

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง [อัตราค่าชุดเซย์ค่าบริการ เหมาค่าย/ราย/ปี]**

ชื่อ นางเลี้ยง พัฒมะแสง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3310900627443	ที่อยู่ 40 ม.3 ต.ภูพานแดง อ. บ้านใหม่ไชยพจน์ จ.บุรีรัมย์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0959171633	วันที่จัดทำ 03 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 30 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2481 (อายุ 83 ปี)	วินิจฉัย : ADL=7, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ขาอ่อนแรงทั้งสองข้าง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,000 บาท	- ขาอ่อนแรงทั้งสองข้าง - ปัญหาการได้ยิน - เสียสมดุลการเคลื่อนไหวและสมองเสื่อม - ภาวะทุพโภชนาการ - โรคใจฉุนในหลอดเลือดสูง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - การฝึกเดิน - ส่งเสริมอาหารที่มีประโยชน์ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับรู้การสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การผลิตตกหล่น - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ข้อติด และกล้ามเนื้อลีบจากการไม่ได้ใช้งาน - ภาวะซึมเศร้า	ระยะสั้น - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน - คงสภาพ ADL ภายใน 3 เดือน - ไม่มีข้อติด กล้ามเนื้อลีบ ภายใน 3 เดือน - ป้องกันอุบัติเหตุ ไม่ให้ล้ม ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - สามารถเดินโดยไม่ได้ใช้อุปกรณ์ - คงสภาพการดำรงชีวิต	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุสิราวัตร วิบชัยภูมิ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบประมาณสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าเช่าเตียง/ค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นามวัน ทั้งไธสง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3310900471842	ที่อยู่ 43 ม.6 ต.ภูสวนแดง อ. บ้านใหม่ไชยพจน์ จ.บุรีรัมย์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 03 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 26 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2476 [อายุ 88 ปี]	วินิจฉัย : ADL=7, TA= B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ขาอ่อนแรงทั้งสองข้าง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 5,000 บาท	- มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- การฟลัดตกหล่น - การหลงทาง - ภาวะซึมเศร้า - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 3 เดือน - การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - คงสภาพการดำรงชีวิต	- สมอง (Brain) - ท้อง (Stomach) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุสิราวัตร วิปชัยภูมิ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าเช่าเตียง/ค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นางนันต์ แม่มเป็น เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3310900470145	ที่อยู่ 22 ม.9 ต.ตุลาคมนแดง อ. บ้านใหม่ไชยพจน์ จ.บุรีรัมย์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0629929040	วันที่จัดทำ 03 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 19 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2490 (อายุ 74 ปี)	วินิจฉัย : ADL=7, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ข่าอ่อนแรงทั้งสองข้าง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 5,000 บาท	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ท้อง (stomach) - สมอง (Brain) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และควมมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน - ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
- การพลัดตกหกล้ม - การหลงทาง - ภาวะซึมเศร้า - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาพของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - คงสภาพการดำรงชีวิต	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุริราวัตร วิปชัยภูมิ		

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง [อัตราการจัดเคสพยาบาลบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี]**

ชื่อ นางน้อย แฉวโลภา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3310900464692	ที่อยู่ 32 ม.4 ต.ทุ่งสวนแดง อ. บ้านใหม่ไชยพจน์ จ.บุรีรัมย์ หมายเลขโทรศัพท์(ให้ติดต่อ) 0956054843	วันที่จัดทำ 03 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2490 (อายุ 74 ปี)	วินิจฉัย : ADL=0, TAI=1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : แขนขาข้างขวาอ่อนแรง นอนติดเตียงอยู่ในบ้านตลอดเวลา	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 5,000 บาท	- กลืนไม่สะดวกไม่ได้ - กลืนลำบาก - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - บ่อยเกินภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - สมองเสื่อม	ระยะสั้น - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 3 เดือน - ได้รับความรู้และอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ - ปฏิบัติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - สามารถฟื้นฟูสภาพช่วยเหลือตนเองได้ ป้องกันการถดถอยของการดำรงชีวิต	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และควมมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้ป่วย
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุสิริราวัตร วิบชัยภูมิ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่ารถเข็นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นามมี แฟงเชียงเหียน เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3310900455383	ที่อยู่ 12 ม.10 ต.ภูสวนแดง อ. บ้านใหม่ไชยพจน์ จ.บุรีรัมย์ หมายเลขโทรศัพท์(โทรศัพท์ต่อ) 0800500837	วันที่จัดทำ 03 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2473 (อายุ 91 ปี)	วินิจฉัย : ADL=7, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ชาวอเมริกันทั้งสองข้าง	การดูแล การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบนํ้า - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ท้อง (stomach) - สมอง (Brain) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับประทานอาหารทางสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1	- มีความอ่อนแอแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	
ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 5,000 บาท		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การผลิตตกหล่น - การหลงทาง - ขี้วิตติ - กล้ามเนื้อลีบ	ระยะสั้น - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ช่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยมิใช่ใช้อุปกรณ์ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - คงสภาพการดำรงชีวิต	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุจิราวัตร ธิษชัยภูมิ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ช่วย)	

