาสวนกวาง

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าธรรมเนียมค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางทองไสย ทองสุข เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3401900293057	ที่อยู่ ม.10 ต.เขาสวนกวาง อ.เขาสวนกวาง จ.ขอนแก่น หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 29 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 04 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2486 (อายุ 82 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เคลื่อนไหวได้ลำบาก แขนขาอ่อนแรง หลงลืม	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 2,300 บาท	- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- กินอาหาร/สลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน null null - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน null null - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน null null - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน null null - พื้นฟูภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน null null - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน null null ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.กาญจนา โพธิ์ชัยเลิศ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
[นางสาวภาณุชญา โพธิ์ชัยเลิศ]
ผอ.รพ.สต.เขาสวนกวาง
ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
[นางสาวอรุณภา อัครนคร]
เจ้าหน้าที่งานธุรการ ปฏิบัติงาน

ลงชื่อ.....อปท.
[นายแพทย์ศักดิ์ดี พงษ์สมมติ]
นายกเทศมนตรีตำบลเขาสวนกวาง

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าดูแลรายราย/ราย/ปี)

ชื่อ พระบุญศรี หอมเนตร เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3401900012171	ที่อยู่ 228 ม.8 ต.เขาสวนกวาง อ.เขาสวนกวาง จ.ขอนแก่น หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันที่จัดทำ 29 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2478 อายุ 90 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ความดันโลหิตสูง เคลื่อนไหวได้ลำบาก แขนขาอ่อนแรง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 2,300 บาท	การประเมินบุคคลที่มีภาวะกั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้	การดูแลพยาบาลเฉพาะ
มีความต้องการ/ควรได้รับ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
- กินอาหาร/สลักอาหาร - การผลิตตกหล่น - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 30 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 30 วัน - พื้นฟูภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 30 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 30 วัน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.กาญจนา โพธิ์ชัยเลิศ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 นางสาวกาญจนา โพธิ์ชัยเลิศ
 (นางสาวอรุณญา อุตรนคร)
 เจ้าหน้าที่การเงิน
 เจ้าพนักงานธุรการ ปฏิบัติงาน

ลงชื่อ.....อปท.
 (นายเมธีศักดิ์ พงษ์สมบัติ)
 นายกเทศมนตรีตำบลเขาสวนกวาง

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าบริการ ค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ น.ส. ทักษะยูนิ โภยามะ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1407400034094	ที่อยู่ 229 ม.5 ต.เขาสวนกวาง อ.เขาสวนกวาง จ.ขอนแก่น หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 29 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 18 เดือน เมษายน พ.ศ. 2553 อายุ 15 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=C4 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : พิกัดแต่กำเนิด ขาผิดรูป	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 11,560 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าตอบแทนของ CG (care giver) ค่าวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้	- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด	
มีความต้องการ/ควรได้รับ - <input checked="" type="checkbox"/> วมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ขึ้น/วัน	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ	
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สาลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพทย์ - การหลงทาง - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 30 วัน - รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 30 วัน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 30 วัน - ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่ ภายใน 30 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 30 วัน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กิ่งเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.กาญจนา โพธิ์ชัยเลิศ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 (นางสาวอรุณมา ทรัพย์ชัยเลิศ)
 (..... นอ.รพ. สด. เขาสวนกวาง.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 (นางสาวอรุณมา อุตุนคร.)
 เจ้าพนักงานธุรการ ปฏิบัติงาน

ลงชื่อ.....อปท.
 (นายเผด็จศักดิ์ พงษ์สมบัติ)
 นายกเทศมนตรีตำบลเขาสวนกวาง

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/รายปี)

