

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาว

สำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน

งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางนิยม ศรีมุกดา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3470300006609	ที่อยู่ 128/1 หมู่ 4 ต.กุดบาก อ. กุดบาก จ. สกลนคร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0981899761	วันที่จัดทำ 01 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 14 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2494 (อายุ 74 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 สาเหตุการป่วย/ความพิการ : โรคประจำตัว DM , CKD stage4 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัวเบาหวาน รักษาแบบฉีดอินซูลิน โรคไทรอยด์ที่ 4 มีรอยแผลกดทับทั่วเท้าทำให้เดินลำบาก พิการทางการได้ยินได้บัตรผู้พิการแล้ว มีลูกชายเป็นคนดูแลช่วงกลางวันกลางวันคนไข้อยู่คนเดียว	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ช่องปากไม่สะอาด - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - โภชนาการ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ - บริการพิเศษอื่นๆ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลาย ความเครียด
- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 3 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - เดินได้โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.วรรณิศา โถตันคำ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ชื่อ นางสาว ศรีมุกดา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3470300047054	ที่อยู่ 5/1 หมู่ 7 ตำบลกุดบาก อำเภอกุดบาก จังหวัด สกลนคร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 01 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2465 (อายุ 103 ปี)	วินิจฉัย : ADL=8, TAI=B3 สาเหตุการป่วย/ความพิการ : โรคชรา ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องการมองเห็น ได้ยินไม่ชัดเจน มีอาการปวดข้อเข้าเดินไม่สะดวกต้องมีคนช่วยเหลือ	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปี เป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ -	- ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การอาบน้ำ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลาย ความเครียด - ช้องปาก (oral) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
- การพลัดตกหกล้ม - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 2 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 2 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 2 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.วรรณิศา โถตันคำ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ชื่อ นางพันจำ รังนิแก้ว เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3470300050373	ที่อยู่ 350 หมู่ 4 ต.กุดบาก อ. กุดบาก จ. สกลนคร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0981899761	วันที่จัดทำ 01 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 06 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2489 (อายุ 79 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 สาเหตุการป่วย/ความพิการ : โรคประจำตัว HT , CKD stage3 , เข้าเสื่อม ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุเดินลำบากผู้พิการทางการเคลื่อนไหว อ่อนกำลังของกล้ามเนื้อ มือ แขน ขา รับประทานยาความดันโลหิตสูง , ไตระยะที่ 4 อาศัยอยู่เพียงลำพัง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปี เป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - บริการพิเศษอื่นๆ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลาย ความเครียด
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสถานะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ท่ออยู่อาศัยเหมาะสม	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan น.ศ.วรรณิศา โดตันคำ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ชื่อ นางเหวย ศรีมุกดา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3470300051345	ที่อยู่ 46 หมู่ที่ 04 ต.กุดบาก อ.กุดบาก จ.สกลนคร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0621968035	วันที่จัดทำ 01 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2488 (อายุ 80 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 สาเหตุการป่วย/ความพิการ : โรคประจำตัว HT , stroke ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิง มีความพิการทางการเคลื่อนไหว ชักซ้ายอ่อนแรง ได้รับบัตรผู้พิการ รับพรทานยาโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื่องเจาะเลือดส่งตรวจประจำปี 2 ครั้งต่อปี	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ซ่อนปากไม่สะอาด - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - โภชนาการ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - บริการพิเศษอื่นๆ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ข้อคิด/ข้อเท็จจริง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.วรรณิศา โถตันคำ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ชื่อ น.ศ.นงนภลัย ศรีมุกดา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3470300055251	ที่อยู่ 28/1 หมู่ 7 ต.กุดบาก อ.กุดบาก จ.สกลนคร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 084955408	วันที่จัดทำ 01 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 16 เดือน เมษายน พ.ศ. 2504 (อายุ 64 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 สาเหตุการป่วย/ความพิการ: โรคประจำตัว HT , Stroke ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูงรับประทานยาประจำ ได้รับบัตรผู้พิการทางการเคลื่อนไหว แขนขาซ้ายอ่อนแรง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท	- กลืนบัสสาวะไม่ได้ - ช่องปากไม่สะอาด - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การช่วยในระบบขับถ่าย(บัสสาวะ) การดูแลพยาบาลเฉพาะ - บริการพิเศษอื่นๆ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลาย
