

รายชื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประจำเดือน มิถุนายน ๒๕๖๔
ในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านม่วง อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ที่อยู่	อายุ	หมายเหตุอาการ
๑	นางมู เล็กโล่ง	๘๖ ม.๒ ต.บ้านม่วง	๙๙ ปี	ผู้สูงอายุ ช่วยเหลือตนเอง ไม่ได้ ไม่มีโรคประจำตัว อ่อนแรง แขน ขา
๒	นายย้อย แยมทิพย์	๖๒ ม.๓ ต.บ้านม่วง	๗๑ ปี	ผู้สูงอายุ โรคประจำตัวเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ช่วยเหลือ ตนเองได้เล็กน้อย อ่อนแรง กำลัง แขน ขา
๓	นายเมือง ดัดพันธ์	ม.๔ ต.บ้านม่วง	๖๔ ปี	ผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมอง ชักขวา อ่อนแรงใส่สายสวน ปัสสาวะ
๔	นายเรียง พูลสุวรรณ	๒๘ ม.๓ ต.บ้านม่วง	๘๓ ปี	-ผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมอง ชักซ้ายอ่อนแรง การปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันต้องมีคนช่วย
๕	นายเชียน วังมะนาว	๒๖ ม.๔ ต.บ้านม่วง	๗๘ ปี	ผู้สูงอายุ อ่อนเพลีย อ่อนแรง ท่อนล่าง จากโรคประจำตัว
๖	นางโอง ดอกสร้อย	๖๘/๑ ม.๕ ต.บ้านม่วง	๙๒ ปี	ผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง รูปร่างอ้วน ช่วยเหลือตนเองได้ น้อย อ่อนแรง ขาทั้ง ๒ ข้าง
๗	นางเคลื่อน แคะจู	๓๓/๑ ม.๗ ต.บ้านม่วง	๘๙ ปี	-ผู้สูงอายุ ติดเตียง ไม่มีโรค ประจำตัว ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ อ่อนแรง ท่อนล่าง
๘	นางละออง สุธาพนัน	๘๔ ม.๘ ต.บ้านม่วง	๘๙ ปี	ผู้สูงอายุ ป่วยโรคความดัน โลหิตสูง พักขาขา ๑ ข้าง ช่วยเหลือตนเองได้น้อย

แผนการดูแลรายบุคคล(Care Plan) โครงการอาสาสมัครบริการท้องถิ่นเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประจำปี พ.ศ. 2563
พื้นที่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล / อบต.) ชื่อ บ้านม่วง อำเภอ บ้านม่วง จังหวัดราชบุรี

คำชี้แจง ให้ใส่ ☒ และตัวเลข หน้าหัวข้อรายการที่ต้องการตรงกับสภาพผู้สูงอายุ

ชื่อผู้สูงอายุ : <u>นางมยุรี เล็กโง</u> เลขบัตรประจำตัวประชาชน : <u>3700500028598</u> วันเดือนปีเกิด : <u>2465</u> อายุ : <u>99</u> ปี	ที่อยู่ : <u>86 หมู่ 2</u> เบอร์โทรศัพท์ :	วินิจฉัย : ADL = 0 TAI = 13 กลุ่มที่ : 3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ ชราเวช แพทย์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่ต้องการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ : ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ตั้งแต่ขึ้นจากที่เป็นอยู่ อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น	แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) ☐ กินอาหารเองได้/ช่วยตัวเองได้ ☒ ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ☐ ว่างเวลาออกไปอย่างสงบ ☐ ที่อยู่อาศัยเหมาะสม ☐ มีอาชีพรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ ☐ เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ ☐ ไม่มีภาวะซึมเศร้า ☒ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง ☒ ไม่เกิดแผลกดทับ	ข้อควรระวังในการให้บริการ ☐ การกินอาหาร/หลักอาหาร ☐ การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย ☐ การพลัดตกหกล้ม ☐ การทรมานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์ ☐ การหลงทาง ☐ ข้อคิด/หรือข้อเท็จจริง ☐ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ☐ ผู้สูงอายุถูกทำร้าย ☐ อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ
ญาติ : ☐ อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล ☐ อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ☒ อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลสลับเปลี่ยน ☐ อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่รับอยู่ ☒ อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์จำเป็น/กายอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ไม้เท้า ชุดทำแผล เตียง ที่นอนลม.....		

ความต้องการในการดำรงชีวิต

ต้องการเห็น
การได้ยิน
งรายได้ในการดำรงชีวิต
ไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ
อ/หลวม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ
ถึงกำลังมือแขน ขา
แวมพื้นและเพื่อกักน้ำ
วลา
ไม่ได้
หารเองได้
องได้
ยลำพังต้องมีคนช่วยพยุง
ยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงิน
ส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชนเช่นชมรมผู้สูงอายุ/
นย์พัฒนาและฝึกอาชีพผู้สูงอายุ
ีการ(ให้ตัวเลือกการระหว่าง สส./อปท./อื่นๆ)
บ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม
ชีพ
/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น 3 เดือน

☐ ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน
ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
☒ พื้นฟูสถานะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพ
หรือดีขึ้น ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน
☐ แผลหาย ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
☐ ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน
☐ ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน.....ว/ส/ด
การได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทาง
การแพทย์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
☐ การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์
ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
☐ ไม่เกิดการติดเชื้อของแผล/ระบบทางเดินปัสสาวะ
/ระบบทางเดินหายใจ ภายใน.....ว/ส/ด

☐ อาการหลวมดีขึ้นภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
☐ ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม
ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
☐ ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดินได้ด้วยตนเอง
อาบนำเองได้ทานข้าวเองได้ขับถ่ายเองได้
ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
☐ ประสานพันบุคคลากรในพื้นที่
ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
☐
☐
☐

บริการนอกเหนือรายสัปดาห์(รวมการช่วยเหลือ
ของครอบครัวและ informal)

* อุปกรณ์ทางการแพทย์

☐	Syring	☐	เตียง
☐	Urine bag	☐	ที่นอนลม
☐	สาย NG tube	☐	
☐	สาย Foley's cath	☐	
☐	เครื่องผลิตออกซิเจน	☐	
☐	เครื่องพ่นยา	☐	
☐	อุปกรณ์ทำแผล	☐	
☐	เครื่องดูดเสมหะ	☐	

* กายอุปกรณ์

☐	กระดานบริหารข้อเข่า	☐	เตียงฝึกยืน
☐	กระดานล้อเลื่อน	☐	เครื่องช่วยฟัง
☐	ดัมเบลยกน้ำหนัก	☐	แว่นสายตา
☐	ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก	☐	
☐	รถเข็นนั่ง	☐	
☐	ไม้ค้ำยัน	☐	
☐	ไม้เท้าช่วยพยุง	☐	
☐	ไม้ฝึกกำลังแขน	☐	
☐	ไม้ยืนนั่ง	☐	
☐	รอกเคลื่อนไหว	☐	
☐	ราวฝึกยืนและเดิน	☐	

กิจกรรมการดูแล		ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)	หมายเหตุ
การวัดสัญญาณชีพ(ความดัน/ชีพจร/การหายใจและวัดไข้)		เค้านละ: 1 ครั้ง	ความถี่ของกิจกรรมการดูแล เลข 1 = ทุก 2 ชม. เลข 2 = วันละ 1 ครั้ง เลข 3 = วันละ 2 ครั้ง เลข 4 = วันละ 3 ครั้ง เลข 5 = วันละ 4 ครั้ง เลข 6 = วันเว้นวัน เลข 7 = อาทิตย์ละ 1 ครั้ง เลข 8 = อาทิตย์ละ 2 ครั้ง เลข 9 = เดือนละ 1 ครั้ง เลข 10 = เดือนละ 2 ครั้ง เลข 11 = 2 เดือน/ครั้ง เลข 12 = 3 เดือน/ครั้ง เลข 13 = ทำครั้งเดียว เลข 14 = อื่นๆ.....
การล้างหน้า / แปร่งฟัน		เค้านละ: 2 ครั้ง	
การอาบน้ำ / สระผม / เช็ดตัว		เค้านละ: 2 ครั้ง	
การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์		เค้านละ: 2 ครั้ง	
การทาโลชั่น/น้ำมันมะกอก/ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวอื่นๆ		เค้านละ: 1 ครั้ง	
การตัดเล็บ / ตัดผม / โกนหนวด		สัปดาห์ละ 1 ครั้ง	
การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ		เค้านละ: 2 ครั้ง	
การทำความสะอาดทันตกรรม/บริเวณบ้าน		เค้านละ: 2 ครั้ง	
การเตรียมอาหาร / ยา / อุปกรณ์ให้อาหารที่สะอาดและพร้อมใช้		เค้านละ: 2 ครั้ง	
การป้อนอาหาร และหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางปาก		เค้านละ: 2 ครั้ง	
การให้อาหารและหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางสายยาง(NG tube)		เค้านละ: 3 ครั้ง	
การให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม		-	
การนำวัดคลื่นไฟฟ้าหัวใจและกระตุ้นระบบไหลเวียนเลือด		สัปดาห์ละ 1 ครั้ง	
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ		เค้านละ: 1 ครั้ง	
การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยสูงอายุบนเตียงและลงจากเตียง		-	
การฝึกทรงตัว / การฝึกเดิน		-	
การดูแลสวนอุจจาระ / ล้างอุจจาระ / ฝึกการกลืนปัสสาวะ		-	
การดูแลทำความสะอาดผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ / เปลี่ยนถุงยางอนามัย		-	
การพลิกตะแคงตัว / การจัดท่านอนป้องกันแผลกดทับ / ป้องกันเท้าตก		ทุก 2 ชม.	
การทำแผลกดทับ		-	
การจัดการความเจ็บปวด / การให้ยาบรรเทาปวด		-	
การอ่านหนังสือ / สวดมนต์/ฝึกสมาธิ/ฟังธรรมจากวิทยุ/โทรทัศน์/โทรศัพท์		วันละ 1 ครั้ง	
การกระตุ้นการใส่บาตร / ไปวัด		-	
สุนทรียบำบัด(Aroma therapy) / ดนตรีบำบัด(Music therapy)		-	
การประเมิน ADL / การประเมินภาวะสมองเสื่อม		3 (สัปดาห์)	

กิจกรรมการดูแล(ต่อ)		ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)
การบริการรับ-ส่งยา รวมทั้งนำผลการตรวจเข้าพบแพทย์/จนท. สาสุข		-
การบริการเบิก-จ่ายวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ให้ผู้สูงอายุ เช่น ชุดทำแผล....		-
การบริการพาหนะรับส่งผู้สูงอายุ		-
การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ		-
การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมป้องกันอุบัติเหตุ		-
การเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาล		๖ (สัปดาห์)
การจัดการอาหารการบริโภคนผู้สูงอายุระยะสุดท้าย		-
การส่งเคราะห์ในการจัดการศพผู้สูงอายุ		-
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต		๐๙
☒ ตื่นนอน ☒ ล้างหน้า ☒ ดูแลเตรียมอาหาร ป้อนให้อาหารทางสายยางเข้าเตี้ยและเย็นโดยญาติ ☒ ดูแลเตรียมอาหาร ป้อนให้อาหารทางสายยางเข้าเตี้ยและเย็น โดย ☒ อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ☒ ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยญาติ ☒ ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ☒ การทำกายภาพบำบัดโดยญาติ ☒ การทำกายภาพบำบัดโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ☒ การออกกำลังกาย ☒ การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ ☒ การสวดมนต์ ☒ การนอนหลับ		

ผู้จัดทำ : นางสาว ใจนา
 (.....)
 เลขาคณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)
 (ใส่ชื่อเทศบาล/อบต.)

