

ทะเบียนคุมจำนวนการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่
ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุตำบลเมืองนาน จังหวัดน่าน

ลำดับ	กลุ่ม	ชื่อ-นามสกุล	เลขบัตรประชาชน	หมายเลขโทรศัพท์	สถานะการมีชีวิต	จำนวนที่จ่าย	วันเดือนปีที่จ่าย	ลายมือชื่อผู้รับ	จำนวนผ้าอ้อมคงเหลือ
1	กลุ่ม ก	นางสาวบัวไข หาญกา	3550100156134	0870024792	มีชีวิต	324	3 ต.ค. 66	~ ๒๕๖๖ ๒๖๖๖	324
2	กลุ่ม ข	นายประเสริฐ ปินตา	3550100157807	0835680029	มีชีวิต	324	3 ต.ค. 66	* ๒๖๖๖ ๒๖๖๖	0
3									
4									
5									
6									
7									
8									

กลุ่ม ก ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง Adl ≤ 6

กลุ่ม ข บุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลืนปัสสาวะ อุจจาระไม่ได้ Adl > 6

ทะเบียนคุมจำนวนการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่
ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุตำบลกิมตอง อำเภอเมืองน่าน จังหวัดน่าน

ลำดับ	กลุ่ม	ชื่อ-นามสกุล	เลขบัตรประชาชน	หมายเลขโทรศัพท์	สถานะการมีชีวิต	จำนวนที่จ่าย	วันเดือนปีที่จ่าย	ลายมือชื่อผู้รับ	จำนวนผ้าอ้อมคงเหลือ
1	กลุ่ม ก	นายสมัชชา ไชยชนะ	3550100153755	0894316956	มีชีวิต	324	18 ก.ย. 66	สมัชชา ไชยชนะ	1,212
2	กลุ่ม ข	นายสุทัศน์ ทารกา	3550100155880	-	มีชีวิต	324	18 ก.ย. 66	สุทัศน์ ทารกา	3,888
3	กลุ่ม ก	นางคำดี ธิปไตย	3550100158455	0886454125	เสียชีวิต 18 ก.ค. 66				-
4	กลุ่ม ก	นางอำพร ธรรมพันธุ์	3550100480748	0910267328	มีชีวิต	324	18 ก.ย. 66	อำพร ธรรมพันธุ์	3,564
5	กลุ่ม ก	นางสาวจุรีย์ จันทร์ชัย	3550100475787	0875146303	มีชีวิต	324	18 ก.ย. 66	จุรีย์ จันทร์ชัย	3,240
6	กลุ่ม ก	นางสาวธัญญา มูลจะคำ	3550100478506	0810204333	มีชีวิต	324	18 ก.ย. 66	ธัญญา มูลจะคำ	2,916
7	กลุ่ม ข	นายพูน มูลใจตา	3550100477640	-	มีชีวิต	324	18 ก.ย. 66	พูน มูลใจตา	2,592
8	กลุ่ม ข	นางสมพร แก้วหล้า	3550100473105	0804956991	มีชีวิต	324	18 ก.ย. 66	สมพร แก้วหล้า	2,268
9	กลุ่ม ข	มด.อาทิตย์ เบญจรงค์	4160300001098	0835773342	มีชีวิต	324	18 ก.ย. 66	มด.อาทิตย์ เบญจรงค์	1,944
10	กลุ่ม ก	นางบุญมี ทารกา	3550100157572	0654205661	มีชีวิต	324	18 ก.ย. 66	บุญมี ทารกา	1,620
11	กลุ่ม ก	นายอำนาจ ศรีตระกูล	3559900129113	0857221668	เสียชีวิต 22 พ.ค. 66				-
12	กลุ่ม ก	นางพรรณิ สวมใจ	3550100474802	0858626640	มีชีวิต	324	18 ก.ย. 66	พรรณิ สวมใจ	1,296
13	กลุ่ม ก	นายกาน แก้วหล้า	3550100473091	0804956991	มีชีวิต	324	18 ก.ย. 66	กาน แก้วหล้า	942
14	กลุ่ม ก	นางชื่นทิพย์ พงศ์สุวัฒน์	3550100473342	0810383559	มีชีวิต	324	18 ก.ย. 66	ชื่นทิพย์ พงศ์สุวัฒน์	648
15									
16									
17									

กลุ่ม ก ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง Adl ≤ 6

กลุ่ม ข บุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลืนปัสสาวะ อุจจาระไม่ได้ Adl > 6



แบบรายงานผลการดำเนินงาน/โครงการ/กิจกรรม
กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลเดิมตอง รหัส กปท. L2603
อำเภอเมืองน่าน จังหวัดน่าน

1. ชื่อ แผนงาน โครงการ กิจกรรม

โครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองขับถ่าย และผ้าอ้อมทางเลือก

2. ผลการดำเนินงาน

1 บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง Adl \leq 6 มีแผนการดูแลรายบุคคลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Plan) ได้รับการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองขับถ่าย และผ้าอ้อมทางเลือก เพิ่มเติมตามสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2 บุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ Adl $>$ 6 ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ เข้าถึงบริการสาธารณสุขตามสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมากขึ้น

3. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์

บรรลุตามวัตถุประสงค์

ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ เพราะ.....

4. การเบิกจ่ายงบประมาณ

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ	43,092.00 บาท	
งบประมาณเบิกจ่ายจริง	42,865.20 บาท	คิดเป็นร้อยละ 99.47
งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุน	226.80 บาท	คิดเป็นร้อยละ 0.53

5. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

ไม่มี

มี

6. เอกสารประกอบการรายงานผลการดำเนินงาน/โครงการ/กิจกรรม

สำเนาหลักฐานการจ่ายเงิน (กรณีคณะกรรมการ กปท. ต้องการทราบรายละเอียด)

ภาพถ่ายหรือวีดิทัศน์ภาพการดำเนินการจริง

อื่น ๆ



7.บุคคลอ้างอิง/ตัวแทนผู้รับประโยชน์จากการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (อย่างน้อย 3 คน ขึ้นไป)

1 นางสาวกันยารัตน์ สวนอภัย หมายเลขโทรศัพท์ 081 7840811

2 นายก่วน แก้วหล้า หมายเลขโทรศัพท์ 080 4956991

3 นางชื่นทิพย์ พงศ์สุภวัฒน์ หมายเลขโทรศัพท์ 0835922415

4 นางพรรณี สวนใจ หมายเลขโทรศัพท์ 085 8626640

ลงชื่อ.....หัวหน้าหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน

(นายประจักษ์ มหาวงศ์นันท์)

ประธานศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุตำบลถ้ำทอง

วันที่ ๒๕ เดือน กันยายน พ.ศ. 2566





แบบอนุมัติแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม
 กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลเดิมตอง รหัส กปท. L2603
 อำเภอเมืองน่าน จังหวัดน่าน

ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

ตามมติการประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลเดิมตอง ครั้งที่ 4 ประจำปีงบประมาณ 2566 เมื่อวันที่ 16 เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2566 สรุปผลการพิจารณา “โครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองชั้นการขับถ่าย และผ้าอ้อมทางเลือก ประจำปีงบประมาณ 2566” ดังนี้

1.ความสอดคล้องกับแผนสุขภาพชุมชน

สอดคล้อง ไม่สอดคล้อง

ความเห็นเพิ่มเติม.....