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	ความเครียด
- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน - ประสานพันตบุคคลากรในพื้นที่ ภายใน 2 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 2 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan น.ศ.วรรณิศา โถตันคำ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ชื่อ นายจอมพล ศรีมุกดา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3470300061405	ที่อยู่ 115 หมู่ 4 ต.กุดบาก อ. กุดบาก จ. สกลนคร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0821170393	วันที่จัดทำ 01 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 06 เดือน มกราคม พ.ศ. 2501 (อายุ 67 ปี)	วินิจฉัย : ADL=5, TAI=B3 สาเหตุการป่วย/ความพิการ : โรคประจำตัว DM , HT เคยผ่าตัดกระดูกสันหลัง ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : แขน ขา 2 ข้างอ่อนแรง เดินได้สั้นๆต้องจับราวเดิน ขา 2 ข้างกระดูกบ้น้อยครั้ง รับประทานยาโรคหัวใจวาฟาริน เปลี่ยนसानสวนปัสสาวะเดือนละ 1 ครั้ง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่จะรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ช่องปากไม่สะอาด - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) - บริการพิเศษอื่นๆ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด - อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ข้อคิด/ข้อเท็จจริง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 1 เดือน - รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสภาพของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้	
ผู้จัดทำ Care plan น.ศ.วรรณิศา โฉมคำ	ข้าพเจ้านเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ชื่อ นางสาวศรียศ ศรีมุกดา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3470300065761	ที่อยู่ 148/2 หมู่ 9 ต.กุดบาก อ.กุดบาก จ.สกลนคร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 01 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 23 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2500 (อายุ 68 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=B3 สาเหตุการป่วย/ความพิการ : โรคประจำตัว DM , HT , ไทรอยด์ ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุโรคประจำตัวโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไทรอยด์ ตาทั้ง2ข้างมองไม่เห็น ได้ทำการผ่าตัดใส่ลูกตาเทียมอาศัยอยู่กับสามี ต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือ	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - โภชนาการ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - บริการพิเศษอื่นๆ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 2 เดือน - ทำกิจกรรมประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 2 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.วรรณิศา โถตันคำ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ชื่อ นางเกตุร ไซชะวงศ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3470300068701	ที่อยู่ 212 หมู่ 7 ต.กุดบาก อ. กุดบาก จ. สกลนคร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0822507430	วันที่จัดทำ 01 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 28 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2497 (อายุ 71 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 สาเหตุการป่วย/ความพิการ : โรคประจำตัวพาร์กินสัน สมองเสื่อม ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว มีอาการหลงลืม มีโรคประจำตัวได้แก่พาร์กินสัน	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - กลั้นปัสสาวะไม่ได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - โภชนาการ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) การดูแลพยาบาลเฉพาะ - บริการพิเศษอื่นๆ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 1 เดือน - ฟันฟุสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - มีอาชีพ มีรายได้ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.วรรณิศา โถตันคำ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ชื่อ นายชนัด ภูดวงค์แก้ว เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3470300085797	ที่อยู่ 170 หมู่ 8 ต.กุดบาก อ.กุดบาก จ.สกลนคร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 01 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 12 เดือน เมษายน พ.ศ. 2482 (อายุ 86 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 สาเหตุการป่วย/ความพิการ : โรคประจำตัว HT , Stroke ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมอง แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง ช่วงกลางวันอาศัยอยู่บ้านเพียงลำพัง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท	- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย - ช่องปากไม่สะอาด	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด - ช่องปาก (oral) - บริการพิเศษอื่นๆ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ข้อติด/ข้อเท้าตก - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 1 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 2 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 2 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 2 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.วรรณิศา โถคันคำ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ชื่อ น.ส.ถาวร ช่วงทิพย์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3470300111941	ที่อยู่ 142 หมู่9 ต.กุดบาก อ.กุดบาก จ.