<p>ชื่อ น.ส.สุข ศรีพุทธา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5407400011071</p>	<p>ที่อยู่ 125 ม.9 ต.เขาสวนกวาง อ.เขาสวนกวาง จ.ขอนแก่น หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)</p>	<p>วันที่จัดทำ 29 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2568</p>
<p>เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2495 (อายุ 73 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : ADL=11, TAI=C4 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ความดันโลหิตสูง เหนื่อยอ่อนเพลีย แขนขาอ่อนแรง ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย กลั้นปัสสาวะไม่ได้</p>	
<p>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>การดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 11,560 บาท</p>	<ul style="list-style-type: none"> - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ช่องปากไม่สะอาด - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ 	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปถัมภ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
<p>การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้</p>		
<p>มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน</p>		
<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p>	<p>เป้าหมายการดูแล</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - วิกฤต เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ 	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 7 วัน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 7 วัน - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 7 วัน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 7 วัน - รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 31 วัน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 6 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 6 เดือน <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ 	
<p>ผู้จัดทำ Care plan น.ส.กาญจนา โพธิ์ชัยเลิศ</p>	<p>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</p>	

ลงชื่อ.....นางสาวกาญจนา โพธิ์ชัยเลิศ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
[.....ผอ.รพ.สส.เขาสวนกวาง.....]
ลงชื่อ.....[.....].....เจ้าหน้าที่การเงิน
[.....(นางสาวอัญญา อุดรนคร).....]
เจ้าพนักงานธุรการ ปฏิบัติงาน

ลงชื่อ.....[.....].....อปท.
[.....(นายมนตรีศักดิ์ พงษ์สมบัติ).....]
นายกเทศมนตรีตำบลเขาสวนกวาง

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าบริการ ค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

น.ส.เหลียม ขาวกัน เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3401900197961	ที่อยู่ 32 ม.5 ตำบลเขาสวนกวาง หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 29 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 10 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2480 (อายุ 88 ปี)	วินิจฉัย : ADL=8, TAI=C4 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เคลื่อนไหวได้ลำบาก แขนขาอ่อนแรง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 11,560 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าตอบแทนของ CG (care giver) ค่าวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ	การดูแลพยาบาลทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน		
ชื่อ...ระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพทย์ - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 30 วัน - รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 30 วัน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 30 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 30 วัน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.กาญจนา โพธิ์ชัยเลิศ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 นางสาวกาญจนา โพธิ์ชัยเลิศ
 (.....)
 ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 (นางสาวอรุณญา อุดรนคร)
 เจ้าพนักงานธุรการ ปฏิบัติงาน

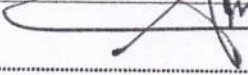
ลงชื่อ.....อปท.
 (นายแม่ด้งศักดิ์ พงษ์สมบัติ)
 นายกเทศมนตรีตำบลเขาสวนกวาง

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางคำพอง ดาบุตร เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3410102226491	ที่อยู่ ม.9 ต.เขาสวนกวาง อ.เขาสวนกวาง จ.ขอนแก่น หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 29 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 16 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2490 (อายุ 78 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=C4 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ชรา เคลื่อนไหวลำบาก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 11,560 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าตอบแทนของ CG (care giver) ค่าวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - กลั้นปัสสาวะไม่ได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้	การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดหาสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ	
มีความต้องการ/ควรได้รับ - () ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชั้น/วัน	การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดหาสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ	
ข้อควรระวังในการให้บริการ - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพทย์ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 30 วัน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 30 วัน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 30 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 30 วัน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดหาสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.กาญจนา โพธิชัยเลิศ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ  ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

(นางสาวกาญจนา โพธิชัยเลิศ)
 พอ.จพ.สพ.เขาสวนกวาง

ลงชื่อ  อปท.