2.ความซ้ำซ้อนของงบประมาณกองทุนฯ กับงบประมาณจากแหล่งอื่น

ซ้ำซ้อน ไม่ซ้ำซ้อน

ความเห็นเพิ่มเติม.....

3.ความเสี่ยงจากผลประโยชน์ทับซ้อน

เสี่ยง ไม่เสี่ยง

ความเห็นเพิ่มเติม.....

4.เป็นหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน ที่มีสิทธิขอรับงบประมาณ (ตามประกาศ ฯ พ.ศ. 2561 ข้อ 10)

(เลือกเพียง 1 ข้อ)

- 1. หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต. [ข้อ 10 (1)]
- 2. หน่วยงานสาธารณสุข เช่น อปท. [ข้อ 10 (1)]
- 3. หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของรัฐ เช่น สสอ. [ข้อ 10 (1)]
- 4. หน่วยงานอื่น ๆ ที่ไม่ใช่หน่วยงานสาธารณสุข เช่น โรงเรียน [ข้อ 10 (2)]
- 5. องค์กรหรือกลุ่มประชาชน [ข้อ 10 (2)]
- 6. ศูนย์ฯ หรือหน่วยงานที่รับผิดชอบศูนย์ฯ [ข้อ 10 (3)]
- 7. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) [ข้อ 10 (4)]



5.ประเภทการสนับสนุน (ตามประกาศ ฯ พ.ศ. 2561 ข้อ 10)

(เลือกเพียง 1 ข้อ)

- 1. สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ สถานบริการ หรือหน่วยงานสาธารณสุข [ข้อ 10 (1)]
- 2. สนับสนุนและส่งเสริมการจัดกระบวนการหรือกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคขององค์กร หรือกลุ่มประชาชน [ข้อ 10 (2)]
- 3. สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของศูนย์ฯ หรือหน่วยงานที่รับผิดชอบศูนย์ฯ (เด็กเล็ก/ ผู้สูงอายุ/คนพิการ) [ข้อ 10 (3)]
- 4. สนับสนุนการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 10 (4)]
- 5. สนับสนุนและส่งเสริมกิจกรรมกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติ [ข้อ 10 (5)]

6.งบประมาณที่เสนอ จำนวน 43,092 บาท

- อนุมัติงบประมาณ เนื่องจากแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม
 - ประชาชนได้รับผลประโยชน์ ตรงตามวัตถุประสงค์ของกองทุน ฯ
 - ผู้รับผิดชอบงานมีศักยภาพ ค่าใช้จ่ายมีความคุ้มค่า

จึงเห็นควรสนับสนุน เป็นเงิน จำนวน 43,092 บาท

ความเห็นเพิ่มเติม.....

ไม่อนุมัติงบประมาณ

เพราะ.....

ให้รายงานผลการดำเนินงานแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

ภายในวันที่ 30 เดือนกันยายน พ.ศ. 2566 (ตามแบบฟอร์ม ฯ กปท.10)

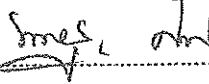
ให้ อปท. แจ้งผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ทราบผล เพื่อดำเนินการ ต่อไป

ลงชื่อ 

(นายสุรินทร์ เมืองเส้น)

ตำแหน่ง กรรมการและเลขานุการกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลถ้ำลอด

วันที่ 16 เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2566

ลงชื่อ 

(นายสุภาพันธุ์ ศรีนวน)

ตำแหน่ง ประธานคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลถ้ำลอด

วันที่ 16 เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2566



1 พ.ค. 2566

<input checked="" type="checkbox"/>	ดำเนินปฏิบัติงาน
<input type="checkbox"/>	ดำเนินการอื่น
<input type="checkbox"/>	ดำเนินการ
<input type="checkbox"/>	ดำเนินการ
<input type="checkbox"/>	ดำเนินการ



ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลเดิมตอง
เลขที่รับ..... 10๕๐
วันที่..... 28 เม.ย. 2566
1781 08.3๗1.

แบบเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลเดิมตอง รหัส กพท. L2603

อำเภอเมืองน่าน จังหวัดน่าน

สมัครปลด

วันที่ 27 เดือน เมษายน พ.ศ. 2566

๕31

1๗๖๐

1 พ.ค. 2566

เรื่อง ขอเสนอโครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองขับถ่าย และผ้าอ้อมทางเลือก

เรียน ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลเดิมตอง

เอกสารแนบ แบบจัดทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (แบบ กพท.7)

จำนวน 1 ชุด

ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2561 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ข้อ 10 "เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพตามข้อ 7 วรรคหนึ่ง ให้ใช้จ่ายเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมเป็นค่าใช้จ่ายตามแผนงาน โครงการ หรือกิจกรรม ที่คณะกรรมการกองทุนอนุมัติ" นั้น

ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุตำบลเดิมตอง ได้ดำเนินการจัดทำโครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองขับถ่าย และผ้าอ้อมทางเลือกมาเพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณ กพท. ตามเอกสารแนบ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

เรียน นาย ก อบต. เดิมตอง
เพื่อโปรดพิจารณา
นาย ก อบต. เดิมตอง
นาย ก อบต. เดิมตอง
นาย ก อบต. เดิมตอง

ลงชื่อ.....

(นายประจักษ์ มทาวงสนนันท์)

หัวหน้าหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน

(นายสุภัทธร วัฒนกัน)

ตำแหน่ง ประธาน ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุตำบลเดิมตอง

ปลดลงวันที่ 3 พ.ค. 2566

วันที่ 27 เดือน เมษายน พ.ศ. 2566

เรียน ประธานกรรมการกองทุน ฯ

เรียน กพท. อบต

เรียนศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุตำบลเดิมตอง ขอเสนอโครงการ

เพื่อโปรดพิจารณา

สนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองขับถ่าย และผ้าอ้อมทางเลือก

มาเพื่อขอรับการสนับสนุน

3 พ.ค. 66

งบประมาณ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

Tarde

นางสาวรัชนีชญา ไชติเจริญรัตน์

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



แบบจัดทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลถ้ำลอด รทส กบพ. L2603

อำเภอเมืองน่าน จังหวัดน่าน

ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2561 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ข้อ 16 (2) “ให้พิจารณาอนุมัติโครงการ หรือกิจกรรม ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกองทุนตามข้อ 10”

อาศัยอำนาจของประกาศ ฯ ข้อ 10 “เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพตามข้อ 7 วรรคหนึ่ง ให้ใช้จ่ายเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมเป็นค่าใช้จ่ายตามแผนงาน โครงการ หรือกิจกรรม ที่คณะกรรมการกองทุนอนุมัติ” จึงได้จัดทำแผนงาน โครงการ หรือกิจกรรม ประจำปีงบประมาณ 2566 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ชื่อ แผนงาน โครงการ กิจกรรม

โครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองขับถ่าย และผ้าอ้อมทางเลือก