สกลนคร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 01 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 04 เดือน มกราคม พ.ศ. 2500 (อายุ 68 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 สาเหตุการป่วย/ความพิการ : โรคประจำตัว DM , CKD stage5 on HD ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวโรคเบาหวานและโรคไตวายระยะที่5ต้องเดินทางไปฟอกไต สัปดาห์ละ2ครั้งที่โรงพยาบาลสกลนคร อาศัยอยู่กับสามีต้องอยู่บ้านเพียงลำพังเพราะสามีต้องออกไปทำงาน ประกอบอาชีพมีความต้องการที่ต้องได้รับการดูแล	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปี เป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท	- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ความสามารถในการได้ยิน - ความสามารถในการมองเห็น - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ - บริการพิเศษอื่นๆ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - การกินอาหาร/สําลักอาหาร	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 2 เดือน เดือน - ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 2 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 2 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่เกิดแผลกดทับ - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.วรรณิศา โถตันคำ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ชื่อ นางสาววิไล กุดวงศ์แก้ว เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5470200021483	ที่อยู่ 97/4 หมู่ 10 ตำบลกุดบาก อำเภอกุดบาก จังหวัด สกลนคร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0621968035	วันที่จัดทำ 01 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 14 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2490 (อายุ 78 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 สาเหตุการป่วย/ความพิการ : โรคประจำตัว HT, Stroke ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แขนข้างขวาและขา 2 ข้าง อ่อนแรง พิกัดทางการเคลื่อนไหว รับประทานยาความดันโลหิตสูงประจำ	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปี เป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ซ่องปากไม่สะอาด - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) การดูแลพยาบาลเฉพาะ - บริการพิเศษอื่นๆ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การกินอาหาร/สาลักอาหาร - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 1 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 2 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสถานะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.วรรณิศา โถตันคำ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ชื่อ นางบุญลุดด ไมยกิจ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3470900151511	ที่อยู่ 222/2 หมู่5 ต.กุดบาก อ.กุดบาก จ.สกลนคร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0931706826	วันที่จัดทำ 14 เดือน มกราคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 12 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2506 (อายุ 62 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 สาเหตุการป่วย/ความพิการ : โรคประจำตัว HT ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิง มีความพิการทางด้านการเคลื่อนไหว ทรงตัวยืนเองได้ไม่นาน เดินทางราบโดยใช้ไม้เท้ายัน เข้า 2 ข้างเสื่อมผิดรูป ได้รับบัตรผู้พิการ โรคความดันโลหิตสูง ขาดยามากกว่า 4 ปี อาศัยอยู่กับหลาน 2 ขวบเพียง 2 คน ไม่มีคนพาไปรพ.	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อม ทั่วไป - โภชนาการ - การอาบน้ำ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลาย ความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
	ข้อควรระวังในการให้บริการ	
- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 2 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 2 เดือน - ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 2 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 2 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 2 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดิน ได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 2 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.วรรณิสา โถตันคำ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ชื่อ น.ส.ประสิทธิ์ โสวันทา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3461000368786	ที่อยู่ 140 ม.9 ต.กุดบาก อ.กุดบาก จ.สกลนคร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 01 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2501 (อายุ 67 ปี)	วินิจฉัย : ADL=5, TAI=C3 สาเหตุการป่วย/ความพิการ: โรคประจำตัว Stroke , HT ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุประสบอุบัติเหตุรถล้มทำให้กระดูกสะโพกหัก มีอาการอ่อนแรงของขาทั้ง2ข้างไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้มีโรคประจำตัวทางด้านสมองต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ต้องมีญาติคอยดูแลเรื่องการทานยาให้ตรงเวลาและถูกต้อง มีความต้องการให้มีคนเข้าไปดูแล เพราะอาศัยอยู่กับสามี2คน	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - บริการพิเศษอื่นๆ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
	ข้อควรระวังในการให้บริการ	
- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร	ระยะสั้น - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 2 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 2 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 2 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 2 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.วรรณิศา โดต้นคำ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ชื่อ นางสาว ศิริรอด	ที่อยู่ 191 หมู่ 5 ต.กุดบาก อ.กุดบาก จ.สกลนคร	วันที่จัดทำ 14 เดือน มกราคม พ.ศ. 2568
