

ระบุเงื่อนไขการค้นหาข้อมูล  download ข้อมูลทั้งหมดตามเงื่อนไขที่เลือก

เขต จังหวัด กองทุน

เขต 12 สงขลา ปัตตานี J3034:กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(องค์การบริหารส่วนตำบลวัด)

หน่วยสำรวจ ระบุคำค้นหา

แสดงข้อมูลทั้งหมด ค้นหาข้อมูล

Keyword เช่น เลขที่บัตรประชาชน หรือ ชื่อสกุล

ค้นหา:

#	เลขที่บัตรประชาชน	ชื่อ-นามสกุล	เพศ : อายุ	ADL	กลุ่ม	หน่วยสำรวจ	กองทุน	หมายเหตุ
1	3941000288222	นายมะ อาแด	ชาย : 92 ปี	10	1	รพ.สต.วัด	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(องค์การบริหารส่วนตำบลวัด)	
2	3941000286947	นางกะเจ๊ะ เมาะสุ	หญิง : 103 ปี	9	1	รพ.สต.วัด	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(องค์การบริหารส่วนตำบลวัด)	
3	3941000284081	นายจิ อีปง	ชาย : 81 ปี	7	2	รพ.สต.วัด	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(องค์การบริหารส่วนตำบลวัด)	
4	3941000457008	นางมีเนาะ เจ๊ะแว	หญิง : 81 ปี	5	2	รพ.สต.วัด	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(องค์การบริหารส่วนตำบลวัด)	ตาย : 23
5	3941000634601	นางปาดีเมาะ กาเซะ	หญิง : 55 ปี	5	2	รพ.สต.วัด	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(องค์การบริหารส่วนตำบลวัด)	
6	3941000381435	นางบีเตาะ ปาเซเลาะ	หญิง : 84 ปี	7	2	รพ.สต.วัด	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(องค์การบริหารส่วนตำบลวัด)	
7	3941000381303	นายมะแซ มะยี่	ชาย : 78 ปี	5	2	รพ.สต.วัด	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(องค์การบริหารส่วนตำบลวัด)	
8	3940200093190	นายมุดอ สะหล่า	ชาย : 86 ปี	4	3	รพ.สต.วัด	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(องค์การบริหารส่วนตำบลวัด)	
9	3941000449625	นางแวเนาะ คำนิง	หญิง : 73 ปี	7	2	รพ.สต.วัด	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(องค์การบริหารส่วนตำบลวัด)	
10	3941000291291	นายเจิม ชุมณี	ชาย : 92 ปี	3	4	รพ.สต.วัด	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(องค์การบริหารส่วนตำบลวัด)	ตาย : 13
11	3941000300389	นางมื่อติแย อาบวะ	หญิง : 74 ปี	3	4	รพ.สต.วัด	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(องค์การบริหารส่วนตำบลวัด)	
12	3940200242934	นายประภักดี โอชาอัมพวัน	ชาย : 98 ปี	3	4	รพ.สต.วัด	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(องค์การบริหารส่วนตำบลวัด)	
13	3941000388251	นางหาลีหะ สะเดาะ	หญิง : 64 ปี	8	2	รพ.สต.วัด	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(องค์การบริหารส่วนตำบลวัด)	
14	3941000284367	นางบีเตาะ ยูลอนิ	หญิง : 82 ปี	8	2	รพ.สต.วัด	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(องค์การบริหารส่วนตำบลวัด)	
15	3941000284391	นางมื่อติแย อีปง	หญิง : 80 ปี	7	2	รพ.สต.วัด	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(องค์การบริหารส่วนตำบลวัด)	
16	3941000272431	นางลีเปาะ ซาซุ	หญิง : 68 ปี	7	2	รพ.สต.วัด	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(องค์การบริหารส่วนตำบลวัด)	
17	1941000162699	น.ส.ปัทมา อีปง	หญิง : 32 ปี	7	2	รพ.สต.วัด	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(องค์การบริหารส่วนตำบลวัด)	ตาย : 28
18	3941000244101	น.ส.รูซายะ สาแล	หญิง : 51 ปี	4	3	รพ.สต.วัด	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(องค์การบริหารส่วนตำบลวัด)	ตาย : 13
19	3941000386283	นางสลาเมาะ สะเดาะ	หญิง : 88 ปี	7	2	รพ.สต.วัด	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(องค์การบริหารส่วนตำบลวัด)	ตาย : 04
20	3941000382822	นางมื่อติแย มะยี่	หญิง : 93 ปี	6	2	รพ.สต.วัด	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(องค์การบริหารส่วนตำบลวัด)	

