สำเนาคู่ฉบับ

คำสั่งเทศบาลตำบลแม่ขะจาน

ที่ ๓๙๕ / ๒๕๖๕

เรื่อง แต่งตั้งอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

ตามที่เทศบาลตำบลแม่ขะจาน ได้ประกาศรับสมัครและคัดเลือกบุคคลเป็นอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตเทศบาลตำบลแม่ขะจาน แทนตำแหน่งที่ว่างลง จำนวน ๑ คน โดยเทศบาลตำบลแม่ขะจาน ได้ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการสอบคัดเลือกเป็นอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเรียบร้อยแล้ว เมื่อวันที่ ๒๗ กันยายน ๒๕๖๕ และได้แจ้งให้ผู้ที่ได้รับการคัดเลือกในลำดับที่ ๑ ให้มารายงานตัวเพื่อแต่งตั้งเป็นอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น นั้น

เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นไปด้วยความเรียบร้อย มีประสิทธิภาพ อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๔๘ เตรส (๒) แห่งพระราชบัญญัติเทศบาล พ.ศ. ๒๔๙๖ และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๑๔) พ.ศ. ๒๕๖๒ นายกเทศมนตรีตำบลแม่ขะจาน จึงมีคำสั่งแต่งตั้ง นางสาววารุณี เขตขันหล้า เป็นอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น เพื่อปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตเทศบาลตำบลแม่ขะจาน

โดยให้มีหน้าที่ในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นและให้คำนวณเงินค่าตอบแทนของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ดังนี้

(๑) ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามที่คณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล Care Plan/กำกับและติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นรายบุคคลที่มีอยู่ในพื้นที่ ครบวันละไม่น้อยกว่า ๘ ชั่วโมง และไม่น้อยกว่าเดือนละ ๒๐ วัน ให้ได้รับเงินค่าตอบแทน จำนวน ๕,๐๐๐ บาท

(๒) หากปฏิบัติหน้าที่น้อยกว่า ๒๐ วัน ให้ได้รับค่าตอบแทนตามสัดส่วนจำนวนวันที่ปฏิบัติงานในเดือนนั้น ๆ และหากปฏิบัติหน้าที่ไม่ครบวันละ ๘ ชั่วโมง แต่ไม่น้อยกว่า ๔ ชั่วโมง ให้นับเป็นครึ่งวัน

(๓) ในการปฏิบัติหน้าที่ จะต้องลงลายมือชื่อ เวลาที่มาปฏิบัติหน้าที่และเวลากลับ เมื่อทำงานในวันนั้น ๆ เสร็จสิ้นทุกครั้ง ณ สถานที่ปฏิบัติงาน และจัดทำผลงานในการปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทุกวันที่มีการปฏิบัติงาน ตามแนวทางการรายงานผลงานฯ

(๔) หน้าที่อื่น ๆ ตามที่กระทรวงมหาดไทย กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นและเทศบาลตำบลแม่ขะจาน มอบหมายที่เกี่ยวข้อง

ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๓๐ เดือนกันยายน พ.ศ. ๒๕๖๕

(นายเทียนชัย จันทร์เครือ)

นายกเทศมนตรีตำบลแม่ขะจาน

คัดลอก

ทาน/ตรวจ

ตรวจถูกต้อง

รองปลัดเทศบาล

ปลัดเทศบาล

บันทึกข้อตกลงการปฏิบัติหน้าที่อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

เลขที่ ๐๒ / ๒๕๖๕

บันทึกข้อตกลงฉบับนี้ทำขึ้น ณ ที่ทำการสำนักงานเทศบาลตำบลแม่ขะจาน เมื่อวันที่ ๒๙ เดือนกันยายน พ.ศ. ๒๕๖๕ ระหว่าง นายเทียนชัย จันทร์เครือ ตำแหน่ง นายกเทศมนตรีตำบลแม่ขะจาน ที่อยู่ สำนักงานเทศบาลตำบลแม่ขะจาน เลขที่ ๓๙๙ หมู่ที่ ๑๐ ถนนแม่ขะจาน – วังเหนือ ตำบลแม่เจดีย์ อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย ซึ่งต่อไปในบันทึกข้อตกลงนี้ เรียกว่า "ผู้ให้ข้อตกลง" ฝ่ายหนึ่ง กับ นางสาววารุณี เขตขันหล้า อายุ ๔๖ ปี เลขประจำตัวประชาชน ๓ ๕๗๑๑ ๐๐๐๘๑ ๑๒ ๗ ออกบัตรวันที่ ๑๔ กันยายน ๒๕๖๔ บัตรหมดอายุวันที่ ๑๑ มกราคม ๒๕๗๓ อยู่บ้านเลขที่ ๔๘๕ หมู่ที่ ๑ ตำบลแม่เจดีย์ อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย ปรากฏตามสำเนาเอกสารแนบท้ายข้อตกลงนี้ ซึ่งต่อไปในบันทึกข้อตกลงนี้ เรียกว่า "ผู้รับข้อตกลง" อีกฝ่ายหนึ่ง

ทั้งสองฝ่ายได้ตกลงกันดังต่อไปนี้

ข้อ ๑. "ผู้รับข้อตกลง" จะต้องปฏิบัติหน้าที่เป็นอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นให้กับ เทศบาลตำบลแม่ขะจาน เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่เขตเทศบาลตำบลแม่ขะจาน ตั้งแต่ วันที่ ๑ เดือนตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ ถึง วันที่ ๓๐ เดือนกันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖ เป็นระยะเวลา ๑ ปี ตามขอบเขตและเงื่อนไขในการทำหน้าที่ของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น โดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นมีหน้าที่ช่วยเทศบาลตำบลแม่ขะจาน ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้การกำกับดูแลของบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพในพื้นที่ซึ่งได้รับมอบหมายจากเทศบาลตำบลแม่ขะจาน เพื่อให้บริการการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) รายละเอียดตาม ผนวก ก

ข้อ ๒ "ผู้ให้ข้อตกลง" ตกลงจ่ายเงินค่าตอบแทน เพื่อเป็นค่าป่วยการชดเชยการงานหรือเวลาที่เสียไป ให้แก่ "ผู้รับข้อตกลง"โดยผู้ให้ข้อตกลงจะจ่ายเงินค่าตอบแทนให้แก่ผู้รับข้อตกลงเมื่อได้ปฏิบัติงานในหน้าที่เสร็จเรียบร้อยถูกต้องและครบถ้วน ตามรายละเอียดการปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน ๔ คน เว้นแต่กรณีในพื้นที่มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่ถึง ๔ คน ให้ดูแลเท่ากับจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีอยู่จริงและเป็นไปตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ที่กำหนดไว้ในเอกสารแนบท้ายข้อตกลงนี้ และคณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Clare Plan) กำกับและควบคุมการปฏิบัติงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นที่เทศบาลตำบลแม่ขะจานแต่งตั้งแล้วแต่กรณี ได้ตรวจรับรองผลการปฏิบัติหน้าที่ ของผู้รับข้อตกลงที่ส่งมอบผลงานในแต่ละงวดไว้เรียบร้อยแล้ว ซึ่งผู้ให้ข้อตกลงจะจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้รับข้อตกลงเป็นรายเดือน ในอัตราเดือนละ ๕,๐๐๐ บาท (ห้าพันบาทถ้วน) ของทุกเดือน กรณีที่ผู้รับข้อตกลงมาปฏิบัติหน้าที่น้อยกว่า ๒๐ วันต่อเดือน ให้มีสิทธิได้รับเงินค่าตอบแทนตามสัดส่วนจำนวนวันที่มาปฏิบัติหน้าที่จริงในเดือนนั้น ๆ โดยคิดจากอัตราค่าตอบแทน จำนวน ๕,๐๐๐ บาท หารด้วยจำนวนวัน ๒๐ วัน คิดเป็นวันละ ๒๕๐ บาท ดังนั้น หากผู้รับข้อตกลงไม่มาปฏิบัติหน้าที่ ขาดงาน

หมายเหตุ (๑) กรณีที่ผู้ลงนามมิใช่ผู้ดำรงตำแหน่งนายกเทศมนตรีหรือนายกองค์การบริหารส่วนตำบล ให้ระบุให้ชัดเจนว่าดำรงตำแหน่งใด ลงนามแทนในฐานะใด เป็นนายกเทศมนตรี/รองนายกองค์การบริหารส่วนตำบล รักษาราชการแทนหรือปฏิบัติราชการแทนนายก.....หรือปลัดเทศบาล/ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล รักษาราชการแทนหรือปฏิบัติราชการแทนหรือปฏิบัติหน้าที่นายก.....

/สัดส่วน...