ผู้รับผิดชอบ : ผ.ร. 110๑ ๗/1๐๖
 (.....)
 อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
 (ใส่ชื่อ เทศบาล / อบต.)

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan ฉบับนี้
 1) ลงชื่อ..... (ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันที่.....
 2) ลงชื่อ..... (ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันที่.....

หมายเหตุ Care Plan ได้รับความร่วมมือจากกรมอนามัยและนำมาปรับปรุงเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกให้คณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลฯ เพื่อใช้ในการควบคุมการทำงานของ

แผนการดูแลรายบุคคล(Care Plan) โครงการอาสาสมัครบริการท้องถิ่นเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประจำเดือน.....พ.ศ. 2564
พื้นที่ องค์การบริหารส่วนตำบล (เทศบาล / อบต.) ชื่อ.....บ้านวัง.....จังหวัดราชบุรี
คำชี้แจง ให้ใส่ ✓ และตัวเลข หน้าหัวข้อรายการที่ต้องการตรงกับสภาพผู้สูงอายุ อำเภอ.....อำเภอ.....

ชื่อผู้สูงอายุ : นาย ช่าง 1111111111	ที่อยู่ : 62 ม.3	วินิจฉัย : ADL= 5 TAI= 53 กลุ่มที่: 1
เลขบัตรประจำตัวประชาชน : 3100201480712	เบอร์โทรศัพท์ :	ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ 70 ปี เพศชาย
วันเดือนปีเกิด : 1 กุมภาพันธ์ 2493		นางสาว 1111111111
อายุ : 71 ปี		ได้คะแนน 00 คะแนน (ยังไม่ผ่าน)
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต	แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)	ข้อควรระวังในการให้บริการ
ผู้สูงอายุ : ☒ ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี ☐ อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ขึ้นจากที่เป็นอยู่ ☐ อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม ☐ อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า ☐ อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง ☒ อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น	☐ กินอาหารเองได้/ช่วยตัวเองได้ ☒ ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ☐ ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ ☐ ที่อยู่อาศัยเหมาะสม ☐ มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ ☐ เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ ☐ ไม่มีภาวะซึมเศร้า ☐ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง ☒ ไม่เกิดผลลบ	☐ การกินอาหาร/สำลักอาหาร ☐ การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย ☒ การพลัดตกหกล้ม ☐ การทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์ ☐ การหลงทาง ☐ ข้อติด/หรือข้อเท้าตกร ☒ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ☐ ผู้สูงอายุถูกทำร้าย ☐ อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ
ญาติ : ☐ อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล ☐ อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ☒ อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลเปลี่ยน ☒ อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่ ☐ อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น/กายอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ผ้าอ้อม ชุดทำแผล เตียง ที่นอนลม.....บ้านวัง.....		

ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต	เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น 3 เดือน ☐ ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☒ พื้นฟูสถานะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพ หรือดีขึ้น ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ แผลหาย ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ไม่มีแผลกดทับ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน.....ว/ส/ด ☐ การได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ไม่เกิดการติดเชื้อของแผล/ระบบทางเดินปัสสาวะ/ระบบทางเดินหายใจ ภายใน.....ว/ส/ด ☐ อาการหลังล้มตีสั้นภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดิมได้ด้วยตนเอง ☐ อาบน้ำเองได้ทานข้าวเองได้ขับถ่ายเองได้ ☐ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ประสานพันบุคคลากรในพื้นที่ ☐ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ☐ ☐	บริการอื่นๆ ☒ ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านการเงิน ☐ พหุวิชาชีพกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชนเช่นชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศูนย์พัฒนาและฝึกอาชีพผู้สูงอายุ ☐ รถรับส่งไปสถานบริการ(ให้ตัวเลือกกระหว่าง สธ./อปท./อื่นๆ) ☐ ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ☐ ได้รับการส่งเสริมอาชีพ ☒ ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์(รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ informal) * อุปกรณ์ทางการแพทย์ <table border="1"> <tr> <td>☐</td> <td>Syring</td> <td>☐</td> <td>เตียง</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>Urine bag</td> <td>☐</td> <td>พื้นนอนลม</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>สาย NG tube</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>สาย Foley's cath</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>เครื่องผลิตออกซิเจน</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>เครื่องพ่นยา</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>อุปกรณ์ทำแผล</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>เครื่องดูดเสมหะ</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> </table> * กายอุปกรณ์ <table border="1"> <tr> <td>☐</td> <td>กระดานบริหารข้อเข้า</td> <td>☐</td> <td>เตียงฝึกยืน</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>กระดานล้อเลื่อน</td> <td>☐</td> <td>เครื่องช่วยฟัง</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>ดัมเบลยกน้ำหนัก</td> <td>☐</td> <td>แว่นสายตา</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>รถเข็นนั่ง</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>ไม้ค้ำยัน</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>ไม้เท้าช่วยพยุง</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>ไม้ฝึกกำลังแขน</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>ไม้ยืน</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>รถเข็นล้อใหญ่</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>ราวฝึกยืนและเดิน</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> </table>	☐	Syring	☐	เตียง	☐	Urine bag	☐	พื้นนอนลม	☐	สาย NG tube	☐		☐	สาย Foley's cath	☐		☐	เครื่องผลิตออกซิเจน	☐		☐	เครื่องพ่นยา	☐		☐	อุปกรณ์ทำแผล	☐		☐	เครื่องดูดเสมหะ	☐		☐	กระดานบริหารข้อเข้า	☐	เตียงฝึกยืน	☐	กระดานล้อเลื่อน	☐	เครื่องช่วยฟัง	☐	ดัมเบลยกน้ำหนัก	☐	แว่นสายตา	☐	ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก	☐		☐	รถเข็นนั่ง	☐		☐	ไม้ค้ำยัน	☐		☐	ไม้เท้าช่วยพยุง	☐		☐	ไม้ฝึกกำลังแขน	☐		☐	ไม้ยืน	☐		☐	รถเข็นล้อใหญ่	☐		☐	ราวฝึกยืนและเดิน	☐	
☐	Syring	☐	เตียง																																																																												
☐	Urine bag	☐	พื้นนอนลม																																																																												
☐	สาย NG tube	☐																																																																													
☐	สาย Foley's cath	☐																																																																													
☐	เครื่องผลิตออกซิเจน	☐																																																																													
☐	เครื่องพ่นยา	☐																																																																													
☐	อุปกรณ์ทำแผล	☐																																																																													
☐	เครื่องดูดเสมหะ	☐																																																																													
☐	กระดานบริหารข้อเข้า	☐	เตียงฝึกยืน																																																																												
☐	กระดานล้อเลื่อน	☐	เครื่องช่วยฟัง																																																																												
☐	ดัมเบลยกน้ำหนัก	☐	แว่นสายตา																																																																												
☐	ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก	☐																																																																													
☐	รถเข็นนั่ง	☐																																																																													
☐	ไม้ค้ำยัน	☐																																																																													
☐	ไม้เท้าช่วยพยุง	☐																																																																													
☐	ไม้ฝึกกำลังแขน	☐																																																																													
☐	ไม้ยืน	☐																																																																													
☐	รถเข็นล้อใหญ่	☐																																																																													
☐	ราวฝึกยืนและเดิน	☐																																																																													

กิจกรรมการดูแล		ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)	หมายเหตุ
การวัดสัญญาณชีพ(ความดัน/ชีพจร/การหายใจและวัดไข้)		ใส่ตัวเลข 1 ครั้ง	ความถี่ของกิจกรรมการดูแล เลข 1 = ทุก 2 ชม. เลข 2 = วันละ 1 ครั้ง เลข 3 = วันละ 2 ครั้ง เลข 4 = วันละ 3 ครั้ง เลข 5 = วันละ 4 ครั้ง เลข 6 = วันเว้นวัน เลข 7 = อาทิตย์ละ 1 ครั้ง เลข 8 = อาทิตย์ละ 2 ครั้ง เลข 9 = เดือนละ 1 ครั้ง เลข 10 = เดือนละ 2 ครั้ง เลข 11 = 2 เดือน/ครั้ง เลข 12 = 3 เดือน/ครั้ง เลข 13 = ทำครั้งเดียว เลข 14 = อื่นๆ.....
การล้างหน้า / แปรงฟัน		ใส่ตัวเลข 2 ครั้ง	
การอาบน้ำ / สระผม / เช็ดตัว		ใส่ตัวเลข 2 ครั้ง	
การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์		ใส่ตัวเลข 2 ครั้ง	
การทาโลชั่น/น้ำมันมะกอก/ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวอื่นๆ		ใส่ตัวเลข 1 ครั้ง	
การตัดเล็บ / ตัดผม / โกนหนวด		ใส่ตัวเลข 1 ครั้ง	
การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ		-	
การทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน		-	
การเตรียมอาหาร / ยา / อุปกรณ์ให้อาหารที่สะอาดและพร้อมใช้		ใส่ตัวเลข 1 ครั้ง	
การป้อนอาหาร และหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางปาก		ใส่ตัวเลข 2 ครั้ง	
การให้อาหารและหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางสายยาง(NG tube)		-	
การให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม		-	
การนำวัดคลื่นไฟฟ้าหัวใจและกระตุ้นระบบไหลเวียนเลือด		3 เดือน ครั้ง	
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ		ใส่ตัวเลข 1 ครั้ง	
การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุบนเตียงและลงจากเตียง		ใส่ตัวเลข 1 ครั้ง	
การฝึกทรงตัว / การฝึกเดิน		ใส่ตัวเลข 2 ครั้ง	
การดูแลสวนอุจจาระ / ล้างอุจจาระ / ฝึกการกลืนปัสสาวะ		-	
การดูแลทำความสะอาดผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ / เปลี่ยนถุงยางอนามัย		-	
การพลิกตะแคงตัว / การจัดท่านอนป้องกันแผลกดทับ / ป้องกันเท้าตก		-	
การทำแผลกดทับ		-	
การจัดการความเจ็บปวด / การให้ยาบรรเทาปวด		-	
การอ่านหนังสือ / สวดมนต์/ฝึกสมาธิ/ฟังธรรมจากวิทยุ/โทรทัศน์/โทรศัพท์		-	
การกระตุ้นการใส่บาตร / ไปวัด		-	
สูดน้ำบำบัด(Aroma therapy) / ดนตรีบำบัด(Music therapy)		-	
การประเมิน ADL / การประเมินภาวะสมองเสื่อม		3 (30 ครั้ง)	