แสดง 1 ถึง 20 ของ 43 เร็คคอร์ด

หน้าแรก ก่อนหน้า 1 2 3 ถัดไป หน้าสุดท้าย

ระบุเงื่อนไขการค้นหาข้อมูล  download ข้อมูลทั้งหมดตามเงื่อนไขที่เลือก

เขต	จังหวัด	กองทุน
เขต 12 สงขลา	ปัตตานี	J3034:กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(องค์การบริหารส่วนตำบลวัด)

หน่วยสำรวจ	ระบุคำค้นหา	 ค้นหาข้อมูล
แสดงข้อมูลทั้งหมด	<input type="text"/>	

Keyword เช่น เลขที่บัตรประชาชน หรือ ชื่อสกุล

ค้นหา :

#	เลขที่บัตรประชาชน	ชื่อ-นามสกุล	เพศ : อายุ	ADL	กลุ่ม	หน่วยสำรวจ	กองทุน	หมายเหตุ
41	1949900419111	ด.ญ.แวมีเนาะ เจ๊ะอูมา	หญิง : 22 ปี	4	4	รพ.สต.วัด	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(องค์การบริหารส่วนตำบลวัด)	
42	3950600390752	นายมาหามะยี้ดิง สาอิ	ชาย : 56 ปี	2	4	รพ.สต.วัด	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(องค์การบริหารส่วนตำบลวัด)	ตาย : 13-ส.ค.-
43	3941000300842	นางกะมาลลอ ยีอรา	หญิง : 88 ปี	10	1	รพ.สต.วัด	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(องค์การบริหารส่วนตำบลวัด)	ตาย : 14-มี.ย.-