----------------------------	--	--

เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3470300087439	หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0984301136	
เกิดวันที่ 17 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2502 (อายุ 66 ปี)	วินิจฉัย : ADL=I1, TAI=C3 สาเหตุการป่วย/ความพิการ : โรคประจำตัว DM ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัวเบาหวาน ได้รับยาฉีดอินซูลิน ความดันโลหิตสูง โรคไต ไม่ได้ไปตามนัดของรพ. เป็นแผลที่เท้าบ่อย มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว สวมใส่ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ กลางวันอาศัยอยู่บ้านเพียงลำพัง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 2 เดือน - แผลหาย ภายใน 2 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ - ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 2 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 2 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 2 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ - เดินได้โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.วรรณิศา โถคันคำ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ชื่อ นายสีสุวรรณ กุศลวงศ์แก้ว เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3470300073322	ที่อยู่ 37/1 หมู่ 6 ต.กุดบาก อ.กุดบาก จ.สกลนคร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0980328731	วันที่จัดทำ 01 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 26 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2485 (อายุ 83 ปี)	วินิจฉัย : ADL=3, TAI=I3 สาเหตุการป่วย/ความพิการ : โรคประจำตัว Stroke ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุร่างกายชिकซ้ายอ่อนแรง การได้ยินชัดเจน การมองเห็นไม่ชัดเจน	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท	- กลืนบัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ซ่องปากไม่สะอาด - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การช่วยในระบับขับถ่าย(บัสสาวะ) - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - บริการพิเศษอื่นๆ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลาย ความเครียด
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
- การกินอาหาร/สาลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ข้อคิด/ข้อเท็จตค - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 1 เดือน - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.วรรณิศา โถตันคำ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ชื่อ นางสาว กุศลวงศ์ แก้ว เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3470300073560	ที่อยู่ 39 หมู่ที่ 10 ต.กุศบาก อ.กุศบาก จ.สกลนคร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0980582808	วันที่จัดทำ 01 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 17 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2472 (อายุ 96 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=I3 สาเหตุการป่วย/ความพิการ : โรคชรา ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุมีภาวะหลงลืม ตามองไม่ชัด หูทั้ง2ข้างไม่ได้ยิน กล้ามเนื้อขาอ่อนแรงต้องมีญาติคอยดูแลอย่างใกล้ชิด ช่วงกลางวันอยู่บ้านเพียงลำพัง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ได้รับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 10,442 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - กลืนลำบาก - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - บริการพิเศษอื่นๆ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - การหลงทาง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - การกินอาหาร/สลักอาหาร - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/ การแพ้ยา - ข้อคิด/ข้อเท็จจริง	ระยะสั้น - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ฟ้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - เดินได้โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ศ.วรรณิศา โถตันคำ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ชื่อ นางนุชรินทร์ ศรีศักดิ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3400101709871	ที่อยู่ 85 หมู่ 8 ต.คูคตบก อ.คูคต จ.สกลนคร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันที่จัดทำ 01 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 05 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2524 (อายุ 44 ปี)	วินิจฉัย : ADL=1, TAI=I3 สาเหตุการป่วย/ความพิการ : โรคประจำตัว Epidural Hemorrhage S/P Craniotomy ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยผ่าตัดสมองจากอุบัติเหตุ นอนติดเตียง สื่อสารรู้เรื่องบางครั้ง กินข้าวได้เองเล็กน้อย แขนซ้ายอ่อนแรง ขาขวาอ่อนแรง กลืนปัสสาวะอุจจาระไม่ได้ สวมใส่ผ้าอ้อมผู้ใหญ่	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่จะรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ซ่องปากไม่สะอาด - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย - รับประทานเองได้เล็กน้อย - กลืนลำบาก	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - บริการพิเศษอื่นๆ - ซ่องปาก (oral) - สมอง (Brain) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 2 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 2 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 2 เดือน - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 2 เดือน - ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่ ภายใน 2 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 2 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 2 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.