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดแยกค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นางสาว ชุมนสม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3310900349851	ที่อยู่ 64 ม.8 ต.กุสุมาลย์ อ.บ้านใหม่ไชยพจน์ จ.บุรีรัมย์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0842379826	วันที่จัดทำ 05 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2468 (อายุ 96 ปี)	วินิจฉัย : ADL=7, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ขาอ่อนแรงทั้งสองข้าง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,000 บาท	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สมอง (Brain) - ช่องปาก (oral) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การปรับเปลี่ยนวิถีการทางสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
- การพลัดตกหกล้ม - การหลงทาง - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เติบโตโดยไม่ใช่ผู้ป่วย - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วย	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)

ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุจิตราวัตร ธิษะชัยภูมิ

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง [อัตราการผลิตพยาบาลบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นามานันท์ ภู่งาม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3310900105790	ที่อยู่ 47 ม.1 ต.ภูสวนแดง อ.บ้านใหม่ไชยพจน์ จ.บุรีรัมย์ หมายเลขโทรศัพท์(โทรศัพท์ต่อ) 0810754759	วันที่จัดทำ 03 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 18 เดือน กันยายน พ.ศ. 2485 (อายุ 79 ปี)	วินิจฉัย : ADL=2, TAL=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ขาอ่อนแรงทั้งสองข้าง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 5,000 บาท	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ท้อง (stomach) - สมอง (Brain) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และควมมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติดและกล้ามเนื้อลีบจากการไม่ได้ใช้งาน - การหลงทาง - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 3 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 3 เดือน - ผู้ดูแลภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ซบถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วย - คงสภาพการดำรงชีวิต	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุริยาวัตร วิปชัยภูมิ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าชดเชยค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายอิน ทรัพย์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3310900352380	ที่อยู่ 7 ม.8 ต.ภูสวนแดง อ. บ้านใหม่ไชยพจน์ จ.บุรีรัมย์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0870698441	วันที่จัดทำ 03 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน เมษายน พ.ศ. 2475 [อายุ 89 ปี]	วินิจฉัย : ADL=3, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : สมองเสื่อม การสื่อสารการพูด	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน		การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 5,000 บาท		การดูแลสุขภาพทั่วไ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การอาบน้ำ - โภชนาการ การดูแลสุขภาพเฉพาะ - สมอง (Blind) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด - หู (ears) การดูแลสุขภาพด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และควมมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลสุขภาพด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 3 เดือน - อาการหลังลิ้มขึ้น ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ป้องกันการถดถอยการดำรงชีวิต	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุสิราวัตร ธิปชัยภูมิ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
บริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดแพทย์ค่าบริการ เหน่าจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นายนลอย ต้นไธสง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3310900103606	ที่อยู่ 17 ม.5ต.บ้านแดง อ.บ้านใหม่ไชยพจน์ จ.บุรีรัมย์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0933216401	วันที่จัดทำ 05 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 21 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2496 (อายุ 68 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ขาอ่อนแรงทั้งสองข้าง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 5,000 บาท	- กลืนบัสสาวะไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ท้อง (stomach) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระวัง - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 3 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 3 เดือน - พื้นผู้สภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุสิราวัตร วิบชัยภูมิ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
และบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการผลิตพยาบาลบริการ เหมาค่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นางหมิง กิณหา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3310900101352	ที่อยู่ 21 ม.11 ต.ภูสวนแดง อ. บ้านใหม่ไชยพจน์ จ.บุรีรัมย์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0613284258	วันที่จัดทำ 03 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2469 (อายุ 95 ปี)	วินิจฉัย : ADL=7, TAI=C4 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : สมองเลื่อม การสื่อสารการพูด	การดูแล
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 5,000 บาท	- ความสามารถในการได้ยิน - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - การสื่อสารการพูด	
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - การหลงทาง - ภาวะซึมเศร้า - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเลื่อมภายใน 3 เดือน - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ป้องกันการถดถอยการดำรงชีวิต	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สมอง (Blain) - หู (ears) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุสิราวัตร ธิบชัยภูมิ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการตั้งบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดหายค่าบริการ เหนือจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นางลำดวน หนัดไธสง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3310900459028	ที่อยู่ 8 ม.3 ต.ภูสวนแดง อ. บ้านใหม่ไชยพจน์ จ.บุรีรัมย์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0844167832	วันที่จัดทำ 03 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2478 (อายุ 86 ปี)	วินิจฉัย : ADL=7, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ภาวะอ่อนแรงทั้งสองข้าง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 5,000 บาท	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยเหลือพยุง	การดูแลสุขภาพทั่วไประหว่างการดูแล - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลสุขภาพเฉพาะ - สมอง (Brain) - ท้อง (stomach) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลสุขภาพเบื้องต้น - การดูแลสุขภาพเบื้องต้น - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และควมมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลสุขภาพเบื้องต้นและสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ - การพลัดตกหกล้ม - การหลงทาง - ภาวะซึมเศร้า - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาพของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - คงสภาพการดำรงชีวิต	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุสิราวัตร วิปชัยภูมิ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการปฏิบัติการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
บริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดหน่วยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นาย <u>วิ</u> น <u>ภา</u> เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3310900100763	ที่อยู่ 14 ม.11 ต.ภูสวนแดง อ. บ้านใหม่ไชยพจน์ จ.บุรีรัมย์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0613284258	วันที่จัดทำ 05 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน กันยายน พ.ศ. 2492 (อายุ 72 ปี)	วินิจฉัย : ADL=7, TAI=BS3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ขาอ่อนแรงทั้งสองข้าง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1	- มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยเหลือพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 5,000 บาท		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพาลัดตกหกล้ม - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ภาวะซึมเศร้า - ข้อติด/ข้อเท้าตก	ระยะสั้น - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - คงสภาพการดำรงชีวิต	การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ท้อง (stomach) - สมอง (Brain) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุริราวัตร ธิษชัยภูมิ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการดูแลสุขภาพระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าบริการเหมาจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นางเอ็ด ชูชีพ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3310900351367	ที่อยู่ 79 ม.1 ต.กุสุมาลย์ อ. บ้านใหม่ไชยพจน์ จ.บุรีรัมย์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0930969474	วันที่จัดทำ 05 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2476 (อายุ 88 ปี)	วินิจฉัย : ADL=0, TAI=1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : สมองเสื่อม การสื่อสารด้านการพูด	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2		การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,000 บาท		การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สมอง (Brain) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด - หู (ears) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - การหลงทาง - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ภาวะซึมเศร้า	ระยะสั้น - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ป้องกันการถดถอยของการดำรงชีวิต	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุจิตราวัตร ธิบชัยภูมิ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาค่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นาย-นง. นงนพ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5310900030672	ที่อยู่ 51 ม.1 ต.ภูสวนแดง อ. บ้านใหม่ไชยพจน์ จ.บุรีรัมย์ หมายเลขโทรศัพท์[ที่ติดต่อ] 0930969474	วันที่จัดทำ 05 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 04 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2476 (อายุ 88 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ขาอ่อนแรงทั้งสองข้าง	การดูแล
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	
ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 5,000 บาท		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การฟลัดตกหกกลืน - การหลงทาง - ข้อติด กล้ามเนื้อลีบ - ภาวะซึมเศร้า	ระยะสั้น - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและเชื่อมโยงมาภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ท่ออยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - คงสภาพการดำรงชีวิต	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ท้อง (Stomach) - สมอง (Brain) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับรู้การสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้ป่วย
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุจิตราวัตร รับผิดชอบ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อสนองต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง [อัตราค่าชดเชยค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นางปุ่น เลี้ยวไธสง	ที่อยู่ 87 ม. 1 ต.ภูสวนแดง อ. บ้านใหม่ไชยพจน์ จ.บุรีรัมย์	วันที่จัดทำ 05 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565
เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3310900096634	หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0930969474	
เกิดวันที่ 10 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2480 (อายุ 84 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=C4 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : สมองเสื่อม การสื่อสารการพูด	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2	- ความสามารถในการรู้ได้ยิน - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด - หู (ears) - สมอง (Brain) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 5,000 บาท		
ชื่อศรระวีงในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การผลิตตกหล่น - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ภาวะซึมเศร้า	ระยะสั้น - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 3 เดือน - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ป้องกันการถดถอยการดำรงชีวิต	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุสิราวัตร ธิบชัยภูมิ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเคสค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นาย นุอติ จันนันทา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3310900353742	ที่อยู่ 21 ม.8 ต.ภูสวนแดง อ. บ้านใหม่ไชยพจน์ จ.บุรีรัมย์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0870698441	วันที่จัดทำ 05 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 21 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2483 (อายุ 81 ปี)	วินิจฉัย : ADL=0, TAI=11 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : สมองเสื่อม การสื่อสารการพูด	การดูแล
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2	- ความสามารถในการได้ยิน - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ	
ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 5,000 บาท	การสื่อสารการพูด	
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การฝึกตกกหลัก - การหลงทาง - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ภาวะซึมเศร้า	ระยะสั้น - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 3 เดือน - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สมอง (Brain) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด - หู (ears) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และควมมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุจิตราวัตร วิบชัยภูมิ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่ารถเข็นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นางสาวสุบิน พัฒนาแสง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3310900092027	ที่อยู่ 14 ม.1 ต.ภูสวนแดง อ. บ้านใหม่ไชยพจน์ จ.บุรีรัมย์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0981371129	วันที่จัดทำ 06 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2563
เกิดวันที่ 01 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2489 (อายุ 75 ปี)	วินิจฉัย : ADL=0, TAI=1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : แขนขาอ่อนแรงข้างขวา	การดูแล
สถานะสุขภาพ/งบประมาณมหาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณมหาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 5,000 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ภาวะทุพโภชนาการ - กลืนบิสดาจะไม่ได้ - เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม - โรคความดันโลหิตสูง ไช้หมิ่นในเลือดสูง โรคหลอดเลือดสมอง	
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ภาวะซึมเศร้า	ระยะสั้น - ได้รับการดูแลอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 3 เดือน - พันฟูสภาพของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - สามารถฟื้นฟูสภาพของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(บิสดาจะ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) - สมอง (Brain) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุสิริราวัตร วิบชัยภูมิ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อตอบสนองต่อการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่ารถเข็นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นางแก้ว วงษ์สวัสดิ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3310900087325	ที่อยู่ 147 ม.1 ต.ภูสวนแดง อ. บ้านใหม่ไชยพจน์ จ.บุรีรัมย์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่่อ) 0810754759	วันที่จัดทำ 05 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2477 (อายุ 87 ปี)	วินิจฉัย : ADL=0, TAI=1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ขาอ่อนแรงทั้งสองข้าง	การดูแล
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 5,000 บาท	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ส่วนใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้	
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การฟกติดตกหล่น - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ภาวะซึมเศร้า	ระยะสั้น - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 3 เดือน - พันพัสสาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานา - ไม่เกิดแผลกดทับ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ท้อง (Stomach) - สมอง (Brain) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้ป่วย
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุจิรา วัตร วิชัยภูมิ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติงานตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง [อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี]**