(นายเผด็จศักดิ์ พงษ์สมบัติ)
 นายกเทศมนตรีตำบลเขาสวนกวาง

ลงชื่อ  เจ้าหน้าที่การเงิน

(นางสาวอรุณญา อุดรนคร)
 เจ้าพนักงานธุรการ ปฏิบัติงาน

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าเช่าเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/รายปี)

ชื่อ นางทอง วรรณศิริ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3401900293430	ที่อยู่ 57 ม.10 ต.เขาสวนกวาง อ.เขาสวนกวาง จ.ขอนแก่น หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 29 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 02 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2481 (อายุ 87 ปี)	วินิจฉัย : ADL=B, TAI=C4 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เบาหวาน ความดัน ตาพร่ามัว เดินลำบาก กลืนปัสสาวะไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 11,560 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ผ่าอ้อม 3 ชั้น/ วัน	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม
ประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ่าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชั้น/วัน	การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้อยู่	
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การหลงทาง - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 7 วัน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 7 วัน - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 7 วัน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 7 วัน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 6 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 6 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 6 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.กาญจนา โพธิ์ชัยเลิศ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
นางสาวกาญจนา โพธิ์ชัยเลิศ
[.....]
ผอ.รพ.เสนาณรงค์
ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
[.....]
เจ้าพนักงานธุรการ ปฏิบัติงาน

ลงชื่อ.....อปท.
[.....]
(นายเมตต์ศักดิ์ พงษ์สมบัติ)
นายกเทศมนตรีตำบลเขาสวนกวาง

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายสมศักดิ์ สร้อยคำ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3401900214289	ที่อยู่ ม.9 ต.เขาสวนกวาง อ.เขาสวนกวาง จ.ขอนแก่น หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 29 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2477 (อายุ 91 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดบ้าน เหนื่อยเพลีย มีเดินลำบาก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 11,560 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าตอบแทนของ CG (care giver)	- ต้องการการเยี่ยมบ้าน - ช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น - เหนื่อยเพลียลดลง - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - เยี่ยมบ้าน การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้	การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ	
มีความต้องการ/ควรได้รับ - () ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชั้น/วัน	เป้าหมายการดูแล	
ข้อควรระวังในการให้บริการ - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 2 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 2 เดือน ระยะยาว - คงสภาพ/ฟื้นฟูร่างกาย	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.กาญจนา โพธิ์ชัยเลิศ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 (นางสาวกาญจนา โพธิ์ชัยเลิศ)
 พย.รพ.สต.เขาสวนกวาง

ลงชื่อ เจ้าหน้าที่การเงิน
 (นางสาวอรุณญา อุดรนคร)
 เจ้าพนักงานธุรการ ปฏิบัติงาน

ลงชื่อ อปท.
 (นายเผด็จศักดิ์ พงษ์สมบัติ)
 นายกเทศมนตรีตำบลเขาสวนกวาง

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางประกาย ศิริเกษ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3401900005728	ที่อยู่ 129 ม.2 ต.เขาสวนกวาง อ.เขาสวนกวาง จ.ขอนแก่น หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 29 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 02 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2483 (อายุ 85 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=C4 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เคลื่อนไหวได้ลำบาก/กลืนปัสสาวะไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 11,560 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ผ่าอ้อม 3 ชั้น/วัน	- ช่องปากไม่สะอาด - มีความเจ็บปวดบริเวณฟันและเหงือก ปากแห้ง - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดลอมทั่วไป - โภชนาการ - การอาบน้ำ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ่าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชั้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - ข้อติด/ข้อเท้าตกร - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 30 วัน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 30 วัน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 30 วัน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 30 วัน - ประสานพันตบุคคลากรในพื้นที่ ภายใน 30 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 30 วัน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.กาญจนา โพธิ์ชัยเลิศ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
นางสาวกาญจนา โพธิ์ชัยเลิศ
[..... น.ส.กาญจนาโพธิ์ชัยเลิศ.....]
ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
(นางสาวอรุณญา อัครนคร)
[.....นางสาวอรุณญา อัครนคร.....]
เจ้าพนักงานธุรการ ปฏิบัติงาน