2. ชื่อ หน่วยงาน องค์กร กลุ่มประชาชน

ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุตำบลถ้ำลอด

3. ผลักการเหตุผล

บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงโดยเฉพาะในรายที่จำเป็นต้องใช้ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองขับถ่าย และผ้าอ้อมทางเลือก เพื่อนำไปใช้ในการดำรงชีวิตประจำวันจัดได้ว่าเป็นกลุ่มที่ควรให้การสนับสนุน เพื่อให้บุคคลดังกล่าวได้รับการดูแลและเข้าถึงบริการสาธารณสุขในชุมชนอย่างทั่วถึงมากยิ่งขึ้น คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงมีมติให้ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองขับถ่าย และผ้าอ้อมทางเลือก เป็นสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงตามแผนการดูแลรายบุคคลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Plan) และบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ได้รับการดูแลและเข้าถึงบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึง และเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น งบประมาณที่มีอยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ จึงมีความสำคัญยิ่งในการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุข เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายดังกล่าวสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นได้

ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุตำบลถ้ำลอด จึงจัดทำโครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองขับถ่าย และผ้าอ้อมทางเลือก เพื่อเสนอขอรับสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลถ้ำลอด



4.วัตถุประสงค์ (เพื่อการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค พิ้นฟูสมรรถภาพ และรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุก รวมถึงการจัดกระบวนการหรือกิจกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค)

1 เพื่อให้บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง (Adl \leq 6) ตามแผนการดูแลรายบุคคล ได้รับการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองขับถ่ายซับถ่าย และผ้าอ้อมทางเลือก เพิ่มเติมตามสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2 เพื่อให้บุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ Adl $>$ 6 ได้รับการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองขับถ่ายซับถ่าย และผ้าอ้อมทางเลือก ตามสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

5.วิธีดำเนินการ (ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ตามข้อ 4)

1 จัดทำโครงการเสนอขอรับสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลเดิมตอง โดยมี รายละเอียดการดำเนินงาน ดังนี้

1.1 ค้นหากลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ โดยผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care manager) และหรือบุคลากรสาธารณสุข สํารวจตามรอบประเมินผลการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคลของผู้ดูแลสิทธิประโยชน์การบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) เพื่อจำแนกบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีค่าคะแนนระดับความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า 6 คะแนน (Adl \leq 6) รายที่จำเป็นต้องสนับสนุนค่าใช้จ่ายสำหรับผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองขับถ่ายซับถ่าย และผ้าอ้อมทางเลือก

1.2 กรณีพบบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง Adl \leq 6 แต่ไม่มีแผนการดูแลรายบุคคลฯ ตามชุดสิทธิประโยชน์ฯ LTC ให้ผู้จัดการการดูแลระยะยาวฯ และหรือบุคลากรสาธารณสุข จัดทำแผนการดูแลรายบุคคลฯ ตามชุดสิทธิประโยชน์ฯ LTC ให้เรียบร้อยก่อน

1.3 ค้นหา/สํารวจ บุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ในพื้นที่ Adl $>$ 6 โดยพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเวชปฏิบัติ ผู้จัดการการดูแลระยะยาวฯ หรือบุคลากรสาธารณสุข ทำการประเมินหรือใช้ข้อบ่งชี้ทางแพทย์ ประกอบการค้นหา/สํารวจ

1.4 หน่วยงานที่ขอรับสนับสนุนฯ พบกลุ่มเป้าหมายหรือได้รับประสานติดต่อจากกลุ่มเป้าหมาย ญาติ ประชาชน สปสช. เขต หรือสายด่วน 1330 แจ้งขอรับสนับสนุนผ้าอ้อมฯ ในพื้นที่ ให้รับเรื่องและดำเนินการจำแนกกลุ่มเป้าหมายตามวิธีการข้างต้น เพื่อสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองขับถ่ายซับถ่าย และผ้าอ้อมทางเลือก จากงบกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลเดิมตอง

1.5 หน่วยงานที่ขอรับสนับสนุนฯ สรุปจำนวนกลุ่มเป้าหมาย/ประเภทผ้าอ้อมฯ จำนวนชิ้น/จำนวนวัน ที่สนับสนุนให้กับกลุ่มเป้าหมาย และจำนวนงบประมาณที่ใช้ในการสนับสนุนทั้งหมด

2 หน่วยงานที่ขอรับสนับสนุนฯ นำส่งผ้าอ้อมฯ ให้กับกลุ่มเป้าหมายและจัดทำทะเบียนคุมการใช้ผ้าอ้อมฯ

3 หน่วยงานที่ขอรับสนับสนุนฯ จัดทำรายงานสรุปผลการดำเนินงานตามโครงการ พร้อมจัดส่งรายงานผลการดำเนินงานให้คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลเดิมตองทราบ เมื่อเสร็จสิ้นโครงการ



6.กลุ่มเป้าหมาย และกิจกรรม (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 6.1. กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด จำนวน.....คน
- 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
 - 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
 - 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพก่อนคลอดและหลังคลอด
 - 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
 - 5. การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
 - 6. การคัดกรองและดูแลรักษาแม่เรื้อรังปากมดลูกและมะเร็งเต้านม
 - 7. การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก
 - 8. อื่น ๆ (ระบุ)
- 6.2. กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน จำนวน.....คน
- 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
 - 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
 - 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
 - 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
 - 5. การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์
 - 6. การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย
 - 7. การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก
 - 8. อื่น ๆ (ระบุ)
- 6.3. กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน จำนวน.....คน
- 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
 - 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
 - 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
 - 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
 - 5. การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์
 - 6. การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย
 - 7. การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม
 - 8. การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์
 - 9. อื่น ๆ (ระบุ)



6.4. กลุ่มวัยทำงาน จำนวน.....คน

- 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
- 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
- 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- 5. การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานและการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในการทำงาน
- 6. การส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตแก่กลุ่มวัยทำงาน
- 7. การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม
- 8. การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- 9. อื่น ๆ (ระบุ)

6.5. กลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน.....คน

- 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
- 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
- 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- 5. การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ
- 6. การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า
- 7. การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม
- 8. อื่น ๆ (ระบุ)

6.6 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน.....คน

- 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
- 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
- 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- 5. การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
- 6. การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ
- 7. การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- 8. การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง
- 9. อื่น ๆ (ระบุ)



- 6.7. กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ จำนวน.....คน
- 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
 - 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
 - 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
 - 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
 - 5. การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ
 - 6. การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า
 - 7. การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม
 - 8. อื่น ๆ (ระบุ)
- 6.8. กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง จำนวน.....คน
- 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
 - 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
 - 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
 - 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
 - 5. การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ
 - 6. อื่น ๆ (ระบุ)
- 6.9. กลุ่มพระสงฆ์ หรือนักบวช ในศาสนาต่าง ๆ จำนวน.....คน
- 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
 - 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
 - 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
 - 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
 - 5. การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ
 - 6. อื่น ๆ (ระบุ)
- 6.10. กลุ่มผู้ต้องขัง จำนวน.....คน
- 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
 - 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
 - 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
 - 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
 - 5. การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ
 - 6. อื่น ๆ (ระบุ)



6.11. สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 10 (4)]

1. ค่าใช้จ่ายในการประชุม
2. ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง
3. ค่าใช้จ่ายในการอบรม/พัฒนาศักยภาพ
4. ค่าวัสดุ/ครุภัณฑ์
5. ค่าใช้จ่ายอื่น (ระบุ)

