

๑. ชื่อโครงการ โครงการเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่องการกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ.๒๕๕๙ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลห้วยทะเล ตำบลห้วยทะเล อำเภอบำเหน็จณรงค์ จังหวัดชัยภูมิ (ประจำปี ๒๕๖๕)

๒. หลักการและเหตุผล

โดยที่ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่องการกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ.๒๕๕๙ ข้อ ๕/๑ ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อมความเหมาะสมได้รับเงินเพิ่มจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในส่วนค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพกำหนดและให้ถือว่าเงินดังกล่าวเป็นเงินหรือทรัพย์สินในกองทุนหลักประกันสุขภาพแต่ให้เปิดบัญชีเงินฝากกับธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร(ธกส.) ในชื่อ "บัญชีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยทะเล" แยกออกจากบัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพและข้อ ๗/๑ กำหนดให้นำเงินดังกล่าวใช้จ่ายเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามชุดสิทธิประโยชน์ของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนหรือหน่วยบริการหรือสถานบริการที่จัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยจะต้องขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงก่อนจึงจำต้องเสนอโครงการเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงดังกล่าว

๓. วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยหน่วยบริการสถานบริการโดยผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (care giver) มีทีมหมอครอบครัว ทีมสหวิชาชีพ ควบคุมดูแล

๔. วิธีดำเนินการ/กิจกรรม

เป็นไปตามเอกสารแนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่องการกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ.๒๕๕๙ ลงวันที่ ๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙ ชุดสิทธิประโยชน์และอัตราค่าบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(เหมาจ่าย/ราย/ปี)มีกิจกรรมดังนี้

๑. ประเมินคัดกรองผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงโดยใช้คะแนนการดูแลตนเองตามกิจวัตรประจำวัน(ADL)เพื่อจัดกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง โดยแบ่งเป็นกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง

๒. จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ตามสภาพปัญหาของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

๓. เสนอแผนการดูแลให้กับองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นเพื่อเข้าคณะกรรมการทราบและอนุมัติ

๔. จัดบริการตามแผนการดูแลรายบุคคล(Care Plan) โดยร่วมกับผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

(CareGiver) ตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายเอกสาร

๕. ติดตาม ประเมินการดำเนินงานทุก ๖ เดือน ๙ เดือน ๑๒ เดือนพร้อมทั้งบันทึกการเปลี่ยนแปลงผ่านโปรแกรมของกรมอนามัยและสปสข.

๖. วิเคราะห์ผล สรุปผลการดำเนินงาน เมื่อจัดบริการครบ ๑๒ เดือนตามระยะเวลาที่โครงการกำหนด

๕. กลุ่มเป้าหมาย

- (1) กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้างมีปัญหาการกินการขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง
- (2) กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้างมีภาวะสับสนทางสมองและอาจมีปัญหาการกินการขับถ่าย
- (3) กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ไม่มีปัญหาการกินการขับถ่ายหรือเจ็บป่วยรุนแรง
- (4) กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้เจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต

ทั้งนี้จำนวนคนของแต่ละกลุ่มเป็นไปตามแผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (care plan) ประกอบด้วย

๑. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตพื้นที่ในเขตการปกครองขององค์การบริหารส่วนตำบลห้วยทะเล อำเภอบำเหน็จณรงค์ จังหวัดชัยภูมิ ๕๖ คน

๒. หมอครอบครัวตามคำสั่งปฏิบัติหน้าที่ รพ.สต.ตำบลห้วยทะเล ๓ คน

๓. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรจากกรมอนามัย ๗๐ ชั่วโมง จำนวน ๙ คน

๖. ระยะเวลาดำเนินการ

ตั้งแต่วันที่ ๑๔ เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ.๒๕๖๕ ถึง ๑๔ เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ.๒๕๖๖

๗. พื้นที่ดำเนินการ

พื้นที่ในเขตการปกครององค์การบริหารส่วนตำบลห้วยทะเล อำเภอบำเหน็จณรงค์ จังหวัดชัยภูมิ

๘. งบประมาณดำเนินการ

จากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ได้เปิดบัญชีเงินฝากกับธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร (ธกส.) ชื่อบัญชี "บัญชีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยทะเล" โดยลักษณะเหมาจ่ายตามแผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (care plan) ที่แนบมาพร้อมนี้เป็นจำนวนเงิน ๓๗๘,๐๐๐ บาท (สามแสนเจ็ดหมื่นแปดพันบาทถ้วน) ดังรายละเอียดดังนี้

๑. ค่าจ้างเหมาผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) ๗ คนต่อการดูแลผู้ป่วย ๕๖ คน ดังนี้

๑.๑. ค่าจ้างเหมาดูแลผู้ป่วย อัตรา ๑,๕๐๐ บาท x ๗) คน x ๑๒ เดือน เป็นเงิน ๑๒๖,๐๐๐ บาท

๒. ค่าวัสดุการแพทย์

๒.๑ เครื่องผลิตออกซิเจน จำนวน ๒ เครื่องๆละ ๓๕,๐๐๐ เป็นเงิน ๗๐,๐๐๐ บาท

๒.๒ เตียงนอน ๒ โกร์ จำนวน ๒ เตียงๆละ ๑๕,๐๐๐ เป็นเงิน ๓๐,๐๐๐ บาท

๒.๓ รถเข็น ๓ คันๆละ ๓,๐๐๐ บาท เป็นเงิน ๙,๐๐๐ บาท

๒.๔ เครื่องPulse Oximeter Fingertip ๑๐ เครื่องๆละ๑,๒๐๐บาท เป็นเงิน ๑๒,๐๐๐ บาท

๒.๕ เครื่องตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว ๘ เครื่องๆละ ๒๕๐๐ บาท เป็นเงิน ๒๐,๐๐๐ บาท

๒.๖ อุปกรณ์ช่วยพยุงเดิน (ไม้เท้าอลูมิเนียม) ๒๐ อันๆละ ๕๐๐เป็นเงิน ๑๐,๐๐๐ บาท

๒.๗ ค่าชุดทำแผล จำนวน ๙๐ ชุดๆ ละ ๒๐ บาท เป็นเงิน ๑,๘๐๐ บาท

๒.๘ ค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่จำนวน ๑๔๙ ห่อ ๆ ละ ๕๐๐ บาท เป็นเงิน ๗๔,๕๐๐ บาท

๒.๙ แผ่นรองกันเปื้อนผู้ป่วย จำนวน ๖๐ แผ่นๆละ๒๒๐ บาท เป็นเงิน ๑๓,๒๐๐ บาท

๒.๑๐ ถุงมือยางชนิดมีแฉีกใช้แล้วทิ้ง ๕๐ กล่องๆละ ๒๓๐ บาท เป็นเงิน ๑๑,๕๐๐ บาท

รวม ๓๗๘,๐๐๐ บาท (สามแสนเจ็ดหมื่นแปดพันบาทถ้วน)

(ทุกรายการถ้วนจ่ายได้)

๙. ตัวชี้วัด

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามชุดสิทธิประโยชน์ และดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ร้อยละ ๑๐๐

๑๐. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจะได้รับการบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามชุดสิทธิประโยชน์ที่เป็นการให้บริการในครัวเรือนหรือศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุชุมชนหรือที่หน่วยบริการสถานบริการโดยบุคลากรสาธารณสุขหรือผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

๑๐.๑ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขตามแผนการดูแล

๑๐.๒ ผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) มีทักษะความชำนาญ ในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น

๑๑. การส่งมอบผลงาน

ส่งมอบสรุปผลสำเร็จในการดำเนินกิจกรรมบริการชุดสิทธิประโยชน์ตามแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงรายบุคคลตามแบบที่แนบมาพร้อมนี้

๑๒. หน่วยงานที่รับผิดชอบ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลห้วยทะเล ตำบลห้วยทะเล อำเภอบ้านเหนือจตุรรงค์ จังหวัดชัยภูมิ

๑๓. ผู้รับผิดชอบโครงการ

ผู้รับผิดชอบ / โทรศัพท์/E-mail

นางสำรวย เกียะขุนทด ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โทรศัพท์ ๐๘๑-๒๖๖๓๒๗๙

E-mail : Kia Sumruey@gmail.com

ผู้เขียนโครงการ/ผู้เสนอโครงการ



(นางสำรวย เกียะขุนทด)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำบลห้วยทะเล

ผู้เห็นชอบโครงการ



(..... นอ อมพท นอ.....)

ตำแหน่ง..... พ.ด.ท.ที่สร.สท.ป.สร.๓ ๐๐๓.....

ผู้อนุมัติโครงการ



(..... (นางสุภาวดี ฟากวิสัย).....)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการกองสวัสดิการสังคม
รักษาราชการแทนปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยทะเล
ปฏิบัติหน้าที่นายกองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยทะเล

ข้อเสนอโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
สรุปแผนการดูแลรายบุคคล และค่าบริการเหมาจ่ายตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศคณะกรรมการฯ

ส่วนที่ 1 : ข้อเสนอโครงการ

เรียน ประธานคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
 องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยทะเล อำเภอ บำเหน็จณรงค์ จังหวัด ชัยภูมิ

ด้วย กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยทะเล) อำเภอ บำเหน็จณรงค์
 จังหวัด ชัยภูมิ มีความประสงค์จะจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงใน
 พื้นที่ องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยทะเล โดยขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวด้าน
 สาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศคณะกรรมการฯ เรื่อง การ
 กำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน
 หลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๙ เป็นค่าบริการเหมาจ่าย/คน/ปี จำนวน
 63 คน รวมเป็นเงินทั้งสิ้น จำนวน 378,000 บาท (สามแสนเจ็ดหมื่นแปดพันบาทถ้วน) รายละเอียด มีดังนี้

กลุ่มติดบ้าน				กลุ่มติดเตียง				รวม	
กลุ่มที่ 1 เคลื่อนไหวได้บ้างมี ปัญหาการกิน/การ ขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะ สับสน		กลุ่มที่ 2 กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง มีภาวะสับสน และอาจมี ปัญหาการกิน/การ ขับถ่าย		กลุ่มที่ 3 กลุ่มที่เคลื่อนไหวเอง ไม่ได้ ไม่มีปัญหาการ กิน/การขับถ่ายหรือ เจ็บป่วยรุนแรง		กลุ่มที่ 4 กลุ่มที่เคลื่อนไหวเอง ไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะท้าย ของชีวิต		จำนวน	ค่าบริการ
จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)
39	234,000	13	78,000	9	54,000	2	12,000	63	378,000

ระยะเวลาดำเนินการ 14 กันยายน 2565 – 13 กันยายน 2566

ทั้งนี้ ได้แนบสรุปแผนการดูแลรายบุคคลและค่าบริการเหมาจ่าย เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการ
 สนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พิจารณาสันนิษฐานค่าใช้จ่ายเพื่อ
 จัดบริการดูแลระยะยาวฯ รายละเอียดตามเอกสารแนบ

ลงชื่อ  ผู้จัดทำข้อเสนอ

(นางสุภาวดี ฟากวิสัย)

ผู้อำนวยการกองสวัสดิการสังคมปฏิบัติหน้าที่

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยทะเลผู้บริหารสูงสุดของหน่วยงานที่จัดบริการ
 (กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยทะเล)

วันที่.....

แบบฟอร์มการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ปี 2565)
 ชื่อหน่วยบริการหรือเครือข่ายบริการปฐมภูมิ รพ.สต.หัวทะเล ชื่อ อบต./เทศบาล อบต.หัวทะเล
 ชื่อ อบต./เทศบาล อบต.หัวทะเล อำเภอบ้านเจ็ดเสมียน จังหวัดชัยภูมิ

จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบ่งเป็น ๔ กลุ่มตามความต้องการการบริการด้านสาธารณสุข					
ประเภทผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	ลำดับที่	คำ	ชื่อ	นามสกุล	เลขที่บัตรประชาชน
กลุ่มที่ ๑ เคลื่อนไหวได้บ้าง และอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง	1	นาง	เสงี่ยม	ฝั่งสระ	๖๖๐๗๐๖๖๒๐๖๗
	2	นาง	คุณ	แสไพศาล	๖๖๐๗๐๐๑๒๒๑๖๖
	3	นาง	สำเรียง	เทียบขุนทด	๖๖๐๗๐๐๑๑๑๑๐๐
	4	นาง	แพงตา	แฝงสระ	๖๖๐๗๐๐๖๖๖๖๗๑
	5	นาง	คำมี	โมงปราณีต	๖๖๐๗๐๐๖๖๖๖๖๖๖
	6	นาง	ลิ	ฟ้าคุ้ม	๖๖๐๗๐๐๖๖๖๖๖๖๖
	7	นาย	รินทร์	แสบขุนทด	๖๖๐๗๐๐๖๖๖๖๖๖๖
	8	นาย	เสงี่ยม	เทียบขุนทด	๖๖๐๗๐๐๑๑๑๑๑๑๑
	9	นาง	ผัด	บำรุงราน	๖๖๐๗๐๐๑๑๑๑๑๑๑
	10	นาง	ฝ้าย	เพ็ญชัย	๖๖๐๗๐๐๖๖๖๖๖๖๖
	11	นาง	แดง	ไชยทิพย์	๖๖๐๗๐๐๖๖๖๖๖๖๖
	12	นาง	นาค	แพสันเทียะ	๖๖๐๗๐๐๑๑๑๑๑๑๑
	13	นาง	ตุ้ม	โก๋จันทิก	๖๖๐๗๐๐๖๖๖๖๖๖๖
	14	นาง	เกียง	ลีหัวสระ	๖๖๐๗๐๐๖๖๖๖๖๖๖
	15	นาย	พรหมมา	โมงปราณีต	๖๖๐๗๐๐๖๖๖๖๖๖๖
	16	นาย	จ้อย	ประจิต	๖๖๐๗๐๐๖๖๖๖๖๖๖
	17	นาง	เสียม	คำขุนทด	๖๖๐๗๐๐๑๑๑๑๑๑๑
	18	น.ส.	คีน	แสงสุวรรณ	๖๖๐๗๐๐๖๖๖๖๖๖๖
	19	นาย	ดี	นาสร้อย	๖๖๐๗๐๐๑๑๑๑๑๑๑
	20	นาย	มี	พริกจำรูญ	๖๖๐๗๐๐๑๑๑๑๑๑๑
	21	นาง	เข้า	แสงจันทร์	๖๖๐๗๐๐๑๑๑๑๑๑๑
	22	นาง	คำ	สำนักโนน	๖๖๐๗๐๐๖๖๖๖๖๖๖
	23	นาง	แดงอ่อน	แสงจิม	๖๖๐๗๐๐๖๖๖๖๖๖๖
	24	นาง	ปี่	พัฒมงคล	๖๖๐๗๐๐๖๖๖๖๖๖๖
	25	นาง	ยีน	โชขุนทด	๖๖๐๗๐๐๖๖๖๖๖๖๖
	26	นาง	ทองแท่ง	แก้วเพชร	๖๖๐๗๐๐๖๖๖๖๖๖๖
	27	นาง	ลำดวน	ตรีวุธ	๖๖๐๗๐๐๖๖๖๖๖๖๖
	28	นาย	สวัสดิ์	หมู่สะแก	๖๖๐๗๐๐๖๖๖๖๖๖๖
	29	นาย	หมึก	คำขุนทด	๖๖๐๗๐๐๑๑๑๑๑๑๑
	30	นาง	สาคร	พับขุนทด	๖๖๐๗๐๐๑๑๑๑๑๑๑