สัดส่วนจำนวนวันที่ปฏิบัติหน้าที่ในเดือนนั้น ๆ และหากปฏิบัติหน้าที่ไม่ครบ ๘ ชั่วโมง แต่ไม่น้อยกว่า ๔ ชั่วโมง ให้นับเป็นครึ่งวัน โดยให้หักเงินค่าตอบแทน จำนวนวันละ ๑๒๕ บาท โดยแบ่งจ่ายให้เป็นรายเดือน จำนวน ๑๒ เดือน ตั้งแต่วันที่ ๑ เดือนตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ ถึง วันที่ ๓๐ เดือนกันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖

การจ่ายเงินตามเงื่อนไขแห่งข้อตกลงนี้ โดยจะสั่งจ่ายเช็คในนาม นางสาววารุณี เขตขันหล้า ทั้งนี้ ผู้รับข้อตกลงเป็นผู้รับภาระเงินค่าธรรมเนียมหรือค่าบริการอื่นใดเกี่ยวกับการโอนที่ธนาคารเรียกเก็บและยินยอมให้มีการหักเงินดังกล่าวจากจำนวนเงินโอนนั้น

ข้อ ๓ ผู้รับข้อตกลงต้องมาปฏิบัติงานตามข้อตกลงด้วยตนเอง โดยต้องลงลายมือชื่อเวลาที่มารับงานตามข้อตกลงในแต่ละวัน และเวลากลับเมื่อทำงานในวันนั้น ๆ เสร็จสิ้นด้วยตนเองทุกครั้ง ณ สถานที่ที่ปฏิบัติงาน ในกรณีที่ผู้รับข้อตกลงไม่สามารถมาปฏิบัติหน้าที่ได้ด้วยตนเองได้ในวันใด ผู้รับข้อตกลงจะจัดให้มีบุคคลอื่นมาทำงานแทนในวันนั้น ๆ ไม่ได้เนื่องจากงานของผู้ให้ข้อตกลงเป็นงานที่ต้องใช้ความรู้ ความสามารถเป็นการเฉพาะตัวและต้องไม่เอางานทั้งหมดหรือส่วนหนึ่งส่วนใดแห่งข้อตกลงนี้ไปจ้างช่วงอีกต่อหนึ่ง

ข้อ ๔ คณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Clare Plan) กำกับและควบคุมการปฏิบัติงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นหรือผู้รับบริการของผู้ให้ข้อตกลงมีสิทธิ์ตรวจสอบ ประเมินผลการปฏิบัติหน้าที่กำกับและควบคุมการปฏิบัติงานเพื่อให้เป็นไปตามข้อตกลง และมีอำนาจที่จะสั่งแก้ไข เปลี่ยนแปลง เพิ่มเติมหรือตัดทอนงานตามข้อตกลงนี้ รวมทั้งการกำหนดให้ผู้รับข้อตกลงไปทำงานในสถานที่ที่กำหนดหรือสถานที่อื่นใด นอกจากที่กำหนดไว้ในผนวก ก. ก็ได้

ข้อ ๕ หากผู้รับข้อตกลงปฏิบัติผิดข้อตกลงข้อหนึ่งข้อใด หรือผู้รับข้อตกลงไม่อยู่ในฐานะที่จะปฏิบัติตามข้อตกลงต่อไปได้ ผู้ให้ข้อตกลงมีสิทธิ์บอกยกเลิกข้อตกลงนี้ได้ทันที

ข้อ ๖ ตามบันทึกข้อตกลงนี้ ไม่ทำให้ผู้รับข้อตกลงมีฐานะเป็นเจ้าหน้าที่ของเทศบาลตำบลแม่ขะจาน หรือมีความสัมพันธ์ในฐานะเป็นลูกจ้างตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองแรงงาน กฎหมายว่าด้วยแรงงานสัมพันธ์ และกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม

บันทึกข้อตกลงนี้ ทำขึ้นเป็นสองฉบับ มีข้อความถูกต้องตรงกัน ทั้งสองฝ่ายได้อ่านและเข้าใจข้อความ โดยละเอียดตรงกันแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อ พร้อมทั้งประทับตรา (ถ้ามี) ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน และทั้งสองฝ่ายต่างยึดถือไว้ฝ่ายละหนึ่งฉบับ

(ลงชื่อ) ผู้ให้ข้อตกลง
(นายเทียนชัย จันทร์เครือ)
นายกเทศมนตรีตำบลแม่ขะจาน

(ลงชื่อ) วารุณี เขตขันหล้า ผู้รับข้อตกลง
(นางสาววารุณี เขตขันหล้า)
อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

(ลงชื่อ) พยาน
(นายประเทือง ปองดอง)
รองปลัดเทศบาลตำบลแม่ขะจาน

(ลงชื่อ) พยาน
(นางจรัสศรี คำบุญเรือง)
ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

บันทึกข้อตกลงการปฏิบัติหน้าที่อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

เลขที่ ๐๑ / ๒๕๖๕

บันทึกข้อตกลงฉบับนี้ทำขึ้น ณ ที่ทำการสำนักงานเทศบาลตำบลแม่ขะจาน เมื่อวันที่ ๒๒ เดือนกันยายน พ.ศ. ๒๕๖๕ ระหว่าง นายเทียนชัย จันทร์เครือ ตำแหน่ง นายกเทศมนตรีตำบลแม่ขะจาน ที่อยู่สำนักงานเทศบาลตำบลแม่ขะจาน เลขที่ ๓๘๙ หมู่ที่ ๑๐ ถนนแม่ขะจาน – วังเหนือ ตำบลแม่เจดีย์ อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย ซึ่งต่อไปในบันทึกข้อตกลงนี้ เรียกว่า "ผู้ให้ข้อตกลง" ฝ่ายหนึ่ง กับ นางสาวอภิญญา วรรณกุล อายุ ๕๒ ปี เลขประจำตัวประชาชน ๓ ๕๗๑๑ ๐๐๐๘๔ ๙๖ ๗ ออกบัตรวันที่ ๖ พฤศจิกายน ๒๕๕๘ บัตรหมดอายุวันที่ ๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ อยู่บ้านเลขที่ ๕๐ หมู่ที่ ๑๑ ตำบลแม่เจดีย์ อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย ปรากฏตามสำเนาเอกสารแนบท้ายข้อตกลงนี้ ซึ่งต่อไปในบันทึกข้อตกลงนี้ เรียกว่า "ผู้รับข้อตกลง" อีกฝ่ายหนึ่ง

ทั้งสองฝ่ายได้ตกลงกันดังต่อไปนี้

ข้อ ๑. "ผู้รับข้อตกลง" จะต้องปฏิบัติหน้าที่เป็นอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นให้กับ เทศบาลตำบลแม่ขะจาน เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่เขตเทศบาลตำบลแม่ขะจาน ตั้งแต่ วันที่ ๑ เดือนตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ ถึง วันที่ ๓๐ เดือนกันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖ เป็นระยะเวลา ๑ ปี ตามขอบเขตและเงื่อนไขในการทำหน้าที่ของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น โดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นมีหน้าที่ช่วยเทศบาลตำบลแม่ขะจาน ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้การกำกับดูแลของบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพในพื้นที่ ซึ่งได้รับมอบหมายจากเทศบาลตำบลแม่ขะจาน เพื่อให้บริการการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) รายละเอียดตาม ผนวก ก

ข้อ ๒ "ผู้ให้ข้อตกลง" ตกลงจ่ายเงินค่าตอบแทน เพื่อเป็นค่าป่วยการชดเชยการงานหรือเวลาที่เสียไป ให้แก่ "ผู้รับข้อตกลง"โดยผู้ให้ข้อตกลงจะจ่ายเงินค่าตอบแทนให้แก่ผู้รับข้อตกลงเมื่อได้ปฏิบัติงานในหน้าที่เสร็จเรียบร้อยถูกต้องและครบถ้วน ตามรายละเอียดการปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน ๔ คน เว้นแต่กรณีในพื้นที่มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่ถึง ๔ คน ให้ดูแลเท่ากับจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีอยู่จริงและเป็นไปตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ที่กำหนดไว้ในเอกสารแนบท้ายข้อตกลงนี้ และคณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Clare Plan) กำกับและควบคุมการปฏิบัติงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นที่เทศบาลตำบลแม่ขะจานแต่งตั้งแล้วแต่กรณี ได้ตรวจรับรองผลการปฏิบัติหน้าที่ ของผู้รับข้อตกลงที่ส่งมอบผลงานในแต่ละงวดไว้เรียบร้อยแล้ว ซึ่งผู้ให้ข้อตกลงจะจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้รับข้อตกลงเป็นรายเดือน ในอัตราเดือนละ ๕,๐๐๐ บาท (ห้าพันบาทถ้วน) ของทุกเดือน กรณีที่ผู้รับข้อตกลงมาปฏิบัติหน้าที่น้อยกว่า ๒๐ วันต่อเดือน ให้มีสิทธิได้รับเงินค่าตอบแทนตามสัดส่วนจำนวนวันที่มาปฏิบัติหน้าที่จริงในเดือนนั้น ๆ โดยคิดจากอัตราค่าตอบแทน จำนวน ๕,๐๐๐ บาท หารด้วยจำนวนวัน ๒๐ วัน คิดเป็นวันละ ๒๕๐ บาท ดังนั้น หากผู้รับข้อตกลงไม่มาปฏิบัติหน้าที่ ขาดงาน

หมายเหตุ (๑) กรณีที่ผู้ลงนามมิใช่ผู้ดำรงตำแหน่งนายกเทศมนตรีหรือนายกองค์การบริหารส่วนตำบล ให้ระบุให้ชัดเจนว่าดำรงตำแหน่งใด ลงนามแทนในฐานะใด เป็นนายกเทศมนตรี/รองนายกองค์การบริหารส่วนตำบล รักษาราชการแทนหรือปฏิบัติราชการแทนนายก.....หรือปลัดเทศบาล/ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล รักษาราชการแทนหรือปฏิบัติราชการแทนหรือปฏิบัติหน้าที่นายก.....

/สัดส่วน...

สัดส่วนจำนวนวันที่ปฏิบัติหน้าที่ในเดือนนั้น ๆ และหากปฏิบัติหน้าที่ไม่ครบ ๘ ชั่วโมง แต่ไม่น้อยกว่า ๔ ชั่วโมง ให้นับเป็นครึ่งวัน โดยให้หักเงินค่าตอบแทน จำนวนวันละ ๑๒๕ บาท โดยแบ่งจ่ายให้เป็นรายเดือน จำนวน ๑๒ เดือน ตั้งแต่วันที่ ๑ เดือนตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ ถึง วันที่ ๓๐ เดือนกันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖

การจ่ายเงินตามเงื่อนไขแห่งข้อตกลงนี้ โดยจะสั่งจ่ายเช็คในนาม นางสาวอภิญญา วรรณกุล ทั้งนี้ ผู้รับข้อตกลงเป็นผู้รับภาระเงินค่าธรรมเนียมหรือค่าบริการอื่นใดเกี่ยวกับการโอนที่ธนาคารเรียกเก็บและยินยอมให้มีการหักเงินดังกล่าวจากจำนวนเงินโอนนั้น