วรรณิศา โถตันคำ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ชื่อ น.ส.นภัสสร โคนัน เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1470300127043	ที่อยู่ 115/9 หมู่ 8 ต.กุดบาก อ. กุดบาก จ. สกลนคร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0879348656	วันที่จัดทำ 01 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 05 เดือน เมษายน พ.ศ. 2544 (อายุ 24 ปี)	วินิจฉัย : ADL=2, TAI=I3 สาเหตุการป่วย/ความพิการ : พิกัดแต่กำเนิด ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : พิกัดเข้าซ้อนตั้งแต่เกิดทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองไม่ได้ หนึ่งง่ายเป็นโรคหัวใจมา 5 ปี รับการรักษาต่อเนื่องที่รพ.กุดบาก รับประทานยาฟาโรน นอนติดเตียงตลอด สวมใส่ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ ต้องมีผู้ดูแลตลอด	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ต้องการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ซ่องปากไม่สะอาด - กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - บริการพิเศษอื่นๆ - อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/หลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ไม่มีผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.วรรณิศา โถคันคำ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ชื่อ นายเชษฐรงค์ ศรีมุกดา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3470300059362	ที่อยู่ 236 หมู่ 7 ต.กุดบาก อ. กุดบาก จ. สกลนคร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 01 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 13 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2502 (อายุ 66 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=I3 สาเหตุการป่วย/ความพิการ : โรคประจำตัว HT , Stroke ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : มีโรคประจำตัวโรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง ร่างกายแขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง นอนติดเตียง ต้องมีคนดูแลตลอด สวมใส่ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ตลอด	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การกินอาหาร/สำคัญอาหาร - ข้อติด/ข้อเท้าตก - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา	ระยะสั้น - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 3 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - เดินได้โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.วรรณิศา โถคันคำ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ชื่อ นางกาไทย ดวงสา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3470700033875	ที่อยู่ 149/1 ม.6 ต.กุดบาก อ.กุดบาก จ.สกลนคร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0984025590	วันที่จัดทำ 01 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 12 เดือน มกราคม พ.ศ. 2492 (อายุ 76 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=I3 สาเหตุการป่วย/ความพิการ: โรคประจำตัว DM , HT ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมีภาวะหลงลืม ผู้ป่วยติดเตียง นอนบนเตียงพลิกไปมาลูกนั่งได้โดยมีคนพยุง กินข้าวเองได้บ้าง อ่อนแรงเดินไม่ได้ กลืนปัสสาวะอุจจาระไม่ได้ สวมใส่ผ้าอ้อมผู้ใหญ่	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ความสามารถในการได้ยิน - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - บริการพิเศษอื่นๆ - สมอง (Brain) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/หลักอาหาร - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก	ระยะสั้น - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 2 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 2 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 2 เดือน - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 2 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 2 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 2 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 2 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ช่วยตัวเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ศ.วรรณิศา โถตันคำ	ข้าพเจ้านเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ชื่อ ค.ช.พัฒนชัย กุดวงศ์แก้ว เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1479500052282	ที่อยู่ 69 หมู่10 ต.กุดบาก อ.กุดบาก จ.สกลนคร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 01 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 13 เดือน มกราคม พ.ศ. 2556 (อายุ 12 ปี)	วินิจฉัย : ADL=0, TAI=I3 สาเหตุการป่วย/ความพิการ : พิกัดแต่กำเนิด ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้พิการ โดยกำเนิด ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ มีความต้องการให้มีคนเข้าไปดูแลและรับการฟื้นฟูอย่างถูกต้อง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ช่องปากไม่สะอาด	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - บริการพิเศษอื่นๆ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การกินอาหาร/ล้าลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 2 เดือน - ประสานพันตบุคคลากรในพื้นที่ ภายใน 2 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 2 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 2 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.วรรณิศา โถตันคำ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ชื่อ น.ส.ประนอม บริรักษ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3470300078201	ที่อยู่ 28 หมู่6 ต.กุดบาก อ.กุดบาก จ.สกลนคร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 01 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 14 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2516 (อายุ 52 ปี)	วินิจฉัย : ADL=0, TAI=I3 สาเหตุการป่วย/ความพิการ : โรคpythiosis ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยคิดเชื้่อบุติใหม่ที่มีความรุนแรงถึงขั้นพิการ pythiosis ต้นขา 2 ข้างถูกตัด นอนดิค เตียง มีท่อเจาะคอ แขน2 ข้างมีแรงดี ถอดสายให้อาหารแล้ว สวมใส่ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ตลอด มีความต้องการที่ต้องได้รับการดูแล	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ต้องการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - สวมใส่เสื้อตัวเองไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ - คอ (throat)