กิจกรรมการดูแล(ต่อ)		ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)
การบริการรับ-ส่งยา รวมทั้งนำผลการตรวจเข้าพบแพทย์/จนท.สาสุข		-
การบริการปรึกษา-จ่ายยาสอดูอุปกรณ์การแพทย์ให้ผู้สูงอายุ เช่น ชุดทำแผล....		-
การบริการพาหนะรับส่งผู้สูงอายุ		-
การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ		-
การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมป้องกันอุบัติเหตุ		-
การเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาล		3 1 ครั้ง/สัปดาห์
การจัดการการรบกวนในผู้สูงอายุระยะสุดท้าย		-
การส่งเคราะห์ในการจัดงานศพผู้สูงอายุ		-
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต		
✓ ตื่นนอน		
✓ ถ้าง่วง		
✓ ดูแลเตรียมอาหาร ป้อนให้อาหารทางสายยางเข้าเตี้ยและเย็นโดยญาติ		
✓ ดูแลเตรียมอาหาร ป้อนให้อาหารทางสายยางเข้าเตี้ยและเย็น โดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น		
✓ ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยญาติ		
✓ ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น		
✓ การทำกายภาพบำบัดโดยญาติ		
✓ การทำกายภาพบำบัดโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น		
✓ การออกกำลังกาย		
✓ การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ		
✓ การสวดมนต์		
✓ การนอนหลับ		
.....		

ผู้จัดทำ : da
(..... นางสาว ใจดี)
เลขทะเบียนทำางานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)
(ใส่ชื่อเทศบาล/อบต.)

ผู้รับผิดชอบ : ผ.จ. 1109 ก/1109
(..... อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น)
(ใส่ชื่อ เทศบาล / อบต.)

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan ฉบับนี้

1) ลงชื่อ..... (ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันที่.....

2) ลงชื่อ..... (ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันที่.....

หมายเหตุ Care Plan ได้รับความร่วมมือจากกรมอนามัยและนำมาปรับปรุงเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกให้คณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลฯ เพื่อใช้ในการควบคุมการทำงานของ

23/11/20

[illegible]

ชื่อผู้สูงอายุ : ๔๙๖ ๖๕๐๐ ดัดลิษฐ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน : 3-102๐-๐๐514-๐5-1 วันเดือนปีเกิด : 2500 อายุ : 64 ปี	ที่อยู่ : ๖.4 เบอร์โทรศัพท์ :	วินิจฉัย : ADL= 0 TAI= 13 กลุ่มที่ : 3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ ใจดี อยากรู้อยากเห็น ชอบเล่น ชัก ขว้าง ของเล่น ใจดี อยากรู้อยากเห็น ชอบเล่น
แนวคิดของผู้ใช้บริการและการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต	แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)	ข้อควรระวังในการให้บริการ
ผู้สูงอายุ : ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี อยากรักษาตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ขึ้นจากที่เป็นอยู่ อยากรักษาประเพณีให้สังคม อยากรักษาคนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า อยากรักษาคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง อยากรักษาสวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น	☒ กินอาหารเองได้/ช่วยตัวเองได้ ☒ ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ☐ ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ ☐ ที่อยู่อาศัยเหมาะสม ☐ มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ ☐ เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ ☐ ไม่มีภาวะซึมเศร้า ☒ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ ☒ ไม่เกิดแผลกดทับ	☒ การกินอาหาร/ล้าล้าอาหาร ☐ การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย ☒ การพลัดตกหกล้ม ☐ การทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา ☐ /การแพ้ยา ☐ การหลงทาง ☐ ซึมเศร้า/หรือข้อเท้าตกร ☒ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ☐ ผู้สูงอายุถูกทำร้าย ☐ อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ
ญาติ : อยากรักษาสุขภาพของพ่อแม่ อยากรักษาสุขภาพของพ่อแม่ อยากรักษาสุขภาพของพ่อแม่ อยากรักษาสุขภาพของพ่อแม่ อยากรักษาสุขภาพของพ่อแม่	ญาติ : อยากรักษาสุขภาพของพ่อแม่ อยากรักษาสุขภาพของพ่อแม่ อยากรักษาสุขภาพของพ่อแม่ อยากรักษาสุขภาพของพ่อแม่ อยากรักษาสุขภาพของพ่อแม่	ญาติ : อยากรักษาสุขภาพของพ่อแม่ อยากรักษาสุขภาพของพ่อแม่ อยากรักษาสุขภาพของพ่อแม่ อยากรักษาสุขภาพของพ่อแม่ อยากรักษาสุขภาพของพ่อแม่

ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต	เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น 3 เดือน	บริการนอกเหนือรายชื่อรายสัปดาห์(รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ informal)
☒ ก้นปัสสาวะไม่ได้	☐ ได้รับความช่วยเหลือและอุปกรณ์ช่วยเหลือ	☐ อุปกรณ์ทางการแพทย์
☒ กลืนลำบาก	☒ รับประทานอาหารถูกต้องและครบถ้วน	☐ Syring
☐ ความสามารถในการมองเห็น	☐ ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพ	☐ Urine bag
☐ ความสามารถในการได้ยิน	☐ หรือดีขึ้น ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน	☐ สาย NG tube
☐ ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	☐ แผลหาย ภายใน 1 วัน/สัปดาห์/เดือน	☐ สาย Foley's cath
☐ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ	☐ ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 1 วัน/สัปดาห์/เดือน	☐ เครื่องผลิตออกซิเจน
☐ ช่องปากไม่สะอาด	☐ ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 1 สัปดาห์/เดือน	☐ เครื่องพ่นยา
☒ ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ	☐ การได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทาง	☐ อุปกรณ์ทำแผล
☒ มีความอ่อนแอของกล้ามเนื้อขา	☐ การแพทย์ ภายใน 1 วัน/สัปดาห์/เดือน	☐ เครื่องดูดเสมหะ
☐ มีความเจ็บปวดบริเวณพื้นและเหงือกปากแห้ง	☐ การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์	
☐ รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา	☐ ภายใน 1 วัน/สัปดาห์/เดือน	
☒ สวมใส่เสื้อผ้าไม่ได้	☒ ไม่เกิดการติดเชื้อของแผล/ระบบทางเดินปัสสาวะ	
☐ ลักษณะที่อยู่อาศัย	☐ /ระบบทางเดินหายใจ ภายใน 1 สัปดาห์/เดือน	
☒ ไม่สามารถทานอาหารเองได้	☐ อาการหลงลืมดีขึ้นภายใน 1 วัน/สัปดาห์/เดือน	
☒ ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	☐ ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม	
☐ ไม่สามารถเดินได้โดยลำพังต้องมีคนช่วยพยุง	☐ ภายใน 1 วัน/สัปดาห์/เดือน	
บริการอื่นๆ	☐ ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดินได้ด้วยตนเอง	
☒ ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงิน	☐ อาบน้ำเองได้ทานข้าวเองได้ขับถ่ายเองได้	
☐ พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีในชุมชนเช่นชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศูนย์พัฒนาและฝึกอาชีพผู้สูงอายุ	☐ ภายใน 1 วัน/สัปดาห์/เดือน	
☐ โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศูนย์พัฒนาและฝึกอาชีพผู้สูงอายุ	☐ ประสานพันตบุคลากรในพื้นที่	
☐ ได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานภาครัฐและเอกชน	☐ ภายใน 1 วัน/สัปดาห์/เดือน	
☐ ได้รับการส่งเสริมอาชีพ	☐/ส/ด	
☒ ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน	☐/ส/ด	

กิจกรรมการดูแล		ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)	หมายเหตุ ความถี่ของกิจกรรมการดูแล
การวัดสัญญาณชีพ(ความดัน/ชีพจร/การหายใจและวัดไข้)		เดือนละ 1 ครั้ง	เลข 1 = ทุก 2 ชม.
การล้างหน้า / แปรงฟัน		วันละ 2 ครั้ง	เลข 2 = วันละ 1 ครั้ง
การอาบน้ำ / สระผม / เช็ดตัว		วันละ 2 ครั้ง	เลข 3 = วันละ 2 ครั้ง
การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์		วันละ 2 ครั้ง	เลข 4 = วันละ 3 ครั้ง
การทาโลชั่น/น้ำมันมะกอก/ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวอื่นๆ		วันละ 1 ครั้ง	เลข 5 = วันละ 4 ครั้ง
การตัดเล็บ / ตัดผม / โกนหนวด		สัปดาห์ละ 1 ครั้ง	เลข 6 = วันเว้นวัน
การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ		วันละ 2 ครั้ง	เลข 7 = อาทิตย์ละ 1 ครั้ง
การทำความสะอาดทันตกรรม/บริเวณบ้าน		วันละ 1 ครั้ง	เลข 8 = อาทิตย์ละ 2 ครั้ง
การเตรียมอาหาร / ยา / อุปกรณ์ให้อาหารที่สะอาดและพร้อมใช้		วันละ 2 ครั้ง	เลข 9 = เดือนละ 1 ครั้ง
การป้อนอาหาร และหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางปาก		วันละ 3 ครั้ง	เลข 10 = เดือนละ 2 ครั้ง
การให้อาหารและหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางสายยาง(NG tube)		-	เลข 11 = 2 เดือน/ครั้ง
การให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม		เดือนละ 1 ครั้ง	เลข 12 = 3 เดือน/ครั้ง
การนำวัดคลื่นไฟฟ้าหัวใจและกระตุ้นระบบไหลเวียนเลือด		สัปดาห์ละ 1 ครั้ง	เลข 13 = ทำครั้งเดียว
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ		วันละ 1 ครั้ง	เลข 14 = อื่นๆ.....
การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุบนเตียงและลงจากเตียง		-	
การฝึกทรงตัว / การฝึกเดิน		-	
การดูแลสวนอุจจาระ / ล้างอุจจาระ / ฝึกการกลืนปัสสาวะ		-	
การดูแลทำความสะอาดผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ / เปลี่ยนถุงของอวัยวะ		วันละ 2 ครั้ง	
การพลิกตะแคงตัว / การจัดท่านอนป้องกันแผลกดทับ / ป้องกันเฝ้าตก		วันละ 1 ครั้ง	
การทำแผลกดทับ		-	
การจัดการความเจ็บปวด / การให้ยาบรรเทาปวด		-	
การอ่านหนังสือ / สวดมนต์/ฝึกสมาธิ/ฟังธรรมจากวิทยุ/โทรทัศน์/โทรศัพท์		-	
การกระตุ้นการใส่บาตร / ไปวัด		-	
สุคนธ์บำบัด(Aroma therapy) / ดนตรีบำบัด(Music therapy)		-	
การประเมิน ADL / การประเมินภาวะสมองเสื่อม		3 เดือนครั้ง	