ข้อ ๓ ผู้รับข้อตกลงต้องมาปฏิบัติงานตามข้อตกลงด้วยตนเอง โดยต้องลงลายมือชื่อเวลาที่มารับงานตามข้อตกลงในแต่ละวัน และเวลากลับเมื่อทำงานในวันนั้น ๆ เสร็จสิ้นด้วยตนเองทุกครั้ง ณ สถานที่ที่ปฏิบัติงาน ในกรณีที่ผู้รับข้อตกลงไม่สามารถมาปฏิบัติหน้าที่ได้ด้วยตนเองได้ในวันใด ผู้รับข้อตกลงจะจัดให้มีบุคคลอื่นมาทำงานแทนในวันนั้น ๆ ไม่ได้เนื่องจากงานของผู้ให้ข้อตกลงเป็นงานที่ต้องใช้ความรู้ ความสามารถเป็นการเฉพาะตัวและต้องไม่เอางานทั้งหมดหรือส่วนหนึ่งส่วนใดแห่งข้อตกลงนี้ไปจ้างช่วงอีกต่อหนึ่ง

ข้อ ๔ คณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Clare Plan) กำกับและควบคุมการปฏิบัติงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นหรือผู้รับบริการของผู้ให้ข้อตกลงมีสิทธิ์ตรวจสอบ ประเมินผลการปฏิบัติหน้าที่กำกับและควบคุมการปฏิบัติงานเพื่อให้เป็นไปตามข้อตกลง และมีอำนาจที่จะสั่งแก้ไข เปลี่ยนแปลง เพิ่มเติมหรือตัดทอนงานตามข้อตกลงนี้ รวมทั้งการกำหนดให้ผู้รับข้อตกลงไปทำงานในสถานที่ที่กำหนดหรือสถานที่อื่นใด นอกจากที่กำหนดไว้ในผนวก ก. ก็ได้

ข้อ ๕ หากผู้รับข้อตกลงปฏิบัติผิดข้อตกลงข้อหนึ่งข้อใด หรือผู้รับข้อตกลงไม่อยู่ในฐานะที่จะปฏิบัติตามข้อตกลงต่อไปได้ ผู้ให้ข้อตกลงมีสิทธิ์บอกยกเลิกข้อตกลงนี้ได้ทันที

ข้อ ๖ ตามบันทึกข้อตกลงนี้ ไม่ทำให้ผู้รับข้อตกลงมีฐานะเป็นเจ้าหน้าที่ของเทศบาลตำบลแม่ขะจาน หรือมีความสัมพันธ์ในฐานะเป็นลูกจ้างตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองแรงงาน กฎหมายว่าด้วยแรงงานสัมพันธ์ และกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม

บันทึกข้อตกลงนี้ ทำขึ้นเป็นสองฉบับ มีข้อความถูกต้องตรงกัน ทั้งสองฝ่ายได้อ่านและเข้าใจข้อความ โดยละเอียดตรงกันแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อ พร้อมทั้งประทับตรา (ถ้ามี) ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน และทั้งสองฝ่ายต่างยึดถือไว้ฝ่ายละหนึ่งฉบับ

(ลงชื่อ) ผู้ให้ข้อตกลง
(นายเทียนชัย จันทร์เครือ)
นายกเทศมนตรีตำบลแม่ขะจาน

(ลงชื่อ) ผู้รับข้อตกลง
(นางสาวอภิญญา วรรณกุล)
อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

(ลงชื่อ) พยาน
(นายประเทือง ปองดอง)
รองปลัดเทศบาลตำบลแม่ขะจาน

(ลงชื่อ) พยาน
(นางจรัสศรี คำบุญเรือง)
ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลแม่ขะจาน

ที่ ชร ๕๓๖๐๖/ **วันที่** ๑๙ กันยายน ๒๕๖๕

เรื่อง อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเทศบาลตำบลแม่ขะจาน

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลแม่ขะจาน

เรื่องเดิม

๑. ตามคำสั่งเทศบาลตำบลแม่ขะจาน ที่ ๕๓๗/๒๕๖๓ สั่ง ณ วันที่ ๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๓ ได้แต่งตั้ง นางกรรณิการ์ เขตขันหล้า และนางสาวอภิญญา วรรณกุล เป็นอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น เพื่อปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตเทศบาลตำบลแม่ขะจาน

๒. ตามบันทึกข้อตกลงการปฏิบัติหน้าที่อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น เลขที่ ๐๑-๐๒/๒๕๖๕ เทศบาลตำบลแม่ขะจาน กับนางกรรณิการ์ เขตขันหล้า และนางสาวอภิญญา วรรณกุล ทั้งสองฝ่ายได้ทำข้อตกลงการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ค่าตอบแทนและรายละเอียดอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยเริ่มปฏิบัติงานตั้งแต่วันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ ถึง วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕

๓. ตามหนังสือเทศบาลตำบลแม่ขะจาน ที่ ชร ๕๓๖๐๖/ว ๖๐๙ ลงวันที่ ๑๔ กันยายน ๒๕๖๕ เทศบาลตำบลแม่ขะจาน ได้มีหนังสือสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ โดยให้อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นทั้งสองคน แจ้งให้เทศบาลตำบลแม่ขะจานทราบภายในวันที่ ๒๐ กันยายน ๒๕๖๕

ข้อเท็จจริง

๑. วันที่ ๑๖ กันยายน ๒๕๖๕ นางกรรณิการ์ เขตขันหล้า อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น แจ้งไม่สามารถเข้าร่วมโครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ได้เนื่องจากต้องการทำงานอื่น

๒. วันที่ ๑๙ กันยายน ๒๕๖๕ นางสาวอภิญญา วรรณกุล อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น แจ้งยินดีเข้าร่วมโครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖

๓. กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ได้ประสานยอดผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตเทศบาลตำบลแม่ขะจาน กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่เจดีย์ เพื่อให้อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นดูแล ซึ่งขณะนี้ทาง รพ.สต.แม่เจดีย์ อยู่ระหว่างสำรวจข้อมูล ดังนั้น จึงขอใช้ยอดผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ณ ปัจจุบัน คือ จำนวน ๘ ราย ได้แก่

๑) นางแสงเพ็ญ สุภาการ	บ้านเลขที่ ๓๕๒/๑ ม.๑ ต.แม่เจดีย์
๒) นางหน้อย ปองดอง	บ้านเลขที่ ๔๔๘ ม.๑ ต.แม่เจดีย์
๓) นายสวัสดิ์ ธนะชัยขันธ์	บ้านเลขที่ ๒๒๑ม.๑ ต.แม่เจดีย์
๔) นางมูล เทพมงคล	บ้านเลขที่ ๑๕๕ ม.๑๐ ต.แม่เจดีย์
๕) นางเข็มทอง สมใจมาก	บ้านเลขที่ ๘๗ ม.๑๑ ต.แม่เจดีย์
๖) นางอำไพ เดินไว	บ้านเลขที่ ๓ ม.๑๑ ต.แม่เจดีย์
๗) นางตุ่น เสาวรส	บ้านเลขที่ ๕๘/๑๐ ม.๑๑ ต.แม่เจดีย์
๘) นายถาวร ฟูวงค์	บ้านเลขที่ ๓๔๓ ม.๑๐ ต.แม่เจดีย์

/๔. ตามหนังสือ...

๔. ตามหนังสือกระทรวงมหาดไทย ด่วนที่สุด ที่ มท ๐๘๑๙.๒/ว ๖๒๙๐ ลงวันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๖๒ ได้แจ้งการกำหนดหลักสูตรที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระยะยาว และหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข อัตราค่าตอบแทนและการจ่ายค่าตอบแทนของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ข้อ ๓ (๑) ให้มีจำนวนอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นในเทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบลแต่ละแห่งอย่างน้อย ๒ คน ยกเว้นเทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบลใดมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง น้อยกว่า ๔ คน หรือในช่วงระยะเวลาใดมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงน้อยกว่า ๔ คน อาจจัดให้มีอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นน้อยกว่า ๒ คน ก็ได้

<u>ข้อระเบียบ/ข้อกฎหมาย หนังสือสั่งการที่เกี่ยวข้อง</u>

๑. ประกาศคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง กำหนดกิจการที่เป็นผลประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นให้เป็นอำนาจและหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

๒. ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและการเบิกค่าใช้จ่าย พ.ศ. ๒๕๖๒

๓. หนังสือกระทรวงมหาดไทย ด่วนที่สุด ที่มท ๐๘๑๙.๒/ว ๖๒๙๐ ลงวันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๖๒ เรื่อง การกำหนดหลักสูตรที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระยะยาว และหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข อัตราค่าตอบแทนและการจ่ายค่าตอบแทนของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๔. หนังสือกระทรวงมหาดไทย ด่วนที่สุด มท ๐๘๑๙.๒/๒๓๑๘ ลงวันที่ ๒๑ มิถุนายน ๒๕๖๔ เรื่อง แนวทางการจัดทำงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายให้แก่อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๕. คำสั่งเทศบาลตำบลแม่ขะจาน ที่ ๕๓๗/๒๕๖๓ เรื่อง แต่งตั้งผู้ผ่านการฝึกอบรมโครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อเป็นอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น สั่ง ณ วันที่ ๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๓

<u>ข้อพิจารณา/ข้อเสนแนะ</u>

๑. เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในความรับผิดชอบของนางสาวอภิญญา วรรณกุล ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เห็นควรพิจารณาทำบันทึกข้อตกลงการปฏิบัติหน้าที่อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ กับนางสาวอภิญญา วรรณกุล ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ ถึง วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖ รวมระยะเวลา ๑๒ เดือน โดยอัตราค่าตอบแทน และการจ่ายค่าตอบแทนของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไขและอัตราตามที่กระทรวงมหาดไทยกำหนด

๒. เพื่อประโยชน์ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในความรับผิดชอบของนางกรรณิการ์ เขตขันหล้า ให้ได้รับการดูแลที่เป็นไปอย่างต่อเนื่อง เห็นควรพิจารณาเปิดรับสมัครอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น จำนวน ๑ คน ระหว่างวันที่ ๒๐-๒๓ กันยายน ๒๕๖๕ เพื่อทดแทนอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นดังกล่าว โดยแจ้งประชาสัมพันธ์การเปิดรับสมัครทางเว็บไซต์เทศบาล และแจ้งผ่านทางผู้ใหญ่บ้านในพื้นที่ เพื่อสรรหาบุคคลมาเป็นอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตเทศบาลตำบลแม่ขะจานต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(นางสาวบังอร ใจเสมอ)
เจ้าพนักงานสาธารณสุข