 6.12. กลุ่มอื่น ๆ (ระบุ) กลุ่ม ก ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง Adl ≤ 6 จำนวน 10 คน และกลุ่ม ข บุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลืนปัสสาวะ อูจจาระไม่ได้ Adl > 6 จำนวน 4 คน

1. อื่น ๆ (ระบุ) สนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองขับการขับถ่าย และผ้าอ้อมทางเล็ก

7.ระยะเวลาดำเนินการ (ควรระบุตามการดำเนินงานจริง)

วันที่ 15 มิถุนายน 2566 ถึง วันที่ 30 กันยายน 2566 (จำนวน 108 วัน)

8.สถานที่ดำเนินการ

ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุตำบลเดิมตอง

9.งบประมาณ (ให้สอดคล้องกับวิธีดำเนินการ ที่ตั้งไว้ตามข้อ 5)

จากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลเดิมตอง จำนวน 43,092 บาท (สี่หมื่นสามพันเก้าสิบสองบาทถ้วน) รายละเอียด ดังนี้

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	กลุ่ม	จำนวน ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ (ชิ้น) ¹	จำนวนเงิน (บาท) ² ราคา 9.50 บาทต่อชิ้น
1	นายสมัชชา ไชยชนะ	กลุ่ม ก ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง Adl ≤ 6	324	3,078
2	นายสุทัศน์ ทารกา	กลุ่ม ข บุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลืน ปัสสาวะ อูจจาระไม่ได้ Adl > 6	324	3,078
3	นางคำดี ธิปินที	กลุ่ม ก ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง Adl ≤ 6	324	3,078
4	นางอำพร ธรรมพันธ์ุ	กลุ่ม ก ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง Adl ≤ 6	324	3,078
5	นางสาวจุรีย์ จันทูร์ย์	กลุ่ม ก ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง Adl ≤ 6	324	3,078
6	นางสาวธัญญา มุลจะคำ	กลุ่ม ก ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง Adl ≤ 6	324	3,078



10. ผลที่คาดว่าจะได้รับ (ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ตามข้อ 4)

1 บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง Adl ≤ 6 มีแผนการดูแลรายบุคคลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Plan) ได้รับการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองขับการขับถ่าย และผ้าอ้อมทางเลือก เพิ่มเติมตามสิทธิ ประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2 บุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ Adl > 6 ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ เข้าถึงบริการสาธารณสุขตามสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมากขึ้น

11. คำรับรองความเข้าใจของงบประมาณ

ข้าพเจ้า นายประจักษ์ มทาวงศนันท์ ตำแหน่ง ประธานศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุตำบลถ้ำลอด หมายเลขโทรศัพท์ - ในฐานะของผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

ขอรับรองว่า แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ที่เสนอขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ ในครั้งนี้

ไม่ได้เข้าซ้อนกับงบประมาณที่ได้รับจากแหล่งอื่น

สอดคล้องกับแผนสุขภาพชุมชน ของ กปท.

รับทราบถึงกฎ ระเบียบ ข้อบังคับ และวิธีการดำเนินงานตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ.2561 และที่แก้ไขเพิ่มเติม แล้ว

ลงชื่อ ผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม
(นายประจักษ์ มทาวงศนันท์)

ตำแหน่ง ประธาน ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุตำบลถ้ำลอด
วันที่ 27 เดือน เมษายน พ.ศ. 2566

- เห็นชอบ/อนุมัติ
- ให้เสนอขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ

ลงชื่อ หัวหน้าหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน
(นายประจักษ์ มทาวงศนันท์)

ตำแหน่ง ประธาน ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุตำบลถ้ำลอด
วันที่ 27 เดือน เมษายน พ.ศ. 2566





บันทึกข้อมูล > จัดทำโครงการ (ผ้าอ้อม)

สร้าง/แก้ไขโครงการ (ผ้าอ้อม)

รหัสโครงการ : ชื่อโครงการ* :

ปีงบประมาณ* : ประเภทโครงการ* : ประเภทหน่วยงาน* : ชื่อหน่วยงาน* :

#	กลุ่มเป้าหมาย	จำนวนคน	กิจกรรมตามกลุ่มเป้าหมาย
1	10.กลุ่มบุคคลที่มีภาวะปัญญาการกลืนมีสภาวะหรืออุจจาระไม่ได้	15	10.1.สนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ ผู้เฒ่าในรณรงค์ชั่งการขับถ่าย และผ้าอ้อมทางเสือก

ระยะเวลาโครงการเริ่มต้น* : ระยะเวลาโครงการสิ้นสุด* : ผู้ประสานงานโครงการ* : เบอร์โทรศัพท์ :

บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง และภาวะปัญญาการกลืนมีสภาวะหรืออุจจาระไม่ได้ งบประมาณค่าใช้จ่ายอื่นๆ ในโครงการ* :

งบประมาณรวมทั้งหมดในโครงการ* :

#	เลขประจำตัวประชาชน	ชื่อ-สกุล	ผ้าอ้อม		ผู้เฒ่าชั่ง		ผู้เฒ่าขับถ่าย		รวมเงิน/วัน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			จำนวน(ชิ้น)	ราคารวม	จำนวน(ชิ้น)	ราคารวม	จำนวน(ชิ้น)	ราคารวม			
1	3550100153755	นายสมิขธา ไชยชนะ	3	28.50	-	-	-	-	28.50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	3550100155880	นายสุทัศน์ สารภา	3	28.50	-	-	-	-	28.50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	3550100158455	นางคำทิ ธิพนี	3	28.50	-	-	-	-	28.50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	3550300033524	นางกมลพร มหาวงศ์มนตรี	3	28.50	-	-	-	-	28.50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	3550100480748	นางอำพร ธรรมพันธ์ุ	3	28.50	-	-	-	-	28.50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	3550100475787	น.ส.จุริย์ จันทูรัมย์	3	28.50	-	-	-	-	28.50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	3550100478506	น.ส.วิบูลญา บุสจะคำ	3	28.50	-	-	-	-	28.50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	3550100477640	นายพฤษ มุลใจดา	3	28.50	-	-	-	-	28.50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	3550100473105	นางสมพร แก้วหล้า	3	28.50	-	-	-	-	28.50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	4160300001098	หม่อมหลวงอาทิตย์ เญญวงงศ์	3	28.50	-	-	-	-	28.50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	3550100157572	นางบุญมี ทารักษ์	3	28.50	-	-	-	-	28.50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	3559900129113	นายอำพล ศรีตระกูล	3	28.50	-	-	-	-	28.50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	3550100474802	นางพรรณิ สวนใจ	3	28.50	-	-	-	-	28.50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	3550100473091	นายทวัน แก้วหล้า	3	28.50	-	-	-	-	28.50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	3550100473342	นางชื่นทิพย์ เพชรภูวนันต์	3	28.50	-	-	-	-	28.50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

แผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีค่าคะแนน ADL เท่ากับหรือน้อยกว่า 6 คะแนน สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่