แสดง 41 ถึง 43 ของ 43 เร็คคอร์ด

หน้าแรก ก่อนหน้า 1 2 3 ถัดไป หน้าสุดท้าย

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบประมาณสำหรับผู้ที่ภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาวเปาะ ชาญ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3941000272431	ที่อยู่ 145 ม.5 ต.วัด อ.ยะรัง จ.ปัตตานี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 27 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2499 (อายุ 67 ปี)	วินิจฉัย : ADL=7, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : CC ช่วยเหลือตนเองได้น้อยมา 1 ปี PI 1 ปีก่อนมาอ่อนเพลีย อ่อนแรงช่วยเหลือตนเองได้น้อย สายตามองไม่เห็นทั้งสองข้างทำกิจวัตรเองลำบากกลืนได้แต่ต้องมีคนช่วยพยุง รับประทานอาหารเองได้แต่ต้องมีคนจัดเตรียม กลืนปัสสาวะ/อุจจาระได้ PH เป็นโรคเบาหวานมา 3 ปี	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 3,800 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ -อัตรา50บาท/ชม.CGลงเยี่ยม2ครั้ง สองสัปดาห์ละ 1 ครั้ง(ครั้งละ2ชม.)จำนวน50บาท/ชม.X4ชม.เดือน=200บาท/เดือน=2,400บาท/ปี -อัตราค่าCM ลงพื้นที่50บาท/ครั้ง/เดือน(เดือนละ 1ครั้ง)ครั้งละ1ชม.จำนวนเงิน50บาท/ครั้งX12ครั้ง/ปี= 600บาท/ปี-อัตราค่าCare plane ฉบับละ 100 บาท/ปี-ค่าประเมิน ADL ครั้งละ 50บาท x2ครั้ง/ปี=100บาท/ปี ค่าอาหารเสริมนมสด สเตอริไลซ์ตราหมีแพ็ค 12 กระป๋องราคา150*4 แพ็คเป็นเงิน600 บาท	<ul style="list-style-type: none"> - ความสามารถในการมองเห็น - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา 	การดูแลพยาบาลทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ
<ul style="list-style-type: none"> - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ 	ระยะสั้น <ul style="list-style-type: none"> - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 2 เดือน ระยะยาว <ul style="list-style-type: none"> - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและมีที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ 	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้ป่วย
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.แสสาปิ่นะ แหวะยี่ ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM) นางสาวแสสาปิ่นะ แหวะยี่ (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ) ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน (.....)	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ ญาติผู้รับ ลงชื่อ.....นายเอก เตชะ (นายเอก เตชะ) ลงชื่อ.....นางสาวแสสาปิ่นะ แหวะยี่ (นางสาวแสสาปิ่นะ แหวะยี่)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายรอนิง อีปง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3941000288991	ที่อยู่ 25/4 ม.2 ต.วัด อ.ยะรัง จ.ปัตตานี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 27 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 19 เดือน กันยายน พ.ศ. 2511 (อายุ 55 ปี)	วินิจฉัย : ADL=8, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : CC ช่วยเหลือตนเองได้น้อยมา 4 ปี PI 4ปี ก่อนแขนขาอ่อนแรงข้างซ้ายช่วยเหลือตนเองลำบาก เคลื่อนไหวได้ต้องมีคนช่วยพยุง คาสายสวนปัสสาวะกลั้นปัสสาวะเองไม่ได้ PH HT มา 4 ปี DM 5 ปี	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 3,800 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ -อัตรา 50 บาท/ชม. CG ลงเยี่ยม 2 ครั้ง สองสัปดาห์ละ 1 ครั้ง (ครั้งละ 2 ชม.) จำนวน 50 บาท/ชม. X 4 ชม. เดือน = 200 บาท/เดือน = 2,400 บาท/ปี - อัตราค่า CM ลงพื้นที่ 50 บาท/ครั้ง/เดือน (เดือนละ 1 ครั้ง) ครั้งละ 1 ชม. จำนวนเงิน 50 บาท/ครั้ง X 12 ครั้ง/ปี = 600 บาท/ปี - อัตราค่า Care plane ฉบับละ 100 บาท/ปี - ค่าประเมิน ADL ครั้งละ 50 บาท x 2 ครั้ง/ปี = 100 บาท/ปี - ค่าอาหารเสริมนมสดสเตอริไลต์ตราหมีแพ็ค 12 กระป๋อง ราคา 150 บาท x 4 แพ็ค เป็นเงิน 600 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อม ทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพ บ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้นและ ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส. แวสาปิ่นะ แวหะยี่ ลงชื่อ <u>นางสาวแวสาปิ่นะ แวหะยี่</u> ผู้ปฏิบัติงาน (CM) (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ) ลงชื่อ <u>.....</u> เจ้าหน้าที่การเงิน (.....)	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ ญาติ/ผู้รับ ลงชื่อ <u>.....</u> นาย ก. อ. บ. ต. วัด (นายอำเภอ/ส.อ.บ.บ.) ลงชื่อ <u>.....</u> ผู้ปกครอง/ญาติ/ผู้รับ (นางสาว.....) ผู้ปฏิบัติงาน (CG) (นางสาว.....)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางมีดี อีปง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3941000284391	ที่อยู่ 38 ม.2 ต.วัด อ.ยะรัง จ.ปัตตานี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 27 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2487 (อายุ 79 ปี)	วินิจฉัย : ADL=8, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : CC ช่วยเหลือตนเองได้น้อยมา 1 ปี PI 1 ปี ช่วยเหลือตนเองได้น้อย เคลื่อนไหวเองลำบาก มีอาการชักกระตุกที่แขนและเท้าทั้งสองข้างเป็นช่วงๆ ทำกิจวัตรเองได้บ้าง กลืนปัสสาวะ/อุจจาระได้ปกติ เป็นโรคความดันโลหิตสูงมา 7 ปี และโรคเบาหวานมา 3 ปี	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 3,800 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ -อัตรา50บาท/ชม.CGลงเยี่ยม2ครั้ง สองสัปดาห์ละ 1 ครั้ง (ครั้งละ2ชม.) จำนวน50บาท/ชม.X4ชม.เดือน=200บาท/เดือน=2,400บาท/ปี -อัตราค่าCM ลงพื้นที่50บาท/ครั้ง/เดือน(เดือนละ 1ครั้ง)ครั้งละ1ชม.จำนวนเงิน50บาท/ครั้งX12ครั้ง/ปี= 600บาท/ปี-อัตราค่า Care plane ฉบับละ 100 บาท/ปี-ค่าประเมิน ADL ครั้งละ 50บาท x2ครั้ง/ปี=100บาท/ปี ค่าอาหารเสริมนมสดสเตอริไลต์ตราหมีแพ็ค 12 กระป๋องราคา150*4แพ็คเป็นเงิน 600 บาท	<ul style="list-style-type: none"> - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง 	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - การเคลื่อนย้าย <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์ 	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า 	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.แวสาปิ่นะ แวหะยี่ ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM) นางสาวแวสาปิ่นะ แวหะยี่ (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ) ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน (.....)	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ ญาติ/ผู้รับ ลงชื่อ.....นายกา ออบต.วัด (นายอำเภอ-ยะรัง) นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CG) (น.ส. ระวิภา ยุธิยะ)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เดือน/ราย/ปี)