(นายเทียนชัย จันทร์เครือ)
นายกเทศมนตรีตำบลแม่ขะจาน

นายจักรพงษ์ อินต๊ะนนท์
ปลัดเทศบาล

เห็นควรประเด็น ของกอง

ฐานข้อมูลจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

เทศบาลตำบลแม่ขะจาน ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๕

ลำดับ	ชื่อ – นามสกุล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น	ที่อยู่	ภาวะพึ่งพิง
๑	นางแสงเพ็ญ สุภาการ	กรรณิการ์ เขตขันหล้า	๓๕๒/๑ ม.๑ ต.แม่เจดีย์	กลุ่มที่ ๒ มีภาวะหลงลืมสับสน ต้องใช้แพมเพิสตลอดเวลา
๒	นางหน้อย ปองดอง	กรรณิการ์ เขตขันหล้า	๔๔๘ ม.๑ ต.แม่เจดีย์	กลุ่มที่ ๒ ผู้ป่วยสมองเสื่อม พูดซ้ำ มีอาการหลงลืม
๓	นายสวัสดิ์ ธนะชัยขันธ์	กรรณิการ์ เขตขันหล้า	๒๒๑ ม.๑ ต.แม่เจดีย์	กลุ่มที่ ๓ ผู้ป่วยหลังหกล้ม กระดูกสะโพกหัก นอนติดเตียง
๔	นางมูล เทพมงคล	กรรณิการ์ เขตขันหล้า	๑๕๕ ม.๑ ต.แม่เจดีย์	กลุ่มที่ ๒ ความดันโลหิตสูง รู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ลุกเดินไม่ได้
๕	นางเข็มทอง สมใจมาก	อภิญญา วรรณกุล	๘๗ ม.๑๑ ต.แม่เจดีย์	กลุ่มที่ ๓ ติดเตียง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ต้องป้อนอาหาร ใส่แพมเพิสตลอดเวลา มีแผลกดทับ
๖	นางอำไพ เดินไว	อภิญญา วรรณกุล	๓ ม.๑๑ ต.แม่เจดีย์	กลุ่มที่ ๒ รู้สึกตัวดี ถาม – ตอบ ไม่ได้ ตามองไม่เห็นทั้ง ๒ ข้าง
๗	นางตุ่น เสาวรส	อภิญญา วรรณกุล	๕๘/๑๐ ม.๑๑ต.แม่เจดีย์	กลุ่มที่ ๒ มีภาวะสมองเสื่อมขา ข้างขวาอ่อนแรง ต้องมีผู้ช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว
๘	นายถาวร ฟูวงค์	อภิญญา วรรณกุล	๓๔๓ ม.๑๐ ต.แม่เจดีย์	กลุ่มที่ ๓ รู้สึกตัวดี แขนขาซีก ขวาอ่อนแรงเกรด ๐

เอกสารหมายเลข ๒

ตารางปฏิบัติงาน/มอบหมายงาน อาสาบริบาลท้องถิ่น จ.เชียงราย

ประจำเดือน...กันยายน...พ.ศ ...๒๕๖๕...

ของชื่อ สกุล (อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น).....นางกรรณิการ์ เขตขันหล้า....เทศบาลตำบลแม่ขะจาน...เบอร์โทรศัพท์..๐๖๓-๗๕๖-๙๘๑๔..

วัน	เวลา ๘.๓๐-๙.๐๐ ๘.๓๐-๙.๐๐ น	เวลา ๙.๐๐-๑๒.๐๐ น	เวลา ๑๓.๐๐-๑๕.๐๐ น.	เวลา ๑๕.๐๐-๑๖.๓๐ น.
จันทร์	เตรียมอุปกรณ์ ศึกษา Case	ติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามแผนดูแลรายบุคคล (Care plan)คนที่ ๓ ชื่อสกุลผู้สูงอายุ นายสวัสดิ์ ธนะชัยขันธ์ (Care plan)คนที่ ๔ ชื่อสกุลผู้สูงอายุ นางมูล เทพมงคล	ติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามแผนดูแลรายบุคคล (Care plan)คนที่ ๒ ชื่อสกุลผู้สูงอายุ นางหน้อย ปองตอง	สรุปรายงานการ เยี่ยมบ้าน
อังคาร	เตรียมอุปกรณ์ ศึกษา Case	ติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามแผนดูแลรายบุคคล (Care plan)คนที่ ๓ ชื่อสกุลผู้สูงอายุ นายสวัสดิ์ ธนะชัยขันธ์	ติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามแผนดูแลรายบุคคล (Care plan)คนที่ ๑ ชื่อสกุลผู้สูงอายุ นางแสงเพ็ญ สุภะการ	สรุปรายงานการ เยี่ยมบ้าน
พุธ	เตรียมอุปกรณ์ ศึกษา Case	ติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามแผนดูแลรายบุคคล (Care plan)คนที่ ๓ ชื่อสกุลผู้สูงอายุ นายสวัสดิ์ ธนะชัยขันธ์	ติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามแผนดูแลรายบุคคล (Care plan)คนที่ ๑ ชื่อสกุลผู้สูงอายุ นางแสงเพ็ญ สุภะการ	สรุปรายงานการ เยี่ยมบ้าน
พฤหัสบดี	เตรียมอุปกรณ์ ศึกษา Case	ติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามแผนดูแลรายบุคคล (Care plan)คนที่ ๑ ชื่อสกุลผู้สูงอายุ นางแสงเพ็ญ สุภะการ	ติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามแผนดูแลรายบุคคล (Care plan)คนที่ ๒ ชื่อสกุลผู้สูงอายุ นางหน้อย ปองตอง (Care plan)คนที่ ๔ ชื่อสกุลผู้สูงอายุ นางมูลเทพมงคล	สรุปรายงานการ เยี่ยมบ้าน
ศุกร์	เตรียมอุปกรณ์ ศึกษา Case	ติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามแผนดูแลรายบุคคล (Care plan)คนที่ ๓ ชื่อสกุลผู้สูงอายุ นายสวัสดิ์ ธนะชัยขันธ์	ติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามแผนดูแลรายบุคคล (Care plan)คนที่ ๑ ชื่อสกุลผู้สูงอายุ นางแสงเพ็ญ สุภะการ	สรุปรายงานการ เยี่ยมบ้าน

ลงชื่อ.....ผู้มอบหมายงาน/Care manager

(นางสาวทิพวรรณ พรหมเรืองฤทธิ์)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางแสงเพ็ญ สุภะการ **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3571100071962	**ที่อยู่** 352/1 หมู่ 1 ต.แม่เจดีย์ อ.เวียงป่าเป้า จ.เชียงราย **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 21 เดือน กันยายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 08 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2490 (อายุ 74 ปี)	**วินิจฉัย** : ADL=5, TAI=C9 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น** : ผู้ป่วยมีภาวะหลงลืม สับสน ต้องใช้แพเพิสตลอดเวลา โรคประจำตัวเบาหวาน แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรงเกรด 2 ขาผิดรูป ไม่สามารถลุกเดินได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** NaN **บาท**	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ช่องปากไม่สะอาด - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - ถูกหลงทาง	**ระยะสั้น** - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน **ระยะยาว** - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ทิพวรรณ พรหมเรืองฤทธิ์	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
(.....)

ลงชื่อ.....อปท.
(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
(.....)

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 4/65 **วันที่** 21/09/65

หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่เจดีย์

ชื่อ นางแสงเพ็ญ สุภะการ **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 3571100071962	**ที่อยู่** 352/1 หมู่ 1 ต.แม่เจดีย์ อ.เวียงป่าเป้า จ.เชียงราย **หมายเลขโทรศัพท์**	**จัดทำวันที่** 21 เดือน กันยายน พ.ศ. 2565 **วินิจฉัย** : ADL=5, TAI=C3 **ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่** 2 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น** : ผู้ป่วยมีภาวะหลงลืม สับสน ต้องใช้แพเพิสตลอดเวลา โรคประจำตัว เบาหวาน แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรงเกรด 2 ขาผิดรูป ไม่สามารถลุกเดินได้
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต **ผู้สูงอายุ** - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ - อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม - อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง - อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น - ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี **ญา[illegible]** - อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล - อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลผลัดเปลี่ยน - อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่ - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น - อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ผ้าอ้อม	**แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)** - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	**ข้อควรระวังในการให้บริการ** - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การหลงทาง
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ช่องปากไม่สะอาด - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - [illegible]ามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	**เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้น ภายใน 3 เดือน)** - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน	**บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและinformal)** **กายอุปกรณ์** - ราวฝึกยืนและเดิน - ไม้ค้ำยัน - ไม้ฝึกกำลังแขน - ไม้เท้าช่วยพยุง **บริการอื่นๆ** - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - ได้รับการส่งเสริมอาชีพ - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
ล้างหน้า แปรงฟัน	วันละ 2 ครั้ง(เช้า เย็น)	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔	ครอบครัว
ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	ทำครั้งเดียว	✔							พยาบาล
เตรียมอาหาร	วันละ 3 ครั้ง(เช้า กลางวัน เย็น)	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✔							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
สระผม	วันละ 1 ครั้ง(เย็น)	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔	ครอบครัว
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	วันละ 1 ครั้ง(เช้า)	✔		✔		✔			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
วัดสัญญาณชีพ	วันละ 1 ครั้ง(เช้า)	✔		✔		✔			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
อาบน้ำ	วันละ 1 ครั้ง(เย็น)	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔	ครอบครัว
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	วันละ 1 ครั้ง(เช้า)	✔		✔		✔			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การทรงตัว	ทำครั้งเดียว	✔		✔		✔			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ตัดเล็บ	วันละ 1 ครั้ง(เย็น)	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔	ครอบครัว
การจัดท่านอนป้องกันแผลกดทับ	วันละ 1 ครั้ง(ก่อนนอน)	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔	ครอบครัว
ประเมินภาวะโภชนาการ	ทำครั้งเดียว	✔				✔			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ป้อนอาหาร	วันละ 3 ครั้ง(เช้า กลางวัน เย็น)	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ฝึกการเดิน	ทำครั้งเดียว	✔		✔		✔			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต
- ตื่นนอน
- ล้างหน้า
- ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ
- ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดย Caregiver
- ดูแลเตรียมให้ยาโดยญาติ
- ดูแลเตรียมให้ยาโดย Caregiver
- รับประทานยา
- กายภาพบำบัดโดยญาติ
- กายภาพบำบัดโดย Caregiver
- ออกกำลังกาย
- เปลี่ยนผ้าอ้อม
- สวดมนต์
- นอนหลับ

ผู้จัดทำ น.ส.ทิพวรรณ พรหมเรืองฤทธิ์
ผู้รับผิดชอบ ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาที/วัน

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้

1) ..... (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป
..... 21/9/65

2) ..... (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป
.....