ลงชื่อ.....อปท.
(นายเมธีศักดิ์ พงษ์สมบัติ)
นายกเทศมนตรีตำบลเขาสวนกวาง

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดค่าใช้จ่ายบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายคำจันทร์ โคนแปะ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3401900203881	ที่อยู่ 171 ม.10 ต.เขาสวนกวาง อ.เขาสวนกวาง จ.ขอนแก่น หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 29 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 13 เดือน มกราคม พ.ศ. 2507 (อายุ 61 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=C4 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ความดันโลหิตสูง เหนื่อยอ่อนเพลีย แขนขาอ่อนแรง กลั้นปัสสาวะไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 11,560 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ผ่าอ้อม	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้	มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ่าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน	
ชื่อ วัตถุประสงค์ในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/ล้าลิกอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ฆมน้ำ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 7 วัน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 7 วัน - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 7 วัน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 7 วัน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 31 วัน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 6 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 6 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ	การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.กาญจนา โพธิ์ชัยเลิศ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

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

ลงชื่อ.....อปท.
[.....]
[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
[.....]
[.....]
เจ้าพนักงานธุรการ ปฏิบัติงาน

นายกเทศมนตรีตำบลเขาสวนกวาง

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าบริการเหมาจ่าย/รายปี)

ชื่อ นายน้อย ชัยชา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3401900198534	ที่อยู่ 41 ม.5 ต.เขาสวนกวาง อ.เขาสวนกวาง จ.ขอนแก่น หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 29 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 04 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2483 (อายุ 85 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เคลื่อนไหวได้ลำบาก เห็นอ่อนเพลีย ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย/ก้นปัสสาวะไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 11,560 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ผ่าอ้อม 3 ชั้น/วัน	- ก้นปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะก้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ร้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชั้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - ข้อติด/ข้อเท้าตกร - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 7 วัน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 31 วัน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 31 วัน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 31 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 31 วัน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ไม่เกิดแผลกดทับ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ภาณุจนา โพธิ์ชัยเลิศ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [นางสาวภาณุจนา โพธิ์ชัยเลิศ]
 [น.รพ.สส.เขาสวนกวาง]

ลงชื่อ.....อปท.
 [(นายเมด็จศักดิ์ พงษ์สมบัติ)]
 นายกเทศมนตรีตำบลเขาสวนกวาง

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 [(นางสาวอรัญญา อุตทรนคร)]
 เจ้าพนักงานธุรการ ปฏิบัติงาน

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเคสค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นางบุญเพ็ง วัฒนกุล เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3401900009561	ที่อยู่ 184 ม.8 ต.เขาสวนกวาง อ.เขาสวนกวาง จ.ขอนแก่น หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันที่จัดทำ 29 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 14 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2475 (อายุ 93 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=C4 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : แขนขาอ่อนแรง เคลื่อนไหวลำบาก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 11,560 บาท	- ช่องปากไม่สะอาด - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้	การดูแลพยาบาลเฉพาะ	
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว	
ข้อควรระวังในการให้บริการ	การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ	
เป้าหมายการดูแล - การกินอาหาร/สำลัอาหาร - การทำรายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ข้อคิด/ข้อเท็จจริง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 30 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 30 วัน - ประสานพันตบุคคลากรในพื้นที่ ภายใน 30 วัน - พื้นฟูภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 30 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 30 วัน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.กาญจนา โพธิ์ชัยเลิศ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
นางสาวกาญจนา โพธิ์ชัยเลิศ
ผอ.รพ.สต.เขาสวนกวาง

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
[(นางสาวอรุณญา อุดรนคร)]
เจ้าหน้าที่งานธุรการ ปฏิบัติงาน

ลงชื่อ.....อ.พ.
[(นายเผด็จศักดิ์ พงษ์สมบัติ)]
นายกเทศมนตรีตำบลเขาสวนกวาง

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางพิศมัย ชัยชนะ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3430100796878	ที่อยู่ ม.5 ต.เขาสวนกวาง อ.เขาสวนกวาง จ.ขอนแก่น หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 29 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 07 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2490 (อายุ 78 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=C4 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : อัลไซเมอร์	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 11,560 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าตอบแทนของ CG (care giver) ค่าวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม
ภาวะเป็นบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้	การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การปรับสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ	
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน	การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การปรับสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ	
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สําลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์ - การหลงทาง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.กาญจนา โพธิ์ชัยเลิศ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [นางสาวกาญจนา โพธิ์ชัยเลิศ]
 [นางสาวกาญจนา โพธิ์ชัยเลิศ]
 ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 [(นางสาวอัญญา อุดรนคร)]
 เจ้าหน้าที่งานธุรการ ปฏิบัติงาน