ชื่อ นางแม่ สะเตาะ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3941000386038	ที่อยู่ 45 ม.5 ต.วัด อ.ยะรัง จ.ปัตตานี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 27 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2479 (อายุ 87 ปี)	วินิจฉัย : ADL=8, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : CC ช่วยเหลือตนเองได้น้อยมา 5 ปี PI 5ปี ช่วยเหลือตนเองได้น้อย รับประทานอาหารเองได้แต่ต้องมี คนจัดเตรียม เคลื่อนไหวได้แต่ต้องมีคนพยุง PH เป็นโรคความดันโลหิตสูงมา 8ปี	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 3,800 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ -อัตรา50บาท/ชม.CGลงเยี่ยม2ครั้ง สองสัปดาห์ละ 1 ครั้ง (ครั้งละ2ชม.)จำนวน50บาท/ชม.X4ชม.เดือน=200บาท/เดือน=2,400บาท/ปี - อัตราค่าCM ลงพื้นที่50บาท/ครั้ง/เดือน(เดือนละ 1ครั้ง)ครั้งละ2ชม.จำนวนเงิน50 บาท/ครั้งX12ครั้ง/ปี= 600บาท/ปี-อัตราค่าCare plane ฉบับละ 100 บาท/ปี- ค่าประเมิน ADL ครั้งละ 50บาท x2ครั้ง/ปี=100บาท/ปี ค่าอาหารเสริมนมสด เตอร์ไรด์ตราหมีแพ็ค 12 กระป๋องราคา150*4แพ็คเป็นเงิน600 บาท	<ul style="list-style-type: none"> - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ความสามารถในการได้ยิน 	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - หู (ears) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์ 	ระยะสั้น - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.แวงสาปินะ แวหะยี่ ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM) นางสาวแวงสาปินะ แวหะยี่ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน (.....)	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ ญาติ/ผู้ป่วย ลงชื่อ.....นายกฯ อบต.วัด(นายอำเภอ สะเตาะ) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลวัด ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CG)(นางสาว.....)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าบริการ ค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาวเสาะ ชาราเซ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3941000279673	ที่อยู่ 110 ม.1 ต.วัด อ.ยะรัง จ.ปัตตานี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 27 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2490 (อายุ 76 ปี)	วินิจฉัย : ADL=8, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : CC ช่วยเหลือตนเองได้น้อย มา 3 ปี PI 3ปีก่อน ช่วยเหลือตนเองได้บ้างแต่ต้องมีคนช่วยพยุง น้ำหนัก ตัวมาก ลูกนั่งลำบาก รับประทานอาหารเองได้ ปัสสาวะ/อุจจาระได้ปกติ	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 3,800 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ -อัตรา50บาท/ชม.CGลงเยี่ยม2ครั้ง สองสัปดาห์ละ 1 ครั้ง(ครั้งละ2ชม.)จำนวน50บาท/ชม.X4ชม.เดือน=200บาท/เดือน=2,400บาท/ปี -อัตราค่าCM ลงพื้นที่50บาท/ครั้ง/เดือน(เดือนละ 1ครั้ง)ครั้งละ1ชม.จำนวนเงิน50 บาท/ครั้งX12ครั้ง/ปี= 600บาท/ปี-อัตราค่าCare plane ฉบับละ 100 บาท/ปี-ค่า ประเมิน ADL ครั้งละ 50บาท x2ครั้ง/ปี=100บาท/ปี-ค่าอาหารเสริมนมสดสเตอไรไลต์ ตราหมีแพะ 12 กระป๋องราคา 150บาทx4แพ็คเป็นเงิน600บาท	<ul style="list-style-type: none"> - ความสามารถในการมองเห็น - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ 	การดูแลพยาบาลทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดลอมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ <ul style="list-style-type: none"> - ตา (eyes) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ 	ระยะสั้น - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทาน ข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและมีที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.แสวงสินะ แวหะยี่ ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM) นางสาวแสวงสินะ แวหะยี่ (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ) ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน (.....)	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ ญาติ/ผู้ป่วย ลงชื่อ.....นายกา อบต.วัด (นายอานต์ สะเตาะ) (.....) นางกมลวรรณ วัฒนศิริ ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CG) (น.ส. อัมมิกา วิชาญ)	