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางหน้อย ปองดอง **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3571100081348	**ที่อยู่** 488 หมู่ 1 ตำบลแม่เจดีย์ อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 21 เดือน กันยายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 27 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2481 (อายุ 83 ปี)	**วินิจฉัย** : ADL=11, TAI=C3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น** : ผู้ป่วยสมองเสื่อม พูดซ้ำๆ มีอาการหลงลืม มีอาการปวดเข่า นั่งรถเข็น ต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** NaN **บาท**	- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - สมอง (Brain) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - การหลงทาง - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	**ระยะสั้น** - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 6 เดือน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน **ระยะยาว**	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ทิพวรรณ พรหมเรืองฤทธิ์	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ.....**ผู้ปฏิบัติงาน (CM)**
(นางสาวทิพวรรณ พรหมเรืองฤทธิ์ พยาบาลวิชาชีพ)

ลงชื่อ.....**อปท.**
(นายจักรพงษ์ อินติะยะ)
ปลัดเทศบาล

ลงชื่อ.....**เจ้าหน้าที่การเงิน**
(.....)

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 15/64 **วันที่** 21/09/65

หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่เจดีย์

ชื่อ นางหน้อย ปองดอง **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 3571100081348	**ที่อยู่** 488 หมู่ 1 ตำบลแม่เจดีย์ อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย **หมายเลขโทรศัพท์**	**จัดทำวันที่** 21 เดือน กันยายน พ.ศ. 2565 **วินิจฉัย :** ADL=11, TAI=C3 **ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่** 2 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้ป่วยสมองเสื่อม พูดซ้ำๆ มีอาการหลงลืม มีอาการปวดเข่า นั่งรถเข็น ต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต **ผู้สูงอายุ** - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ **ญาติ** - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น - อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลผลัดเปลี่ยน - อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ผ้าอ้อม	**แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)**	**ข้อควรระวังในการให้บริการ** - การพลัดตกหกล้ม - การหลงทาง - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	**เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้น ภายใน 3 เดือน)** - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 6 เดือน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน	**บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและinformal)** **กายอุปกรณ์** - รถเข็นนั่ง - ราวฝึกยืนและเดิน **บริการอื่นๆ** - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศพอส.

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - ตื่นนอน - ล้างหน้า - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ - ดูแลเตรียมให้ยาโดยญาติ - รับประทานยา - กายภาพบำบัดโดยญาติ - ดูแลเตรียมให้ยาโดย Caregiver - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดย Caregiver - กายภาพบำบัดโดย Caregiver - ออกกำลังกาย - เปลี่ยนผ้าอ้อม - สวดมนต์ - นอนหลับ	**ผู้จัดทำ** น.ส.ทิพวรรณ พรหมเรืองฤทธิ์ **ผู้รับผิดชอบ ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า** 2 ชั่วโมง นาที/วัน **ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้** 1) ธมจิก ..... (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป 21/9/65 2) ..... (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายสวัสดิ์ ธนะชัยขันธ์ **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3571100062947	**ที่อยู่** 221 ม.1 ต.แม่เจดีย์ อ.เวียงป่าเป้า จ.เชียงราย **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 21 เดือน กันยายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 17 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2485 (อายุ 79 ปี)	**วินิจฉัย** : ADL=2, TAI=13 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น** : ผู้ป่วยหลังหกล้มกระดูกสะโพกหัก นอนคว่ำตเตียง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ต้องมีผู้ช่วยเหลือทุกอย่าง มีภาวะสมองเสื่อม	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** NaN **บาท** มาก	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือคนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ช่องปากไม่สะอาด - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - สมอง (Brain) **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ มาก	**ระยะสั้น** - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน **ระยะยาว** - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ทิพวรรณ พรหมเรืองฤทธิ์	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
(.....)

ลงชื่อ.....อปท.
(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
(.....)

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 14/64 **วันที่** 21/09/65

หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่เจดีย์

ชื่อ นายสวัสดิ์ ธนะชัยชันธ์ **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 3571100062947	**ที่อยู่** 221 ม.1 ต.แม่เจดีย์ อ.เวียงป่าเป้า จ.เชียงราย **หมายเลขโทรศัพท์**	**จัดทำวันที่** 21 เดือน กันยายน พ.ศ. 2565 **วินิจฉัย :** ADL=2, TAI=13 **ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่** 3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้ป่วยหลังหกล้มกระดูกสะโพกหัก นอนคจิดเดียง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ต้องมีผู้ช่วยเหลือทุกอย่าง มีภาวะสมองเสื่อม
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต **ผู้สูงอายุ** - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ - อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง - อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น **ญาติ** - อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น - อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลผลัดเปลี่ยน - อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่ - อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ผ้าอ้อม	**แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)** - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	**ข้อควรระวังในการให้บริการ** - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ช่องปากไม่สะอาด - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุ - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	**เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้น ภายใน 3 เดือน)** - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน	**บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและinformal)** **บริการอื่นๆ** - ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
เตรียมอุปกรณ์ให้อาหารสะอาดและพร้อมใช้	วันละ 1 ครั้ง(เช้า)	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔	ครอบครัว
สระผม	วันเว้นวัน	✔		✔		✔		✔	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การนวดกระตุ้นการไหลเวียน	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✔							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
อาบน้ำ	วันละ 1 ครั้ง(เย็น)	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔	ครอบครัว
ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	เดือนละ 1 ครั้ง			✔					พยาบาล
ทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน	วันละ 1 ครั้ง(เช้า)	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔	ครอบครัว
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง					✔			พยาบาล
การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัย	เดือนละ 1 ครั้ง					✔			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมิน TAI I1 – I3 C2 – C4 B3 – B5	เดือนละ 1 ครั้ง					✔			พยาบาล
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง					✔			พยาบาล
ล้างหน้า แปรงฟัน	วันละ 2 ครั้ง(เช้า เย็น)	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔	ครอบครัว
เตรียมอาหาร	วันละ 3 ครั้ง(เช้า กลางวัน เย็น)	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔	ครอบครัว
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง	✔		✔					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ป้อนอาหาร	วันละ 3 ครั้ง(เช้า กลางวัน เย็น)	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔	ครอบครัว
ตัดเล็บ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✔				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง		✔			✔			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
เคลื่อนย้ายบนเตียงและลงจากเตียง	วันละ 1 ครั้ง(เช้า)	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔	ครอบครัว
พลิกตะแคงตัว	วันละ 1 ครั้ง(เย็น)	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การปรับแสงสว่าง และการระบายอากาศ	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง					✔			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะโภชนาการ	เดือนละ 1 ครั้ง			✔					พยาบาล

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต
- ตื่นนอน
- ล้างหน้า
- ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ
- ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดย Caregiver
- ดูแลเตรียมให้ยาโดยญาติ
- ดูแลเตรียมให้ยาโดย Caregiver
- รับประทานยา
- กายภาพบำบัดโดยญาติ
- กายภาพบำบัดโดย Caregiver
- ออกกำลังกาย
- เปลี่ยนผ้าอ้อม
- สวดมนต์
- นอนหลับ

ผู้จัดทำ น.ส.ทิพวรรณ พรหมเรืองฤทธิ์
ผู้รับผิดชอบ ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาที/วัน

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้

1) ..... (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป .....

2) ..... (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป .....

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางมูล เทพมงคล **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3571100375121	**ที่อยู่** 155 ม.10 ต.แม่เจดีย์ อ.เวียงป่าเป้า จ.เชียงราย **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 21 เดือน กันยายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 18 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2479 (อายุ 85 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=11, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ลุกเดินไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** NaN **บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ดูแลโดย อสบ.นางกรรณอการ์ เขตขันหล้า	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ช่องปากไม่สะอาด - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	**ระยะสั้น** - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน **ระยะยาว** - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ทิพวรรณ พรหมเรืองฤทธิ์	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ.....**ผู้ปฏิบัติงาน (CM)**
(นางสาวทิพวรรณ พรหมเรืองฤทธิ์ พยาบาลวิชาชีพ)

ลงชื่อ.....**อปท.**
(นายจักรพงษ์ อินต๊ะขาด ปลัดเทศบาล)

ลงชื่อ.....**เจ้าหน้าที่การเงิน**
(.....)