ลงชื่อ.....อปท.
 [(นายเมตต์จกต์ พงษ์สมบัติ)]
 นายกเทศมนตรีตำบลเขาสวนกวาง

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเขยค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นางบุญเรือง ดิสองเมือง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3401900203431	ที่อยู่ 169 ม.5 ต.เขาสวนกวาง อ.เขาสวนกวาง จ.ขอนแก่น หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 29 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 06 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2496 (อายุ 72 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เบาหวาน นอนติดเตียง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ กลับปัสสาวะไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 12,660 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ผ้าอ้อม 3 ชิ้น/วัน	- กลับปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ช่องปากไม่สะอาด - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ภาวะเริ่มบุคคลที่มีภาวะกลับปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน		
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/ล้าลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 30 วัน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 30 วัน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 30 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 30 วัน - พันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 30 วัน - ประสานพันตบุคคลากรในพื้นที่ ภายใน 30 วัน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 30 วัน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ซึบถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ทิอยู่อาศัยเหมาะสม	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.กาญจนา โพธิชัยเลิศ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 นางสาวกาญจนา โพธิชัยเลิศ
 [.....]
 [.....]
 ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 [.....]
 [.....]
 เจ้าพนักงานธุรการ ปฏิบัติงาน

ลงชื่อ.....อปท.
 [.....]
 [.....]
 นายกเทศมนตรีตำบลเขาสวนกวาง

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเข้ค่าบริการ เหมาะจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นางคุณ อัจฉาปา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3401900291101	ที่อยู่ 24 ม.10 ต.เขาสวนกวาง อ.เขาสวนกวาง จ.ขอนแก่น หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 29 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 04 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2469 (อายุ 99 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=I3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : อัลไซเมอร์ ชราภาพ เคลื่อนไหวได้ลำบาก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาะสมจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาะสมจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 12,660 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าตอบแทนของ CG (care giver) ค่าวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ /ผ้าอ้อม	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย - การอาบน้ำ - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม
มีความต้องการ/ควรได้รับ ◯ เอ็มผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชั้น/วัน		การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก - การหลงทาง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 7 วัน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 7 วัน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 31 วัน - ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 31 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 31 วัน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.กาญจนา โพธิ์ชัยเลิศ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
นางสาวกาญจนา โพธิ์ชัยเลิศ
[.....]
[.....]
ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
[.....]
(นางสาวอริญญา อุดรนคร)
เจ้าพนักงานธุรการ ปฏิบัติงาน

ลงชื่อ.....อ.พ.
[.....]
(นายเผด็จศักดิ์ พงษ์สมบัติ)
นายกเทศมนตรีตำบลเขาสวนกวาง

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นายธนาวุฒิ รอดซ่อม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1400700203995	ที่อยู่ 194 ม.10 ต.เขาสวนกวาง อ.เขาสวนกวาง จ.ขอนแก่น หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 29 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 22 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2540 (อายุ 28 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : พิกัดอัมพาตครึ่งท่อนล่าง นอนติดเตียง/ปัญหาเรื่องการขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระ ขับถ่ายทางหน้าท้อง/มีแผลกดทับ	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 36,600 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ถูกขับถ่าย /ถูกปัสสาวะ/ แผ่นรอง /ผ้าอ้อม 3 ชั้น/วัน	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - การอาบน้ำ - โภชนาการ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้	การดูแลพยาบาลเฉพาะ	
มี ๑) ต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชั้น/วัน - แผ่นรองขับถ่าย จำนวน 2 ชั้น/วัน	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การกินอาหาร/สำลิกอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพทย์ - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 7 null - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 7 null - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 7 วัน - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 7 วัน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 7 วัน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 31 วัน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.กาญจนา โพธิ์ชัยเลิศ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