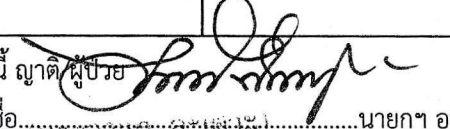
แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มิภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาวเดาะ อีปง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3941000276780	ที่อยู่ 68 ม.1 ต.วัด อ.ยะรัง จ.ปัตตานี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 27 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2488 (อายุ 78 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : CC กล้ามเนื้อแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง มา 6 ปี PI 6 ปี แขนขาซ้ายอ่อนแรง ซึมเศร้า ช่วยเหลือตนเองได้น้อย รับประทานอาหารเองได้เคลื่อนไหวร่างกายเองได้โดยการเกาะยืน ขับถ่ายปัสสาวะ/อุจจาระปกติ PH เป็นความดันโลหิตสูง มา 8 ปี	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 2,600 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ -อัตรา50บาท/ชม..CGลงเยี่ยม1ครั้ง เดือนละ 1 ครั้ง (ครั้งละ2ชม.)จำนวน 50บาท/ชม.X2ชม.เดือน=100บาท/เดือน=1200บาท/ปี -อัตราCM ลงพื้นที่50บาท/ครั้ง/เดือน เดือนละ1ครั้ง ครั้งละ1ชม.จำนวนเงิน50บาท/ครั้งX12 เดือน = 600 บาท/ปี -อัตราค่าCare plane ฉบับละ 100 บาท/ปี = 100 บาท/ปี - ค่าประเมินADL50บาท/ครั้ง*2/ปี= 100บาท- ค่าอาหารเสริมนมสด สเตอริไลต์ตราหมีแพะ 12 กระป๋องราคา 150บาทx4แพ็คเป็นเงิน 600 บาท	- ความสามารถในการได้ยิน - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - หู (ears) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - การหลงทาง	ระยะสั้น - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.แสสาปิ่นะ แวหะยี่ ลงชื่อ.....นางสาวแสสาปิ่นะ แวหะยี่.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM) (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ) ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน (.....)	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ ญาติ/ผู้ขอ ลงชื่อ.....นายชบะระ แสงทงษ์.....นายก อบต.วัด นายกองค์การบริหารส่วนตำบลวัด ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CG) (นาง วนิดา ชุมพลา)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหนือ จ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางมอติแย มะยี่ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3941000382822	ที่อยู่ 45 ม.4 ต.วัด อ.ยะรัง จ.ปัตตานี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 27 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2474 (อายุ 92 ปี)	วินิจฉัย : ADL=6, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : CC 3 ช่วยเหลือตนเองได้น้อยมา 3 ปี PI 3 ปีก่อน อ่อนเพลียอ่อนแรงเคลื่อนไหว เองลำบาก ลูกนั่งลำบาก ต้องมีคนดูแลอยู่ใกล้ชิด รับประทานอาหารเองได้ ทำกิจวัตรประจำวันเองได้ กลั้นปัสสาวะ/อุจจาระเองได้ ปฏิเสธโรคประจำตัว	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 3,800 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ -อัตรา50บาท/ชม.CGลงเยี่ยม2ครั้ง สองสัปดาห์ละ 1 ครั้ง(ครั้งละ2ชม.) จำนวน50บาท/ชม.X4ชม.เดือน=200บาท/เดือน=2,400บาท/ปี -อัตราค่าCM ลงพื้นที่50บาท/ครั้ง/ เดือน(เดือนละ 1ครั้ง)ครั้งละ1ชม.จำนวนเงิน50บาท/ครั้งX12ครั้ง/ปี= 600บาท/ปี-อัตราค่าCare plane ฉบับละ 100 บาท/ปี-ค่าประเมิน ADL ครั้งละ 50บาท x2ครั้ง/ปี=100บาท/ปี-ค่าอาหาร เสริมนมสดสเตอริไลต์ตราหมีแพะ 12 กระป๋องราคา 150บาทx4แพ็คเป็นเงิน600บาท	- อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - หู (ears) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - การหลงทาง - การกินอาหาร/สาลักอาหาร	ระยะสั้น - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.แสวาปิ่นะ แวหะยี่ ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM) (นางสาวแสวาปิ่นะ แวหะยี่) ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน (.....)	