แบบฟอร์มการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ปี 2565)

ชื่อหน่วยบริการหรือเครือข่ายบริการปฐมภูมิ รพ.สต.หัวทะเล ชื่อ อบต./เทศบาล อบต.หัวทะเล

ชื่อ อบต./เทศบาล อบต.หัวทะเล อำเภอบ้านเจ็ดยักษ์ จังหวัดชัยภูมิ

จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบ่งเป็น ๔ กลุ่มตามความต้องการการบริการด้านสาธารณสุข

ประเภทผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	ลำดับที่	คำ	ชื่อ	นามสกุล	เลขที่บัตรประชาชน
มที่ ๑ เคลื่อนไหวได้บ้าง และอาจมีปัญหา กิจวัตรหรือการขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะสับสน งสมอง	1	นาง	เสงี่ยม	ฝั่งสระ	๙๙๐๗๐๐๖๖๐๗๙
	2	นาง	คุณ	แสงไพศาล	๒๓๕๐๗๐๐๑๒๒๑๓๑
	3	นาง	สำเรียง	เทียบขุนทด	๒๓๕๐๗๐๐๑๑๑๓๐๘
	4	นาง	แพงตา	แสงสระ	๑๑๕๐๗๐๐๑๑๑๓๗๑๑
	5	นาง	คำมี	โม่งปราณีต	๒๓๕๐๗๐๐๑๑๑๓๕๔๔๕
	6	นาง	ลิ	ฟ้าคุ้ม	๑๑๕๐๗๐๐๑๑๑๓๖๖๖
	7	นาย	รินทร์	แสงขุนทด	๑๑๕๐๗๐๐๑๑๑๓๕๗๕๑
	8	นาย	เสงี่ยม	เทียบขุนทด	๒๓๕๐๗๐๐๑๑๑๓๕๒๔๓
	9	นาง	ผัด	บำรุงราน	๒๓๕๐๗๐๐๑๑๑๓๕๔๑๑
	10	นาง	ฝ้าย	เพ็ญชัย	๑๑๕๐๗๐๐๑๑๑๓๖๗๖
	11	นาง	แดง	ไชยทิพย์	๑๑๕๐๗๐๐๑๑๑๓๖๖๖๖
	12	นาง	นาค	แสงเทียน	๒๓๕๐๗๐๐๑๑๑๓๕๕๕๕
	13	นาง	ตุ้ม	โก๋จันทิก	๒๓๕๐๗๐๐๑๑๑๓๖๕๕๕
	14	นาง	เกียง	สีหัวสระ	๒๓๕๐๗๐๐๑๑๑๓๖๖๖๖
	15	นาย	พรมมา	โม่งปราณีต	๑๑๕๐๗๐๐๑๑๑๓๕๕๕๕
	16	นาย	จ้อย	ประจิด	๑๑๕๐๗๐๐๑๑๑๓๖๖๖๖
	17	นาง	เลียม	คำขุนทด	๑๑๕๐๗๐๐๑๑๑๓๕๕๕๕
	18	น.ส.	คีน	แสงสุวรรณ	๒๓๕๐๗๐๐๑๑๑๓๖๖๖๖
	19	นาย	ดี	นาสร้อย	๒๓๕๐๗๐๐๑๑๑๓๕๕๕๕
	20	นาย	มี	พริกจำรูญ	๑๑๕๐๗๐๐๑๑๑๓๕๕๕๕
	21	นาง	เข้า	แสงจันทร์	๑๑๕๐๗๐๐๑๑๑๓๕๕๕๕
	22	นาง	คำ	สำนักโนน	๒๓๕๐๗๐๐๑๑๑๓๖๖๖๖
	23	นาง	แดงอ่อน	แสงจัน	๑๑๕๐๗๐๐๑๑๑๓๕๕๕๕
	24	นาง	ปี่	พัฒมงคล	๑๑๕๐๗๐๐๑๑๑๓๕๕๕๕
	25	นาง	อิน	โชขุนทด	๒๓๕๐๗๐๐๑๑๑๓๖๖๖๖
	26	นาง	ทองแห่ง	แก้วเพชร	๑๑๕๐๗๐๐๑๑๑๓๕๕๕๕
	27	นาง	ลำดวน	ตรีวุธ	๒๓๕๐๗๐๐๑๑๑๓๖๖๖๖
	28	นาย	สวัสดิ์	หมู่สะแก	๑๑๕๐๗๐๐๑๑๑๓๕๕๕๕
	29	นาย	หมึก	คำขุนทด	๑๑๕๐๗๐๐๑๑๑๓๕๕๕๕
	30	นาง	สาคร	ทับขุนทด	๑๑๕๐๗๐๐๑๑๑๓๕๕๕๕

แบบฟอร์มการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ปี 2565)

ชื่อหน่วยบริการหรือเครือข่ายบริการปฐมภูมิ รพ.สต.หัวทะเล ชื่อ อบต./เทศบาล อบต.หัวทะเล

ชื่อ อบต./เทศบาล อบต.หัวทะเล อำเภอบ้านเจ็ดยักษ์ จังหวัดชัยภูมิ

จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบ่งเป็น ๔ กลุ่มตามความต้องการการบริการด้านสาธารณสุข

ประเภทผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	ลำดับที่	คำ	ชื่อ	นามสกุล	เลขที่บัตรประชาชน	
	31	นาย	เหรียญ	นพคุณ	๑๑๕๐๗๐๐๑๑๑๓๕๕๕๕	
	32	นาง	จุน	ไผ่ใจดี	๑๑๕๐๗๐๐๑๑๑๓๕๕๕๕	
	33	นาง	นาง	สีขุนทด	๑๑๕๐๗๐๐๑๑๑๓๕๕๕๕	
	34	นาง	ถ้ำ	มีชัย	๑๑๕๐๗๐๐๑๑๑๓๕๕๕๕	
	35	นาง	น้อย	ยุทธยง	๑๑๕๐๗๐๐๑๑๑๓๕๕๕๕	
	36	นาง	หล่อ	ภูมิสมบัติ	๑๑๕๐๗๐๐๑๑๑๓๕๕๕๕	
	37	นาง	ฉ่ำ	ไผ่ใจดี	๑๑๕๐๗๐๐๑๑๑๓๕๕๕๕	
	38	นาย	สุรนาท	แฟงสวัสดิ์	๒๓๕๐๗๐๐๑๑๑๓๖๖๖๖	
	39	นาง	ทา	โก๋จันทิก	๑๑๕๐๗๐๐๑๑๑๓๖๖๖๖	
	รวม 39 ราย					

หมายเหตุ เงื่อนไข : -อายุ60ปีขึ้นไป - สิทธิบัตรทอง - คะแนน ADL เท่ากับหรือน้อยกว่า 11 ลงมา

แบบฟอร์มนี้ให้จัดเก็บเป็นฐานข้อมูลไว้ที่หน่วยบริการ เพื่อการติดตามประเมินผลการดำเนินงานในพื้นที่ต่อไป และส่งเป็นอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ให้สปสข.

และเทศบาล หรืออบต.ที่เกี่ยวข้องเพื่อสปสข.จะได้จัดสรรงบประมาณให้กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

กรุณาดาวน์โหลดแบบฟอร์มที่ korat.nhso.go.th หัวข้อ Download -->แบบฟอร์มการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (1 TC1)

แบบฟอร์มการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ปี 2565)
 ชื่อหน่วยบริการหรือเครือข่ายบริการปฐมภูมิ รพ.สต.หัวทะเล ชื่อ อบต./เทศบาล อบต.หัวทะเล
 ชื่อ อบต./เทศบาล อบต.หัวทะเล อำเภอบ้านเหินจตุรรงค์ จังหวัดชัยภูมิ

จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบ่งเป็น ๔ กลุ่มตามความต้องการการบริการด้านสาธารณสุข					
ประเภทผู้สูงอายุที่ภาวะพึ่งพิง	ลำดับที่	คำนำหน้าชื่อ	ชื่อ	นามสกุล	เลขที่บัตรประชาชน
กลุ่มที่ ๒ เหมือนกลุ่มที่ ๑ แต่มีภาวะสับสนทางสมอง	1	นาย	ฉะอ้อน	ฟ้าคุ้ม	๑๑๑๑๑๑๑๑๑๑๑๑
	2	นาย	สมพงษ์	พูนสุข	๑๑๑๑๑๑๑๑๑๑๑๑
	3	นาง	วัน	พาดขุนทด	๑๑๑๑๑๑๑๑๑๑๑๑
	4	นาย	น้อย	สำนักโนน	๑๑๑๑๑๑๑๑๑๑๑๑
	5	นาย	พิศ	แสงจันทร์	๑๑๑๑๑๑๑๑๑๑๑๑
	6	นาง	จอก	ไผ่ใจดี	๑๑๑๑๑๑๑๑๑๑๑๑
	7	นาง	แฉล้ม	บุญมา	๑๑๑๑๑๑๑๑๑๑๑๑
	8	นาย	น้อย	ศิขุนทด	๑๑๑๑๑๑๑๑๑๑๑๑
	9	นาย	ละมุล	กองโคกสูง	๑๑๑๑๑๑๑๑๑๑๑๑
	10	นาย	จรัญ	วันทอง	๑๑๑๑๑๑๑๑๑๑๑๑
	11	นาย	สมนึก	ฟ้าคุ้ม	๑๑๑๑๑๑๑๑๑๑๑๑
	12	นาย	จิรศักดิ์	ฉิมवास	๑๑๑๑๑๑๑๑๑๑๑๑
	13	ค.ญ.	อรณิชา	เงินมงคล	๑๑๑๑๑๑๑๑๑๑๑๑
รวม 13 ราย					

หมายเหตุ

เงื่อนไข : - อายุ 60 ปีขึ้นไป

- สิทธิบัตรทอง

- คะแนน ADL เท่ากับหรือน้อยกว่า 11 ลงมา

แบบฟอร์มนี้ให้จัดเก็บเป็นฐานข้อมูลไว้ที่หน่วยบริการ เพื่อการติดตามประเมินผลการดำเนินงานในพื้นที่ต่อไป และส่งเป็นอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ให้สปสข.

และเทศบาล หรืออบต.ที่เกี่ยวข้องเพื่อสปสข.จะได้จัดสรรงบประมาณให้กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

กรุณาดาวน์โหลดแบบฟอร์มที่ korat.nhso.go.th หัวข้อ Download -->แบบฟอร์มการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC1)

ชื่อ นางคุณ แสไพศาล เลขประชาชน ██████████	ที่อยู่ 127 ม.3 ต.หัวทะเล อ.บ้านหินณรงค์ จ.ชัยภูมิ 36220 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันจัดทำ 09 มกราคม 2565
เกิดวันที่ 01 มกราคม พ.ศ. 2477 (อายุ 87 ปี)	วินิจฉัย : ADL = 11 , TAL = B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดบ้าน ช่วยเหลือตัวเองได้บ้างกิจวัตรประจำวันช่วยเตรียมบางอย่าง	
สถานะสุขภาพ/ค่าบริการเหมาจ่ายต่อปีขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	เป้าหมายการดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนค่าบริการเหมาจ่ายต่อปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ โดย CM และCG	- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - มีความอ่อนแรง การดูแล การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อม การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ	ระยะสั้น - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 สัปดาห์ - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว เพื่อนบ้านภายใน 1 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า ข้อควรระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/สําลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก

<p>ชื่อ นางสาวเรียง เทียบขุนทด เลขบัตรประชาชน ██████████</p>	<p>ที่อยู่ 89 ม. 3 ต.หัวทะเล อ.บ้านหินณรงค์ จ.ชัยภูมิ 36220 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -</p>	<p>วันจัดทำ 26 มกราคม 2565</p>
<p>เกิดวันที่ 01 มกราคม พ.ศ. 2484 (อายุ 80 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : ADL = 11 , TAL = B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดบ้านเริ่มมีภาวะหลงลืม ช่วยเหลือตัวเองได้บ้างกิจวัตรประจำวันอย่างต้องมีคนช่วย</p>	
<p>สถานะสุขภาพ/ค่าบริการเหมาจ่ายต่อปีที่ขอรับการสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>เป้าหมายการดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนค่าบริการเหมาจ่ายต่อปีเป็นจำนวนเงิน 5,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ โดย CM และ CG ค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่ รถเข็น</p>	<p>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</p> <p>การดูแล</p> <p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่ายปัสสาวะ/อุจจาระ - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - การทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> - บริการพิเศษอื่นๆ <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ 	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ได้รับการช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 1 สัปดาห์ <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยเองได้ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า <p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์