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา	ระยะสั้น - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 1 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 2 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 2 เดือน - ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 2 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 2 เดือน ระยะยาว - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ทิ้งอยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.วรรณิศา โถคันคำ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ชื่อ นางสาว นางาม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3350500117898	ที่อยู่ 46 ม.8 ต.โคกนาโก อ.ป่าดัว จ.ยโสธร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 01 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 07 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2483 (อายุ 85 ปี)	วินิจฉัย : ADL=3, TAI=II สาเหตุการป่วย/ความพิการ : โรคประจำตัวโรคเกร็ดเลือดต่ำ ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวโรคหัวใจ คิดเพียงช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ตาสองข้างมองไม่ชัด หูทั้ง2ข้างไม่ได้ยิน	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ต้องการให้เตรียมอาหารไว้ให้ - พบปะเพื่อนบ้าน	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ตา (eyes) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การพลัดตกหกล้ม	ระยะสั้น - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 1 เดือน - ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - สายตาไม่แย้งลง - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.วรรณิศา โถตันคำ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ชื่อ นายหล้า ศรีมุกดา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3470300084847	ที่อยู่ 159 ม.8 ต.กุดบาก อ.กุดบาก จ.สกลนคร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 01 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2480 (อายุ 88 ปี)	วินิจฉัย : ADL=3, TAI=II สาเหตุการป่วย/ความพิการ : โรคประจำตัว Stroke ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุโรคประจำตัวโรคหลอดเลือดสมอง นอนติดเตียงไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ เคยผ่าตัดกระเพาะอาหารทะลุ ต้องมีญาติคอยดูแลเรื่องการทำงานยาให้ตรงเวลาและถูกต้อง แขนขาอ่อนแรง สวมใส่ ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ตลอด	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ชอบรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 ชอบรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 10,442 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - สวมใส่เสื้อตัวเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ช่องปากไม่สะอาด - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การอาบน้ำ - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- ข้อคิด/ข้อเท็จจริง - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/ การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การพลัดตกหกล้ม - การกินอาหาร/สำลักอาหาร	ระยะสั้น - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 2 เดือน - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 2 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 2 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 2 เดือน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 2 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	
ผู้จัดทำ Care plan น.ศ.วรรณิศา โถตันคำ	ข้าพเจ้านเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ชื่อ นายสนธยา พงษ์ไพบูลย์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3470300051299	ที่อยู่ 22 หมู่ 7 ต.กุดบาก อ. กุดบาก จ. สกลนคร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0934289936	วันที่จัดทำ 01 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 02 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2506 (อายุ 62 ปี)	วินิจฉัย : ADL=0, TAI=I1 สาเหตุการป่วย/ความพิการ : โรคประจำตัว Stroke ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้มีภาวะพึ่งพิง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ รับประทานอาหารทางสายยาง มีแผลเจาะคอ ใช้เครื่องดูดเสมหะ มีสายสวนปัสสาวะคา	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - ช่องปากไม่สะอาด - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - บริการพิเศษอื่นๆ - อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs) - ช่องปาก (oral) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ข้อคิด/ข้อเท็จจริง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การพลัดตกหกล้ม	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ฟันพุสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 2 เดือน - ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.วรรณิศา โตต้นคำ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	