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ ญาติ/ผู้ปวย ลงชื่อ.....นายก อบต.วัด (นาย.....) (นาง.....) นางกมลวรรณ วัฒนศิริ ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CG) (นาง แสวาปิ่นะ แวหะยี่)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบประมาณสำหรับผู้ที่ภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าบริการ เหนือจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางแอสละ มะยี่ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3941000381508	ที่อยู่ 32 ม.4 ต.วัด อ.ยะรัง จ.ปัตตานี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 27 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2479 (อายุ 87 ปี)	วินิจฉัย : ADL=8, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : CC พุดไม่รู้เรื่องมา 6ปี PI 6ปีพุดคุยไม่รู้เรื่อง พุดคนเดียวไม่ทำร้ายผู้อื่น ถามคำตอบคำ เคลื่อนไหวช้าต้องมีคนช่วยพยุง รับประทานอาหารได้กลืนปัสสาวะ/อุจจาระได้ PH จัดเวรมา 7 ปี	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 3,800 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ -อัตรา50บาท/ชม.CGลงเยี่ยม2ครั้ง สองสัปดาห์ละ 1 ครั้ง(ครั้งละ 2ชม.)จำนวน50บาท/ชม.X4ชม.เดือน=200บาท/เดือน=2,400บาท/ปี -อัตราค่าCM ลงพื้นที่50บาท/ครั้ง/เดือน(เดือนละ 1ครั้ง)ครั้งละ1ชม.จำนวนเงิน50บาท/ครั้งX12ครั้ง/ปี= 600บาท/ปี-อัตราค่าCare plane ฉบับละ 100 บาท/ปี-ค่าประเมิน ADL ครั้งละ 50บาท x2ครั้ง/ปี=100บาท/ปี ค่าอาหารเสริมนมสดสเตอไรส์ลดน้ำตาลมีแพ็ค 12 กระป๋องราคา 150*4แพ็คเป็นเงิน600 บาท	- ความสามารถในการได้ยิน - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลาย ความเครียด - สมอ (Brain) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การหลงทาง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 3 เดือน - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.แวสาป๊ะ แวหะยี่ ลงชื่อ: <u>นางสาวแวสาป๊ะ แวหะยี่</u> ผู้ปฏิบัติงาน (CM) (นางสาวแวสาป๊ะ แวหะยี่) ลงชื่อ:เจ้าหน้าที่การเงิน (.....)	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ ญาติ/ผู้บริบาล  ลงชื่อ: <u>(นายอานันท์ ละม้าย)</u> นายก อบต.วัด (.....) (นางสาวแวสาป๊ะ แวหะยี่) ลงชื่อ: <u>(นางสาวแวสาป๊ะ แวหะยี่)</u> ผู้ปฏิบัติงาน (CG) (นางสาวแวสาป๊ะ แวหะยี่)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเก็บค่าบริการ จ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางแยงะ ดันหยง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3941000384345	ที่อยู่ 65/1 ม.4 ต.วัด อ.ยะรัง จ.ปัตตานี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 27 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2492 (อายุ 74 ปี)	วินิจฉัย : ADL=8, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : CC ช่วยเหลือตนเองได้น้อยมา 4 ปี PI 4 ปี ช่วยเหลือตนเองได้แต่ต้องมีคนช่วย สายตามองเห็นเลือนลางทั้งสองข้างทำกิจวัตรเองได้แต่ต้องมีคนช่วย ลูกนั่งเองลำบาก เคลื่อนไหวแต่ในบ้าน พูดคุยได้ตอบรู้อะไร กัดฟันปัสสาวะ/อุจจาระ เองได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 8,800 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ -อัตรา50บาท/ชม.CGลงเยี่ยม2ครั้ง สองสัปดาห์ละ 1 ครั้ง(ครั้งละ2ชม.) จำนวน50บาท/ชม.X4ชม.เดือน=200บาท/เดือน=2,400บาท/ปี -อัตราค่าCM ลงพื้นที่50บาท/ครั้ง/เดือน(เดือนละ 1ครั้ง)ครั้งละ1ชม.จำนวนเงิน50บาท/ครั้งX12ครั้ง/ปี= 600บาท/ปี-อัตราค่า Care plane ฉบับละ 100 บาท/ปี-ค่าประเมิน ADL ครั้งละ 50บาท x2ครั้ง/ปี=100บาท/ปี ค่าอาหารเสริมนมสดสเตอไรล์ตราหมีแพ็ค 12 กระป๋องราคา150*4แพ็คเป็นเงิน 600 บาท -ค่ารถเข็นนั่ง ราคา 5000 บาท	<ul style="list-style-type: none"> - ความสามารถในการไต่ขึ้น - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง 	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - การเคลื่อนย้าย <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ตา (eyes) <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การพลัดตกหกล้ม 	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ 	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.