<p>ชื่อ นางสาวแพงดา แผงสระ เลขบัตรประชาชน ██████████</p>	<p>ที่อยู่ 42/1 ม.2 ต.หัวทะเล อ.บ้านหินณรงค์ จ.ชัยภูมิ 36220 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -</p>	<p>วันจัดทำ 26 มกราคม 2565</p>
<p>เกิดวันที่ 01 มกราคม พ.ศ. 2469 (อายุ 95 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : ADL = 10 , TAL = B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุตาบอดมองไม่เห็นอาศัยกับญาติไม่มีสามีไม่มีบุตรช่วยเหลือตัวเองได้บ้างเริ่มมีอาการหลงลืมต้องมีคนเตรียมให้ทุกอย่าง</p>	
<p>สถานะสุขภาพ/ค่าบริการเหมาจ่ายต่อปีที่ขอรับการสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>เป้าหมายการดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนค่าบริการเหมาจ่ายต่อปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ โดย CM และCG ผู้สูงอายุ ผู้ใหญ่</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - ความสามารถในการมองเห็น - กลืนปัสสาวะไม่ได้ 	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 1 สัปดาห์ <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
	<p>การดูแล</p> <p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การช่วยในระบบขับถ่าย (ปัสสาวะ) <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ 	<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การพลัดตกหกล้ม - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การหลงทาง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ฆมน้ำ

<p>ชื่อ นางคำมี โมงปราณีต เลขบัตรประชาชน ██████████</p>	<p>ที่อยู่ 69/1 ม.2 ต.หัวทะเล อ.บ้านหินณรงค์ จ.ชัยภูมิ 36220 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -</p>	<p>วันจัดทำ 26 มกราคม 2565</p>
<p>เกิดวันที่ 01 มกราคม พ.ศ. 2482 (อายุ 82 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : ADL = 11 , TAL = B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ เดินไม่ได้กำลังขาอ่อนแรงมีโรคประจำตัว HT,DM, มองไม่ชัดจอประสาทตาเสื่อมจากเบาหวาน มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม ช่วยเหลือตัวเองได้บ้างต้องมีคนเตรียมให้</p>	
<p>สถานะสุขภาพ/ค่าบริการเหมาจ่ายต่อปีที่ขอรับการสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>เป้าหมายการดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนค่าบริการเหมาจ่ายต่อปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ โดย CM และ CG และ ผ้าอ้อมผู้ใหญ่</p>	<p>- ความสามารถในการมองเห็น - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้</p>	
	<p>การดูแล</p>	<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p>
	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - การช่วยเหลือในระบอบขับถ่าย ปัสสาวะ/อุจจาระ - การอาบน้ำ - การทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ</p> <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ - บริการพิเศษอื่นๆ</p> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์</p> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัย</p>	
		<p>ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อนภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน</p> <p>ระยะยาว - ที่อยู่เหมาะสม -ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า</p>

<p>ชื่อ นางลิ ฟ้าคุ้ม เลขบัตรประชาชน ██████████</p>	<p>ที่อยู่ ████████ ต.หัวทะเล อ.บ้านหินณรงค์ จ.ชัยภูมิ 36220 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -</p>	<p>วันจัดทำ 21 มกราคม 2565</p>
<p>เกิดวันที่ 10 เมษายน พ.ศ. 2477 (อายุ 84 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : ADL = 8 , TAL = B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ ผู้พิการ เดินไม่ได้(เคลื่อนไหวโดยนั่งบนไม้กระดานสี่เหลี่ยมมีล้อ)เริ่มมีอาการหลงลืมมีโรคประจำตัว HT ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง กลั้นปัสสาวะไม่ได้บางครั้ง อยู่คนเดียว บุตรชายมาดูแลบางครั้งไม่ได้อยู่ประจำ</p>	
<p>สถานะสุขภาพ/ค่าบริการเหมาจ่ายต่อปีที่ขอรับการสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>เป้าหมายการดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนค่าบริการเหมาจ่ายต่อปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ โดย CM และCG ฝ้าอ้อม</p>	<p>-ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ -มีความอ่อนแรงของกำลังมือแขนและขา -ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</p> <p>การดูแล</p> <p>การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ</p> <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม</p> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม -การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</p>	<p>ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 1 เดือน</p> <p>ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม</p> <p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p> <p>- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - ข้อติด/ข้อเท้าตกร - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ฝนน้ำ</p>

<p>ชื่อ นายรินทร์ แสบขุนทด เลขบัตรประชาชน ██████████</p>	<p>ที่อยู่ 182 ม.12 ต.หัวทะเล อ.บ้านหินณรงค์ จ.ชัยภูมิ 36220 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -</p>	<p>วันจัดทำ 26 มกราคม 2565</p>
<p>เกิดวันที่ 01 มกราคม พ.ศ. 2473 (อายุ 91 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : ADL = 9 , TAL = B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองได้บ้างขึ้นลงบันไดไม่ได้เดินลำบากต้องมีคนช่วย</p>	
<p>สถานะสุขภาพ/ค่าบริการเหมาจ่ายต่อปีที่ขอรับการสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>เป้าหมายการดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนค่าบริการเหมาจ่ายต่อปีเป็นจำนวนเงิน 5,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ โดย CM และ CG Walker ช่วยเดิน</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซิมเซ้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง 	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้นภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซิมเซ้าและสมองเสื่อมภายใน 1 สัปดาห์ <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซิมเซ้า
	<p>การดูแล</p> <p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย (อุจจาระ/ปัสสาวะ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ 	<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก - การกินอาหาร/สำลักอาหาร

<p>ชื่อ นายเสงี่ยม เทียบขุนทด เลขบัตรประชาชน ██████████</p>	<p>ที่อยู่ ████████ ต.หัวทะเล อ.บ้านหินณรงค์ จ.ชัยภูมิ 36220 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -</p>	<p>วันจัดทำ 26 มกราคม 2565</p>
<p>เกิดวันที่ 01 มกราคม พ.ศ. 2480 (อายุ 84 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : ADL = 11 , TAL = B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุเดินลำบาก อัมพฤกษ์ซีกซ้าย การเคลื่อนไหวลูกนั่งต้องมีคนช่วยพยุงช่วยเหลือตัวเองได้บางอย่าง</p>	
<p>สถานะสุขภาพ/ค่าบริการเหมาจ่ายต่อปีที่ขอรับการสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>เป้าหมายการดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนค่าบริการเหมาจ่ายต่อปีเป็นจำนวนเงิน 5,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ โดย CM และ CG ค่าอุปกรณ์ช่วยเดิน ผ่าอ้อมผู้ใหญ่</p>	<p>- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือ แขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</p> <p>การดูแล การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม -การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</p>	<p>ระยะสั้น - ได้รับการช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ภายใน 2 เดือน - กุล ภายใน 6 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์</p> <p>ข้อควรระวังในการให้บริการ - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ</p>

<p>ชื่อ นางผัด บำรุงราน เลขบัตรประชาชน ██████████</p>	<p>ที่อยู่ ████████ ต.หัวทะเล อ.บ้านหินณรงค์ จ.ชัยภูมิ 36220 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -</p>	<p>วันจัดทำ 24 มกราคม 2565</p>
<p>เกิดวันที่ 01 มกราคม 2488 (อายุ 76 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : ADL = 11 , TAL = B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดบ้านช่วยเหลือตัวเองได้บ้างแต่ต้องมีคนช่วยเดินไม่ได้ข้อเข่าติดเคลื่อนไหวโดยใช้อุปกรณ์รองกันเคลื่อนตัวตามพื้นราบ</p>	
<p>สถานะสุขภาพ/ค่าบริการเหมาจ่ายต่อปีที่ขอรับการสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>เป้าหมายการดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนค่าบริการเหมาจ่ายต่อปีเป็นจำนวนเงิน 5,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ โดย CM และ CG อุปกรณ์ช่วยการเคลื่อนไหวถาดรองนั่งช่วยเคลื่อน</p>	<p>- ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</p> <p>การดูแล</p> <p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - การอาบน้ำ - การช่วยในระบะขับถ่ายปัสสาวะ/อุจจาระ <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัย 	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีภาวะแทรกซ้อนภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - ได้รับการช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 2 เดือน - สามารถปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวเพื่อนบ้านภายใน 1 เดือน <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ <p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การพลัดตกหกล้ม - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย

<p>ชื่อ นางฝ้าย เพ็ญชัย เลขบัตรประชาชน ██████████</p>	<p>ที่อยู่ ████████ ต.หัวทะเล อ.บ้านหินณรงค์ จ.ชัยภูมิ 36220 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -</p>	<p>วันจัดทำ 26 มกราคม 2565</p>
<p>เกิดวันที่ 01 มกราคม พ.ศ. 2479 (อายุ 85 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : ADL = 10 , TAL = B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดบ้านขาอ่อนแรง พุดคุยรู้เรื่องปกติไม่มีภาวะหลงลืมช่วยเหลือตัวเองได้เล็กน้อยกิจวัตรประจำวันมีคนช่วย</p>	
<p>สถานะสุขภาพ/ค่าบริการเหมาจ่ายต่อปีที่ขอรับการสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>เป้าหมายการดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนค่าบริการเหมาจ่ายต่อปีเป็นจำนวนเงิน 8,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ โดย CM และ CG ค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่ รถเข็น</p>	<p>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขนขา - สวมเสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้</p> <p>การดูแล</p> <p>การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ/อุจจาระ) - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การเคลื่อนย้าย</p> <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ - บริการพิเศษอื่นๆ</p> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์</p> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัย</p>	<p>ระยะสั้น - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - ได้รับการช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน - ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพดีขึ้นภายใน 1 เดือน</p> <p>ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์</p> <p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p> <p>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การพลัดตกหกล้ม - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ</p>

<p>ชื่อ นางแดง ไชยทิพย์ เลขบัตรประชาชน ██████████</p>	<p>ที่อยู่ ████████ ต.หัวทะเล อ.บ้านหินณรงค์ จ.ชัยภูมิ 36220 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -</p>	<p>วันจัดทำ 26 มกราคม 2565</p>
<p>เกิดวันที่ 01 มกราคม พ.ศ. 2481 (อายุ 83 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : ADL = 11 , TAL = B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ ตัดบ้านช่วยเหลือตัวเองได้บ้างต้องมีคนเตรียมให้มีอาการหลงลืมบางครั้ง</p>	
<p>สถานะสุขภาพ/ค่าบริการเหมาจ่ายต่อปีที่ขอรับการสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>เป้าหมายการดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนค่าบริการเหมาจ่ายต่อปีเป็นจำนวนเงิน 5,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ โดย CM และCG</p>	<ul style="list-style-type: none"> - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง 	<p>ระยะสั้น - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 สัปดาห์</p> <p>ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า</p>
	<p>การดูแล</p> <p>การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย - การช่วยเหลือในการขับถ่าย (ปัสสาวะ,อุจจาระ)</p> <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ - บริการพิเศษอื่นๆ</p> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม -การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</p>	<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การพลัดตกหกล้ม - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ

<p>ชื่อ นางนาค แฟชั่นทีเยะ เลขบัตรประชาชน ██████████</p>	<p>ที่อยู่ ████████ ต.หัวทะเล อ.บ้านหินณรงค์ จ.ชัยภูมิ 36220 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -</p>	<p>วันจัดทำ 24 มกราคม 2565</p>
<p>เกิดวันที่ 01 มกราคม พ.ศ. 2478 (อายุ 86 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : ADL = 7 , TAL =B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดบ้านมีภาวะสับสน หลงลืมช่วยเหลือตัวเองได้ถ้ามีคนช่วยได้ถ้ามีคนเตรียมให้กิจวัตรประจำวันต้องมีคนช่วย</p>	
<p>สถานะสุขภาพ/ค่าบริการเหมาจ่ายต่อปีที่ขอรับการ สนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>เป้าหมายการดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนค่าบริการเหมาจ่ายต่อปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ โดย CM และCG ค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่ ไม้เท้า</p>	<p>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขนขา</p>	<p>ระยะสั้น - สามารถปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว เพื่อนบ้าน ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 1 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่าย - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</p>
	<p>การดูแล การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในการขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในการขับถ่าย(อุจจาระ) - โภชนาการ – การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม -การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อ ผู้สูงอายุ</p>	<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ -การกินอาหาร/สำลักอาหาร -ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ -การพลัดตกหกล้ม -อุบัติเหตุ เช่นไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ</p>

<p>ชื่อ นางดุ่ม ไก่จันทิก เลขบัตรประชาชน ██████████</p>	<p>ที่อยู่ ██████████ ต.หัวทะเล อ.บ้านหินจมนรงค์ จ.ชัยภูมิ 36220 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -</p>	<p>วันจัดทำ 26 มกราคม 2565</p>
<p>เกิดวันที่ 01 มกราคม พ.ศ. 2493 (อายุ 71 ปี) เลขบัตรประชาชน 3360700319966</p>	<p>วินิจฉัย : ADL = 8 , TAL = B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดบ้านมีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูงช่วยเหลือตัวเองได้เคลื่อนไหวลำบากมีอุปกรณ์ช่วยในการเดิน อุจจาระปัสสาวะได้บางครั้ง</p>	
<p>สถานะสุขภาพ/ค่าบริการเหมาจ่ายต่อปีที่ขอรับการสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>เป้าหมายการดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนค่าบริการเหมาจ่ายต่อปีเป็นจำนวนเงิน 5,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ โดย CM และ CG ค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่ อุปกรณ์สี่ขาพยุงเดิน</p>	<p>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขนขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</p> <p>การดูแล</p> <p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยเหลือในการขับถ่าย (ปัสสาวะ,อุจจาระ) - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ 	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 1 สัปดาห์ - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวเพื่อนบ้านภายใน 1 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตัวเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ภายใน 1 เดือน <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารเองได้/ขับถ่าย - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า <p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ

<p>ชื่อ นางเกียง สีสวรรค์ เลขบัตรประชาชน ██████████</p>	<p>ที่อยู่ ████████ ต.หัวทะเล อ.บ้านหินณรงค์ จ.ชัยภูมิ 36220 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่o) -</p>	<p>วันจัดทำ 26 มกราคม 2565</p>
<p>เกิดวันที่ 01 มกราคม พ.ศ. 2484 (อายุ 80 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : ADL = 7 , TAL = B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดบ้านช่วยเหลือตัวเองไม่ได้บางส่วนต้องมีคนเตรียมให้ มีแผลถลอกที่ก้น</p>	
<p>สถานะสุขภาพ/ค่าบริการเหมาจ่ายต่อปีที่จะรับการสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>เป้าหมายการดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนค่าบริการเหมาจ่ายต่อปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ โดย CM และ CG ค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่ ชุดทำแผล</p>	<p>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลัง มือ แขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง</p> <p>การดูแล</p> <p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดลอมทั่วไป - การช่วยเหลือในการขับถ่าย (ปัสสาวะ, อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> - สะโพก <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ 	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 1 สัปดาห์ <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า <p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก

ชื่อ นางคำ สำนักโนน เลขบัตรประชาชน ██████████	ที่อยู่ ████████ ต.หัวทะเล อ.บ้านหินณรงค์ จ.ชัยภูมิ 36220 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันจัดทำ 05 กุมภาพันธ์ 2565
เกิดวันที่ 01 มกราคม พ.ศ. 2493 (อายุ 71 ปี)	วินิจฉัย : ADL = 10 , TAL = B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดบ้านพิการทางสายตามองไม่เห็นกลั้นปัสสาวะไม่ได้ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วนต้องมีคนเตรียมให้	
สถานะสุขภาพ/ค่าบริการเหมาจ่ายต่อปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	เป้าหมายการดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนค่าบริการเหมา+จ่ายต่อปีเป็นจำนวนเงิน 5,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ โดย CM และCG ค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่	- ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขนขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง การดูแล การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยเหลือในการขับถ่าย (ปัสสาวะ,อุจจาระ) - การอาบน้ำ – ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การเคลื่อนย้าย – โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ	ระยะสั้น - การได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมอง ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่าย - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - มีที่อยู่อาศัยที่เหมาะสม ข้อควรระวังในการให้บริการ - การพลัดตกหกล้ม - การหลงทาง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ

<p>ชื่อ นางแดงอ่อน แสงจิ้น เลขบัตรประชาชน ██████████</p>	<p>ที่อยู่ ████████ ต.หัวทะเล อ.บ้านหินณรงค์ จ.ชัยภูมิ 36220 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -</p>	<p>วันจัดทำ 26 มกราคม 2565</p>
<p>เกิดวันที่ 12 พฤษภาคม พ.ศ. 2503 (อายุ 61 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : ADL = 9 , TAL = B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดบ้าน สายตามองไม่ชัด มีโรคประจำตัวเบาหวานความดันการเคลื่อนไหวลำบาก มีภาวะเลี้ยงหลาน</p>	
<p>สถานะสุขภาพ/ค่าบริการเหมาจ่ายต่อปีที่ขอรับการสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>เป้าหมายการดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนค่าบริการเหมา+จ่ายต่อปีเป็นจำนวนเงิน 5,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ โดย CM และ CG อุปกรณ์ไม่ทำวสามปุม</p>	<p>- ความสามารถในการมองเห็น - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต</p> <p>การดูแล</p> <p>การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย</p> <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์</p> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</p>	<p>ระยะสั้น - การได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมอง ภายใน 1 วัน</p> <p>ระยะยาว - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า</p> <p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p> <p>- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ</p>

ชื่อ นายพรมมา โมงปราณีต เลขบัตรประชาชน ██████████	ที่อยู่ ████████ ต.หัวทะเล อ.บ้านหินณรงค์ จ.ชัยภูมิ 36220 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันจัดทำ 26 มกราคม 2565
เกิดวันที่ 01 มกราคม พ.ศ. 2478 (อายุ 86 ปี)	วินิจฉัย : ADL = 11 , TAL = B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดบ้าน ช่วยเหลือตัวเองได้ การเคลื่อนไหวเดินไม่ได้ ขาไม่มีกำลัง ลุกนั่งได้ เคลื่อนตัวด้วยการขยับก้นลากกับพื้น ใช้แขนพยุง	
สถานะสุขภาพ/ค่าบริการเหมาจ่ายต่อปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	เป้าหมายการดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนค่าบริการเหมา+จ่ายต่อปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ โดย CM และ CG	- มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง การดูแล การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 สัปดาห์ ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า ข้อควรระวังในการให้บริการ - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ

<p>ชื่อ นายจ้อย ประจิด เลขบัตรประชาชน ██████████</p>	<p>ที่อยู่ ████████ ต.หัวทะเล อ.บ้านหินณรงค์ จ.ชัยภูมิ 36220 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -</p>	<p>วันจัดทำ 26 มกราคม 2565</p>
<p>เกิดวันที่ 01 มกราคม พ.ศ. 2482 (อายุ 82 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : ADL = 10 , TAL = B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดบ้านมีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง โรคไต กล้ามเนื้อขาอ่อนแรงช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องมีคนเตรียมช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันให้</p>	
<p>สถานะสุขภาพ/ค่าบริการเหมาจ่ายต่อปีที่ขอรับการสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>เป้าหมายการดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนค่าบริการเหมา+จ่ายต่อปีเป็นจำนวนเงิน 4,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ โดย CM และ CG ค่าอุปกรณ์ช่วยพยุงเดิน</p>	<p>- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</p> <p>การดูแล</p> <p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - การเคลื่อนย้าย - การทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ 	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วนภายใน 1 สัปดาห์ - ได้รับการช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารเองได้/ขับถ่าย - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ <p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/แพทย์ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ

<p>ชื่อ นางสาวเลียม คำขุนทด เลขบัตรประชาชน ██████████</p>	<p>ที่อยู่ ████████ ต.หัวทะเล อ.บ้านหินณรงค์ จ.ชัยภูมิ 36220 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -</p>	<p>วันจัดทำ 26 มกราคม 2565</p>
<p>เกิดวันที่ 01 มกราคม พ.ศ. 2468 (อายุ 96 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : ADL = 7 , TAL = B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดบ้านช่วยเหลือตัวเองได้บ้างเช่นตักข้าวกินเองได้เมื่อเตรียมให้สวมใส่เสื้อผ้าได้เมื่อมีคนช่วยกั้นอุจจาระได้ กิจวัตรประจำวันและการเคลื่อนไหวต้องมีคนช่วย</p>	
<p>สถานะสุขภาพ/ค่าบริการเหมาจ่ายต่อปีที่ขอรับการสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>เป้าหมายการดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนค่าบริการเหมา+จ่ายต่อปีเป็นจำนวนเงิน 4,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ โดย CM และCG</p>	<p>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ไม่สามารถอาบน้ำได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</p> <p>การดูแล</p> <p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - การทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ 	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 สัปดาห์ - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว เพื่อนบ้านภายใน 1 เดือน <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดแผลกดทับ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ <p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ข้อเท้าติด/ข้อเท้าตลก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ

<p>ชื่อ นางคีน แสงสุวรรณ เลขบัตรประชาชน ██████████</p>	<p>ที่อยู่ ████████ ต.หัวทะเล อ.บ้านหินณรงค์ จ.ชัยภูมิ 36220 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -</p>	<p>วันจัดทำ 26 มกราคม 2565</p>
<p>เกิดวันที่ 01 เมษายน พ.ศ. 2506 (อายุ 58 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : ADL = 7 , TAL = B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้พิการจากเส้นเลือดสมองตีบเคลื่อนไหวลำบากช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง กิจวัตรประจำวันต้องมีคนช่วยกลั้นอุจจาระ ปัสสาวะได้บางครั้ง</p>	
<p>สถานะสุขภาพ/ค่าบริการเหมาจ่ายต่อปีที่ขอรับการสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>เป้าหมายการดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนค่าบริการเหมา+จ่ายต่อปีเป็นจำนวนเงิน 4,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ โดย CM และCG ฝ้าอ้อมผู้ใหญ่</p>	<p>- ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</p> <p>การดูแล</p> <p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยเหลือในการขับถ่าย (ปัสสาวะ,อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ 	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีภาวะแทรกซ้อนภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 สัปดาห์ - สามารถปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว เพื่อนบ้านภายใน 1 เดือน <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> -ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ <p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ

ชื่อ นางบี พัทมมงคล เลขบัตรประชาชน ██████████	ที่อยู่ ████████ ต.หัวทะเล อ.บ้านหินณรงค์ จ.ชัยภูมิ 36220 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันจัดทำ 05 กุมภาพันธ์ 2565
เกิดวันที่ 01 มกราคม พ.ศ. 2471 (อายุ 93 ปี)	วินิจฉัย : ADL = 11 , TAL = B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดบ้านมีปัญหาทางการเคลื่อนไหวช่วยเหลือตัวเองได้น้อยมีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง กิจวัตรประจำวัน ต้องมีคนช่วย	
สถานะสุขภาพ/ค่าบริการเหมาจ่ายต่อปีที่ขอรับการ สนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	เป้าหมายการดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนค่าบริการเหมา+จ่ายต่อปีเป็น จำนวนเงิน 5,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ โดย CM และ CG ไม่เท่า	<ul style="list-style-type: none"> - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ 	ระยะสั้น <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีภาวะแทรกซ้อนภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 1 เดือน - สามารถปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว เพื่อนบ้านภายใน 3 เดือน ระยะยาว <ul style="list-style-type: none"> - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์
	การดูแล การดูแลพยาบาลทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - การช่วยเหลือในการขับถ่าย (ปัสสาวะ,อุจจาระ) การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ 	ข้อควรระวังในการให้บริการ <ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การป้องกันการแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก

<p>ชื่อ นางยีน โขขุนทด เลขบัตรประชาชน ๙๙๐๗๐๘๒๐๙๙๙</p>	<p>ที่อยู่ ต.หัวทะเล อ.บ้านหินณรงค์ จ.ชัยภูมิ 36220 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -</p>	<p>วันจัดทำ 26 มกราคม 2565</p>
<p>เกิดวันที่ 01 มกราคม พ.ศ. 2493 (อายุ 71 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : ADL = 7 , TAL = B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดบ้านเคลื่อนไหวลำบากช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง กิจวัตรประจำวันช่วยเหลือตัวเองได้ถ้ามีคนเตรียมให้</p>	
<p>สถานะสุขภาพ/ค่าบริการเหมาจ่ายต่อปีที่ขอรับการสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>เป้าหมายการดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนค่าบริการเหมา+จ่ายต่อปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ โดย CM และ CG ค่าป้าอ้อมผู้ใหญ่</p>	<p>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถเดินได้เองโดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้</p> <p>การดูแล</p> <p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยเหลือในการขับถ่าย (ปัสสาวะ, อุจจาระ) - การทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ 	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 1 สัปดาห์ <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม <p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ

<p>ชื่อ นายดี นาสร้อย เลขบัตรประชาชน ██████████</p>	<p>ที่อยู่ ████████ ต.หัวทะเล อ.บ้านหินณรงค์ จ.ชัยภูมิ 36220 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -</p>	<p>วันจัดทำ 26 มกราคม 2565</p>
<p>เกิดวันที่ 18 พฤษภาคม พ.ศ. 2475 (อายุ 89 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : ADL = 11 , TAL = B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดบ้านช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง มีโรคประจำตัว พาร์กินสันเดินไม่สะดวกกล้ามเนื้ออ่อนแรงกิจวัตรประจำวันต้องมีคนช่วย</p>	
<p>สถานะสุขภาพ/ค่าบริการเหมาจ่ายต่อปีที่ขอรับการสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>เป้าหมายการดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนค่าบริการเหมา+จ่ายต่อปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ โดย CM และ CG ภายอุปกรณ์ไม่ทำสามป้อม</p>	<p>- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</p> <p>การดูแล การดูแลพยาบาลทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</p>	<p>ระยะสั้น - การได้รับการช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว เพื่อนบ้านภายใน 1 เดือน</p> <p>ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม</p> <p>ข้อควรระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/สำคัญอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก</p>

<p>ชื่อ นางทองแดง แก้วเพชร เลขบัตรประชาชน ██████████</p>	<p>ที่อยู่ ████████ ต.หัวทะเล อ.บ้านหินณรงค์ จ.ชัยภูมิ 36220 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -</p>	<p>วันจัดทำ 05 กุมภาพันธ์ 2565</p>
<p>เกิดวันที่ 01 มกราคม พ.ศ. 2499 (อายุ 65 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : ADL = 9, TAL = B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดบ้านมีปัญหาทางการเคลื่อนไหวปัญหาการกลืนปัสสาวะ ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้บ้างกิจวัตรประจำวัน ต้องมีคนช่วย</p>	
<p>สถานะสุขภาพ/ค่าบริการเหมาจ่ายต่อปีที่ขอรับการสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>เป้าหมายการดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนค่าบริการเหมา+จ่ายต่อปีเป็นจำนวนเงิน 5,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ คำจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ โดย CM และ CG ฝ่ายอ้อมผู้ใหญ่</p>	<p>- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีปัญหาแขนขาอ่อนแรง - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</p> <p>การดูแล</p> <p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การอาบน้ำ - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย - การช่วยเหลือในการขับถ่าย (ปัสสาวะ, อุจจาระ) <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> - บริการพิเศษอื่นๆ <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - บริการด้านอุปกรณ์ <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัย 	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 1 สัปดาห์ <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ <p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา - ป้องกันจากภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ

<p>ชื่อ นายมี พริกจำรูญ เลขบัตรประชาชน ██████████</p>	<p>ที่อยู่ ████████ ต.หัวทะเล อ.บ้านหินณรงค์ จ.ชัยภูมิ 36220 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -</p>	<p>วันจัดทำ 24 มกราคม 2565</p>
<p>เกิดวันที่ 01 มกราคม พ.ศ. 2470 (อายุ 94 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : ADL = 11, TAL = B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดบ้านช่วยเหลือตัวเองได้บ้างกลับปัสสาวะไม่ค่อยได้ ทำกิจวัตรประจำวันเองได้แต่เคลื่อนไหวลำบาก</p>	
<p>สถานะสุขภาพ/ค่าบริการเหมาจ่ายต่อปีที่ขอรับการสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>เป้าหมายการดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนค่าบริการเหมา+จ่ายต่อปีเป็นจำนวนเงิน 4,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ โดย CM และ CG ค่าป้าอ้อมผู้ใหญ่</p>	<p>- กลับปัสสาวะไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขนขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</p> <p>การดูแล</p> <p>การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การช่วยเหลือในการขับถ่าย (ปัสสาวะ, อุจจาระ) - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป</p> <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</p>	<p>ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 สัปดาห์</p> <p>ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม</p> <p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p> <p>- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ</p>

ชื่อ นางน้อย ยุทธรงค์ เลขบัตรประชาชน ██████████	ที่อยู่ ████████ ต.หัวทะเล อ.บ้านหินณรงค์ จ.ชัยภูมิ 36220 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันจัดทำ 01 กุมภาพันธ์ 2565
เกิดวันที่ 3 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2481 (อายุ 83 ปี)	วินิจฉัย : ADL = 9, TAL = B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดบ้านมีภาวะสับสนหูตึงตามองไม่ชัดอยู่บ้านตามลำพัง(ญาติส่งข้าวตามเวลา)อยู่กับลูกพิการ	
สถานะสุขภาพ/ค่าบริการเหมาจ่ายต่อปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	เป้าหมายการดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนค่าบริการเหมา+จ่ายต่อปีเป็นจำนวนเงิน 5,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ โดย CM และCG	- ความสามารถในการมองเห็น - ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ การดูแล การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ - บริการพิเศษอื่นๆ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ	ระยะสั้น - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 1 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า ข้อควรระวังในการให้บริการ - การหลงทาง - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - ข้อติด/ข้อเท้าตก - รับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา

ชื่อ นางเข้า แสงจันทร์ เลขบัตรประชาชน ██████████	ที่อยู่ ████████ ต.หัวทะเล อ.บ้านหินณรงค์ จ.ชัยภูมิ 36220 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันจัดทำ 26 มกราคม 2565
เกิดวันที่ 01 มกราคม พ.ศ. 2482 (อายุ 82 ปี)	วินิจฉัย : ADL = 11, TAL = B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดบ้านมีภาวะสับสนหลังล้มช่วยเหลือตัวเองได้ต้องมีคนเตรียมให้และคอยกระตุ้นเฝ้าระวัง	
สถานะสุขภาพ/ค่าบริการเหมาจ่ายต่อปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	เป้าหมายการดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนค่าบริการเหมา+จ่ายต่อปีเป็นจำนวนเงิน 4,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ โดย CM และ CG	- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - ไม่สามารถเดินได้ด้วยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง การดูแล การดูแลพยาบาลทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า ข้อควรระวังในการให้บริการ - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การหลงทาง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย

ชื่อ นางลำดวน ตริวูธ เลขบัตรประชาชน ๕๕๐๗๐๖๖๒๕๐๖	ที่อยู่ ๕๕๕๕๕ ต.หัวทะเล อ.บ้านหินณรงค์ จ.ชัยภูมิ 36220 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันจัดทำ 05 กุมภาพันธ์ 2565
เกิดวันที่ 03 กรกฎาคม พ.ศ. 2503 (อายุ 61 ปี)	วินิจฉัย : ADL = 10, TAL = B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดบ้านมีปัญหาทางการเคลื่อนไหว และการกลืนปัสสาวะอุจจาระ ช่วยเหลือตัวเองได้บ้างมีคนช่วย	
สถานะสุขภาพ/ค่าบริการเหมาจ่ายต่อปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	เป้าหมายการดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนค่าบริการเหมา+จ่ายต่อปีเป็นจำนวนเงิน 5,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ โดย CM และCG ไม่ทำ	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - แขนขามือ อ่อนแรง - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	ระยะสั้น - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วนภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 1 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่นเดินได้ด้วยตัวเอง อาบน้ำเองได้ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า
	การดูแล การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การอาบน้ำ - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย - การช่วยเหลือในการขับถ่าย (ปัสสาวะ,อุจจาระ) การดูแลพยาบาลเฉพาะ - บริการพิเศษอื่นๆ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัย	ข้อควรระวังในการให้บริการ - รับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การพดตทกถลั้ม

ชื่อ นายสวัสดิ์ หมู่สะแก เลขบัตรประชาชน ██████████	ที่อยู่ 458 ม.4 ต.หัวทะเล อ.บ้านหินณรงค์ จ.ชัยภูมิ 36220 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันจัดทำ 05 กุมภาพันธ์ 2565
เกิดวันที่ 01 มกราคม พ.ศ. 2499 (อายุ 65 ปี)	วินิจฉัย : ADL = 11, TAL = B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดบ้านช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง มีปัญหาทางการเคลื่อนไหวเดินเองลำบากกลั้นปัสสาวะอุจจาระไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/ค่าบริการเหมาจ่ายต่อปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	เป้าหมายการดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนค่าบริการเหมา+จ่ายต่อปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ โดย CM และCG ค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่	<ul style="list-style-type: none"> - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - ที่อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย การดูแล การดูแลพยาบาลทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย - การช่วยเหลือในการขับถ่าย (ปัสสาวะ,อุจจาระ) การดูแลพยาบาลเฉพาะ <ul style="list-style-type: none"> - บริการพิเศษอื่นๆ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม <ul style="list-style-type: none"> - การบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัย 	ระยะสั้น <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีภาวะแทรกซ้อนภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่นเดินได้ด้วยตัวเอง อาบน้ำเองได้ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 1 เดือน ระยะยาว <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ ข้อควรระวังในการให้บริการ <ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - รับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ

<p>ชื่อ นายหมึก คำขุนทด เลขบัตรประชาชน ██████████</p>	<p>ที่อยู่ ████████ ต.หัวทะเล อ.บ้านหินณรงค์ จ.ชัยภูมิ 36220 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -</p>	<p>วันจัดทำ 05 กุมภาพันธ์ 2565</p>
<p>เกิดวันที่ 01 มกราคม พ.ศ. 2471 (อายุ 93 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : ADL = 10, TAL = B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดบ้านช่วยเหลือตัวเองได้บ้างมีปัญหาการเคลื่อนไหวการกลืนปัสสาวะ</p>	
<p>สถานะสุขภาพ/ค่าบริการเหมาจ่ายต่อปีที่ได้รับบริการ สนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>เป้าหมายการดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนค่าบริการเหมา+จ่ายต่อปีเป็น จำนวนเงิน 5,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ โดย CM และCG ไม่ทำ ช่วยเดิน</p>	<ul style="list-style-type: none"> - กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพังต้องมีคนช่วยพยุง 	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 1 เดือน - ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพดีหรือดีขึ้นภายใน 3 เดือน <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ
	<p>การดูแล</p> <p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย - การช่วยเหลือในการขับถ่าย (ปัสสาวะ, อุจจาระ) <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> - บริการพิเศษอื่นๆ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัย 	<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ

ชื่อ นางสาว พัทชนท เลขบัตรประชาชน ██████████	ที่อยู่ ████████ ต.หัวทะเล อ.บ้านหินณรงค์ จ.ชัยภูมิ 36220 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันจัดทำ 29 มกราคม 2565
เกิดวันที่ 01 มกราคม พ.ศ. 2476 (อายุ 88 ปี)	วินิจฉัย : ADL = 10, TAL = B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดบ้านมีปัญหาทางการเคลื่อนไหวกิจวัตรประจำวันต้องมีคนช่วย	
สถานะสุขภาพ/ค่าบริการเหมาจ่ายต่อปีที่ขอรับการ สนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	เป้าหมายการดูแล
เป็นผู้มิภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนค่าบริการเหมา+จ่ายต่อปีเป็น จำนวนเงิน 5,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ โดย CM และCG ไม่ทำ	<ul style="list-style-type: none"> - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ไม่สามารถเดินได้ลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง <hr/> การดูแล การดูแลพยาบาลทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การอาบน้ำ - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย - การช่วยเหลือในการขับถ่าย (ปัสสาวะ, อุจจาระ) การดูแลพยาบาลเฉพาะ <ul style="list-style-type: none"> - บริการพิเศษอื่นๆ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม <ul style="list-style-type: none"> - บริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัย 	ระยะสั้น <ul style="list-style-type: none"> - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 1 เดือน - การได้รับการช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ภายใน 1 เดือน ระยะยาว <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ <hr/> ข้อควรระวังในการให้บริการ <ul style="list-style-type: none"> - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ

<p>ชื่อ นายเทรียณ นพคุณ เลขบัตรประชาชน ██████████</p>	<p>ที่อยู่ ████████ ต.หัวทะเล อ.บ้านหินณรงค์ จ.ชัยภูมิ 36220 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -</p>	<p>วันจัดทำ 29 มกราคม 2565</p>
<p>เกิดวันที่ 01 มกราคม พ.ศ. 2467 (อายุ 97 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : ADL = 9, TAL = B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุมีปัญหาทางการได้ยิน การเคลื่อนไหว การขับถ่าย กิจวัตรประจำวันต้องมีคนช่วย</p>	
<p>สถานะสุขภาพ/ค่าบริการเหมาจ่ายต่อปีที่ขอรับการสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>เป้าหมายการดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนค่าบริการเหมา+จ่ายต่อปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ โดย CM และCG ไม่เท่า</p>	<ul style="list-style-type: none"> - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการได้ยิน - แขนขา มือ อ่อนแรง - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง 	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 1 เดือน - ได้รับการช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ภายใน 1 เดือน <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์
	<p>การดูแล</p> <p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การช่วยเหลือในการขับถ่าย (ปัสสาวะ, อุจจาระ) - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย - การอาบน้ำ <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ 	<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุเช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ

<p>ชื่อ นางจุล ใฝ่ใจดี เลขบัตรประชาชน ██████████</p>	<p>ที่อยู่ ██████████ ต.หัวทะเล อ.บ้านหินณรงค์ จ.ชัยภูมิ 36220 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -</p>	<p>วันจัดทำ 05 กุมภาพันธ์ 2565</p>
<p>เกิดวันที่ 01 มกราคม พ.ศ. 2481 (อายุ 83 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : ADL = 8, TAL = B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดบ้านมีปัญหาทางการเคลื่อนไหวกลั้นปัสสาวะไม่ได้กิจวัตรประจำวันต้องมีคนช่วยเหลือ</p>	
<p>สถานะสุขภาพ/ค่าบริการเหมาจ่ายต่อปีที่ขอรับการสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>เป้าหมายการดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนค่าบริการเหมา+จ่ายต่อปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าจัดบริการจัดการดูแลผู้สูงอายุ โดย CG และ CM ค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่</p>	<p>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - แขน ขา มือ อ่อนแรง - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</p> <p>การดูแล การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัย</p>	<p>ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อนภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 1 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว,เพื่อนบ้านภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้นภายใน 3 เดือน - ได้รับการช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ภายใน 1 เดือน</p> <p>ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ</p> <p>ข้อควรระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ</p>

ชื่อ นางนาง ลีขุนทด เลขบัตรประชาชน ██████████	ที่อยู่ ████████ ต.หัวทะเล อ.บ้านหินณรงค์ จ.ชัยภูมิ 36220 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันจัดทำ 01 กุมภาพันธ์ 2565
เกิดวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2492 (อายุ 72 ปี)	วินิจฉัย : ADL = 11, TAL = B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยติดบ้านมีโรคประจำตัวโรคหัวใจมีปัญหาทางสายตามองไม่ชัดมีการดูแลลูกชายที่พิการเดินไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/ค่าบริการเหมาจ่ายต่อปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	เป้าหมายการดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนค่าบริการเหมา+จ่ายต่อปีเป็นจำนวนเงิน 5,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ คำตอบแทน CG CM ทีมสหวิชาชีพติดตามและดูแลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุ	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น การดูแล การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การช่วยเหลือในการขับถ่าย (ปัสสาวะ, อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัย	ระยะสั้น - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - ได้รับการช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง ข้อควรระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การทำร้ายร่างกายตนเองและผู้อื่น - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ

ชื่อ นางลำ มีชัย เลขประจำตัวประชาชน ██████████	ที่อยู่ ████████ ต.หัวทะเล อ.บ้านหินณรงค์ จ.ชัยภูมิ 36220 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันจัดทำ 01 กุมภาพันธ์ 2565
เกิดวันที่ 01 มกราคม พ.ศ. 2480 (อายุ 84 ปี)	วินิจฉัย : ADL 11, TAL = B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุเดินลำบาก อัมพฤกษ์ซีกซ้ายใช้ การเคลื่อนไหวลุกนั่งต้องมีคนพยุงช่วยเหลือตัวเองได้บางอย่าง	
สถานะสุขภาพ/ค่าบริการเหมาจ่ายต่อปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	เป้าหมายการดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนค่าบริการเหมา+จ่ายต่อปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าบริการจัดการผู้สูงอายุโดย CG และ CM ค่าอุปกรณ์ช่วยเดิน ผ้าอ้อมผู้ใหญ่	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขนขา - สวมเสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง การดูแล การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยเหลือในการขับถ่าย (ปัสสาวะ) - การช่วยเหลือในการขับถ่าย (อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ	ระยะสั้น - ได้รับการช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 1 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ ข้อควรระวังในการให้บริการ - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ

<p>ชื่อ นางหล่อ ภูมิสมบัติ เลขบัตรประชาชน ██████████</p>	<p>ที่อยู่ ████████ ต.หัวทะเล อ.บ้านหินณรงค์ จ.ชัยภูมิ 36220 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -</p>	<p>วันจัดทำ 29 มกราคม 2565</p>
<p>เกิดวันที่ 01 มกราคม พ.ศ. 2477 (อายุ 98 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : ADL = 9, TAL = B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดบ้านมีภาวะหลงลืม ช่วยเหลือตัวเองได้บ้างแต่ต้องมีคนช่วยเตรียมให้มีปัญหาการเคลื่อนไหว</p>	
<p>สถานะสุขภาพ/ค่าบริการเหมาจ่ายต่อปีที่ขอรับการสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>เป้าหมายการดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนค่าบริการเหมา+จ่ายต่อปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าบริการจัดการผู้สูงอายุโดย CG และ CM ค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่</p>	<ul style="list-style-type: none"> - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - สวมเสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง 	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - ได้รับการช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า
	<p>การดูแล</p> <p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การบริการอุปกรณ์ <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ 	<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สำคัญอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/แพทย์ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ

<p>ชื่อ นายฉ่ำ ใฝ่ใจดี เลขบัตรประชาชน ██████████</p>	<p>ที่อยู่ ████████ ต.หัวทะเล อ.บ้านหินณรงค์ จ.ชัยภูมิ 36220 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -</p>	<p>วันจัดทำ 29 มกราคม 2565</p>
<p>เกิดวันที่ 01 มกราคม พ.ศ. 2479 (อายุ 85 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : ADL = 9, TAL = C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดบ้าน ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง มีปัญหาการเคลื่อนไหวและต้องมีคนช่วยกิจวัตรประจำวัน</p>	
<p>สถานะสุขภาพ/ค่าบริการเหมาจ่ายต่อปีที่ขอรับการสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>เป้าหมายการดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1</p> <p>ขอรับการสนับสนุนค่าบริการเหมา+จ่ายต่อปีเป็นจำนวนเงิน 5,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าบริการจัดการผู้สูงอายุโดย CG และ CM ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ walker</p>	<p>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขนขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</p> <p>การดูแล</p> <p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย (ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย (อุจจาระ) - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การเคลื่อนย้าย <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> - บริการพิเศษอื่นๆ <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การบริการอุปกรณ์ <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ 	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - ได้รับการช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 2 เดือน <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ท້อยอาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า <p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/แพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ

ชื่อ นายฉอ้อน ฟ้าคุ้ม เลขบัตรประชาชน ██████████	ที่อยู่ ████████ ต.หัวทะเล อ.บ้านหินณรงค์ จ.ชัยภูมิ 36220 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันจัดทำ 01 กุมภาพันธ์ 2565
เกิดวันที่ 01 มกราคม พ.ศ. 2488 (อายุ 76 ปี)	วินิจฉัย : ADL = 5, TAL = C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดบ้านช่วยเหลือตัวเองได้บ้างมีภาวะสับสน มีปัญหาการเคลื่อนไหวต้องมีคนช่วยพยุงหรืออุปกรณ์ช่วยเหลือ	
สถานะสุขภาพ/ค่าบริการเหมาจ่ายต่อปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	เป้าหมายการดูแล
เป็นผู้มีความพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนค่าบริการเหมา+จ่ายต่อปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าบริหารจัดการผู้สูงอายุโดย CG และ CM ค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่ Walker	<ul style="list-style-type: none"> - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - มีปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง <hr/> การดูแล การดูแลพยาบาลทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย อุจจาระ/ปัสสาวะ การดูแลพยาบาลเฉพาะ <ul style="list-style-type: none"> - บริการพิเศษอื่นๆ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม <ul style="list-style-type: none"> - การบริการอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัย 	ระยะสั้น <ul style="list-style-type: none"> - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 สัปดาห์ - ได้รับการช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ภายใน 1 เดือน ระยะยาว <ul style="list-style-type: none"> - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า <hr/> ข้อควรระวังในการให้บริการ <ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การหลงทาง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ

ชื่อ นายสมพงษ์ พูนสุข เลขบัตรประชาชน ██████████	ที่อยู่ ████████ ต.หัวทะเล อ.ป่าหน่จณรงค์ จ.ชัยภูมิ 36220 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันจัดทำ 24 มกราคม 2565
เกิดวันที่ 01 มกราคม 2487 (อายุ 77 ปี)	วินิจฉัย : ADL = 10, TAL = C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดบ้าน ช่วยเหลือตัวเองลำบากต้องมีคนช่วย ใส่สายสวนปัสสาวะทำกิจวัตรประจำวันได้บางส่วน	
สถานะสุขภาพ/ค่าบริการเหมาจ่ายต่อปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	เป้าหมายการดูแล
เป็นผู้มิภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนค่าบริการเหมา+จ่ายต่อปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าบริหารจัดการผู้สูงอายุโดย CG ติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุรถเข็น สายสวนปัสสาวะ ผ้าอ้อมผู้ใหญ่	<ul style="list-style-type: none"> - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง <hr/> การดูแล การดูแลพยาบาลทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย (ปัสสาวะ) - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ <ul style="list-style-type: none"> - อวัยวะสืบพันธุ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ 	ระยะสั้น <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้นภายใน 3 เดือน - การได้รับการช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 2 เดือน ระยะยาว <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ <hr/> ข้อควรระวังในการให้บริการ <ul style="list-style-type: none"> - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ

ชื่อ นางวัน พาขุนทด เลขบัตรประชาชน ██████████	ที่อยู่ ๘๖๑๓.หัวทะเล อ.บ้านหินจมนรงค์ จ.ชัยภูมิ 36220 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันจัดทำ 6 กุมภาพันธ์ 2565
เกิดวันที่ 01 มกราคม 2476 (อายุ 88 ปี)	วินิจฉัย : ADL = 10, TAL = C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดบ้านมีภาวะหลงลืมไม่นอนตอนกลางคืนหายออกจากบ้านประจำ	
สถานะสุขภาพ/ค่าบริการเหมาจ่ายต่อปีที่จะรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	เป้าหมายการดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนค่าบริการเหมา+จ่ายต่อปีเป็นจำนวนเงิน 5,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าบริหารจัดการผู้สูงอายุโดย CG และ CM ทีมสหวิชาชีพติดตามเยี่ยมและดูแล ผ้าอ้อมผู้ใหญ่	<ul style="list-style-type: none"> - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ที่อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย <hr/> การดูแล การดูแลพยาบาลทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย - การอาบน้ำ - การช่วยในระบบขับถ่าย (ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย (อุจจาระ) การดูแลพยาบาลเฉพาะ <ul style="list-style-type: none"> - บริการพิเศษอื่นๆ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม <ul style="list-style-type: none"> - บริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัย 	ระยะสั้น <ul style="list-style-type: none"> - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวเพื่อนบ้านภายใน 3 เดือน ระยะยาว <ul style="list-style-type: none"> - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ <hr/> ข้อควรระวังในการให้บริการ <ul style="list-style-type: none"> - การพลัดตกหกล้ม - การหลงทาง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ

ชื่อ นายน้อย สำนักโนน เลขบัตรประชาชน ██████████	ที่อยู่ ████████ ต.หัวทะเล อ.บ้านหินณรงค์ จ.ชัยภูมิ 36220 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันจัดทำ 24 มกราคม 2565
เกิดวันที่ 01 มกราคม 2473 (อายุ 91 ปี)	วินิจฉัย : ADL = 9, TAL = C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เคลื่อนไหวตัวเองไม่ได้ต้องมีคนช่วยเหลือเช่นการเดินใส่เสื้อผ้ากิจกรรมประจำวันทำเองได้บางส่วนกินข้าวเองได้มีคนเตรียมให้	
สถานะสุขภาพ/ค่าบริการเหมาจ่ายต่อปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	เป้าหมายการดูแล
เป็นผู้มิภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนค่าบริการเหมา+จ่ายต่อปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าบริหารจัดการการดูแลผู้สูงอายุโดย CG CM ค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่ ค่ารถเข็น	<ul style="list-style-type: none"> - กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง <hr/> การดูแล การดูแลพยาบาลทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย (ปัสสาวะ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ <ul style="list-style-type: none"> - บริการพิเศษอื่นๆ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ 	ระยะสั้น <ul style="list-style-type: none"> - ได้รับการช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 2 เดือน ระยะยาว <ul style="list-style-type: none"> - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ <hr/> ข้อควรระวังในการให้บริการ <ul style="list-style-type: none"> - การพลัดตกหกล้ม - ช็อคหัวใจ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ

ชื่อ นายพิศ แสงจันทร์ เลขบัตรประชาชน ██████████	ที่อยู่ ████████ ต.หัวทะเล อ.บ้านหินณรงค์ จ.ชัยภูมิ 36220 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันจัดทำ 24 มกราคม 2565
เกิดวันที่ 15 กรกฎาคม 2494 (อายุ 70 ปี)	วินิจฉัย : ADL = 7, TAL = C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุกิจวัตรประจำวันช่วยเหลือตัวเองได้บ้างแต่ต้องมีคนช่วย	
สถานะสุขภาพ/ค่าบริการเหมาจ่ายต่อปีที่ได้รับบริการ สนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	เป้าหมายการดูแล
เป็นผู้มีความพิการติดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนค่าบริการเหมา+จ่ายต่อปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าบริหารจัดการผู้สูงอายุโดย CG และ CM ไม่ทำ สามปุ่ม	- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขนขา การดูแล การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อ ผู้สูงอายุ	ระยะสั้น - ได้รับการช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า ข้อควรระวังในการให้บริการ - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ

ชื่อ นางจอก ใฝ่ใจดี เลขประชาชน ๙๙๐๐๗๐๐๔๑๑๖๗๑๑	ที่อยู่ ๙๙๐๐๗๐๐๔๑๑๖๗๑๑ ต.หัวทะเล อ.บ้านหินณรงค์ จ.ชัยภูมิ 36220 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันจัดทำ 06 กุมภาพันธ์ 2565
เกิดวันที่ 01 มกราคม 2477 (อายุ 87 ปี)	วินิจฉัย : ADL = 4, TAL = 13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดบ้านมีปัญหาทางการเคลื่อนไหวการกลืนปัสสาวะอุจจาระและมีภาวะหลงลืมกิจวัตรประจำวันต้องมีคนช่วย	
สถานะสุขภาพ/ค่าบริการเหมาจ่ายต่อปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	เป้าหมายการดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนค่าบริการเหมา+จ่ายต่อปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าบริการจัดการผู้สูงอายุโดย CG และ CM ค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่	- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - กลืนปัสสาวะไม่ได้ การดูแล การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย (ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย (อุจจาระ) - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การอาบน้ำ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ	ระยะสั้น - ได้รับการช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ภายใน 1 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว เพื่อนบ้าน ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า ข้อควรระวังในการให้บริการ - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - การหลงทาง

<p>ชื่อ นางแฉล้ม บุญมา เลขบัตรประชาชน ██████████</p>	<p>ที่อยู่ ████████ ต.หัวทะเล อ.บ้านหินณรงค์ จ.ชัยภูมิ 36220 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -</p>	<p>วันจัดทำ 06 กุมภาพันธ์ 2565</p>
<p>เกิดวันที่ 01 มกราคม 2473 (อายุ 91 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : ADL = 3, TAL = 13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดบ้านมีปัญหาการเคลื่อนไหวการกลืนปัสสาวะกิจวัตรประจำวันต้องมีคนเตรียมให้</p>	
<p>สถานะสุขภาพ/ค่าบริการเหมาจ่ายต่อปีที่ขอรับการสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>เป้าหมายการดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนค่าบริการเหมา+จ่ายต่อปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าบริการจัดการผู้สูงอายุโดย CG และ CM ค่าจัดซื้อที่นอนลม ค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่</p>	<p>- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพังต้องมีคนช่วยพยุง - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้</p> <p>การดูแล</p> <p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย (ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย (อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> - บริการพิเศษอื่นๆ <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัย 	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ <p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด - การหลงทาง - อุบัติเหตุเช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก - การทำร้ายร่างกายตนเองและผู้อื่น

ชื่อ นางน้อย คีขุนทด เลขบัตรประชาชน ██████████	ที่อยู่ ████████ ต.หัวทะเล อ.บ้านหินจระรงค์ จ.ชัยภูมิ 36220 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันจัดทำ 26 มกราคม 2565
เกิดวันที่ 09 สิงหาคม 2466 (อายุ 98 ปี)	วินิจฉัย : ADL = 5, TAL = B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดบ้านเดินไม่ได้ช่วยเหลือตัวเองลำบาก กิจกรรมประจำวันต้องมีคนช่วยเคลื่อนไหวเองไม่ได้ลุกนั่งต้องมีคนช่วย	
สถานะสุขภาพ/ค่าบริการเหมาจ่ายต่อปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	เป้าหมายการดูแล
เป็นผู้มิภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนค่าบริการเหมา+จ่ายต่อปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าบริหารจัดการผู้สูงอายุโดย CG และ CM ค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่	<ul style="list-style-type: none"> - ความสามารถในการได้ยิน - ปัญหาความจำหลงลืม - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง <hr/> การดูแล การดูแลพยาบาลทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย ปัสสาวะ/อุจจาระ - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ <ul style="list-style-type: none"> - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัย 	ระยะสั้น <ul style="list-style-type: none"> - ได้รับการช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน ระยะยาว <ul style="list-style-type: none"> - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะจากการนอนนานๆ - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ <hr/> ข้อควรระวังในการให้บริการ <ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - ช็อคติด/ช็อคแตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ

แบบฟอร์มการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ปี 2565)

ชื่อหน่วยบริการหรือเครือข่ายบริการปฐมภูมิ รพ.สต.หัวทะเล ชื่อ อบต./เทศบาล อบต.หัวทะเล

ชื่อ อบต./เทศบาล อบต.หัวทะเล อำเภอบ้านเจ็ดยักษ์ จังหวัดชัยภูมิ

จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบ่งเป็น ๔ กลุ่มตามความต้องการการบริการด้านสาธารณสุข					
ประเภทผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	ลำดับที่	คำ	ชื่อ	นามสกุล	เลขที่บัตรประชาชน
กลุ่มที่ ๓ เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่าย หรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง	1	นาง	ถม	มาลัย	3360700321651
	2	นาง	สุน	โมงปราณีต	3360700326288
	3	นาย	สิงห์	ค่านาค	3360700330604
	4	นาง	मुख	ฉิมวาส	3360700329941
	5	นาง	แป้น	มูลสันเทียะ	3360700421094
	6	นาง	ก่องศรี	เกรงขุนทด	3360700326199
	7	นาย	สุด	ภิญโญวงษ์	3360700337102
	8	น.ส.	ภัทศมาพร	ตรีวุธ	1360700062713
	9	นาย	สวอง	สีหวัสระ	5360700097691
รวม 9 ราย					

หมายเหตุ

เงื่อนไข : - อายุ 60 ปีขึ้นไป

- สิทธิบัตรทอง

- คะแนน ADL เท่ากับหรือน้อยกว่า 11 ลงมา

แบบฟอร์มนี้ให้จัดเก็บเป็นฐานข้อมูลไว้ที่หน่วยบริการ เพื่อการติดตามประเมินผลการดำเนินงานในพื้นที่ต่อไป และส่งเป็นอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ให้สปสข.