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

ลงชื่อ.....อปท.
 [.....]
 (นายเผด็จศักดิ์ พงษ์สมบัติ)
 นายกเทศมนตรีตำบลเขาสวนกวาง

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 (นางสาวอริญญา อุตรนคร)
 [.....]
 เจ้าหน้าที่งานธุรการ ปฏิบัติงาน

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าธรรมเนียมค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางหนู นาไชย เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3401900292298	ที่อยู่ 39 ม.10 ต.เขาสวนกวาง อ.เขาสวนกวาง จ.ขอนแก่น หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 29 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 20 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2487 (อายุ 81 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=I3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เบาหวาน/ความดัน/ไตวายเรื้อรัง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 12,660 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ผ้าอ้อม 3 ชั้น/วัน	<ul style="list-style-type: none"> - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ 	การดูแลพยาบาลทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - การอาบน้ำ - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ <ul style="list-style-type: none"> - การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชั้น/วัน		
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การหลงทาง - ข้อคิด/ข้อเท็จจริง - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ 	ระยะสั้น <ul style="list-style-type: none"> - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนและการติดเชื้ระบบทางเดินหายใจ ภายใน 1 เดือน - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 1 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 1 เดือน ระยะยาว <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ทิ้งอยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่เกิดแผลกดทับ 	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.กาญจนา โพธิ์ชัยเลิศ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
นางสาวกาญจนา โพธิ์ชัยเลิศ
[.....]
ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
(นางสาวอรุณญา อุดรนคร)
เจ้าพนักงานธุรการ ปฏิบัติงาน

ลงชื่อ.....อปท.
(นายเผด็จศักดิ์ พงษ์สมบัติ)
นายกเทศมนตรีตำบลเขาสวนกวาง

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ ค.ญ.รัชติญากร ชัยมหา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1407400049873	ที่อยู่ 20 ม.8 ต.เขาสวนกวาง อ.เขาสวนกวาง หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 29 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 18 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2561 (อายุ 7 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : พิกัดกำเนิด ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ กลับปัสสาวะไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 12,660 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ	<ul style="list-style-type: none"> - กลับปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง 	การดูแลพยาบาลทั่วไป - เยี่ยมบ้าน - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ประเมินบุคคลที่มีภาวะกลับปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ 	ระยะสั้น - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 31 วัน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 31 วัน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 31 วัน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 7 วัน - รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 31 วัน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.กาญจนา โพธิ์ชัยเลิศ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 (นางสาวกาญจนา โพธิ์ชัยเลิศ
 ผอ.รพ.สต.เขาสวนกวาง)
 ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 (นางสาวอรุณญา อัครนคร)
 เจ้าพนักงานธุรการ ปฏิบัติงาน

ลงชื่อ.....อปท.
 (นายเผด็จศักดิ์ พงษ์สมบัติ)
 นายกเทศมนตรีตำบลเขาสวนกวาง

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาวโสม เข็มจันทร์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3401900294584	ที่อยู่ 72 ม.10 ต.เขาสวนกวาง อ.เขาสวนกวาง จ.ขอนแก่น หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 29 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 09 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2500 (อายุ 68 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : หลงลืม สับสน เหนื่อยอ่อนเพลีย อัลไซเมอร์	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าตอบแทนของ CG (care giver) ค่าวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์	- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - กลืนปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน	เป้าหมายการดูแล	
ข้อควรระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/สลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์ - การหลงทาง - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย	ระยะสั้น - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 7 วัน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 7 วัน - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 7 วัน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 7 วัน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 7 วัน - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 31 วัน - พื้นฟูสภาพของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 31 วัน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.กาญจนา โพธิ์ชัยเลิศ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 (นางสาวกาญจนา โพธิ์ชัยเลิศ)
 ผอ.รพ.สต.เขาสวนกวาง