ชื่อ นายสมัชชา ไชยชนะ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3550100153755	ที่อยู่ 32/1 หมู่ 1 บ้านถ้ำตอง ต.ถ้ำตอง อ. เมือง น่าน จ. น่าน หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0894316956	วันที่จัดทำ 07 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 11 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2512 (อายุ 54 ปี)	วินิจฉัย : ADL=0, TAI=1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วย Intracerebral haemorrhage นอนติดเตียง ทำตามคำสั่งง่ายๆพอได้ , Bed ridden ,รับประทานอาหารทางปากไม่ได้ ใส่สาย NG Feed ไว้ , ขับถ่ายใส่แพมเพิส , ไม่มีแผลกดทับ , มี ข้อติดเกร็งแข็ง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่(แพมเพิส) เบอร์ L , ค่าแผ่นรองขับ , ค่าตอบแทน CG และ CM	<ul style="list-style-type: none"> - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - กลั้นลำบาก - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ช่องปากไม่สะอาด - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต 	การดูแลพยาบาลทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ <ul style="list-style-type: none"> - ช่องปาก (oral) - สมอง (Brain)
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน	มีภาวะกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้	
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ 	ระยะสั้น <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 3 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน ระยะยาว <ul style="list-style-type: none"> - ประเมินและวัดการกลั้น ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน 	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.กัญยารัตน์ สนวนอกัย	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แบบประเมิน
บุคคลที่มีภาวะปัญหากลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่

<p>ชื่อ นายสุทัศน์ หารกา หมายเลขโทรศัพท์</p>	<p>เกิดวันที่ 25 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2509 อายุ 57 ปี</p>	<p>ที่อยู่ 25 หมู่ 2 ต.เดิมตอง อ. เมืองน่าน จ. น่าน</p>
<p>ADL : 9 วันที่ประเมิน : 07 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566</p>	<p>ผลการประเมิน</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ <input type="checkbox"/> มีภาวะกลั้นอุจจาระไม่ได้ <input type="checkbox"/> มีภาวะกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้</p>	<p>ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์/ปัญหาตาม CARE PLAN (ควรมีอย่างน้อย 2 ใน 3 ข้อ)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> มีประวัติกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้</p> <p><input type="checkbox"/> ตรวจร่างกายพบระบบประสาทบกพร่อง (ขา ทวารหนัก อุ้งเชิงกราน สมอ ฯลฯ) หรือมีภาวะ อุ้งเชิงกรานหย่อน หรือมีน้ำปัสสาวะค้างในช่อง คลอด หรือมีความผิดปกติของการขับถ่าย อุจจาระทางทวารหนัก</p> <p><input type="checkbox"/> มีใบรับรองแพทย์/มีผลการตรวจจากแพทย์ อย่างใดอย่างหนึ่ง [การตรวจทางรังสี, ส่ง กล้องทางเดินปัสสาวะ, ตรวจทางปัสสาวะ พัลสาสตร์, ตรวจวัดการทำงานของลำไส้ใหญ่ และหูรูดทวารหนัก]</p>
<p>ผู้ประเมิน : ชื่อ สกุล : น.ส.กันยารัตน์ สวานอภัย</p>	<p>ความเห็นของผู้ประเมินควรได้รับผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองขับถ่าย แผ่นเสริมซึมซับ และผ้า อ้อมทางเลือก</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน <input type="checkbox"/> แผ่นรองขับถ่าย <input type="checkbox"/> แผ่นเสริมซึมซับ <input type="checkbox"/> ผ้าอ้อมทางเลือก</p>	<p>ชื่อหน่วยงานของผู้ประเมิน : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเดิมตอง</p>

แผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีค่าคะแนน ADL เท่ากับหรือน้อยกว่า 6 คะแนน สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่

ชื่อ นางคำดี ธิปินท์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3550100158455	ที่อยู่ 75 หมู่ 2 บ้านเขื่อนแก้ว ต.ติมตอง อ. เมือง น่าน จ. น่าน หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0886454125	วันที่จัดทำ 07 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 18 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2491 (อายุ 75 ปี)	วินิจฉัย : ADL=0, TAI=1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง , โรคหลอดเลือดสมอง , Old TB ปี 2564 นอนติดเตียง ช่วยเหลือตัวเอง ไม่ได้ รับประทานอาหารทางปากได้ , ความคุมการขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะไม่ได้ ขับถ่ายใส่ แพมเพิส , มีแผลกดทับที่สะโพก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่(แพสเพิส) เบอร์ M , ค่าแผ่นรองขับ , ค่าวัสดุทำแผล, ค่า ตอบแทน CG และ CM	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย - กลืนปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้	มีความต้องการ/ควรได้รับ	
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน	มีภาวะกลืนปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้	
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สลักอาหาร - การผลิตตกหลุม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - ข้อติด/ข้อเท้าตก - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - แผลหาย ภายใน 3 เดือน - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 3 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 3 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 3 เดือน - รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - เดินได้โดยไม่ใช่อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.กัญยารัตน์ สวนอกภัย	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีค่าคะแนน ADL เท่ากับหรือน้อยกว่า 6 คะแนน สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่

ชื่อ นางอำพร ธรรมพันธุ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3550100480748	ที่อยู่ 17 หมู่ 4 ต.กิมตอง อ. เมืองน่าน จ. น่าน หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0910267328	วันที่จัดทำ 07 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 30 เดือน เมษายน พ.ศ. 2487 (อายุ 79 ปี)	วินิจฉัย : ADL=0, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยโรคเบาหวาน , โรคความดันโลหิตสูง ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน เดินไม่ได้ นั่งรถเข็นนั้น ขับถ่ายใส่แพมเพิส รับประทานอาหารทางปากเองได้ ไม่มีแผลกดทับ	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ต้องการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่(แพมเพิส) เบอร์ L , ค่าแผ่นรองขับ ,ค่าตอบแทน CG และ CM	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การอาบน้ำ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สมอง (Brain)
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน	มีภาวะกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สำลัอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ภายใน 3 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.กันยารัตน์ สวนอกัย	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีค่าคะแนน ADL เท่ากับหรือน้อยกว่า 6 คะแนน สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่

<p>ชื่อ นางจรรย์ จันจรรย์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3550100475787</p>	<p>ที่อยู่ 30 หมู่ 4 บ้านนาท่อน ต.ติมตอง อ. เมือง น่าน จ. น่าน หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0875146303</p>	<p>วันที่จัดทำ 07 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566</p>
<p>เกิดวันที่ 18 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2519 (อายุ 47 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : ADL=0, TAI=1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วย Intracerebral haemorrhage in hemisphere , subcortical นอนติดเตียง , On NG Feed , เจาะคอใส่ Tracheostomy ไว้ , ขับถ่ายใส่แพมเพิส , ไม่มีแผลกดทับ , สื่อสารได้ตอบไม่ได้</p>	
<p>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่จอร์รับการสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>การดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่(แพสเพิส) เบอร์ M , ค่าชุด+วัสดุ อุปกรณ์ ทำแผล , ค่าตอบแทน CG และ CM</p>	<ul style="list-style-type: none"> - กลืนปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง 	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> - คอ (throat) - ช่องปาก (oral) - สมอง (Brain) <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p>
<p>การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้</p>		
<p>มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 4 ชิ้น/วัน</p>	<p>มีภาวะกลืนปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้</p>	
<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p>	<p>เป้าหมายการดูแล</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา 	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนและการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ภายใน 3 เดือน - รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน - ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 3 เดือน <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ 	
<p>ผู้จัดทำ Care plan น.ส.กันยารัตน์ สนวนอกัย</p>	<p>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</p>	

แผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะหึ่งหึ่งและบุคคลที่มีภาวะหึ่งหึ่ง ที่มีค่าคะแนน ADL เท่ากับหรือน้อยกว่า 6 คะแนน สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่