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 13/64 **วันที่** 21/09/65

หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่เจดีย์

ชื่อ นางมูล เทพมงคล **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 3571100375121	**ที่อยู่** 155 ม.10 ต.แม่เจดีย์ อ.เวียงป่าเป้า จ.เชียงราย **หมายเลขโทรศัพท์**	**จัดทำวันที่** 21 เดือน กันยายน พ.ศ. 2565 **วินิจฉัย** : ADL=11, TAI=B3 **ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่** 2 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น** : ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ลุกเดินไม่ได้
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต **ผู้สูงอายุ** - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ - อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง - อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น **ญาติ** - อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น - อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่ - อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลผลัดเปลี่ยน - อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ผ้าอ้อม	**แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)** - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ	**ข้อควรระวังในการให้บริการ** - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ช่องปากไม่สะอาด - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	**เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน)** - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน	**บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและinformal)** **อุปกรณ์ทางการแพทย์** - อุปกรณ์ทำแผล **กายอุปกรณ์** - รถเข็นนั่ง - ไม้เท้าช่วยพยุง **บริการอื่นๆ** - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - รถรับ-ส่ง ไปสถานบริการ [ให้มีตัวเลือกระหว่าง สธ/อปท/อื่นๆ] - ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
ประเมินภาวะโภชนาการ	เดือนละ 1 ครั้ง	✔							พยาบาล
ล้างหน้า แปรงฟัน	วันละ 2 ครั้ง(เช้า เย็น)	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔	ครอบครัว
ล้างหน้า แปรงฟัน	วันละ 1 ครั้ง(เช้า)	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔	ครอบครัว
การจัดท่านอนป้องกันแผลกดทับ	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง	✔			✔				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การจัดการความเจ็บปวด	วันละ 1 ครั้ง(เช้า)	✔			✔	✔		✔	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
จัดเตรียมยาตามเวลา	วันละ 3 ครั้ง(เช้า กลางวัน เย็น)	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔	ครอบครัว
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง	✔			✔				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การเพิ่มราวจับ ราวบันได ราวเกาะยืน ราวฝึกเดิน	ทำครั้งเดียว				✔				พยาบาล
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง	✔			✔				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
[illegible]ดุ้นใส่บาตร	วันเว้นวัน	✔		✔		✔		✔	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	เดือนละ 1 ครั้ง	✔							พยาบาล
เช็ดตัว	วันละ 1 ครั้ง(เย็น)	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔	ครอบครัว
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง	✔							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
เตรียมอาหาร	วันละ 3 ครั้ง(เช้า กลางวัน เย็น)	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔	ครอบครัว
การจัดท่านอนป้องกันปลายเท้าตก	วันละ 1 ครั้ง(เช้า)	✔			✔	✔		✔	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ฝึกการเดิน	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง	✔			✔				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ฝึกการก้าวในพื้นต่างระดับ	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง	✔			✔				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
อาบน้ำ	วันละ 1 ครั้ง(เย็น)	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔	ครอบครัว
ประเมิน TAI I1 – I3 C2 – C4 B3 – B5	เดือนละ 1 ครั้ง	✔							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
[illegible]ยมอาหาร	วันละ 3 ครั้ง(เช้า กลางวัน เย็น)	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔	ครอบครัว
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง	✔							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
เตรียมอุปกรณ์ให้อาหารสะอาดและพร้อมใช้	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✔				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
สระผม	วันละ 1 ครั้ง(เย็น)	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔	ครอบครัว
ฝึกการทรงตัว	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง	✔			✔				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์	วันละ 1 ครั้ง(เช้า)	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔	ครอบครัว
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง	✔							พยาบาล
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง	✔			✔				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ทาโลชั่น /น้ำมันมะกอก หรือผลิตภัณฑ์บำรุงผิวอื่นๆ	วันละ 1 ครั้ง(เช้า)	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
วัดการหายใจ	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง	✔			✔				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัย	ทำครั้งเดียว	✔							พยาบาล
การปรับแสงสว่าง และการระบายอากาศ	ทำครั้งเดียว	✔							พยาบาล
กระตุ้นไปวัด	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง	✔			✔				ครอบครัว
การนวดกระตุ้นการไหลเวียน	วันละ 1 ครั้ง(เช้า)	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การจัดท่านอนป้องกันปลายเท้าตก	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง	✔			✔				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
พจร	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง	✔			✔				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	ทำครั้งเดียว	✔							ครอบครัว
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง	✔			✔				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การปรับแสงสว่าง และการระบายอากาศ	ทำครั้งเดียว	✔							พยาบาล
ฝึกการทรงตัว	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง	✔			✔				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
เตรียมอาหาร	วันละ 1 ครั้ง(เช้า)	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔	ครอบครัว
ล้างหน้า แปรงฟัน	วันละ 1 ครั้ง(เช้า)	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔	ครอบครัว
อาบน้ำ	วันละ 1 ครั้ง(เย็น)	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔	ครอบครัว
วัดความดันโลหิต	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง	✔			✔				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
สระผม	วันละ 1 ครั้ง(เช้า)	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔	ครอบครัว

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต
- ตื่นนอน
- ล้างหน้า
- ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ
- ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดย Caregiver
- ดูแลเตรียมให้ยาโดยญาติ
- รับประทานยา
- กายภาพบำบัดโดยญาติ
- กายภาพบำบัดโดย Caregiver
- ออกกำลังกาย
- สวดมนต์
- นอนหลับ

ผู้จัดทำ น.ส.ทิพวรรณ พรหมเรืองฤทธิ์
ผู้รับผิดชอบ

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้

1) จินดา ..... (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป
21/4/65 .....

2) ..... (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป
.....

เอกสารหมายเลข 2

ตารางปฏิบัติงาน/มอบหมายงาน อาสาบริบาลท้องถิ่น เชียงราย

ประจำเดือน กันยายน พ.ศ. 2565

ของชื่อ สกุล (อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น) นางสาวอภิญญา วรรณกุล เทศบาลตำบลแม่ขะจาน เบอร์โทรศัพท์ 080-6189817

วัน	เวลา 8.30-9.00 น	เวลา 9.00-12.00 น	เวลา 13.00-15.00 น.	15.00-16.30 น.
จันทร์	เตรียมอุปกรณ์ศึกษาCase	ติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามแผนดูแลรายบุคคล (Care plan) คนที่ 1 ชื่อสกุลผู้สูงอายุ นางเข็มทอง สมใจมาก	ติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามแผนดูแลรายบุคคล (Care plan) คนที่ 4 ชื่อสกุลผู้สูงอายุ นายถาวร พู่วงศ์	สรุปรายงานการเยี่ยมบ้าน
อังคาร	เตรียมอุปกรณ์ศึกษาCase	ติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามแผนดูแลรายบุคคล (Care plan) คนที่ 3 ชื่อสกุลผู้สูงอายุ นางตุ่น เสาวรส (Care plan) คนที่ 2 ชื่อสกุลผู้สูงอายุ นางอำไพ เดินไว	ติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามแผนดูแลรายบุคคล (Care plan) คนที่ 4 ชื่อสกุลผู้สูงอายุ นายถาวร พู่วงศ์	สรุปรายงานการเยี่ยมบ้าน
พุธ	เตรียมอุปกรณ์ศึกษาCase	ติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามแผนดูแลรายบุคคล (Care plan) คนที่ 1 ชื่อสกุลผู้สูงอายุ นางเข็มทอง สมใจมาก	ติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามแผนดูแลรายบุคคล (Care plan) คนที่ 4 ชื่อสกุลผู้สูงอายุ นายถาวร พู่วงศ์	สรุปรายงานการเยี่ยมบ้าน
พฤหัสบดี	เตรียมอุปกรณ์ศึกษาCase	ติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามแผนดูแลรายบุคคล (Care plan) คนที่ 1 ชื่อสกุลผู้สูงอายุ นางเข็มทอง สมใจมาก	ติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามแผนดูแลรายบุคคล (Care plan) คนที่ 2 ชื่อสกุลผู้สูงอายุ นางอำไพ เดินไว (Care plan) คนที่ 3 ชื่อสกุลผู้สูงอายุ นางตุ่น เสาวรส	สรุปรายงานการเยี่ยมบ้าน
ศุกร์	เตรียมอุปกรณ์ศึกษาCase	ติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามแผนดูแลรายบุคคล (Care plan) คนที่ 1 ชื่อสกุลผู้สูงอายุ นางเข็มทอง สมใจมาก	ติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามแผนดูแลรายบุคคล (Care plan) คนที่ 4 ชื่อสกุลผู้สูงอายุ นายถาวร พู่วงศ์	สรุปรายงานการเยี่ยมบ้าน

ลงชื่อ.....ผู้มอบหมายงาน /Care manager

(นางสาวจัฐณัฐ ...)

(.....)

เจ้าพนักงานสาธารณสุข

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางเข็มทอง สมใจบาก **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3571100067329	**ที่อยู่** 87 หมู่ 11 ต.แม่เจดีย์ อ.เวียงป่าเป้า จ.เชียงราย **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 21 เดือน กันยายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 13 เดือน เมษายน พ.ศ. 2488 (อายุ 76 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=4, TAI=11 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้ป่วยติดเตียง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ต้องป้อนอาหาร ใส่แพมเพิสตลอดเวลา มีแผลกดทับที่ cocyx เกรด 2 โรคประจำตัว AF on wafarin	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** NaN **บาท**	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 6 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 6 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 สัปดาห์ - แผลหาย ภายใน 3 เดือน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 6 เดือน **ระยะยาว** - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ฉัฐณัฐ ขาวฟองขาญ	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
(นางสาวฉัฐณัฐ ขาวฟองขาญ)
[.....]
เจ้าพนักงานสาธารณสุข

ลงชื่อ.....อปท.
(นายจักรพงษ์ อินต๊ะนอน)
[.....]
ปลัดเทศบาล

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
[.....]