แวสาป๊ะ แวหะยี่ ลงชื่อ.....นางสาวแวสาป๊ะ แวหะยี่.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM) (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ) ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน (.....)	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ ญาติ/ผู้ป่วย ลงชื่อ.....(นายอานันท์ สอนะใจ).....นายกา อบต.วัด นายกองค์การบริหารส่วนตำบลวัด ลงชื่อ.....นางแวสาป๊ะ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CG) (นางแวสาป๊ะ น.ส.)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 บริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ น.ส.ชากิหนะ แมฮอดำ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1941000006093	ที่อยู่ 88/1 ม.3 ต.วัด อ.ยะรัง จ.ปัตตานี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 27 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 08 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2527 (อายุ 39 ปี)	วินิจฉัย : ADL=8, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : CC ช่วยเหลือตนเองได้น้อยตั้งแต่เกิด PI 22 ปีก่อนช่วยเหลือตนเองได้น้อย เคลื่อนไหวได้ ต้องมีคนมาช่วย กลืนปัสสาวะ/อุจจาระได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 3,800 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ -อัตรา50บาท/ชม.CGลงเยี่ยม2ครั้ง สองสัปดาห์ละ 1 ครั้ง(ครั้งละ2ชม.) จำนวน50บาท/ชม.X4ชม.เดือน=200บาท/เดือน=2,400บาท/ปี -อัตราค่าCM ลงพื้นที่50บาท/ ครั้ง/เดือน(เดือนละ 1ครั้ง)ครั้งละ1ชม.จำนวนเงิน50บาท/ครั้งX12ครั้ง/ปี= 600บาท/ปี-อัตราค่า Care plane ฉบับละ 100 บาท/ปี-ค่าประเมิน ADL ครั้งละ 50บาท x2ครั้ง/ปี=100บาท/ปี ค่าอาหารเสริมนมสดสเตอริไลต์ตราหมีแพ็ค 12 กระป๋องราคา150*4แพ็คเป็นเงิน600 บาท	- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - การกินอาหาร/สำลักอาหาร	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือ ดีขึ้น ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.แสสาปิ่นะ แวหะยี่ ลงชื่อ.....นางสาวแสสาปิ่นะ แวหะยี่.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM) (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ) ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน (.....)	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ ญาติ/ผู้ช่วย ลงชื่อ.....นายภา ออบ.วัด (นายอานต์ ละเตาะ) ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง/กรรมการส่วนตำบล.....ผู้ปฏิบัติงาน (CG) (นาง รอนาห์ ลาเป)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 บริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดค่าใช้จ่ายบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ ด.ญ.แวมี่เนาะ เจ๊ะอูมา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1949900419111	ที่อยู่ 76/1 ม.3 ต.วัด อ.ยะรัง จ.ปัตตานี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 27 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 30 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2544 (อายุ 22 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=I1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : CC ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ตั้งแต่เกิด Pi 21ปีก่อน ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ สวมใส่ผ้าอ้อมตลอดเวลา แขนขาทั้งสองข้าง พุดไม่ชัดเจน	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 9,200 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ -อัตรา50บาท/ชม.CGลงเยี่ยม4ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง(ครั้งละ2 ชม.)