และเทศบาล หรืออบต.ที่เกี่ยวข้องเพื่อสปสข.จะได้จัดสรรงบประมาณให้กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

กรุณาดาวน์โหลดแบบฟอร์มที่ korat.nhso.go.th หัวข้อ Download -->แบบฟอร์มการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (I TC1)

ชื่อ นางถม มาลัย เลขบัตรประชาชน ██████████	ที่อยู่ ████████ ต.หัวทะเล อ.บ้านหินณรงค์ จ.ชัยภูมิ 36220 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันจัดทำ 26 มกราคม 2565
เกิดวันที่ 01 มกราคม 2463 (อายุ 101 ปี)	วินิจฉัย : ADL = 1, TAL = 13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดเตียงหลังล้มพิการแขนและขาข้างซ้ายติดเดินไม่ได้เคลื่อนไหวช่วยเหลือตัวเองไม่ได้และต้องมีคนช่วยเหลือ	
สถานะสุขภาพ/ค่าบริการเหมาจ่ายต่อปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	เป้าหมายการดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนค่าบริการเหมา+จ่ายต่อปีเป็นจำนวนเงิน 8,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าบริการจัดการผู้สูงอายุโดย CG และ CM ค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองที่นอนลม	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - ที่อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องครบถ้วนภายใน 1 วัน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 1 วัน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ
	การดูแล	ข้อควรระวังในการให้บริการ
	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย (ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย (อุจจาระ) - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ	- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม

ชื่อ นางคุณ โมงประณีต เลขบัตรประชาชน ██████████	ที่อยู่ ████████ ต.หัวทะเล อ.ป่าหน่วจนรงค์ จ.ชัยภูมิ 36220 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันจัดทำ 26 มกราคม 2565
เกิดวันที่ 01 มกราคม 2479 (อายุ 85 ปี)	วินิจฉัย : ADL = 2, TAL = 13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองได้น้อยต้องมีคนช่วยกิจวัตรประจำวัน	
สถานะสุขภาพ/ค่าบริการเหมาจ่ายต่อปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	เป้าหมายการดูแล
เป็นผู้มิภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนค่าบริการเหมา+จ่ายต่อปีเป็นจำนวนเงิน 8,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าบริหารจัดการผู้สูงอายุโดย CG และ CM ค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองซูดทำแผล	<ul style="list-style-type: none"> - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ปัญหาด้านความจำหลงลืม - มีความอ่อนแรงของกำลังมือแขนขา - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ <p>การดูแล</p> <p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย (ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย (อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> - บริการพิเศษอื่นๆ <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ 	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 สัปดาห์ - ได้รับการประเมินภาวะ <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ <p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การหลงทาง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ

ชื่อ นายสิงห์ คำนาค เลขบัตรประชาชน ████████████████████	ที่อยู่ ████████ ต.หัวทะเล อ.บ้านหินณรงค์ จ.ชัยภูมิ 36220 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันจัดทำ 26 มกราคม 2565
เกิดวันที่ 01 มกราคม 2479 (อายุ 85 ปี)	วินิจฉัย : ADL = 2, TAL = 13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดเตียงเคลื่อนไหวเองไม่ได้ญาติช่วยทำกิจวัตรประจำวันทุกอย่างพลิกตะแคงตัวได้บ้างลุกนั่งเองไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/ค่าบริการเหมาจ่ายต่อปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	เป้าหมายการดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนค่าบริการเหมา+จ่ายต่อปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าบริการจัดการผู้สูงอายุโดย CG และ CM ที่นอนลม แผ่นรองนอน	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรงแขนขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - กลืนลำบาก การดูแล การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย (ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย (อุจจาระ) - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - อวัยวะสืบพันธุ์ - ช่องปาก การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ	ระยะสั้น - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 สัปดาห์ - การได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน - ประเมินและวัดการกลืนภายใน 1 เดือน ระยะยาว - ที่อยู่อาศัยที่เหมาะสม - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ ข้อควรระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ

<p>ชื่อ นาง मुख ฉิมवास เลขบัตรประชาชน ██████████</p>	<p>ที่อยู่ ████████ ต.หัวทะเล อ.บ้านหินณรงค์ จ.ชัยภูมิ 36220 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -</p>	<p>วันจัดทำ 26 มกราคม 2565</p>
<p>เกิดวันที่ 01 มกราคม 2472 (อายุ 92 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : ADL = 4, TAL = 13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดเตียงทำกิจวัตรบนเตียงเคลื่อนไหวลุกนั่งเองไม่ได้ใส่สายสวนปัสสาวะข้อเข้าติดข้อแขนติด</p>	
<p>สถานะสุขภาพ/ค่าบริการเหมาจ่ายต่อปีที่ขอรับการสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>เป้าหมายการดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนค่าบริการเหมา+จ่ายต่อปีเป็นจำนวนเงิน 8,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าบริการจัดการผู้สูงอายุโดย CG และ CM ค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองนอน</p>	<p>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้</p> <p>การดูแล</p> <p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย (ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย (อุจจาระ) - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> - บริการพิเศษอื่นๆ - อวัยวะสืบ <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ 	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 1 สัปดาห์ <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่มีแผลกดทับ <p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สำคัญอาหาร - การทำร้ายผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์ - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ

ชื่อ นางแป้น มูลสันเทียะ เลขบัตรประชาชน ██████████	ที่อยู่ ██████ ต.หัวทะเล อ.บ้านหินณรงค์ จ.ชัยภูมิ 36220 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันจัดทำ 24 มกราคม 2565
เกิดวันที่ 01 มกราคม 2481 (อายุ 83 ปี)	วินิจฉัย : ADL = 10, TAL = C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดเตียงมีภาวะสับสนหลงลืมช่วยเหลือตัวเองได้เล็กน้อยกิจวัตรประจำวันต้องมีคนช่วย	
สถานะสุขภาพ/ค่าบริการเหมาจ่ายต่อปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	เป้าหมายการดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนค่าบริการเหมา+จ่ายต่อปีเป็นจำนวนเงิน 8,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าบริการจัดการผู้สูงอายุโดย CG และ CM ค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่ ที่นอนลม แผ่นรองนอน	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	ระยะสั้น - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว เพื่อนบ้าน ภายใน 1 เดือน - ได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน - ไม่เกิดแผลกดทับ - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้
	การดูแล การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย (ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย (อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ	ข้อควรระวังในการให้บริการ - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การพลัดตกหกล้ม - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - อุบัติเหตุเช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก

ชื่อ นางกองศรี เกรงขุนทด เลขบัตรประชาชน ██████████	ที่อยู่ ████████ ต.หัวทะเล อ.บ้านหินณรงค์ จ.ชัยภูมิ 36220 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันจัดทำ 26 มกราคม 2565
เกิดวันที่ 01 มกราคม 2488 (อายุ 76 ปี)	วินิจฉัย : ADL = 0, TAL = 13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุมีความผิดปกติทางสมองความจำเสื่อมไม่รับรู้เวลาสถานที่และทำกิจวัตรประจำวันไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/ค่าบริการเหมาจ่ายต่อปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	เป้าหมายการดูแล
เป็นผู้มิภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนค่าบริการเหมา+จ่ายต่อปีเป็นจำนวนเงิน 8,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าบริหารจัดการผู้สูงอายุโดย CG และ CM ค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่ ต้องมีผู้ดูแลช่วยญาติ	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขนขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง การดูแล การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย (ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย (อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - อวัยวะสืบพันธุ์ - ช่องปาก การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ	ระยะสั้น - พื้นฟูสถานะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้นภายใน 1 เดือน - ได้รับการช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า ข้อควรระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การหลงทาง - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงใช้ยา

<p>ชื่อ นายสุต ภิญโญวงษ์ เลขประจำตัวประชาชน ██████████</p>	<p>ที่อยู่ ████████ ต.หัวทะเล อ.บ้านหินณรงค์ จ.ชัยภูมิ 36220 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -</p>	<p>วันจัดทำ 24 มกราคม 2565</p>
<p>เกิดวันที่ 01 มกราคม 2474 (อายุ 90 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : ADL = 2, TAL = 13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดบ้านเดินไม่ได้ลุกนั่งไม่ได้ต้องมีคนช่วยข้อมือติดช่วยตัวเองไม่ได้เริ่มหลงลืม</p>	
<p>สถานะสุขภาพ/ค่าบริการเหมาจ่ายต่อปีที่ขอรับการสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>เป้าหมายการดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนค่าบริการเหมา+จ่ายต่อปีเป็นจำนวนเงิน 8,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าบริการจัดการผู้สูงอายุโดย CG และ CM ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ 7 ชิ้นอนลม ชุดทำแผล</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง - มีความอ่อนแรงกำลังมือแขน ขา - ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ 	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าสมองเสื่อมภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องครบถ้วนภายใน 1 วัน - ฟันฟูสภาวะข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้นภายใน 1 เดือน <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า
	<p>การดูแล</p> <p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย (ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย (อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ 	<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - พลาดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ

ชื่อ นางภัทศมาพร ตีริฐ เลขบัตรประชาชน ██████████	ที่อยู่ ████████ ต.หัวทะเล อ.บ้านหินณรงค์ จ.ชัยภูมิ 36220 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันจัดทำ 01 กุมภาพันธ์ 2565
เกิดวันที่ 20 มีนาคม 2533 (อายุ 31 ปี)	วินิจฉัย : ADL = 4, TAL = 13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วย Stroke ติดเตียงแขนขาอ่อนแรงข้างซ้ายช่วยเหลือตัวเองไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/ค่าบริการเหมาจ่ายต่อปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	เป้าหมายการดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนค่าบริการเหมา+จ่ายต่อปีเป็นจำนวนเงิน 8,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าบริการจัดการผู้สูงอายุโดย CG และ CM ค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่	<ul style="list-style-type: none"> - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขนขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ การดูแล การดูแลพยาบาลทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย (ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย (อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ 	ระยะสั้น <ul style="list-style-type: none"> - ไปพบแพทย์ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วนภายใน 1 สัปดาห์ - ได้รับการช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ภายใน 1 เดือน ระยะยาว <ul style="list-style-type: none"> - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า ข้อควรระวังในการให้บริการ <ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การหลงทาง

ชื่อ นายสวอง ลีขุนทด เลขบัตรประชาชน ██████████	ที่อยู่ ████████ ต.หัวทะเล อ.บ้านหินณรงค์ จ.ชัยภูมิ 36220 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันจัดทำ 01 กุมภาพันธ์ 2565
เกิดวันที่ 01 มกราคม 2514 (อายุ 50 ปี)	วินิจฉัย : ADL = 4, TAL = 13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วย Stroke พิการขาทั้งสองข้างเดินไม่ได้มีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง	
สถานะสุขภาพ/ค่าบริการเหมาจ่ายต่อปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	เป้าหมายการดูแล
เป็นผู้มีความพิการพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนค่าบริการเหมา+จ่ายต่อปีเป็นจำนวนเงิน 5,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าบริหารจัดการผู้สูงอายุโดย CG และ CM ค่าที่นอนลม ค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่ รถเข็น	<ul style="list-style-type: none"> - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขนขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ 	ระยะสั้น -ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าภายใน 1 เดือน -ได้รับการช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้ / ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม
	การดูแล การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย (ปัสสาวะ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - บริการพิเศษอื่นๆ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ	ข้อควรระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - พลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ

แบบฟอร์มการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ปี 2565)
 ชื่อหน่วยบริการหรือเครือข่ายบริการปฐมภูมิ รพ.สต.หัวทะเล ชื่อ อบต./เทศบาล อบต.หัวทะเล
 ชื่อ อบต./เทศบาล อบต.หัวทะเล อำเภอบ้านใหม่ฉนวน จังหวัดชัยภูมิ

จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบ่งเป็น ๔ กลุ่มตามความต้องการการบริการด้านสาธารณสุข					
ประเภทผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	ลำดับที่	คำนำหน้า	ชื่อ	นามสกุล	เลขที่บัตรประชาชน
กลุ่มที่ ๔ เหมือนกลุ่มที่ ๓ และมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต	1	นาย	ทวี	ทวีลาภ	3360700388151
	2	นาง	หนูพุก	ภิญโญวงศ์	3360700386884
	รวม 2 ราย				

หมายเหตุ

เงื่อนไข : - อายุ 60 ปีขึ้นไป

- สิทธิบัตรทอง

- คะแนน ADL เท่ากับหรือน้อยกว่า 11 ลงมา

แบบฟอร์มนี้ให้จัดเก็บเป็นฐานข้อมูลไว้ที่หน่วยบริการ เพื่อการติดตามประเมินผลการดำเนินงานในพื้นที่ต่อไป และส่งเป็นอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ให้สปสข.

