

รายละเอียดโครงการ รหัสโครงการ : 207459

หน่วยจัดบริการ
รพ.สต.เทพราช

วันที่บันทึกโครงการ
14/01/2568

วันที่อนุ LTC อนุมัติ
06/12/2567

วันที่เริ่มต้นโครงการ
03/02/2568

วันที่สิ้นสุดโครงการ
01/02/2569

รายละเอียดรายบุคคลที่เสนอทำ Care Plan

+ เพิ่มเงื่อนไขการจ่าย

วงเงินที่นำมาพิจารณาอนุมัติ
459,448.00 บาท

วงเงินรวมอนุมัติรายบุคคล
459,448.00 บาท

วงการค้า
จ่าย 1 459448.00 บาท

ส.	เลขประจำตัวประชาชน	ชื่อ-สกุล	สิทธิ์	อายุ	AOI	กลุ่ม	TAI	เงินอนุมัติรายบุคคล	หมายเหตุ
1	3801400652135	นางนิ่ม แก้วแป้น	WEL	หญิง : 79 ปี	4	4	I2	10442.0	
2	3801400664516	นางสอง โตชนก	OFC	หญิง : 92 ปี	5	2	C3	10442.0	
3	3801400650841	นางแฉ่ม ยิ่งยงค์	OFC	หญิง : 90 ปี	5	1	B3	10442.0	
4	1807800035426	ด.ช.ชวนชม บุญทอง	WEL	ชาย : 20 ปี	3	3	I3	10442.0	
5	3801400182066	นายแฉล้ม ใจหาว่า	WEL	ชาย : 77 ปี	7	1	B3	10442.0	
6	3801400655452	นางถวิล ศรีใหม่	WEL	หญิง : 89 ปี	10	1	B3	10442.0	
7	5801400023673	นางยุพิน เพ็ชรเกลี้ยง	WEL	หญิง : 69 ปี	11	1	B3	10442.0	
8	3801400648251	น.ส.กุศล บุญเหลือ	WEL	หญิง : 59 ปี	7	1	B3	10442.0	
9	3801400655444	นายเฉย บุญเหลือ	WEL	ชาย : 92 ปี	5	2	C3	10442.0	
10	3801400187807	นางรอบ เพ็ชรรัตน์	WEL	หญิง : 90 ปี	4	3	I3	10442.0	
11	3801400649517	นางนุชรี นิยะกิจ	WEL	หญิง : 55 ปี	8	1	B3	10442.0	
12	3801400181396	นายจรัญ คงสิงห์	WEL	ชาย : 89 ปี	8	1	B3	10442.0	
13	3801400182392	นางหอม ขนอม	WEL	หญิง : 104 ปี	9	1	B3	10442.0	
14	3801400182899	นางบุญรอบ ทองอ่อน	OFC	หญิง : 92 ปี	2	3	I3	10442.0	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าเช่าเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางนัม แก้วแป้น เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3801400652135	ที่อยู่ 13 ม.7 ต.เทพราช อ.ลิขลิ จ.นครศรีธรรมราช หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 093-746427	วันที่จัดทำ 06 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 16 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2488 (อายุ 79 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=12 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ติดเตียง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สาลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 สัปดาห์ - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 สัปดาห์ ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.อมรรัตน์ ทองประพันธ์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

หน้า 1

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [น.ส.อมรรัตน์ ทองประพันธ์]

ลงชื่อ.....อปท.
 [.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 [.....]