<p>ชื่อ นางธัญญา มุลจะคำ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3550100478506</p>	<p>ที่อยู่ 81 หมู่ 4 บ้านนาท้อเด่น ต.ถึมตอง อ. เมือง น่าน จ. น่าน หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0810204333</p>	<p>วันที่จัดทำ 07 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566</p>
<p>เกิดวันที่ 30 เดือน กันยายน พ.ศ. 2505 (อายุ 61 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : ADL=1, TAI=1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยโรคความจำเสื่อม ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ แต่เดินได้ เคลื่อนไหวได้ปกติ ขับถ่ายใส่แพมเพิส พูตจาได้ตอบไม่รู้เรื่อง ไม่มีแผลกดทับ</p>	
<p>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>การดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะหึ่งหึ่งจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่(แพมเพิส) เบอร์ M , ค่าตอแบน CG และ CM</p>	<p>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้</p>	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - โภชนาการ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สมอ (Brain) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด</p>
<p>การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้</p>		
<p>มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน</p>	<p>มีภาวะกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้</p>	
<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p>	<p>เป้าหมายการดูแล</p>	
<p>- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</p>	<p>ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 3 เดือน - รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมอเสื่อมภายใน 3 เดือน - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 3 เดือน</p> <p>ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ</p>	
<p>ผู้จัดทำ Care plan น.ส.กันยารัตน์ สนวนอกัย ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</p>		

แบบประเมิน
บุคคลที่มีภาวะปัญหากลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่

ชื่อ นายพยุง มูลใจตา หมายเลขโทรศัพท์	เกิดวันที่ 19 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2503 อายุ 63 ปี	ที่อยู่ 125 หมู่ 4 ต.ถ้ำทอง อ. เมืองน่าน จ. น่าน
ADL : 8 วันที่ประเมิน : 07 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566	ผลการประเมิน <input checked="" type="checkbox"/> มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ <input type="checkbox"/> มีภาวะกลั้นอุจจาระไม่ได้ <input type="checkbox"/> มีภาวะกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้	ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์/ปัญหาตาม CARE PLAN (ควรมีอย่างน้อย 2 ใน 3 ข้อ) <input checked="" type="checkbox"/> มีประวัติกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ <input checked="" type="checkbox"/> ตรวจร่างกายพบระบบประสาทบกพร่อง (ขา ทวารหนัก อัมพฤกษ์ อัมพาต ฯลฯ) หรือมีภาวะ อัมพฤกษ์ อัมพาต หรือมีน้ำปัสสาวะคั่งในช่องคลอด หรือมีความผิดปกติของการขับถ่าย อุจจาระทางทวารหนัก <input type="checkbox"/> มีใบรับรองแพทย์/มีผลการตรวจจากแพทย์ ใดๆ ใดอย่างหนึ่ง (การตรวจทางรังสี, ส่องกล้องทางเดินปัสสาวะ, ตรวจทางปัสสาวะ ผลศาสตร์, ตรวจวัดการทำงานของลำไส้ใหญ่ และหูดทวารหนัก)
ผู้ประเมิน : ชื่อ สกุล : น.ส.กันยารัตน์ สวานอภัย	ความเห็นของผู้ประเมินควรได้รับผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองซับการขับถ่าย แผ่นเสริมซึมซับ และผ้า อ้อมทางเลือก <input checked="" type="checkbox"/> ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน <input type="checkbox"/> แผ่นรองซับการขับถ่าย <input type="checkbox"/> แผ่นเสริมซึมซับ <input type="checkbox"/> ผ้าอ้อมทางเลือก	ชื่อหน่วยงานของผู้ประเมิน : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ้ำทอง

แบบประเมิน
บุคคลที่มีภาวะปัญญาทึบหรือออทิสติกที่ไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือข้อร้องเรียนทางการแพทย์
สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่

<p>ชื่อ นางสาว แก้วหล้า หมายเลขโทรศัพท์ 0804956991</p>	<p>เกิดวันที่ 09 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2497 อายุ 69 ปี</p>	<p>ที่อยู่ 15 หมู่ 5 ต.เดิมตอง อ. เมืองน่าน จ. น่าน</p>
<p>ADL : 8 วันที่ประเมิน : 07 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566</p>	<p>ผลการประเมิน</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ <input type="checkbox"/> มีภาวะกลั้นอุจจาระไม่ได้ <input type="checkbox"/> มีภาวะกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ 	<p>ข้อร้องเรียนทางการแพทย์/ปัญหาตาม CARE PLAN (ควรมีอย่างน้อย 2 ใน 3 ข้อ)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> มีประวัติกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ <input type="checkbox"/> ตรวจร่างกายพบระบบประสาทบกพร่อง (ขา ทวารหนัก อัมพาตครึ่งซีก ฯลฯ) หรือมีภาวะ อัมพาตครึ่งซีกหรือมีน้ำปัสสาวะค้างในช่องคลอด หรือมีความผิดปกติของการขับถ่าย อุจจาระทางทวารหนัก <input type="checkbox"/> มีใบรับรองแพทย์/มีผลการตรวจจากแพทย์ อย่างเป็นทางการหนึ่ง (การตรวจทางรังสี, ส่ง กล้องทางเดินปัสสาวะ, ตรวจทางปัสสาวะ พัลสาสตร์, ตรวจวัดการทำงานของลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก)
<p>ผู้ประเมิน : ชื่อ สกุล : น.ส.กัญชารัตน์ สอนอภัย</p>	<p>ความเห็นของผู้ประเมินควรได้รับผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองซับการขับถ่าย แผ่นเสริมซึมซับ และผ้าอ้อมทางเลือก</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน <input type="checkbox"/> แผ่นรองซับการขับถ่าย <input type="checkbox"/> แผ่นเสริมซึมซับ <input type="checkbox"/> ผ้าอ้อมทางเลือก 	<p>ชื่อหน่วยงานของผู้ประเมิน : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเดิมตอง</p>

แบบประเมิน
บุคคลที่มีภาวะปัญญาทึบหรือออทิสติก ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่

<p>ชื่อ หม่อมหลวงอาทิตย์ เบญจางค์ หมายเลขโทรศัพท์ 0835773342</p>	<p>เกิดวันที่ 02 เดือน เมษายน พ.ศ. 2493 อายุ 73 ปี</p>	<p>ที่อยู่ 92 หมู่ 5 บ้านกิ้วป่าห้า ต.กิมตอง อ. เมือง น่าน จ. น่าน</p>
<p>ADL : 10 วันที่ประเมิน : 07 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566</p>	<p>ผลการประเมิน</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ <input type="checkbox"/> มีภาวะกลั้นอุจจาระไม่ได้ <input type="checkbox"/> มีภาวะกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ 	<p>ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์/ปัญหาตาม CARE PLAN (ควรมีอย่างน้อย 2 ใน 3 ข้อ)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> มีประวัติกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ <input checked="" type="checkbox"/> ตรวจร่างกายพบระบบประสาทบกพร่อง (ขา ทวารหนัก อุ้งเชิงกราน สมอ ฯลฯ) หรือมีภาวะ อุ้งเชิงกรานหย่อน หรือมีน้ำปัสสาวะค้างในช่อง คลอด หรือมีความผิดปกติของการขับถ่าย อุจจาระทางทวารหนัก <input type="checkbox"/> มีใบรับรองแพทย์/มีผลการตรวจจากแพทย์ อย่างใดอย่างหนึ่ง [การตรวจทางรังสี, ส่อง กล้องทางเดินปัสสาวะ, ตรวจทางปัสสาวะ พัลสาสตร์, ตรวจวัดการทำงานของลำไส้ใหญ่ และหูรูดทวารหนัก]
<p>ผู้ประเมิน : ชื่อ สกุล : น.ส.กัญยารัตน์ สวนอกภัย</p>	<p>ความเห็นของผู้ประเมินควรได้รับผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองซับการซับถ่าย แผ่นเสริมซึมซับ และผ้า อ้อมทางเลือก</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน <input type="checkbox"/> แผ่นรองซับการซับถ่าย <input type="checkbox"/> แผ่นเสริมซึมซับ <input type="checkbox"/> ผ้าอ้อมทางเลือก 	<p>ชื่อหน่วยงานของผู้ประเมิน : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกิมตอง</p>

แผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีค่าคะแนน ADL เท่ากับหรือน้อยกว่า 6 คะแนน สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่

<p>ชื่อ นางบุญมี หารก้า เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3550100157572</p>	<p>ที่อยู่ 59 หมู่ 2 บ้านเขื่อนแก้ว ต.ถ้ำทอง อ. เมือง น่าน จ. น่าน หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0654205661</p>	<p>วันที่จัดทำ 07 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566</p>
<p>เกิดวันที่ 01 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2477 (อายุ 89 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : ADL=4, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง , กระจกใสโพกหัก ผ่าตัดตามเหล็กไว้ เดินเองไม่ได้ ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ขับถ่ายใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูป มีแผลกดทับที่สะโพก เกรด 1 ไม่มีข้อติด ปวดสะโพก เวลาลุกนั่ง</p>	
<p>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาะสมจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>การดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาะสมจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน NaN บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่(แพมเพิส) เบอร์ M , ค่าชุด+วัสดุ อุปกรณ์ทำแผล, ค่าตอบแทน อสบ. 5000 บาท/เดือน</p>	<ul style="list-style-type: none"> - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - กลั้นลำบาก - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง 	<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"> - สมอ (Brain)
<p>การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้</p>		
<p>มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน</p>	<p>มีภาวะกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้</p>	
<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p>	<p>เป้าหมายการดูแล</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก - การหลงทาง 	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 3 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมอเสื่อมภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ 	
<p>ผู้จัดทำ Care plan น.ส.กันยารัตน์ ส่วนอกัย</p>	<p>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</p>	

แผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีค่าคะแนน ADL เท่ากับหรือน้อยกว่า 6 คะแนน สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่

<p>ชื่อ นายอานวย ศรีตระกูล เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3559900129113</p>	<p>ที่อยู่ 105 หมู่ 4 บ้านนาท้อเด่น ต.ถ้ำทอง อ. เมือง น่าน จ. น่าน หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0857221668</p>	<p>วันที่จัดทำ 07 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566</p>
<p>เกิดวันที่ 01 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2482 (อายุ 84 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : ADL=4, TAI=12 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง , โรคหลอดเลือดสมอง , รับประทานอาหารทางปากเองได้ , ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ นอนติดเตียง ลูกนั่งเองเอง แต่ไม่ทำ , ขับถ่ายใส่แพมเพิส , ไม่มีแผลกดทับ</p>	
<p>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>การดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน NaN บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่(แพมเพิส) เบอร์ L, ค่าแผ่นรองขับ , ค่าตอบแทน อสบ. 5,000 บาท/เดือน</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ 	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> - สมอง (Brain) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
<p>การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้</p>		
<p>มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน</p>	<p>มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้</p>	
<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p>	<p>เป้าหมายการดูแล</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สำลัอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ 	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 3 เดือน - รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่เกิดแผลกดทับ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ 	
<p>ผู้จัดทำ Care plan น.ส.กัญยารัตน์ สนวนอกัย</p>	<p>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</p>	

แผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีค่าคะแนน ADL เท่ากับหรือน้อยกว่า 6 คะแนน สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่

ชื่อ นางพรณี สวนใจ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3550100474802	ที่อยู่ 78 หมู่ 4 ตำบลลิ้มตอง อำเภอเมืองน่าน จังหวัดน่าน หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0858626640	วันที่จัดทำ 07 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 17 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2486 (อายุ 80 ปี)	วินิจฉัย : ADL=6, TAI=83 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รับประทานพ.ศ., ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน, ขาอ่อนแรงทั้ง 2 ข้าง เดินเองไม่ได้ ขา 2 ข้างอ่อนแรง, รับประทานอาหารทางปากได้, ขับถ่ายใส่แพมเพิส, ไม่มีแผลกดทับ ไม่มีข้อติด	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน NaN บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่(แพมเพิส) เบอร์ L, ค่าตอบแทน อสบ. 5000 บาท/เดือน	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - โภชนาการ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลพยาบาลเฉพาะ
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน	มีภาวะกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
- การกินอาหาร/สลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.กันยารัตน์ สวนอกภัย	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีค่าคะแนน ADL เท่ากับหรือน้อยกว่า 6 คะแนน
สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่

ชื่อ นายกวัน แก้วหล้า เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3550100473091	ที่อยู่ 15 หมู่ 5 ตำบลทิมตอง อำเภอเมืองน่าน จังหวัดน่าน หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0804956991	วันที่จัดทำ 07 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 14 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2489 (อายุ 77 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=I3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยโรคเบาหวาน , โรคความดันโลหิตสูง , โรคหลอดเลือดสมอง ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน เดินเองได้ แต่ต้องใช้ walker ช่วยเดิน ไม่มีแผลกดทับ รับประทานอาหารทางปากได้ ชับตำใส่แอมป์	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาะสมรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาะสมรายปีเป็นจำนวนเงิน NaN บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่(แอมป์) เบอร์ L , ค่าตอบแทน อสพ. 5,000 บาท/เดือน	<ul style="list-style-type: none"> - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย 	การดูแลพยาบาลทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ <ul style="list-style-type: none"> - สมอง (Brain) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้	มีภาวะกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้	
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การพลัดตกหกล้ม - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ 	ระยะสั้น <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 3 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน ระยะยาว <ul style="list-style-type: none"> - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม 	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.กัญยรัตน์ สวนอกภัย	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีค่าคะแนน ADL เท่ากับหรือน้อยกว่า 6 คะแนน
สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่

ชื่อ นางชื่นทิพย์ พงศ์สุภวัฒน์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3550100473342	ที่อยู่ 19 หมู่ 5 ตำบลถิมตอง อำเภอเมืองน่าน จังหวัดน่าน หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0810383559	วันที่จัดทำ 07 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 04 เดือน มกราคม พ.ศ. 2477 (อายุ 89 ปี)	วินิจฉัย : ADL=6, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยโรคกระดูกพรุน ปวดทั่วร่างกาย ปวดมากที่หลัง ลูกนั่งเองไม่ได้ กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ขับถ่ายใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูป รับประทานอาหารทางปากได้ ลูกนั่งเองไม่ได้ต้องช่วยพยุง เดินไม่ได้ ไม่มีแผลกดทับ มีอาหารหลงลิ้นขับสนบางครั้ง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ต้องการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน NaN บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่(แพสเพิส) เบอร์ M, ค่าตอบแทน อสพ. 5,000 บาท/เดือน	<ul style="list-style-type: none"> - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง 	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบอบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบอบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน	มีภาวะกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้	
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา 	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 3 เดือน - รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน - ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ท้อยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ 	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.กันยารัตน์ ส่วนอกัย	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ข้อตกลง

การขอรับสนับสนุนเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่
จากกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลถืมตอง

ข้อตกลงเลขที่ L260325666001

ข้อตกลงฉบับนี้ทำขึ้น ณ องค์การบริหารส่วนตำบลถืมตอง ตั้งอยู่เลขที่ 121 ตำบลถืมตอง อำเภอเมืองน่าน จังหวัดน่าน เมื่อวันที่ 6 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566 ระหว่าง องค์การบริหารส่วนตำบลถืมตอง โดย นายภานุพันธ์ ศรีนวน ตำแหน่ง นายองค์การบริหารส่วนตำบลถืมตอง ผู้บริหารสูงสุดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในฐานะเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ตามข้อ 6 ของประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2561 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ซึ่งต่อไปในข้อตกลงนี้เรียกว่า “องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น” ฝ่ายหนึ่ง กับ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพ ผู้สูงอายุตำบลถืมตอง โดย นายประจักษ์ มหาวงศ์นันท์ ผู้บริหารสูงสุดของหน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงาน สาธารณสุข/หน่วยงานอื่น/องค์กร/กลุ่มประชาชน ในฐานะเป็นผู้ดำเนินงานตามแผนงาน โครงการหรือกิจกรรม ที่ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการกองทุนฯ ตามข้อ 10 ของประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ.2561 และที่แก้ไขเพิ่มเติม โดยขอรับสนับสนุนเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลถืมตอง ซึ่งต่อไปในข้อตกลงนี้เรียกว่า “ผู้ดำเนินงาน” อีกฝ่ายหนึ่ง

ทั้งสองฝ่าย จึงได้ตกลงกันไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ 1 ผู้ดำเนินงาน ตกลงจะดำเนินการตามโครงการหรือกิจกรรม ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์/เป้าหมาย/แผนการดำเนินงาน ของโครงการหรือกิจกรรม ตามเอกสารแนบท้ายข้อตกลงนี้ ตลอดจนหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขเป็นไปตามระเบียบของกองทุนฯ และหนังสือสั่งการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุกประการ โดยได้รับการสนับสนุนเงิน จำนวน 43,092.00 บาท (สี่หมื่นสามพันเก้าสิบสองบาทถ้วน) ทั้งนี้ ผู้ดำเนินงานจะต้องเป็นผู้จัดเก็บเอกสารและหลักฐานค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานตามโครงการ หรือกิจกรรมเพื่อรองรับการตรวจสอบไว้ ดังนี้

- 1) ข้อตกลง ที่ได้ระบุรายละเอียดสาระสำคัญไว้ในข้อตกลงครบถ้วนแล้ว
- 2) โครงการหรือกิจกรรม ที่ผ่านการอนุมัติและประธานกรรมการได้ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรแล้ว
- 3) หลักฐานการรับเงินของผู้ดำเนินงาน
- 4) หลักฐานการจ่ายเงินตามโครงการหรือกิจกรรม
- 5) รายงานผลการดำเนินงาน



ข้อ 2 หากผู้ดำเนินงาน ไม่ดำเนินการตามโครงการหรือกิจกรรม และหรือหลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีการ วัตถุประสงค์ และระยะเวลาที่กำหนด เว้นแต่การไม่ดำเนินการหรือดำเนินการไม่เป็นไปตามโครงการ หรือกิจกรรม นั้น เกิดจากเหตุสุดวิสัยหรือเกิดภัยพิบัติ ซึ่งได้เกิดจากการกระทำของผู้ดำเนินงาน ผู้ดำเนินงานยินยอม รับผิดชอบเงินที่ได้รับหรือเบิกจ่ายไปแล้วรวมทั้งค่าเสียหายหรือค่าใช้จ่ายอื่นใดอันเกิดจากการดำเนินการหรือไม่ ดำเนินการดังกล่าว ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีต้องบอกกล่าวหรือทวงถามเป็นหนังสือ แต่อย่างไร

หากผู้ดำเนินงาน ไม่ชำระเงินที่ได้รับหรือเบิกจ่ายไปแล้วรวมทั้งค่าเสียหายหรือค่าใช้จ่ายอื่นใด ให้แก่องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ดำเนินงานยินยอมเสียดอกเบี้ยตามอัตราที่กฎหมายกำหนด นับแต่วันที่ได้รับเงินไปจากองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งยินยอมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินคดีได้ตามกฎหมายโดยมีเงื่อนไขดังนี้

- 1) การดำเนินงานต้องเป็นไปตามโครงการหรือกิจกรรมที่ได้รับอนุมัติ
- 2) การใช้จ่ายงบประมาณในการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมจะต้องมีหลักฐานการเบิกจ่าย (ใบเสร็จรับเงิน/ ใบสำคัญรับเงิน) และให้ผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้เก็บหลักฐานไว้เพื่อการตรวจสอบ
- 3) ในกรณีที่มีการจัดซื้อ/จัดจ้าง/จัดหา วัสดุหรือครุภัณฑ์ ให้ใช้ราคาตามบัญชีมาตรฐานครุภัณฑ์ ของทาง ราชการโดยอนุโลม
- 4) หากมีเงินเหลือจ่ายจากการดำเนินงานให้นำเงินที่เหลือส่งคืนกองทุนฯ
- 5) ให้รายงานผลการดำเนินงานตามโครงการหรือกิจกรรมต่อกองทุนฯ ตามรูปแบบและระยะเวลาที่กองทุนฯ กำหนด
- 6) งบประมาณที่สนับสนุนตามโครงการหรือกิจกรรม เป็นงบประมาณของกองทุนฯ

กองทุนฯ ขอสงวนสิทธิ์ที่จะดำเนินการแก้ไขเปลี่ยนแปลงแนวทางปฏิบัติของกองทุนฯ ถ้าผู้ได้รับเงินอุดหนุน ได้รับแจ้งเปลี่ยนแปลงแก้ไขให้ปฏิบัติตามแนวทางที่กองทุนฯ กำหนด

ข้อตกลงนี้ทำขึ้นเป็นสองฉบับมีข้อความตรงกัน ทั้งสองฝ่ายได้อ่านและเข้าใจข้อความในข้อตกลงนี้ตลอดแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อพร้อมทั้งประทับตรา (ถ้ามี) ไว้เป็นหลักฐานสำคัญต่อหน้าพยานและต่างเก็บไว้ฝ่ายละหนึ่งฉบับ

(ลงชื่อ).....
(นายภาณุพันธ์ ศรีนวน)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลถ้ำทอง

(ลงชื่อ).....ผู้ดำเนินงาน
(นายประจักษ์ มหาวงศ์นันท์)

ประธานศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและ
ส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุตำบลถ้ำทอง

(ลงชื่อ).....พยาน
(นางสาวธวัลชญาน์ โชติเจริญนันท์)

(ลงชื่อ).....พยาน
(นางศุภรัตน์ เสาร์แดน)