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 (นางสาวอรุณญา อุดรนคร)
 เจ้าพนักงานธุรการ ปฏิบัติงาน

ลงชื่อ.....อปท.
 (นายเผด็จศักดิ์ พงษ์สมบัติ)
 นายกเทศมนตรีตำบลเขาสวนกวาง

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดจ่ายค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นางคำพันธ์ ทองตัน เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3401900175577	ที่อยู่ 42 หมู่ 2 ตำบลเขาสวนกวาง หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 29 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 19 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2471 (อายุ 97 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, IAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : กลั้นปัสสาวะไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 12,660 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ผ่าอ้อม	- รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ความสามารถในการมองเห็น - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ่าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชั้น/วัน		การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพทย์ - การพลัดตกหกล้ม	ระยะสั้น - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 วัน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 31 วัน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 31 วัน - ได้รับความสุขและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 31 วัน ระยะยาว - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - มีอาชีพ มีรายได้ - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.กาญจนา โพธิ์ชัยเลิศ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

นางสาวกาญจนา โพธิ์ชัยเลิศ

(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

(..... (นางสาวอรรักญา อุตทรนคร))

เจ้าหน้าที่งานธุรการ ปฏิบัติงาน

ลงชื่อ.....อปท.

(..... (นายแพทย์ศักดิ์ พงษ์สมันต์))

นายกเทศมนตรีตำบลเขาสวนกวาง

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

<p>ชื่อ นายจักรวาลย์ วัชรโรสิน เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1401900011896</p>	<p>ที่อยู่ 331 ม.8 ต.เขาสวนกวาง อ.เขาสวนกวาง จ.ขอนแก่น หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -</p>	<p>วันที่จัดทำ 29 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2568</p>
<p>เกิดวันที่ 26 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2528 (อายุ 40 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : ADL=3, TAI=I3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : อัมพาตครึ่งท่อน แขนขาอ่อนแรง เหนื่อยอ่อนเพลีย</p>	
<p>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>การดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 12,660 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ผ่าอ้อม 3 ชั้น/วัน</p>	<p>- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - กลั้นปัสสาวะไม่ได้</p>	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)</p>
<p>การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้</p>	<p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว</p>	
<p>มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ่าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชั้น/วัน</p>	<p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</p>	
<p>ชื่อ/บรรทัดในการให้บริการ</p>	<p>เป้าหมายการดูแล</p>	
<p>- การกินอาหาร/สลักอาหาร - การพลิกตะกอน - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก</p>	<p>ระยะสั้น - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 30 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 30 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 30 วัน - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 30 วัน</p> <p>ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่เกิดแผลกดทับ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ</p>	
<p>ผู้จัดทำ Care plan น.ส.กาญจนา โพธิ์ชัยเลิศ</p>	<p>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</p>	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
นางสาวกาญจนา โพธิ์ชัยเลิศ
(นางสาวอรุณภา อตรนคร)
เจ้าพนักงานธุรการ ปฏิบัติงาน

ลงชื่อ.....อปท.
(นายเผด็จศักดิ์ พงษ์สมบัติ)
นายกเทศมนตรีตำบลเขาสวนกวาง

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเขตค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นางงามนิจ วิลลี่ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3410102336696	ที่อยู่ 177 ม.1 ต.เขาสวนกวาง อ. เขาสวนกวาง จ. ขอนแก่น หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 29 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 28 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2504 (อายุ 64 ปี)	วินิจฉัย : ADL=0, TAI=1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : นอนติดเตียง โรคหลอดเลือดในสมองตีบ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ พิจารณาการ เคลื่อนไหว กลั้นปัสสาวะไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 13,360 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ผ้าอ้อม 3 ชั้น/วัน	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ช่องปากไม่สะอาด - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ก. ะเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชั้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่ ภายใน 1 เดือน - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 30 วัน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 30 วัน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 30 วัน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 30 วัน - ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่ ภายใน 30 วัน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.กาญจนา โพธิ์ชัยเลิศ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [นางสาวกาญจนา โพธิ์ชัยเลิศ
 พย.รพ.สต.เขาสวนกวาง]
 ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 [(นางสาวอรรณภา อัครนคร)
 เจ้าหน้าที่งานธุรการ ผู้ปฏิบัติงาน]