กิจกรรมการดูแล(ต่อ)		ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)
✓	การบริการรับ-ส่งยา รวมทั้งนำผลการตรวจเข้าพบแพทย์/จนท.สาธารณสุข	-
✓	การบริการเบิก-จ่ายวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ให้ผู้สูงอายุ เช่น ชุดทำแผล....	-
✓	การบริการพาหนะรับส่งผู้สูงอายุ	-
✓	การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ	-
✓	การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมป้องกันอุบัติเหตุ	-
✓	การเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาล	๒ เดือนครั้ง
✓	การจัดการอาหารการบริโภคในผู้สูงอายุระยะสุดท้าย	-
✓	การส่งเคราะห์ในการจัดการศพผู้สูงอายุ	-
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต		
✓	✓	ผู้จัดทำ : de
✓	✓	(นางสมภา ใจมั่น)
✓	✓	เลขาคณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)
✓	✓	(ใส่ชื่อเทศบาล/อบต.)
✓	✓	ผู้รับผิดชอบ : ๔.๘. ๑๐๐ ๗/๑๗
✓	✓	อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
✓	✓	(ใส่ชื่อ เทศบาล / อบต.)
✓	✓	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan ฉบับนี้
✓	✓	1) ลงชื่อ.....(ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันที่.....
✓	✓	2) ลงชื่อ.....(ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันที่.....

หมายเหตุ Care Plan ได้รับความร่วมมือจากกรมอนามัยและนำมาปรับปรุงเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกให้คณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลฯ เพื่อใช้ในการควบคุมการทำงานของ

แผนการดูแลรายบุคคล(Care Plan) โครงการอาสาสมัครรับบริการท้องถิ่นเพื่อการดูแลสุขภาพที่มีภาวะพึ่งพิง ประจำเดือน มิ.ย. ๒๕๖๔พ.ศ. 2564

พื้นที่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล / อบต.) ชื่อ บ้านม่วง อำเภอ..... จังหวัดราชบุรี

คำชี้แจง ให้ใส่ ✓ และตัวเลข หน้าหัวข้อรายการที่ต้องการตรงกับสภาพผู้สูงอายุ

ชื่อผู้สูงอายุ: ๕๖๖ ๕๖๖ เลขบัตรประจำตัวประชาชน: 3700500101467 วันเดือนปีเกิด: 2481 อายุ: 83 ปี	ที่อยู่: 28 ๕-3 เบอร์โทรศัพท์:	วินิจฉัย: ADL= 9 TAI= 53 กลุ่มที่: 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น: ผู้สูงอายุโรคหัวใจ ๕๐๐๔ เป็นโรคเรื้อรัง ปี ๕๐๐๔ เริ่ม การปลูกฝังจิตสำนึก ๕-๖-๕๐																																																		
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่ต้องการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ: <table border="1"> <tr><td>☒</td><td>ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี</td></tr> <tr><td>☒</td><td>อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ขึ้นจากที่เป็นอยู่</td></tr> <tr><td>☐</td><td>อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม</td></tr> <tr><td>☐</td><td>อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า</td></tr> <tr><td>☒</td><td>อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง</td></tr> <tr><td>☒</td><td>อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น</td></tr> </table>	☒	ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี	☒	อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ขึ้นจากที่เป็นอยู่	☐	อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม	☐	อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า	☒	อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง	☒	อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น	แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) <table border="1"> <tr><td>☒</td><td>กินอาหารเองได้/ช่วยตัวเองได้</td></tr> <tr><td>☒</td><td>ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</td></tr> <tr><td>☐</td><td>ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ</td></tr> <tr><td>☐</td><td>ที่อยู่อาศัยเหมาะสม</td></tr> <tr><td>☐</td><td>มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ</td></tr> <tr><td>☐</td><td>เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์</td></tr> <tr><td>☒</td><td>ไม่มีภาวะซึมเศร้า</td></tr> <tr><td>☐</td><td>ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง</td></tr> <tr><td>☐</td><td>ไม่เกิดแผลกดทับ</td></tr> </table>	☒	กินอาหารเองได้/ช่วยตัวเองได้	☒	ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	☐	ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ	☐	ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	☐	มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ	☐	เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	☒	ไม่มีภาวะซึมเศร้า	☐	ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง	☐	ไม่เกิดแผลกดทับ	ข้อควรระวังในการให้บริการ <table border="1"> <tr><td>☐</td><td>การกินอาหาร/สำลักอาหาร</td></tr> <tr><td>☐</td><td>การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย</td></tr> <tr><td>☒</td><td>การพลัดตกหกล้ม</td></tr> <tr><td>☐</td><td>การทรมานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา</td></tr> <tr><td>☐</td><td>/การแพ้ยาล</td></tr> <tr><td>☐</td><td>การหลงทาง</td></tr> <tr><td>☐</td><td>ข้อติด/หรือข้อเท้าตก</td></tr> <tr><td>☒</td><td>ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</td></tr> <tr><td>☐</td><td>ผู้สูงอายุถูกทำร้าย</td></tr> <tr><td>☐</td><td>อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ</td></tr> </table>	☐	การกินอาหาร/สำลักอาหาร	☐	การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย	☒	การพลัดตกหกล้ม	☐	การทรมานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา	☐	/การแพ้ยาล	☐	การหลงทาง	☐	ข้อติด/หรือข้อเท้าตก	☒	ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	☐	ผู้สูงอายุถูกทำร้าย	☐	อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ
☒	ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี																																																			
☒	อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ขึ้นจากที่เป็นอยู่																																																			
☐	อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม																																																			
☐	อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า																																																			
☒	อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง																																																			
☒	อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น																																																			
☒	กินอาหารเองได้/ช่วยตัวเองได้																																																			
☒	ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง																																																			
☐	ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ																																																			
☐	ที่อยู่อาศัยเหมาะสม																																																			
☐	มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ																																																			
☐	เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์																																																			
☒	ไม่มีภาวะซึมเศร้า																																																			
☐	ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง																																																			
☐	ไม่เกิดแผลกดทับ																																																			
☐	การกินอาหาร/สำลักอาหาร																																																			
☐	การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย																																																			
☒	การพลัดตกหกล้ม																																																			
☐	การทรมานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา																																																			
☐	/การแพ้ยาล																																																			
☐	การหลงทาง																																																			
☐	ข้อติด/หรือข้อเท้าตก																																																			
☒	ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ																																																			
☐	ผู้สูงอายุถูกทำร้าย																																																			
☐	อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ																																																			
ญาติ: <table border="1"> <tr><td>☒</td><td>อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล</td></tr> <tr><td>☒</td><td>อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น</td></tr> <tr><td>☒</td><td>อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลลดเปลี่ยน</td></tr> <tr><td>☒</td><td>อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้อยู่</td></tr> <tr><td>☐</td><td>อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น/กายอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน</td></tr> <tr><td>☐</td><td>รถเข็น ผ้าอ้อม ชุดทำแผล เตียง ที่นอนลม.....</td></tr> </table>	☒	อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล	☒	อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น	☒	อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลลดเปลี่ยน	☒	อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้อยู่	☐	อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น/กายอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน	☐	รถเข็น ผ้าอ้อม ชุดทำแผล เตียง ที่นอนลม.....																																								
☒	อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล																																																			
☒	อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น																																																			
☒	อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลลดเปลี่ยน																																																			
☒	อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้อยู่																																																			
☐	อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น/กายอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน																																																			
☐	รถเข็น ผ้าอ้อม ชุดทำแผล เตียง ที่นอนลม.....																																																			

เอกเหนือรายลับดาพ์(รวมการช่วยเหลือ
 ุครัวและ informal)