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 4/65 วันที่ 21/09/65

หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่เจดีย์

ชื่อ นางเข็มทอง สมใจมาก **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 3571100067329	**ที่อยู่** 87 หมู่ 11 ต.แม่เจดีย์ อ.เวียงป่าเป้า จ.เชียงราย **หมายเลขโทรศัพท์**	**จัดทำวันที่** 21 เดือน กันยายน พ.ศ. 2565 **วินิจฉัย :** ADL=4, TAI=11 **ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่** 3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้ป่วยติดเตียง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ต้องป้อนอาหาร ใส่แพมเพิสตลอดเวลา มีแผลกดทับที่ cocyx เกรด 2 โรคประจำตัว AF on wafarin
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต **ผู้สูงอายุ** - ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ - อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง - อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น **ญาติ** - อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น - อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลผลัดเปลี่ยน - อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่ - อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ผ้าอ้อม	**แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)** - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	**ข้อควรระวังในการให้บริการ** - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	**เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้น ภายใน 3 เดือน)** - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 6 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 6 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 สัปดาห์ - แผลหาย ภายใน 3 เดือน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 6 เดือน	**บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและinformal)** **อุปกรณ์ทางการแพทย์** - ที่นอนลม - อุปกรณ์ทำแผล - เตียง **กายอุปกรณ์** - ราวฝึกยืนและเดิน **บริการอื่นๆ** - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ.	พฤ.	ศ.	ส.	อ.	ผู้รับผิดชอบ
ประเมินภาวะโภชนาการ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✔					พยาบาล
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง			✔		✔			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	วันละ 2 ครั้ง(เช้า เย็น)	✔			✔				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ล้างหน้า แปรงฟัน	วันละ 2 ครั้ง(เช้า เย็น)	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔	ครอบครัว
ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	วันละ 3 ครั้ง(เช้า กลางวัน เย็น)	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมิน TAUI – B3 C2 – C4 B3 – B5	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✔					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การนวดกระตุ้นการไหลเวียน	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง	✔			✔				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT (มีรหัสใน SP PP)	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✔					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✔					พยาบาล
[illegible]ญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง			✔		✔			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
เตรียมอาหาร	วันละ 3 ครั้ง(เช้า กลางวัน เย็น)	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ตัดเล็บ	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง	✔			✔				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การปรับแสงสว่าง และการระบายอากาศ	ทำครั้งเดียว	✔							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
เปลี่ยนผ้าห่อ	วันละ 2 ครั้ง(เช้า เย็น)	✔			✔				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ทำแผลกดทับ	วันละ 1 ครั้ง(เช้า)	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ป้อนอาหาร	วันละ 3 ครั้ง(เช้า กลางวัน เย็น)	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง			✔		✔			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
[illegible]น้ำ	วันละ 1 ครั้ง(เย็น)	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔	ครอบครัว
[illegible]	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง			✔		✔			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)

ปัญหาและข้อจำกัดด้านการดำเนินชีวิต
- [illegible]
- [illegible]
- [illegible]
- [illegible]
- [illegible]
- [illegible]
- [illegible]
- [illegible]
- [illegible]
- [illegible]
- [illegible]
- [illegible]

ผู้จัดทำ น.ส. [illegible] ชาวพ่อง[illegible]
ผู้รับผิดชอบ

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้

1) _____ (ผู้ป่วย/ญาติ) วัน[illegible]

2) _____ (ผู้ป่วย/ญาติ) วัน[illegible]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางอำไพ เดินไว **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3571100073361	**ที่อยู่** 3 ม.11 ต.แม่เจดีย์ อ.เวียงป่าเป้า จ.เชียงราย **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 21 เดือน กันยายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 10 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2490 (อายุ 74 ปี)	**วินิจฉัย** : ADL=11, TAI=C4 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น** : รู้สึกตัวดี ถาม-ตอบไม่ได้ ตามองไม่เห็นทั้ง 2 ข้าง motor power แขนข้างซ้าย grade 4 และ motor power แขนด้านขวา grade 4, motor power ขาข้างซ้าย grade 4 motor power ขาข้างขวา grade 4 โรคประจำตัวหืด หอบ	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** NaN **บาท**	- ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่องปากไม่สะอาด - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด - ช่องปาก (oral) - สมอง (Brain) - ตา (eyes) **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	**ระยะสั้น** - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน **ระยะยาว** - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ณัฐชยา ขาวฟอง	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
(นางสาวณัฐณัฐ ขาวฟองขาญ)
(.....)
เจ้าพนักงานสาธารณสุข

ลงชื่อ.....อปท.
(นายจักรพงษ์ อินติะขาด)
(.....)
ปลัดเทศบาล

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
(.....)

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
ประเมินความถูกต้องในการใช้ยา	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง		✔		✔				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ฝึกสมาธิ	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง		✔		✔				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
สระผม	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง		✔		✔				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะโภชนาการ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✔				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✔				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมิน TAI I1 – I3 C2 – C4 B3 – B5	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง		✔		✔				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง		✔		✔				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง		✔		✔				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัย	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง		✔		✔				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน	เดือนละ 2 ครั้ง		✔		✔				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ตัวเลีบ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		✔						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ฝึกการก้าวในพื้นต่างระดับ	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง		✔		✔				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
อาบน้ำ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		✔						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง		✔		✔				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ทาโลชั่น /น้ำมันมะกอก หรือผลิตภัณฑ์บำรุงผิวอื่นๆ	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง		✔		✔				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
อ่านหนังสือ	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง		✔		✔				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	เดือนละ 1 ครั้ง		✔						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต
- ตื่นนอน
- ล้างหน้า
- ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ
- ดูแลเตรียมให้ยาโดยญาติ
- รับประทานยา
- นอนหลับ

ผู้จัดทำ น.ส.ณัฐชยา ชาวฟอง

ผู้รับผิดชอบ ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 4 ชั่วโมง นาที/วัน

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้

1) ..... ณฐา ..... (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป .....

2) ..... 21/9/65 ณฐา ..... (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป .....

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางตุ่น เสาวรส **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3571100367675	**ที่อยู่** 58/10 ม.11 ต.แม่เจดีย์ อ.เวียงป่าเป้า จ.เชียงราย **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 21 เดือน กันยายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 18 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2477 (อายุ 87 ปี)	**วินิจฉัย** : ADL=6, TAI=C3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น** : ผู้ป่วยมีภาวะสมองเสื่อม ขาข้างขวาอ่อนแรง ต้องมีผู้ช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว โรคประจำตัวความดันโลหิตสูง AF on wafarin	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** NaN **บาท**	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - สมอง (Brain) **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก	**ระยะสั้น** - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน **ระยะยาว** - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ฉัฐณัฐ ขาวฟองชาญ	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
[(นางสาวฉัฐณัฐ ขาวฟองชาญ)]
เจ้าพนักงานสาธารณสุข

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
[.....]

ลงชื่อ.....อปท.
[นายจักรพงษ์ อินต๊ะขอด]
ปลัดเทศบาล

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 4/65 **วันที่** 21/09/65

หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่เจดีย์

ชื่อ นางตุ่น เสาวรส **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 3571100367675	**ที่อยู่** 58/10 ม.11 ต.แม่เจดีย์ อ.เวียงป่าเป้า จ.เชียงราย **หมายเลขโทรศัพท์**	**จัดทำวันที่** 21 เดือน กันยายน พ.ศ. 2565 **วินิจฉัย :** ADL=6, TAI=C3 **ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่** 2 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้ป่วยมีภาวะสมองเสื่อม ขาข้างขวาอ่อนแรง ต้องมีผู้ช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว โรคประจำตัวความดันโลหิตสูง AF on wafarin
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต **ผู้สูงอายุ** - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ - ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี - อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง **ญาติ** - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น - อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลผลัดเปลี่ยน - อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่ - อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ผ้าอ้อม	**แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)** - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	**ข้อควรระวังในการให้บริการ** - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	**เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้น ภายใน 3 เดือน)** - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน	**บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและinformal)** **กายอุปกรณ์** - รถเข็นนั่ง - รอกเคลื่อนไหว - ราวฝึกยืนและเดิน - เตียงฝึกยืน **บริการอื่นๆ** - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
ประเมิน TAI I1 – I3 C2 – C4 B3 – B5	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✔							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
จัดเตรียมยาตามเวลา	วันละ 4 ครั้ง(เช้า กลางวัน เย็น ก่อนนอน)	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔	ครอบครัว
ป้อนอาหาร	วันละ 3 ครั้ง(เช้า กลางวัน เย็น)	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔	ครอบครัว
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT (มีรหัสใน SP PP)	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✔							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✔					พยาบาล
ล้างหน้า แปรงฟัน	วันละ 1 ครั้ง(เช้า)	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔	ครอบครัว
การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัย	ทำครั้งเดียว	✔							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ฝึกการทรงตัว	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง			✔		✔			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
เตรียมอาหาร	วันละ 3 ครั้ง(เช้า กลางวัน เย็น)	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔	ครอบครัว
ฝึกการเดิน	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง			✔		✔			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การจัดท่านอนป้องกันปลายเท้าตก	วันละ 1 ครั้ง(ก่อนนอน)	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔	ครอบครัว
ฝึกการกลั้นปัสสาวะ	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง			✔		✔			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง	✔		✔					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัย	ทำครั้งเดียว	✔							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✔					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
เตรียมอุปกรณ์ให้อาหารสะอาดและพร้อมใช้	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง	✔		✔					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะโภชนาการ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✔					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ตัดเล็บ	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง	✔		✔					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การปรับแสงสว่าง และการระบายอากาศ	ทำครั้งเดียว	✔							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
วัดสัญญาณชีพ	วันละ 1 ครั้ง(เช้า)	✔			✔	✔			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✔							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
สระผม	วันละ 1 ครั้ง(เย็น)	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔	ครอบครัว

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - ตื่นนอน - ล้างหน้า - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดย Caregiver - ดูแลเตรียมให้ยาโดยญาติ - ดูแลเตรียมให้ยาโดย Caregiver - รับประทานยา - กายภาพบำบัดโดยญาติ - กายภาพบำบัดโดย Caregiver - ออกกำลังกาย - สวดมนต์ - เปลี่ยนผ้าอ้อม - นอนหลับ	**ผู้จัดทำ** น.ส.ฉัรณัฐ ขาวฟองชาญ **ผู้รับผิดชอบ** **ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้** 1) ..... สันแก้ว ..... (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป ..... 2) ..... 21/9/65 สันแก้ว ..... (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป .....

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายถาวร ฟูวงศ์ **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3571000413144	**ที่อยู่** 343 ม.10 ตำบลแม่เจดีย์ อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)** 0816817478	**วันที่จัดทำ** 21 เดือน กันยายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 23 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2504 (อายุ 60 ปี)	**วินิจฉัย** : ADL=2, TAI=13 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น** : รู้สึกตัวดี แขนขาซีกขวาอ่อนแรงเกรด0 แขนขาซีกซ้ายเกรด 4	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** NaN **บาท**	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก	**ระยะสั้น** - **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ณัฐชยา ขาวฟอง	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

ลงชื่อ.....**ผู้ปฏิบัติงาน (CM)**
(นา
(นางสาวฉัฐณัฐ ขาวฟองขาญ)
เจ้าพนักงานสาธารณสุข
เจ้าพนักงานสาธารณสุข

ลงชื่อ.....**เจ้าหน้าที่การเงิน**
(.....)