ชื่อ นางนิพนธ์ วาณิ	ที่อยู่ 91 ม.1 ต.ภูสวนแดง อ. บ้านใหม่ไชยพจน์ จ.บุรีรัมย์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0930969474	วันที่จัดทำ 05 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565
เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3310900096880	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=C4 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : สมองเลื่อม การสื่อสารการพูด	
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2480 (อายุ 84 ปี)		
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2	- ความสามารถในการได้ยิน - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การอาบน้ำ การดูแลพยาบาลเฉพาะ
ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 5,000 บาท		- สมอง (Brain) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด - หู (ears) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - การหลงทาง - ภาวะซึมเศร้า - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 3 เดือน - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - บุคคลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ป้องกันการถดถอยการดำรงชีวิต	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุจิตราวัตร วิบชัยภูมิ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณะสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง [อัตราการจัดเคสค่าบริการ เหมะจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นามสกุล <u>นาง น.สุจิต</u> เลขบัตรประชาชน 331090045364	ที่อยู่ 31 ม.2 ต.ภูสวนแดง อ. บ้านใหม่ไชยพจน์ จ.บุรีรัมย์ หมายเลขโทรศัพท์[ที่ติดต่อ] 0943857971	วันที่จัดทำ 05 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2493 (อายุ 71 ปี)	วินิจฉัย : ADL=0, TAI=1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ขาอ่อนแรงทั้งสองข้าง	การดูแล
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 5,000 บาท	- มีความอ่อนแรงของขาทั้งสองข้าง - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	- การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย - การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ท้อง (stomach) - สมอง (Brain)
- การพลัดตกหกล้ม - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ฉมวก - ภาวะซึมเศร้า - ข้อติด กล้ามเนื้อลีบ	ระยะสั้น - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - คงสภาพการดำรงชีวิต	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุจิตราวัตร วิบชัยภูมิ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	