จำนวน50บาท/ชม.X8ชม.เดือน=400บาท/เดือน=4800บาท/ปี -อัตราค่าCMลงพื้นที่ 50บาท/ครั้ง/เดือน(เดือนละ1ครั้ง)ครั้งละ1ชม.จำนวนเงิน50บาท/ครั้งx12ครั้ง/ปี=600 บาท/ปี-อัตราค่าCare plane ฉบับละ 100บาท/ปี-ค่าประเมินADL 50บาท/ครั้ง*2ครั้ง/ปี=100บาท-ค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่ เบอร์ M 200 ชิ้น*15บาท/ชิ้น=เงิน 3000บาท/ปี-ค่าอาหารเสริมนมสดสเตอไรล์ตราหมีแพ็ค 12 กระป๋องราคา 150บาทx4แพ็คเป็นเงิน600บาท	<ul style="list-style-type: none"> - กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ช่องปากไม่สะอาด - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ 	การดูแลพยาบาลทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> - โภชนาการ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การอาบน้ำ - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) การดูแลพยาบาลเฉพาะ <ul style="list-style-type: none"> - สมอง (Brain) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตกร 	ระยะสั้น <ul style="list-style-type: none"> - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 วัน ระยะยาว <ul style="list-style-type: none"> - ไม่เกิดผลกดทับ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ 	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.แวสาป๊ะ แวหะยี่ ลงชื่อ.....นางสาวแวสาป๊ะ แวหะยี่.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM) (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ) ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน (.....)	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ ญาติผู้ป่วย ลงชื่อ.....นายอาเต สะเดาะ.....นายก อบต.วัด (.....) ลงชื่อ.....นายกองดการเวรสวนตำบลวัด (นาง สอนาน กวาทเน ..)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดค่าบริการ เหนือจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางแม่โละ กะมาแม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3941000299585	ที่อยู่ 155 ม.3 ต.วัด อ.ยะรัง จ.ปัตตานี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 27 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2484 (อายุ 82 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : CC ช่วยเหลือตนเองได้น้อยมา 6 ปี PI 6 ปีเคลื่อนไหวลำบากช่วยเหลือตนเองได้แต่ต้องมีคนช่วยดู ข้างๆPH เป็นความดันโลหิตสูงมา 8 ปี	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 3,800 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ -อัตรา50บาท/ชม.CGลงเยี่ยม2ครั้ง สองสัปดาห์ละ 1 ครั้ง(ครั้งละ2ชม.)จำนวน50บาท/ชม.X4ชม.เดือน=200บาท/เดือน=2,400บาท/ปี - อัตราค่าCM ลงพื้นที่50บาท/ครั้ง/เดือน(เดือนละ 1ครั้ง)ครั้งละ1ชม.จำนวนเงิน50 บาท/ครั้งX12ครั้ง/ปี= 600บาท/ปี-อัตราค่าCare plane ฉบับละ 100 บาท/ปี-ค่า ประเมิน ADL ครั้งละ 50บาท x2ครั้ง/ปี=100บาท/ปี ค่าอาหารเสริมนมสดสตอริ ไลต์ตราหมีแพะ 12 กระป๋องราคา150*4 แพะเป็นเงิน 600 บาท	- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - หู (ears) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพ บ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การพลัดตกหกล้ม	ระยะสั้น - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน - พันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.แวสาป๊ะ แวหะยี่ ลงชื่อ.....นางสาวแวสาป๊ะ แวหะยี่.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM) (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ) ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน (.....)	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ ญาติ/ผู้ช่วย ลงชื่อ.....นายกา ออบต.วัด (นายอาแด สะหะระ) ลงชื่อ.....นายกองศักดิ์ ธรรมสารส่วนตำบลวัด (น.ส. นิสะ ชูโงะ).....ผู้ปฏิบัติงาน (CG)	