



เทศบาลตำบลพรุฬห์
 รับที่ 1089
 วันที่ 25 ส.ค. 2566
 เวลา 10.00 น.

ที่ สฎ ๕๑๐๐๖.๖๕/๔๒๐

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านช่องช้าง
 ตำบลพรุฬห์ อำเภอบ้านนาสาร

จังหวัดสุราษฎร์ธานี ๘๔๒๗๐

๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๖

ฝ่ายปกครอง
 รับที่ 598
 วันที่ 25 ส.ค. 2566
 เวลา 10.1๒ น.

เรื่อง แจ้งรายชื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเสียชีวิต

เรียน ประธานคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านช่องช้าง ตำบลพรุฬห์ อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี ได้ทำโครงการเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่เทศบาลตำบลพรุฬห์ และขอรับการสนับสนุนงบประมาณ เพื่อเป็นค่าบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามชุดสิทธิประโยชน์แบบท้ายประกาศกรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ.๒๕๕๙ ลงวันที่ ๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙ ชุดสิทธิประโยชน์ และอัตราการชดเชยค่าบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (เหมาจ่าย/ราย/ปี) นั้น ขณะทำโครงการมีผู้สูงอายุเสียชีวิต ๑ รายได้แก่ นายอวยพร คงพูนพิน อายุ ๘๖ ปี เลขบัตรประชาชน ๓-๘๔๑๒-๐๐๓๒๘-๕๖-๓ เสียชีวิตเมื่อวันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๕

นางพ
 อ.พิทักษ์

เรียน นางพกฯ / ปลัดฯ จึงเรียนมาเพื่อทราบ และแจ้งผู้เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไป

จาก รพ.สต. พรุฬห์ ได้แจ้ง
 รายชื่อผู้สูงอายุพึ่งพิงเสียชีวิต
 จำนวน 1 ราย เมื่อวันที่ 21
 ส.ค. 2566 ได้แก่ นายอวยพร
 คงพูนพิน อายุ 86 ปี

ขอแสดงความนับถือ (นายวันชัย ตั้งฐานานุกิตต์)

[Signature]

รองนายกเทศมนตรีตำบลพรุฬห์ ปฏิบัติราชการแทน

นายกเทศมนตรีตำบลพรุฬห์

(นายมีเดช บุญอินทร์)

25 ส.ค. 2566

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านช่องช้าง

เพื่อโปรดทราบ

[Signature]

๒๕ ส.ค. ๒๕๖๖ ๒๕ ส.ค. ๖๖

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านช่องช้าง

โทร ๐-๗๗๙๕-๐๖๓๓

[Signature]

[Signature]

๒๕ ๘๐๖๖

[Handwritten notes]
 ๑๑๑ 11๒๖/๖๖
 ๐๘/๑๑๒๖/๖๖

[Signature]
 ๒๕ ส.ค. ๖๖

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดระเบียบค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นายอวยพร คงพูนพิน เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3841200328563	ที่อยู่ 58 หมู่ 7 ตำบลพรุที อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0648328594	วันที่จัดทำ 08 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2480 (อายุ 86 ปี)	วินิจฉัย : ADL=2, TAI=12 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง หูไม่ค่อยได้ยินทั้ง 2 ข้าง ใช้ไม้เท้าช่วยเดิน	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,147 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ฟ้าอ้อมสำเร็จรูปไลฟ์รี แบบ เทป L 399 x13 = 5,187 บาท ค่าCGเหม่าจ่าย 960 บาท	- ความสามารถในการได้ยิน - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - กลืนπισสาวะไม่ได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนπισสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
ต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพทย์ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร	ระยะสั้น - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 2 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.แก้วกาญจน์ บัวมาก	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....*หม่อม*.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
(*นางสาวกวิกาพร บัวมาก*)

ลงชื่อ.....*หม่อม*.....อปท.
(.....)

ลงชื่อ.....*หม่อม*.....เจ้าหน้าที่การเงิน
(*น.ส.กชกร บัวมาก*)

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/86 วันที่ 08/05/66
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านช่องช้าง ตำบลพรหมสี

<p>ชื่อ นายอวยพร คงพูนพิง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3841200328583</p>	<p>ที่อยู่ 58 หมู่ 7 ตำบลพรหมสี อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี หมายเลขโทรศัพท์ 0648328594</p>	<p>จัดทำวันที่ 08 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2566 วิจัยวัย: ADL=2, TAI=2 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น: ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ชูไม่ค่อได้อื่นทั้ง2 ข้าง ใช้ไม้เท้าช่วยเดิน</p>
<p>แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากรักษาสุขภาพตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ ญาติ - อยากรักษาสุขภาพผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น - อยากรักษาสุขภาพผู้สูงอายุให้แข็งแรงขึ้น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็นผ้าอ้อม</p>	<p>แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ</p>	<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร</p>
<p>ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - ความสามารถในการได้ยิน - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - กลืนπισสาวะไม่ได้</p>	<p>เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 2 เดือน</p>	<p>บริการนอกเหนือรายการคิดค่าบริการ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ informal) บริการอื่นๆ - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน</p>

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
เตรียมอาหาร	วันละ 3 ครั้ง(เช้า กลางวัน เย็น)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	ครอบครัว
. ฝึกภาวะโภชนาการ	ทำครั้งเดียว					<input checked="" type="checkbox"/>			พยาบาล
ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	ทำครั้งเดียว					<input checked="" type="checkbox"/>			พยาบาล
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง					<input checked="" type="checkbox"/>			นักกายภาพบำบัด
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	<input checked="" type="checkbox"/>							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT (มีรหัสใน SP PP)	ทำครั้งเดียว					<input checked="" type="checkbox"/>			พยาบาล
เปลี่ยนผ้าอ้อม	วันละ 2 ครั้ง(เช้า เย็น)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	ครอบครัว
ประเมินความก้าวหน้า	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	<input checked="" type="checkbox"/>							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)

<p>กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - ตื่นนอน - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ - รับประทานยา - กายภาพบำบัดโดย Caregiver - เปลี่ยนผ้าอ้อม - นอนหลับ</p>	<p>ผู้จัดทำ น.ส.แก้วกาญจน์ บัวมาก ผู้รับผิดชอบ นางชญาณีนันท์ ณะวงศ์ ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง นาที/สัปดาห์ ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1) <u>นาง อ.ส.ม.หญิง คงพูนพิง</u> (ผู้ป่วย/ญาติ) วัตถุประสงค์ <u>8/5/66</u> 2) (ผู้ป่วย/ญาติ) วัตถุประสงค์</p>
---	---