ำทางการแพทย์

ng	เดี่ยว
e bag	ทันอนลม
NG tube	
Foley's cath	

งผลออกซิเจน

งพ่นยา
 าน้ำทำแผล
 งดูดเสมหะ

รัณ
 นบริหารข้อเข่า
 นล้อเลื่อน
 ยกน้ำหนัก
 ยถ่วงน้ำหนัก
 ึ่ง

น
 ่วยพยุง
 ้างแขน

อง	เตียงฝึกยืน
้อนไหว	เครื่องช่วยฟัง
ันและเดิน	แว่นสายตา

กิจกรรมการดูแล		ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)	หมายเหตุ
การวัดสัญญาณชีพ(ความดัน/ชีพจร/การหายใจและวัดไข้)		1 ครั้ง	ความถี่ของกิจกรรมการดูแล เลข 1 = ทุก 2 ชม. เลข 2 = วันละ 1 ครั้ง เลข 3 = วันละ 2 ครั้ง เลข 4 = วันละ 3 ครั้ง เลข 5 = วันละ 4 ครั้ง เลข 6 = วันเว้นวัน เลข 7 = อาทิตย์ละ 1 ครั้ง เลข 8 = อาทิตย์ละ 2 ครั้ง เลข 9 = เดือนละ 1 ครั้ง เลข 10 = เดือนละ 2 ครั้ง เลข 11 = 2 เดือน/ครั้ง เลข 12 = 3 เดือน/ครั้ง เลข 13 = ทำครั้งเดียว เลข 14 = อื่นๆ.....
การล้างหน้า / แปรงฟัน		ทุก 2 ชม.	
การอาบน้ำ / สระผม / เช็ดตัว		ทุก 2 ชม.	
การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์		ทุก 2 ชม.	
การทาลotion/น้ำมันมะกอก/ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวอื่นๆ		ทุก 1 ชม.	
การตัดเล็บ / ตัดผม / โกนหนวด		3 วันครั้ง 1 ครั้ง	
การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ		-	
การทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน		-	
การเตรียมอาหาร / ยา / อุปกรณ์ให้อาหารที่สะอาดและพร้อมใช้		ทุก 1 ชม.	
การป้อนอาหาร และหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางปาก		ทุก 2 ชม.	
การให้อาหารและหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางสายยาง(NG tube)		-	
การให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม		-	
การนำวัดคลื่นไฟฟ้าหัวใจและกระตุ้นระบบไหลเวียนเลือด		3 ครั้ง ครั้ง	
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ		1 ครั้ง 1 ครั้ง	
การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุบนเตียงและลงจากเตียง		ทุก 2 ชม.	
การฝึกทรงตัว / การฝึกเดิน		-	
การดูแลสวนอุจจาระ / ล้างอุจจาระ / ฝึกการกลืนปัสสาวะ		-	
การดูแลทำความสะอาดผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ / เปลี่ยนถุงยางอนามัย		-	
การพลิกตะแคงตัว / การจัดท่านอนป้องกันแผลกดทับ / ป้องกันเฝ้าตก		-	
การทำแผลกดทับ		-	
การจัดจัดการความเจ็บปวด / การให้ยาบรรเทาปวด		-	
การอ่านหนังสือ / สวดมนต์/ฝึกสมาธิ/ฟังธรรมจากวิทยุ/โทรทัศน์/โทรศัพท์		ทุก 1 ชม.	
การกระตุ้นการใส่บาตร / ไปวัด		-	
สูตรบำบัด(Aroma therapy) / ดนตรีบำบัด(Music therapy)		-	
การประเมิน ADL / การประเมินภาวะสมองเสื่อม		3 เดือนครั้ง	

กิจกรรมการดูแล(ต่อ)		ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)
☐	การบริการรับ-ส่งยา รวมทั้งนำส่งการตรวจเจ้าภาพแพทย์/जन.สาสุข	-
☐	การบริการเบิก-จ่ายวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ให้ผู้สูงอายุ เช่น ชุดทำแผล....	-
☐	การบริการพาหนะรับส่งผู้สูงอายุ	-
☐	การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ	-
☐	การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมป้องกันอุบัติเหตุ	-
☐	การเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาล	3 150-180
☐	การจัดการการออกกำลังกายของผู้สูงอายุระยะสุดท้าย	-
☐	การส่งเสริมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ	-
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต		
☒	ตื่นนอน	
☒	ล้างหน้า	
☒	ดูแลเตรียมอาหาร ป้อนให้อาหารทางสายยางเข้าเตี้ยและเย็นโดยญาติ	
☐	ดูแลเตรียมอาหาร ป้อนให้อาหารทางสายยางเข้าเตี้ยและเย็น โดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น	
☒	ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยญาติ	
☐	ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น	
☒	การทำกายภาพบำบัดโดยญาติ	
☒	การทำกายภาพบำบัดโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น	
☐	การออกกำลังกาย	
☐	การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ	
☒	การสวมมนต์	
☒	การนอนหลับ	

ผู้จัดทำ : ณ. น. ใจดี
 (.....นางสาว ใจดี.....)
 เลขาคณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)
 (ใส่ชื่อเทศบาล/อบต.)

ผู้รับผิดชอบ : น.ส. 1100 7/11
 (.....นางสาว 1100 7/11.....)
 อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
 (ใส่ชื่อ เทศบาล / อบต.)

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan ฉบับนี้
 1)ลงชื่อ.....(ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันที่.....
 2)ลงชื่อ.....(ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันที่.....

หมายเหตุ Care Plan ได้รับความร่วมมือจากกรมอนามัยและนำมาปรับปรุงเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกให้คณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลฯ เพื่อใช้ในการควบคุมการทำงานของ

แผนการดูแลรายบุคคล(Care Plan) โครงการอาสาสมัครบริการท้องถิ่นเพื่อการดูแลสุขภาพที่มีภาวะพึ่งพิง ประจำเดือน.....พ.ศ. 2563
 พื้นที่ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น (เทศบาล / อบต.) ชื่อ.....
 คำชี้แจง ให้ใส่ ✓ และตัวเลข หน้าตัวรายการที่ต้องการตรงกับสภาพผู้สูงอายุ อำเภอ..... จังหวัดราชบุรี

ชื่อผู้สูงอายุ: ๘๖๖๕๕๖ กิ่งมะเกลือ เลขบัตรประจำตัวประชาชน: 3 7005 00106 809 วันเดือนปีเกิด: 2486 อายุ: 78 ปี	ที่อยู่: 26 ๙-4 เบอร์โทรศัพท์:	วินิจฉัย: ADL= 6 TAI= 03 กลุ่มที่: 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น: มีสุขภาพดี ไม่พบโรคประจำตัว 60-69 ต่อเนื่อง จก โรด ป.1-1
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ: ☒ ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี ☒ อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ขึ้นจากที่เป็นอยู่ ☒ อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม ☒ อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า ☒ อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง ☒ อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ญาติ: ☒ อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล ☒ อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ☒ อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลสลับเปลี่ยน ☒ อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้อยู่ ☒ อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น/กายอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ไม้เท้า ชูตทำแผล เตียง ที่นอนลม.....	แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) ☒ กินอาหารเองได้/ช่วยตัวเองได้ ☒ ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ☒ ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ ☒ ที่อยู่อาศัยเหมาะสม ☒ มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ ☒ เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ ☒ ไม่มีภาวะซึมเศร้า ☒ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง ☒ ไม่เกิดแผลกดทับ	ข้อควรระวังในการให้บริการ ☒ การกินอาหาร/สัปดาห์อาหาร ☒ การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย ☒ การพลัดตกหกล้ม ☒ การทนายผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา ☒ /การแพทย์ ☒ การหลงทาง ☒ ข้อติด/หรือข้อเท้าตก ☒ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ☒ ผู้สูงอายุถูกทำร้าย ☒ อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ

ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต ☐ กลืนปัสสาวะไม่ได้ ☐ กลืนลำบาก ☐ ความสามารถในการมองเห็น ☐ ความสามารถในการได้ยิน ☒ ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต ☒ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ ☐ ช่องปากไม่สะอาด ☒ ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ ☐ มีความอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขน ขา ☐ มีความเจ็บปวดบริเวณพื้นและเหงือกปากแก้มทั้ง ☐ รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา ☒ สวมใส่เสื้อผ้าไม่ได้ ☐ ลักษณะที่อยู่อาศัย ☐ ไม่สามารถทานอาหารเองได้ ☒ ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ ☐ ไม่สามารถเดินได้โดยลำพังต้องมีคนช่วยพยุง	เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น 3 เดือน ☐ ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☒ ฟันฟูสภาพของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพ หรือดีขึ้น ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ แผลหาย ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☒ ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 1 วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน.....ว/ส/ด ☐ การได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ไม่เกิดการติดเชื้อของแผล/ระบบทางเดินปัสสาวะ/ระบบทางเดินหายใจ ภายใน.....ว/ส/ด ☐ อาการหลงลืมดีขึ้นภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ทานข้าวเองได้ขับถ่ายเองได้ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ประสานพันบุคคลากรในพื้นที่ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ☐ ☐	บริการอื่นๆ ☒ ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงิน ☐ พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชนเช่นชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศูนย์พัฒนาและฝึกอาชีพผู้สูงอายุ ☐ รถรับส่งไปสถานบริการ(ให้มีตัวเลื่อกระหว่าง สร./อปท./อื่นๆ) ☐ ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ☐ ได้รับการส่งเสริมอาชีพ ☒ ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์(รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ informal) * อุปกรณ์ทางการแพทย์ <table border="1"> <tr> <td>☐</td> <td>Syring</td> <td>☐</td> <td>เตียง</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>Urine bag</td> <td>☐</td> <td>ที่นอนลม</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>สาย NG tube</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>สาย Foley's cath</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>เครื่องผลิตออกซิเจน</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>เครื่องพ่นยา</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>อุปกรณ์ทำแผล</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>เครื่องดูดเสมหะ</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> </table> * กายอุปกรณ์ <table border="1"> <tr> <td>☐</td> <td>กระดานบริหารข้อเข่า</td> <td>☐</td> <td>เตียงฝึกยืน</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>กระดานล้อเลื่อน</td> <td>☐</td> <td>เครื่องช่วยฟัง</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>ดัมเบลยกน้ำหนัก</td> <td>☐</td> <td>แว่นสายตา</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>รถเข็นนั่ง</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>ไม้ค้ำยัน</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>ไม้เท้าช่วยพยุง</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>ไม้ฝึกกำลังแขน</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>ไม้ยืนยอง</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>รถเข็นล้อใหญ่</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>ราวฝึกยืนและเดิน</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> </table>	☐	Syring	☐	เตียง	☐	Urine bag	☐	ที่นอนลม	☐	สาย NG tube	☐		☐	สาย Foley's cath	☐		☐	เครื่องผลิตออกซิเจน	☐		☐	เครื่องพ่นยา	☐		☐	อุปกรณ์ทำแผล	☐		☐	เครื่องดูดเสมหะ	☐		☐	กระดานบริหารข้อเข่า	☐	เตียงฝึกยืน	☐	กระดานล้อเลื่อน	☐	เครื่องช่วยฟัง	☐	ดัมเบลยกน้ำหนัก	☐	แว่นสายตา	☐	ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก	☐		☐	รถเข็นนั่ง	☐		☐	ไม้ค้ำยัน	☐		☐	ไม้เท้าช่วยพยุง	☐		☐	ไม้ฝึกกำลังแขน	☐		☐	ไม้ยืนยอง	☐		☐	รถเข็นล้อใหญ่	☐		☐	ราวฝึกยืนและเดิน	☐	
☐	Syring	☐	เตียง																																																																												
☐	Urine bag	☐	ที่นอนลม																																																																												
☐	สาย NG tube	☐																																																																													
☐	สาย Foley's cath	☐																																																																													
☐	เครื่องผลิตออกซิเจน	☐																																																																													
☐	เครื่องพ่นยา	☐																																																																													
☐	อุปกรณ์ทำแผล	☐																																																																													
☐	เครื่องดูดเสมหะ	☐																																																																													
☐	กระดานบริหารข้อเข่า	☐	เตียงฝึกยืน																																																																												
☐	กระดานล้อเลื่อน	☐	เครื่องช่วยฟัง																																																																												
☐	ดัมเบลยกน้ำหนัก	☐	แว่นสายตา																																																																												
☐	ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก	☐																																																																													
☐	รถเข็นนั่ง	☐																																																																													
☐	ไม้ค้ำยัน	☐																																																																													
☐	ไม้เท้าช่วยพยุง	☐																																																																													
☐	ไม้ฝึกกำลังแขน	☐																																																																													
☐	ไม้ยืนยอง	☐																																																																													
☐	รถเข็นล้อใหญ่	☐																																																																													
☐	ราวฝึกยืนและเดิน	☐																																																																													