ลงชื่อ.....**อปท.**
(นายจักรพงษ์ อินต๊ะขอด)
ปลัดเทศบาล

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 17/64 **วันที่** 22/08/65

หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่เจดีย์

ชื่อ นายถาวร ฟูวงศ์ **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 3571000413144	**ที่อยู่** 343 ม.10 ตำบลแม่เจดีย์ อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย **หมายเลขโทรศัพท์** 0816817478	**จัดทำวันที่** 22 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2565 **วินิจฉัย :** ADL=2, TAI=13 **ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่** 3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** รู้สึกตัวดี แขนขาซีกขวาอ่อนแรงเกรด0 แขนขาซีกซ้ายเกรด 4
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต **ผู้สูงอายุ** - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง - อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า **ญาติ** - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น	**แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	**ข้อควรระวังในการให้บริการ** - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	**เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน)** -	**บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและinformal)** **อุปกรณ์ทางการแพทย์** - Urine Bag **บริการอื่นๆ** - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน - รถรับ-ส่ง ไปสถานบริการ (ให้มีตัวเลือกระหว่าง สธ/อปท/อื่นๆ)

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
วัดการหายใจ	วันละ 1 ครั้ง(กลางวัน)	✔	✔	✔		✔			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะโภชนาการ	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง	✔		✔					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
วัดอุณหภูมิ	วันละ 1 ครั้ง(กลางวัน)	✔	✔	✔		✔			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัย	เดือนละ 1 ครั้ง					✔			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
วัดสัญญาณชีพ	วันละ 1 ครั้ง(กลางวัน)	✔	✔	✔		✔			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ทาโลชั่น /น้ำมันมะกอก หรือผลิตภัณฑ์บำรุงผิวอื่นๆ	วันละ 1 ครั้ง(กลางวัน)	✔	✔	✔		✔			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
วัดชีพจร	วันละ 1 ครั้ง(กลางวัน)	✔	✔	✔		✔			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
เช็ดเนื้อผ้าอ้อม	วันละ 1 ครั้ง(กลางวัน)	✔		✔	✔	✔			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง	✔		✔					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมิน TAI I1 – I3 C2 – C4 B3 – B5	เดือนละ 1 ครั้ง	✔							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
สระผม	วันละ 1 ครั้ง(กลางวัน)	✔		✔					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ตัดเล็บ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		✔						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การจัดท่านอนป้องกันแผลกดทับ	วันละ 1 ครั้ง(กลางวัน)	✔	✔	✔		✔			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะเครียด ST5	เดือนละ 1 ครั้ง					✔			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง	✔							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	วันละ 1 ครั้ง(กลางวัน)	✔		✔	✔	✔			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	เดือนละ 1 ครั้ง					✔			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง	✔							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
วัดความดันโลหิต	วันละ 1 ครั้ง(กลางวัน)	✔	✔	✔		✔			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
พลิกตะแคงตัว	วันละ 1 ครั้ง(กลางวัน)	✔	✔	✔		✔			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต
- ล้างหน้า
- ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ
- ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดย Caregiver
- ทายภาพบำบัดโดยญาติ
- ทายภาพบำบัดโดย Caregiver

ผู้จัดทำ น.ส.ณัฐชยา ขาวฟอง
ผู้รับผิดชอบ ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 8 ชั่วโมง นาที/วัน

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้

1) ..... (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป
.....

2) ..... 21/9/65 (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป
.....

สำเนาคู่ฉบับ

ที่ ขร ๕๓๖๐๖ /ว ๖๐๙

สำนักงานเทศบาลตำบลแม่ขะจาน
ถนนแม่ขะจาน-วังเหนือ ๕๔๗๖๐

๑๙ กันยายน ๒๕๖๕

เรื่อง สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖

เรียน นางกรรณิการ์ เขตขันหล้า และนางสาวอภิญญา วรรณกุล

อ้างถึง บันทึกข้อตกลงการปฏิบัติหน้าที่อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น เลขที่ ๐๗/๒๕๖๕ ลงวันที่ ๒๙ ตุลาคม ๒๕๖๔

ตามบันทึกข้อตกลงฯ ที่อ้างถึง เทศบาลตำบลแม่ขะจาน ได้ทำความตกลงกับท่านในการปฏิบัติหน้าที่อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กำหนดระยะเวลาระหว่างวันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ ถึง วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕ เป็นเวลา ๑๑ เดือน โดยมีค่าตอบแทนเดือนละ ๕,๐๐๐ บาท นั้น

บัดนี้ ใกล้สิ้นสุดระยะเวลาดำเนินการตามบันทึกข้อตกลงการปฏิบัติหน้าที่อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นแล้ว ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินงานส่งเสริมและสนับสนุนคุณภาพชีวิตในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นไปอย่างต่อเนื่อง และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตและสุขภาวะที่ดี ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เทศบาลตำบลแม่ขะจาน จึงขอสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ และโปรดแจ้งให้เทศบาลทราบ ภายในวันที่ ๒๐ กันยายน ๒๕๖๕ เพื่อดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ

(นายสุคำ เขตขันหล้า)
รองนายกเทศมนตรี ปฏิบัติราชการแทน
นายกเทศมนตรีตำบลแม่ขะจาน

พิมพ์.....
ทาน/ตรวจ.....
ผู้ตรวจสอบ.....
รองปลัดองค์การบริหาร.....
ปลัดองค์การบริหาร..... ๑๙ กย. ๖๕

กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม
โทร. ๐-๕๓๗๘-๙๔๓๗ ต่อ ๑๕๒

อภิญญา วรรณกุล
กรรณิการ์ เขตขันหล้า

เทศบาลตำบลแม่ขะจาน
เลขรับ ๑๙๙๔/๒๕๖๕
วันที่ 16 ก.ย. 2565
เวลา ๑๖.๐๐ น.

หนังสือตอบรับเข้าร่วมโครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖

บ้านเลขที่ ๔๘๓ หมู่ที่ ๑ ตำบลแม่เจดีย์
อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย

๑๖ กันยายน ๒๕๖๕

เรื่อง สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลแม่ขะจาน

อ้างถึง หนังสือเทศบาลตำบลแม่ขะจาน ที่ ชร ๕๓๖๐๖/ว ๖๐๙ ลงวันที่ ๑๔ กันยายน ๒๕๖๕

ตามหนังสือที่อ้างถึง เทศบาลตำบลแม่ขะจาน สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ เพื่อปฏิบัติหน้าที่อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่เทศบาลตำบลแม่ขะจาน นั้น

ขอแจ้งให้ทราบว่า ข้าพเจ้า

☐ ยินดี เข้าร่วมโครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖

☑ ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ได้
เพราะ ติดภารกิจงานอื่น

☐ อื่น ๆ .....

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลแม่ขะจาน
- เพื่อโปรดทราบ / พิจารณา
- เห็นควรแต่งตั้ง เขตขันหล้า อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น เทศบาลตำบลแม่ขะจาน ตอบรับไม่สามารถเข้าร่วมโครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖
- เห็นควรประกาศรับสมัคร อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น เพื่อทดแทนตำแหน่งที่ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้

ขอแสดงความนับถือ

(นางกรรณิการ์ เขตขันหล้า)
อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
เทศบาลตำบลแม่ขะจาน

- เห็นชอบ, ดำเนินการ

(นายยุทธนา ปัญจศิลป์)
เจ้าพนักงานธุรการ

(นางสาวบังอร ใจเสมอ)
เจ้าพนักงานสาธารณสุข
๑๕ ก.ย. ๖๕

นายจักรพงษ์ อินต๊ะนะ
ปลัดเทศบาล

(นายเพียนชัย จันทร์เครือ)
นายกเทศมนตรีตำบลแม่ขะจาน

เทศบาลตำบลแม่ขะจาน
เลขรับ ๑๙๙๕/๒๕๖๖
วันที่ 19 ก.ย. 2565
เวลา ๑๐.๐๐ น.

หนังสือตอบรับเข้าร่วมโครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖

บ้านเลขที่ ๕๐ หมู่ที่ ๑๑ ตำบลแม่เจดีย์
อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย

๑๙ กันยายน ๒๕๖๕

เรื่อง สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลแม่ขะจาน

อ้างถึง หนังสือเทศบาลตำบลแม่ขะจาน ที่ ชร ๕๓๖๐๖/ว ๖๐๙ ลงวันที่ ๑๔ กันยายน ๒๕๖๕

ตามหนังสือที่อ้างถึง เทศบาลตำบลแม่ขะจาน สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ เพื่อปฏิบัติหน้าที่อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่เทศบาลตำบลแม่ขะจาน นั้น

ขอแจ้งให้ทราบว่า ข้าพเจ้า

☑ ยินดี เข้าร่วมโครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖

☐ ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ได้
เพราะ.....
.....

☐ อื่น ๆ .....

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลแม่ขะจาน
- เพื่อโปรดทราบ/พิจารณา
- น.ส.อภิญญา วรรณกุล อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น เทศบาลตำบลแม่ขะจาน ความจำนงยินดีเข้าร่วมโครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖
- เห็นควรจัดทำบันทึกข้อตกลงคุณธรรมฯ อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ประจำปี ๒๕๖๖

ขอแสดงความนับถือ

อภิญญา วรรณกุล
(นางสาวอภิญญา วรรณกุล)
อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
เทศบาลตำบลแม่ขะจาน

(นายยุทธนา ปัญจศิลป์)
เจ้าพนักงานธุรการ

(นางสาวบังอร ใจเสมอ)
เจ้าพนักงานสาธารณสุข
รรท.๑๑๐.๑๐๑๑
๑๙ ก.ย. ๖๕

นายจักรพงษ์ ลิขิตะนนท์
ปลัดเทศบาล

(นายเทียนชัย จันทร์เค
นายกเทศมนตรีตำบลแม่