ลงชื่อ.....อปท.
 [(นายเผด็จศักดิ์ พงษ์สมบัติ)
 นายกเทศมนตรีตำบลเขาสวนกวาง]

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นางเหมื่อน โสสีทา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3401900197619	ที่อยู่ 27 ม.5 ต.เขาสวนกวาง อ.เขาสวนกวาง จ.ขอนแก่น หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 29 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 04 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2483 (อายุ 85 ปี)	วินิจฉัย : ADL=0, TAI=1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เบาหวาน ความดันโลหิตสูง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 37,360 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าตอบแทนของ CG (care giver) ค่าวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์/ผ้าอ้อม	<ul style="list-style-type: none"> - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ 	การดูแลพยาบาลทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) การดูแลพยาบาลเฉพาะ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม 	
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน	การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ 	
ข้อควรระวังในการให้บริการ <ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สลักอาหาร - ซ้อมคิด/ซื้อทำตก - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ 	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนและการติดเชื้ระบบทาง เดินหายใจ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ไม่เกิดการติดเชื้ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 7 วัน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 7 วัน - ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 1 เดือน ระยะยาว <ul style="list-style-type: none"> -ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ 	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.กาญจนา โพธิ์ชัยเลิศ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 (นางสาวภาณุมาศ เพ็ญชัยเลิศ)
 (นาง รพ. สด. เขาสวนกวาง)
 ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 (นางสาวอรุณภา อัครนคร)
 เจ้าหน้าที่งานธุรการ ปฏิบัติงาน

ลงชื่อ.....อปท.
 (นายเมตต์จศักดิ์ พงษ์สมบัติ)
 นายกเทศมนตรีตำบลเขาสวนกวาง

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง พิจารณาคัดเลือกสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียง) x

ผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง
 พบปัญหาการส่งข้อมูลผ้าอ้อมไป สปสช. โปรดติดต่อผู้ดูแลระบบ || Error Message: Patient exists - (L7796) กองทุนสุขภาพดีโรงพยาบาลตำรวจ ตำบลดอนเมือง กรุงเทพมหานคร

ชื่อ นางประยูร คณะเหล่า เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3410500040771	ที่อยู่ 331 ม.5 ต.เขาสวนกวาง อ.เขาสวนกวาง จ.ขอนแก่น หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	
เกิดวันที่ 29 เดือน มกราคม พ.ศ. 2511 (อายุ 57 ปี)	วินิจฉัย : ADL=0, TAI=I1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : โรคหลอดเลือดสมอง ตัดเตียง ช่วยเหลือตนเองได้น้อย กลั้นปัสสาวะไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ต้องการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 37,360 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าตอบแทนของ CG (care giver) ค่าวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์	<ul style="list-style-type: none"> - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ 	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา 	ระยะสั้น - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ภายใน 30 วัน - ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนและการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ภายใน 30 วัน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 30 วัน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 30 วัน - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 30 วัน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.กาญจนา โพธิ์ชัยเลิศ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 (นางสาวภาณุมาศ เพ็ญชัยเลิศ)
 ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 (นางสาวอรุณภา อตรนคร)
 เจ้าหน้าที่งานธุรการ ปฏิบัติงาน

ลงชื่อ.....อปท.
 (นายเมธีจศักดิ์ พงษ์สมบัติ)
 นายกเทศมนตรีตำบลเขาสวนกวาง

รูปภาพประกอบการเยี่ยมบ้าน นายบุญมี บุญมี ประจำเดือน เมษายน 2569





รูปภาพประกอบการตรวจสอบสุขภาพผู้สูงอายุ และ คนพิการ







รูปภาพประกอบการมอบอุปกรณ์ช่วยเหลือคนพิการ