และเทศบาล หรืออบต.ที่เกี่ยวข้องเพื่อสปสข.จะได้จัดสรรงบประมาณให้กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

กรุณาดาวน์โหลดแบบฟอร์มที่ korat.nhso.go.th หัวข้อ Download -->แบบฟอร์มการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC1)

ชื่อ นายทวี ทวีลาภ เลขบัตรประชาชน ██████████	ที่อยู่ ████████ ต.หัวทะเล อ.บ้านหินณรงค์ จ.ชัยภูมิ 36220 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันจัดทำ 25 สิงหาคม 2563
เกิดวันที่ 1 มกราคม 2473 (อายุ 91 ปี)	วินิจฉัย : ADL = 0, TAL = I1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดเตียงมีภาวะหลงลืมช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ใส่เครื่องช่วยหายใจให้อาหารทางสายยาง	
สถานะสุขภาพ/ค่าบริการเหมาจ่ายต่อปีขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	เป้าหมายการดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 ขอรับการสนับสนุนค่าบริการเหมา+จ่ายต่อปีเป็นจำนวนเงิน 8,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าบริหารจัดการผู้สูงอายุโดย CG และ CM ค่าที่นอนลม ค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่ เครื่องช่วยหายใจ ที่นอนลม สายออกซิเจน	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึ่มเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขนขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง การดูแล การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย (ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย (อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs) - ช่องปาก - บริการพิเศษอื่นๆ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ	ระยะสั้น - ได้รับการช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ ข้อควรระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การหลงทาง

ชื่อ นางหนูพุก ภิญโยวงศ์ เลขบัตรประชาชน ██████████	ที่อยู่ ████████ ต.หัวทะเล อ.บ้านหินณรงค์ จ.ชัยภูมิ 36220 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันจัดทำ 26 มกราคม 2565
เกิดวันที่ 1 มกราคม 2493 (อายุ 71 ปี)	วินิจฉัย : ADL = 2, TAL = 13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดเตียงผู้ป่วย strokeผ่าตัดสมองข้างขวาเจาะคอ	
สถานะสุขภาพ/ค่าบริการเหมาจ่ายต่อปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	เป้าหมายการดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 ขอรับการสนับสนุนค่าบริการเหมา+จ่ายต่อปีเป็นจำนวนเงิน 8,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าบริการจัดการผู้สูงอายุโดย CG และ CM ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ ค่าแผ่นรองนอน ชุดทำแผล	<ul style="list-style-type: none"> - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขนขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง 	ระยะสั้น <ul style="list-style-type: none"> - ไม่ได้รับการติดเชื้อมาใน 1 เดือน - รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วนภายใน 1 สัปดาห์ ระยะยาว <ul style="list-style-type: none"> - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ
	การดูแล การดูแลพยาบาลทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย (ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย (อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ <ul style="list-style-type: none"> - ช่องปาก (oral) - อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ 	ข้อควรระวังในการให้บริการ <ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์ - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ

ส่วนที่ 3 : ผลการพิจารณาโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและค่าบริการเหมาจ่ายตามชุดสิทธิประโยชน์แบบท้ายประกาศคณะกรรมการฯ

การประชุมคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ครั้งที่ 1 /2564 เมื่อวันที่ 14 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2565 ได้พิจารณาข้อเสนอของ กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เขตพื้นที่ องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยทะเล อำเภอบำเหน็จณรงค์ จังหวัดชัยภูมิ ตามโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและค่าบริการเหมาจ่าย/คน/ปี ตามชุดสิทธิประโยชน์แบบท้ายประกาศคณะกรรมการฯ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๙ โดยที่ประชุมมีมติดังนี้

เห็นชอบ โครงการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และค่าบริการเหมาจ่าย/คน/ปีตามชุดสิทธิประโยชน์แบบท้ายประกาศคณะกรรมการฯ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๙ และเห็นชอบให้การสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ (กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 63 คน เป็นเงินทั้งสิ้นจำนวน 378,000 บาท (สามแสนเจ็ดหมื่นแปดพันบาทถ้วน) โดยเป็นเงินจากบัญชีเงินฝาก ดังนี้

บัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพ...(ชื่อ องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยทะเล)...เพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน378,000 บาท (สามแสนเจ็ดหมื่นแปดพันบาทถ้วน)

บัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพ...(ชื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)...หรือ“ระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพ...(ชื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)... จำนวนบาท (กรณีงบบริการดูแลระยะยาวฯ เหมาจ่าย ๖,๐๐๐ บาท/คน/ปี ไม่เพียงพอ)

รายละเอียดตามตาราง

กลุ่มติดบ้าน				กลุ่มติดเตียง				รวม	
กลุ่มที่ 1 เคลื่อนไหวได้บ้างมีปัญหาการกิน/การขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสน		กลุ่มที่ 2 กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้างมีภาวะสับสน และอาจมีปัญหาการกิน/การขับถ่าย		กลุ่มที่ 3 กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ ไม่มีปัญหาการกิน/การขับถ่ายหรือเจ็บป่วยรุนแรง		กลุ่มที่ 4 กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้เจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต		จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)
จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)		
39	234,000	13	78,000	9	54,000	2	12,000	63	378,000

เห็นชอบ

ไม่เห็นชอบ

เนื่องจาก.....

หมายเหตุเพิ่มเติม (ถ้ามี) (ระบุจำนวนผู้สูงอายุที่ยังไม่ได้รับการเห็นชอบ).....

ลงชื่อ.....

(นางสุภาวดี ฟากวิสัย)

ผู้อำนวยการกองสวัสดิการสังคมปฏิบัติหน้าที่

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยทะเล

ประธานอนุกรรมการ

คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยทะเล อำเภอ บำเหน็จณรงค์ จังหวัด ชัยภูมิ

วัน

ผลการพิจารณาโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและค่าบริการเหมาจ่าย
สิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศคณะกรรมการฯ

การประชุมคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ครั้งที่ 1 /2564
14 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2565 ได้พิจารณาข้อเสนอของ กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เขตพื้นที่

บริหารส่วนตำบลหัวทะเล อำเภอบ้านเหลื่อม จังหวัดชัยภูมิ ตามโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ
พึ่งพิงและค่าบริการเหมาจ่าย/คน/ปี ตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศคณะกรรมการฯ เรื่อง การกำหนด
พื้นที่เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับ
หรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๙ โดยที่ประชุมมีมติดังนี้

เห็นชอบ โครงการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และค่าบริการเหมาจ่าย/คน/ปีตาม
สิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศคณะกรรมการฯ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๙ และเห็นชอบให้การสนับสนุนค่าใช้จ่าย
บริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ (กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
63 คน เป็นเงินทั้งสิ้นจำนวน 378,000 บาท (สามแสนเจ็ดหมื่นแปดพันบาทถ้วน) โดยเป็นเงินจากบัญชีเงินฝาก ดังนี้

บัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพ...(ชื่อ องค์การบริหารส่วนตำบลหัวทะเล)...เพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มี
พึ่งพิง จำนวน 378,000 บาท (สามแสนเจ็ดหมื่นแปดพันบาทถ้วน)

บัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพ...(ชื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)...หรือ "ระบบกองทุนหลักประกัน
...(ชื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)... จำนวนบาท (กรณีงบบริการดูแลระยะยาวฯ เหมาจ่าย ๖,๐๐๐
บาท/ปี ไม่เพียงพอ)

รายละเอียดตามตาราง

ที่ 1 บ้านมีปัญหา ถ่ายแต่ไม่มี บัส	กลุ่มที่ 2		กลุ่มที่ 3		กลุ่มที่ 4		รวม	
	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)
234,000	13	78,000	9	54,000	2	12,000	63	378,000

เห็นชอบ
 ไม่เห็นชอบ
เนื่องจาก.....
หมายเหตุเพิ่มเติม (ถ้ามี) (ระบุจำนวนผู้สูงอายุที่ยังไม่ได้รับการเห็นชอบ).....

ลงชื่อ.....
(นางสุภาวดี ฟากวิสัย)
ผู้อำนวยการกองสวัสดิการสังคมปฏิบัติหน้าที่
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหัวทะเล
ประธานอนุกรรมการ

คณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
องค์การบริหารส่วนตำบลหัวทะเล อำเภอ บ้านเหลื่อม จังหวัด ชัยภูมิ
วัน



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (องค์การบริหารส่วนตำบลหัวทะเล)
ที่ ขย 75601/ วันที่

เรื่อง ขออนุมัติเบิกจ่ายเงินเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้
สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหัวทะเล

ตามองค์การบริหารส่วนตำบลหัวทะเล ได้เข้าร่วมดำเนินงานการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข
สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ.2559
จนถึงปัจจุบัน ประกอบกับมติที่ประชุมคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ
องค์การบริหารส่วนตำบลหัวทะเล เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับ
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตพื้นที่ตำบลหัวทะเล จำนวน 63 ราย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2564 ให้แก่ รพ.สต.
หัวทะเลเป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น 378,000.- บาท (สามแสนเจ็ดหมื่นแปดพันบาทถ้วน)

ในการนี้ เพื่อให้ดำเนินงานการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
ในพื้นที่ตำบลหัวทะเล ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2564 เป็นไปด้วยความเรียบร้อย และบรรลุตรงตาม
วัตถุประสงค์ ทางกองสวัสดิการสังคม จึงเห็นควรพิจารณาอนุมัติเบิกจ่ายเงินให้กับกองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะ
พึ่งพิง(องค์การบริหารส่วนตำบลหัวทะเล) จำนวน 378,000.- บาท (สามแสนเจ็ดหมื่นแปดพันบาทถ้วน)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(ลงชื่อ).....
(นางสุภาวดี ฟากวิสัย)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการกองสวัสดิการสังคม/เลขานุการอนุกรรมการฯ

อนุมัติ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

(นางสุภาวดี ฟากวิสัย)
ผู้อำนวยการกองสวัสดิการสังคมรักษาราชการแทน
ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลหัวทะเล

อนุมัติ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

(นางสุภาวดี ฟากวิสัย)
ผู้อำนวยการกองสวัสดิการสังคมปฏิบัติหน้าที่
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหัวทะเล

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน 378,000 บาท (สามแสนเจ็ดหมื่นแปดพันบาทถ้วน) ลงชื่อ ผู้รับเงิน <div style="text-align: center;">(นางสาวราย เกียะขุนทด)</div> รักษาการแทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวทะเล วันที่	ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้วจำนวน 378,000 บาท (สามแสนเจ็ดหมื่นแปดพันบาทถ้วน) ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน <div style="text-align: center;">(นางสุภาวดี ฟากวิสัย)</div> ผู้อำนวยการกองสวัสดิการสังคมปฏิบัติหน้าที่ นายกองค้การบริหารส่วนตำบลหัวทะเล วันที่
---	---

หมายเหตุ (1) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับเงิน /ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ

การดูแลและยาระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและค่าบริการเหมาจ่าย
 คณะกรรมการ
 บสนับสนุนการจัดบริการดูแลและยาระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ครั้งที่ 1 /2564
 ารณาข้อเสนอของ กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เขตพื้นที่
 อบำเหน็จณรงค์ จังหวัดชัยภูมิ ตามโครงการจัดบริการดูแลและยาระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ
 คน/ปี ตามชุดสิทธิประโยชน์แบบท้ายประกาศคณะกรรมการฯ เรื่อง การกำหนด
 รงส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับ
 ๕๕๕ โดยที่ประชุมมีมติดังนี้
 ารจัดบริการดูแลและยาระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และค่าบริการเหมาจ่าย/คน/ปีตาม
 าคคณะกรรมการฯ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๕ และเห็นชอบให้การสนับสนุนค่าใช้จ่าย
 ารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ (กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
 วม 378,000 บาท (สามแสนเจ็ดหมื่นแปดพันบาทถ้วน) โดยเป็นเงินจากบัญชีเงินฝาก ดังนี้
 งทุนหลักประกันสุขภาพ...(ชื่อ องค์การบริหารส่วนตำบลหัวทะเล)...เพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มี
 ๓ (สามแสนเจ็ดหมื่นแปดพันบาทถ้วน)...หรือ "ระบบกองทุนหลักประกัน
 กองทุนหลักประกันสุขภาพ...(ชื่อ องค์การบริหารส่วนตำบลหัวทะเล)...หรือ "ระบบกองทุนหลักประกัน
 ส่วนท้องถิ่น).... จำนวนบาท (กรณีงบประมาณดูแลและยาระยะยาวฯ เหมาจ่าย ๒,๐๐๐

ตำบลหัวทะเล
 ารดูแล
 ะเจ็ดหมื่น

สนเจ็ด
 ารฐาน
 ้านเขา

ตาราง	กลุ่มติดเตียง				รวม	
	กลุ่มที่ 2	กลุ่มที่ 3	กลุ่มที่ 4		จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)
กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้างมี ภาวะสับสน และอาจมี ปัญหาการกิน/การขับถ่าย	กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ ไม่ มีปัญหาการกิน/การขับถ่าย หรือเจ็บป่วยรุนแรง	กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ใน ระยะท้ายของชีวิต				
จำนวน (คน)	จำนวน (คน)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	
13	9	2	54,000	63	378,000	

12

เห็นชอบ
 ไม่เห็นชอบ
 เนื่องจาก.....
 หมายเหตุเพิ่มเติม (ถ้ามี) (ระบุจำนวนผู้สูงอายุที่ยังไม่ได้รับการเห็นชอบ)
 ลงชื่อ.....
 (นางสุภาวดี ฟากวิสัย)
 ผู้อำนวยการกองสวัสดิการสังคมปฏิบัติหน้าที่
 นายกองค้การบริหารส่วนตำบลหัวทะเล
 ประธานอนุกรรมการ
 คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลและยาระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
 องค์การบริหารส่วนตำบลหัวทะเล อำเภอ บำเหน็จณรงค์ จังหวัด ชัยภูมิ
 วัน

รักษาการแทนผู้อำนวยการกองคลัง