กิจกรรมการดูแล		ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)	หมายเหตุ
การวัดสัญญาณชีพ(ความดัน/ชีพจร/การหายใจและวัดไข้)		1 เดือน 1 ครั้ง	ความถี่ของกิจกรรมการดูแล
การล้างหน้า / แปรงฟัน		วันละ 2 ครั้ง	เลข 1 = ทุก 2 ชม.
การอาบน้ำ / สระผม / เช็ดตัว		วันละ 2 ครั้ง	เลข 2 = วันละ 1 ครั้ง
การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์		วันละ 2 ครั้ง	เลข 3 = วันละ 2 ครั้ง
การทาโลชั่น/น้ำมันมะกอก/ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวอื่นๆ		วันละ 1 ครั้ง	เลข 4 = วันละ 3 ครั้ง
การตัดเล็บ / โกนหนวด		3-10 วัน 1 ครั้ง	เลข 5 = วันละ 4 ครั้ง
การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ		วันละ 2 ครั้ง	เลข 6 = วันเว้นวัน
การทำความสะอาดทันตกรรม/บริเวณบ้าน		วันละ 1 ครั้ง	เลข 7 = อาทิตย์ละ 1 ครั้ง
การเตรียมอาหาร / ยา / อุปกรณ์ให้อาหารที่สะอาดและพร้อมใช้		วันละ 2 ครั้ง	เลข 8 = อาทิตย์ละ 2 ครั้ง
การป้อนอาหาร และหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางปาก		วันละ 3 ครั้ง	เลข 9 = เดือนละ 1 ครั้ง
การให้อาหารและหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางสายยาง(NG tube)		-	เลข 10 = เดือนละ 2 ครั้ง
การให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม		3-10 วัน 1 ครั้ง	เลข 11 = 2 เดือน/ครั้ง
การนัดสอนคลายกล้ามเนื้อและกระตุ้นระบบไหลเวียนเลือด		10 วัน 1 ครั้ง	เลข 12 = 3 เดือน/ครั้ง
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ		วันละ 1 ครั้ง	เลข 13 = ทำครั้งเดียว
การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุบนเตียงและลงจากเตียง		-	เลข 14 = อื่นๆ.....
การฝึกทรงตัว / การฝึกเดิน		-	
การดูแลสวนอุจจาระ / ล้างอุจจาระ / ฝึกการกลืนปัสสาวะ		-	
การดูแลทำความสะอาดผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ / เปลี่ยนถุงยางอนามัย		-	
การพลิกตะแคงตัว / การจัดทำนอนป้องกันแผลกดทับ / ป้องกันเท้าตก		วันละ 1-2 ครั้ง	
การทำแผลกดทับ		-	
การจัดการความเจ็บปวด / การให้ยาบรรเทาปวด		-	
การอ่านหนังสือ / สวดมนต์/ฝึกสมาธิ/ฟังธรรมจากวิทยุ/โทรทัศน์/โทรศัพท์		วันละ 1 ครั้ง	
การกระตุ้นการใส่บาตร / ไปวัด		-	
สูตรบำบัด(Aroma therapy) / ดนตรีบำบัด(Music therapy)		-	
การประเมิน ADL / การประเมินภาวะสมองเสื่อม		3-10 วัน 1 ครั้ง	

กิจกรรมการดูแล(ต่อ)		ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)
การบริการรับ-ส่งยา รวมทั้งนำผลการตรวจเข้าพบแพทย์/จนท.สาธารณสุข	-	
การบริการปรึกษา-จ่ายยาสีฟัน/อุปกรณ์การแพทย์ให้ผู้ป่วยสูงอายุ เช่น ชุดทำแผล.....	-	
การบริการพาหนะรับส่งผู้สูงอายุ	-	
การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ	-	
การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมป้องกันอุบัติเหตุ	-	
การเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาล	3 ครั้ง/สัปดาห์	
การจัดการอาการเจ็บป่วยในผู้สูงอายุระยะสุดท้าย	-	
การส่งเคราะห์ในการจัดการศพผู้สูงอายุ	-	
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต		
✓ ตื่นนอน		
✓ ล้างหน้า		
✓ ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเข้าเต้านมและเย็บโดยญาติ		
✓ ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเข้าเต้านมและเย็บ โดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น		
✓ ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยญาติ		
✓ ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น		
✓ การทำกายภาพบำบัดโดยญาติ		
✓ การทำกายภาพบำบัดโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น		
✓ การออกกำลังกาย		
✓ การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ		
✓ การสวมชุด		
✓ การนอนหลับ		
.....		

ผู้จัดทำ : นางสาว ใจดี
(.....)
เลขที่คณะกรรมการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)
(ใส่ชื่อเทศบาล/อบต.)

ผู้รับผิดชอบ : นางสาว ใจดี
(.....)
อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
(ใส่ชื่อ เทศบาล / อบต.)

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan ฉบับนี้

1) ลงชื่อ..... (ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันที่.....

2) ลงชื่อ..... (ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันที่.....

หมายเหตุ Care Plan ได้รับความร่วมมือจากกรมอนามัยและนำมาปรับปรุงเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกให้คณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลฯ เพื่อใช้ในการควบคุมการทำงานของ

แผนการดูแลรายบุคคล(Care Plan) โครงการอาสาสมัครบริการต่อถึงถิ่นเพื่อการดูแลสุขภาพที่มีภาวะพึ่งพิง ประจำเดือน.....พ.ศ. 256๕
 พื้นที่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล / อบต.) ชื่อ.....บ้าน.....จังหวัดราชบุรี

คำชี้แจง ให้ใส่ ✓ และตัวเลข หน้าหัวข้อรายการที่ต้องการตรงกับสภาพผู้สูงอายุ

ชื่อผู้สูงอายุ: นายไฉ่ ๑๐๓๕๙๐๔ เลขบัตรประจำตัวประชาชน: 3700500114526 วันเดือนปีเกิด: 2472 อายุ: 92 ปี	ที่อยู่: ๖8/1 ม.5 เบอร์โทรศัพท์:	วิจัย: ADL= 8 TAI= B3 กลุ่มที่: 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น: ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง รพ.แก่งอ้อ ๑๖/๑๖๐ ๖๖/๑๖๐ ๖๖/๑๖๐																																																		
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ: <table border="1"> <tr><td>☐</td><td>ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี</td></tr> <tr><td>☐</td><td>อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ตั้งแต่วันนี้เป็นอยู่</td></tr> <tr><td>☐</td><td>อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม</td></tr> <tr><td>☐</td><td>อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า</td></tr> <tr><td>☒</td><td>อยากให้คนอื่นดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง</td></tr> <tr><td>☒</td><td>อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น</td></tr> </table>	☐	ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี	☐	อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ตั้งแต่วันนี้เป็นอยู่	☐	อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม	☐	อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า	☒	อยากให้คนอื่นดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง	☒	อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น	แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) <table border="1"> <tr><td>☐</td><td>กินอาหารเองได้/ช่วยตัวเองได้</td></tr> <tr><td>☒</td><td>ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</td></tr> <tr><td>☐</td><td>ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ</td></tr> <tr><td>☐</td><td>ที่อยู่อาศัยเหมาะสม</td></tr> <tr><td>☐</td><td>มีอาชีพรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ</td></tr> <tr><td>☐</td><td>เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์</td></tr> <tr><td>☐</td><td>ไม่มีภาวะซึมเศร้า</td></tr> <tr><td>☐</td><td>ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ</td></tr> <tr><td>☐</td><td>ไม่เกิดแผลกดทับ</td></tr> </table>	☐	กินอาหารเองได้/ช่วยตัวเองได้	☒	ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	☐	ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ	☐	ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	☐	มีอาชีพรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ	☐	เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	☐	ไม่มีภาวะซึมเศร้า	☐	ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	☐	ไม่เกิดแผลกดทับ	ข้อควรระวังในการให้บริการ <table border="1"> <tr><td>☐</td><td>การกินอาหาร/สําลักอาหาร</td></tr> <tr><td>☐</td><td>การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย</td></tr> <tr><td>☐</td><td>การพลัดตกหกล้ม</td></tr> <tr><td>☐</td><td>การทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา</td></tr> <tr><td>☐</td><td>/การแพทย์</td></tr> <tr><td>☐</td><td>การหลงทาง</td></tr> <tr><td>☐</td><td>ข้อคิด/หรือข้อเท็จจริง</td></tr> <tr><td>☒</td><td>ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</td></tr> <tr><td>☐</td><td>ผู้สูงอายุถูกทำร้าย</td></tr> <tr><td>☐</td><td>อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ</td></tr> </table>	☐	การกินอาหาร/สําลักอาหาร	☐	การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย	☐	การพลัดตกหกล้ม	☐	การทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา	☐	/การแพทย์	☐	การหลงทาง	☐	ข้อคิด/หรือข้อเท็จจริง	☒	ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	☐	ผู้สูงอายุถูกทำร้าย	☐	อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ
☐	ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี																																																			
☐	อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ตั้งแต่วันนี้เป็นอยู่																																																			
☐	อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม																																																			
☐	อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า																																																			
☒	อยากให้คนอื่นดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง																																																			
☒	อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น																																																			
☐	กินอาหารเองได้/ช่วยตัวเองได้																																																			
☒	ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง																																																			
☐	ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ																																																			
☐	ที่อยู่อาศัยเหมาะสม																																																			
☐	มีอาชีพรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ																																																			
☐	เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์																																																			
☐	ไม่มีภาวะซึมเศร้า																																																			
☐	ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ																																																			
☐	ไม่เกิดแผลกดทับ																																																			
☐	การกินอาหาร/สําลักอาหาร																																																			
☐	การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย																																																			
☐	การพลัดตกหกล้ม																																																			
☐	การทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา																																																			
☐	/การแพทย์																																																			
☐	การหลงทาง																																																			
☐	ข้อคิด/หรือข้อเท็จจริง																																																			
☒	ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ																																																			
☐	ผู้สูงอายุถูกทำร้าย																																																			
☐	อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ																																																			
ญาติ: <table border="1"> <tr><td>☐</td><td>อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล</td></tr> <tr><td>☐</td><td>อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น</td></tr> <tr><td>☒</td><td>อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลลดเปลี่ยนแปลง</td></tr> <tr><td>☒</td><td>อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่</td></tr> <tr><td>☐</td><td>อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น/กายอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน</td></tr> <tr><td>☐</td><td>รถเข็น ผ้าอ้อม ชุดทำแผล เตียง ที่นอนลม.....</td></tr> </table>	☐	อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล	☐	อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น	☒	อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลลดเปลี่ยนแปลง	☒	อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่	☐	อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น/กายอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน	☐	รถเข็น ผ้าอ้อม ชุดทำแผล เตียง ที่นอนลม.....																																								
☐	อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล																																																			
☐	อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น																																																			
☒	อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลลดเปลี่ยนแปลง																																																			
☒	อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่																																																			
☐	อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น/กายอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน																																																			
☐	รถเข็น ผ้าอ้อม ชุดทำแผล เตียง ที่นอนลม.....																																																			

ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต	เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น 3 เดือน	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์(รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ informal)
☐ กัดฟันบัสสาวะไม่ได้	☐ ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวและ informal	☐ Syring
☐ กลืนลำบาก	☐ ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวและ informal	☐ Urine bag
☒ ความสามารถในการมองเห็น	☒ ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวและ informal	☐ สาย NG tube
☒ ความสามารถในการได้ยิน	☒ ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวและ informal	☐ สาย Foley's cath
☐ ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	☐ ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวและ informal	☐ เครื่องผลิตออกซิเจน
☒ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ	☐ ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวและ informal	☐ เครื่องปั๊มยา
☐ ช่องปากไม่สะอาด	☐ ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวและ informal	☐ อุปกรณ์ทำแผล
☒ ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ	☐ ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวและ informal	☐ เครื่องดูดเสมหะ
☒ มีความอ่อนแรงของกล้ามเนื้อขา	☐ ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวและ informal	
☐ มีความเจ็บปวดบริเวณพื้นและเหนืออกปากแห้ง	☐ ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวและ informal	
☐ รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา	☐ ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวและ informal	
☒ สวมใส่เสื้อผ้าไม่ได้	☐ ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวและ informal	
☐ ลักษณะที่อยู่อาศัย	☐ ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวและ informal	
☐ ไม่สามารถทานอาหารเองได้	☐ ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวและ informal	
☒ ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	☐ ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวและ informal	
☒ ไม่สามารถเดินได้โดยลำพังต้องมีคนช่วยพยุง	☐ ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวและ informal	
บริการอื่นๆ		
☒ ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงิน	☐ ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวและ informal	☐ กระดาษบริหารข้อเข้า
☐ เข้าร่วมกับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชนเช่นชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศูนย์พัฒนาและฝึกอาชีพผู้สูงอายุ	☐ ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวและ informal	☐ กระดาษล้อเลื่อน
☐ ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวและ informal	☐ ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวและ informal	☐ ดัมเบลยกน้ำหนัก
☐ ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวและ informal	☐ ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวและ informal	☐ ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก
☐ ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวและ informal	☐ ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวและ informal	☐ รถเข็น
☐ ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวและ informal	☐ ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวและ informal	☐ ไม่ได้ยิน
☐ ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวและ informal	☐ ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวและ informal	☐ ไม่ทำห้วยพุง
☐ ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวและ informal	☐ ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวและ informal	☐ ไม่มีก้างลิ้น
☐ ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวและ informal	☐ ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวและ informal	☐ ไม่มีด่าง
☐ ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวและ informal	☐ ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวและ informal	☐ รอกเลื่อนไหว
☐ ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวและ informal	☐ ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวและ informal	☐ รวากี๋ก้นและเดิน

กิจกรรมการดูแล		ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)	หมายเหตุ
การวัดสัญญาณชีพ(ความดัน/ชีพจร/การหายใจและวัดไข้)		ตัวเลข 1 ครั้ง	ความถี่ของกิจกรรมการดูแล เลข 1 = ทุก 2 ชม. เลข 2 = วันละ 1 ครั้ง เลข 3 = วันละ 2 ครั้ง เลข 4 = วันละ 3 ครั้ง เลข 5 = วันละ 4 ครั้ง เลข 6 = วันเว้นวัน เลข 7 = อาทิตย์ละ 1 ครั้ง เลข 8 = อาทิตย์ละ 2 ครั้ง เลข 9 = เดือนละ 1 ครั้ง เลข 10 = เดือนละ 2 ครั้ง เลข 11 = 2 เดือน/ครั้ง เลข 12 = 3 เดือน/ครั้ง เลข 13 = ทำครั้งเดียว เลข 14 = อื่นๆ.....
การล้างหน้า / แปรงฟัน		ตัวเลข 2 ครั้ง	
การอาบน้ำ / สระผม / เช็ดตัว		ตัวเลข 2 ครั้ง	
การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์		ตัวเลข 2 ครั้ง	
การทำความสะอาดนม/นมแม่/ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวอื่นๆ		ตัวเลข 1 ครั้ง	
การตัดเล็บ / ตัดผม / โกนหนวด		สังเกต 1 ครั้ง	
การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ		สังเกต 1 ครั้ง	
การทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน		สังเกต 1 ครั้ง	
การเตรียมอาหาร / ยา / อุปกรณ์ให้อาหารที่สะอาดและพร้อมใช้		สังเกต 2 ครั้ง	
การป้อนอาหาร และหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางปาก		-	
การให้อาหารและหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางสายยาง(NG tube)		-	
การให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม		3 เดือน ครั้ง	
การนัดพบคนดูแลกลืนเนื้อและกระตุ้นระบบไหลเวียนเลือด		สังเกต 1 ครั้ง	
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ		สังเกต 1 ครั้ง	
การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุบนเตียงและลงจากเตียง		สังเกต 2 ครั้ง	
การฝึกทรงตัว / การฝึกเดิน		-	
การดูแลสวนอุจจาระ / ล้างอุจจาระ / ฝึกการกลืนปัสสาวะ		-	
การดูแลทำความสะอาดผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ / เปลี่ยนถุงยางอนามัย		-	
การพลิกตะแคงตัว / การจัดท่านอนป้องกันแผลกดทับ / ป้องกันเท้าตก		-	
การทำแผลกดทับ		-	
การจัดการความเจ็บปวด / การให้ยาบรรเทาปวด		-	
การอ่านหนังสือ / สวดมนต์/ฝึกสมาธิ/ฟังธรรมจากวิทยุ/โทรทัศน์/โทรศัพท์		สังเกต 1 ครั้ง	
การกระตุ้นการใส่บาตร / ไปวัด		-	
สุนทรียบำบัด(Aroma therapy) / ดนตรีบำบัด(Music therapy)		-	
การประเมิน ADL / การประเมินภาวะสมองเสื่อม		3 เดือน ครั้ง	

ก(ต่อ)	ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)
รวมเข้าพบแพทย์/จนท.สาสุข	-
ยให้ผู้ป่วยอายุ เช่น ชุดทำแผล....	-
	-
	-
ดล้อมให้เหมาะสมป้องกันอุบัติเหตุ	-
น้ำตาล	3 18.1-19.1
ผู้สุดท้าย	-
	-

ผู้จัดทำ : อช
(.....นางนงน ใจดี.....)

เลขาคณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)
(ใส่ชื่อเทศบาล/อบต.)

ผู้รับผิดชอบ :
(.....นาง กัญญา วิฑิตงาม.....)
อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
(ใส่ชื่อ เทศบาล / อบต.)

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan ฉบับนี้

1)ลงชื่อ.....(ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันที่.....

2)ลงชื่อ.....(ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันที่.....

กรมอนามัยและนำมาปรับปรุงเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกให้คณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลฯ เพื่อใช้ในการควบคุมการทำงานของ

แผนการดูแลรายบุคคล(Care Plan) โครงการอาสาสมัครบริการท้องถิ่นเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประจำเดือน.....พ.ศ. 256๕
 พื้นที่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล / อบต.) ชื่อ.....บ้านจวบ.....จังหวัดราชบุรี
 คำชี้แจง ให้ใส่ ☒ และตัวเลข หน้าหัวข้อรายการที่ต้องการตรงกับสภาพผู้สูงอายุ อำเภอ.....อำนาจ.....

ชื่อผู้สูงอายุ: นาง ไชยอน ๖๖๖ เลขบัตรประจำตัวประชาชน: 37005 00119-๖๖ วันเดือนปีเกิด: 24 15 อายุ: ๕9 ปี	ที่อยู่: 33/1 ม.7 เบอร์โทรศัพท์:	วินิจฉัย: ADL= 10 TAI= ๖3 กลุ่มที่: 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น: ผู้สูงอายุ มีอาการ ๖๖๖ ๖๖๖ ๖๖๖ ๖๖๖ ๖๖๖ ๖๖๖ ๖๖๖
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ: ☒ ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี ☒ อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ขึ้นจากที่เป็นอยู่ ☒ อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม ☒ อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า ☒ อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง ☒ อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น	แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) ☒ กินอาหารเองได้/ช่วยตัวเองได้ ☒ ปฏิบัติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ☒ ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ ☒ ที่อยู่อาศัยเหมาะสม ☒ มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ ☒ เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ ☒ ไม่มีภาวะซึมเศร้า ☒ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ ☒ ไม่เกิดแผลกดทับ	ข้อควรระวังในการให้บริการ ☒ การกินอาหาร/สําลักอาหาร ☒ การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย ☒ การพลัดตกหกล้ม ☒ การทรมานยัด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์ ☒ การหลงทาง ☒ ข้อคิด/หรือข้อเท็จจริง ☒ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ☒ ผู้สูงอายุถูกทำร้าย ☒ อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ
ญาติ: ☒ อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล ☒ อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ☒ อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลสลับเปลี่ยน ☒ อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้อยู่ ☒ อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น/กายอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน	รกเซ็น ผ่าต่อม ขูดทำแผล เตย ที่นอนลม.....	

ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต ☐ กลืนปัสสาวะไม่ได้ ☐ กลืนลำบาก ☐ ความสามารถในการมองเห็น ☐ ความสามารถในการได้ยิน ☐ ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต ☒ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ ☐ ช่องปากไม่สะอาด ☐ ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ ☒ มีความอ่อนแอแรงของกล้ามเนื้อแขน ขา ☐ มีความเจ็บปวดบริเวณพื้นและเหงือกปากแห้ง ☐ รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา ☐ สวมใส่เสื้อผ้าไม่ได้ ☐ ลักษณะที่อยู่อาศัย ☐ ไม่สามารถทานอาหารเองได้ ☒ ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ ☒ ไม่สามารถเดินได้โดยลำพังต้องมีคนช่วยพยุง	เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น 3 เดือน ☐ ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☒ พื้นฟูสถานะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ แผลหาย ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ไม่มีแผลกดทับ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน.....ว/ส/ด ☐ การได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ไม่เกิดการติดเชื้อของแผล/ระบบทางเดินปัสสาวะ/ระบบทางเดินหายใจ ภายใน.....ว/ส/ด ☐ อากาการหลั่งสืบพันธุ์ขึ้นภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดินได้ด้วยตนเอง ☐ อาบน้ำเองได้ทานข้าวเองได้ขับถ่ายเองได้ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ประสานพันบุคคลากรในพื้นที่ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐วัน/สัปดาห์/เดือน ☐วัน/สัปดาห์/เดือน ☐วัน/สัปดาห์/เดือน	บริการอื่นๆ ☒ ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงิน ☐ พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชนเช่นชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศูนย์พัฒนาและฝึกอาชีพผู้สูงอายุ ☐ รถรับส่งไปสถานบริการ(ให้มีตัวเลือกระหว่าง สธ./อปท./อื่นๆ) ☐ ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ☐ ได้รับการส่งเสริมอาชีพ ☒ ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน	บริการนอกเหนือรายชื่อแพทย์(รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ informal) * อุปกรณ์ทางการแพทย์ <table border="1"> <tr> <td>☐ Syring</td> <td>☐ เตียง</td> </tr> <tr> <td>☐ Urine bag</td> <td>☐ ที่นอนลม</td> </tr> <tr> <td>☐ สาย NG tube</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>☐ สาย Foley's cath</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>☐ เครื่องผลิตออกซิเจน</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>☐ เครื่องพ่นยา</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>☐ อุปกรณ์ทำแผล</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>☐ เครื่องดูดเสมหะ</td> <td>☐</td> </tr> </table>	☐ Syring	☐ เตียง	☐ Urine bag	☐ ที่นอนลม	☐ สาย NG tube	☐	☐ สาย Foley's cath	☐	☐ เครื่องผลิตออกซิเจน	☐	☐ เครื่องพ่นยา	☐	☐ อุปกรณ์ทำแผล	☐	☐ เครื่องดูดเสมหะ	☐	* ภายอุปกรณ์ <table border="1"> <tr> <td>☐</td> <td>กระดานบริหารข้อเข่า</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>กระดานล้อเลื่อน</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>ถังเบรยก้นน้ำหนัก</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>รถเข็นนั่ง</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>ไม้ค้ำยัน</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>ไม้เท้าช่วยพยุง</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>ไม้ฝึกกำลังแขน</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>ไม้ยืนดอง</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>รถกอล์ฟในสวน</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>ราวฝึกยืนและเดิน</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> </table>	☐	กระดานบริหารข้อเข่า	☐	กระดานล้อเลื่อน	☐	ถังเบรยก้นน้ำหนัก	☐	ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก	☐	รถเข็นนั่ง	☐	ไม้ค้ำยัน	☐	ไม้เท้าช่วยพยุง	☐	ไม้ฝึกกำลังแขน	☐	ไม้ยืนดอง	☐	รถกอล์ฟในสวน	☐	ราวฝึกยืนและเดิน	☐		<table border="1"> <tr> <td>☐</td> <td>เตียงฝึกยืน</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>เครื่องช่วยฟัง</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>แว่นสายตา</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> </table>	☐	เตียงฝึกยืน	☐	เครื่องช่วยฟัง	☐	แว่นสายตา	☐	
☐ Syring	☐ เตียง																																																				
☐ Urine bag	☐ ที่นอนลม																																																				
☐ สาย NG tube	☐																																																				
☐ สาย Foley's cath	☐																																																				
☐ เครื่องผลิตออกซิเจน	☐																																																				
☐ เครื่องพ่นยา	☐																																																				
☐ อุปกรณ์ทำแผล	☐																																																				
☐ เครื่องดูดเสมหะ	☐																																																				
☐	กระดานบริหารข้อเข่า																																																				
☐	กระดานล้อเลื่อน																																																				
☐	ถังเบรยก้นน้ำหนัก																																																				
☐	ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก																																																				
☐	รถเข็นนั่ง																																																				
☐	ไม้ค้ำยัน																																																				
☐	ไม้เท้าช่วยพยุง																																																				
☐	ไม้ฝึกกำลังแขน																																																				
☐	ไม้ยืนดอง																																																				
☐	รถกอล์ฟในสวน																																																				
☐	ราวฝึกยืนและเดิน																																																				
☐																																																					
☐	เตียงฝึกยืน																																																				
☐	เครื่องช่วยฟัง																																																				
☐	แว่นสายตา																																																				
☐																																																					

กิจกรรมการดูแล		ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)	หมายเหตุ
การวัดสัญญาณชีพ(ความดัน/ชีพจร/การหายใจและวัดไข้)		เดือนละ 1 ครั้ง	ความถี่ของกิจกรรมการดูแล เลข 1 = ทุก 2 ชม. เลข 2 = วันละ 1 ครั้ง เลข 3 = วันละ 2 ครั้ง เลข 4 = วันละ 3 ครั้ง เลข 5 = วันละ 4 ครั้ง เลข 6 = วันเว้นวัน เลข 7 = อาทิตย์ละ 1 ครั้ง เลข 8 = อาทิตย์ละ 2 ครั้ง เลข 9 = เดือนละ 1 ครั้ง เลข 10 = เดือนละ 2 ครั้ง เลข 11 = 2 เดือน/ครั้ง เลข 12 = 3 เดือน/ครั้ง เลข 13 = ทำครั้งเดียว เลข 14 = อื่นๆ.....
การล้างหน้า / แปรงฟัน		วันละ 2 ครั้ง	
การอาบน้ำ / สระผม / เช็ดตัว		สัปดาห์ละ 2 ครั้ง	
การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์		วันละ 2 ครั้ง	
การทาโลชั่น/น้ำมันมะกอก/ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวอื่นๆ		วันละ 1 ครั้ง	
การตัดเล็บ / ตัดผม / โกนหนวด		สัปดาห์ละ 1 ครั้ง	
การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ		วันละ 2 ครั้ง	
การทำความสะอาดทันตกรรม/บริเวณบ้าน		วันละ 1 ครั้ง	
การเตรียมอาหาร / ยา / อุปกรณ์ให้อาหารที่สะอาดและพร้อมใช้		วันละ 2 ครั้ง	
การป้อนอาหาร และหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางปาก		วันละ 3 ครั้ง	
การให้อาหารและหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางสายยาง(NG tube)		-	
การให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม		3 เดือนครั้ง	
การนำวัดผลคลายกล้ามเนื้อและกระตุ้นระบบไหลเวียนเลือด		วันละ 1 ครั้ง	
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ		วันละ 2 ครั้ง	
การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุบนเตียงและลงจากเตียง		-	
การฝึกทรงตัว / การฝึกเดิน		-	
การดูแลสวนอุจจาระ / ล้างอุจจาระ / ฝึกการกลืนปัสสาวะ		-	
การดูแลทำความสะอาดผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ / เปลี่ยนถุงยางอนามัย		-	
การพลิกตะแคงตัว / การจัดท่านอนป้องกันแผลกดทับ / ป้องกันเฝ้าตก		วันละ 1 ครั้ง	หมายเหตุ: 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11-12-13-14
การทำแผลกดทับ		-	
การจัดการความเจ็บปวด / การให้ยาบรรเทาปวด		-	
การอ่านหนังสือ / สวดมนต์/ฝึกสมาธิ/ฟังธรรมจากวิทยุ/โทรทัศน์/โทรศัพท์		วันละ 1 ครั้ง	
การกระตุ้นการใส่บาตร / ไปวัด		-	
สุนทรียบำบัด(Aroma therapy) / ดนตรีบำบัด(Music therapy)		-	
การประเมิน ADL / การประเมินภาวะสมองเสื่อม		3 เดือนครั้ง	

กิจกรรมการดูแล(ต่อ)		ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)
การบริการรับ-ส่งยา รวมทั้งนำผลการตรวจเข้าพบแพทย์/จนท.สาสุข		-
การบริการการเบิก-จ่ายวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ให้ผู้สูงอายุ เช่น ชุดทำแผล....		-
การบริการพาหนะรับส่งผู้สูงอายุ		-
การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ		-
การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมป้องกันอุบัติเหตุ		-
การเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาล		- 6 เดือนครั้ง
การจัดการการอากรรบกวนในผู้สูงอายุระยะสุดท้าย		-
การส่งเคราะห์ในการจัดงานศพผู้สูงอายุ		-
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต		
✓ ตื่นนอน		
✓ ล้างหน้า		
✓ ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเข้าเพียงพอและเย็นโดยญาติ		
✓ ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเข้าเพียงพอและเย็น โดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น		
✓ ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยญาติ		
✓ ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น		
✓ การทำกายภาพบำบัดโดยญาติ		
✓ การทำกายภาพบำบัดโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น		
✓ การออกกำลังกาย		
✓ การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ		
✓ การสวดมนต์		
✓ การนอนหลับ		

ผู้จัดทำ : ๑๔
 (.....นางสาว ใจดี.....)
 เลขาคนะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)
 (ใส่ชื่อเทศบาล/อบต.)

ผู้รับผิดชอบ : ทว. กัญญา พินิจธรรม
 (.....อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
 (ใส่ชื่อ เทศบาล / อบต.)

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan ฉบับนี้
 1 ลงชื่อ.....(ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันที่.....
 2 ลงชื่อ.....(ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันที่.....

หมายเหตุ Care Plan ได้รับความร่วมมือจากกรมอนามัยและนำมาปรับปรุงเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกให้คนะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลฯ เพื่อใช้ในการควบคุมการทำงานของ

แผนการดูแลรายบุคคล(Care Plan) โครงการอาสาสมัครบริการท้องถิ่นเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประจำเดือน.....พ.ศ. 2564

พื้นที่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล / อบต.) ชื่อ.....บ้านบึง.....อำเภอ.....จังหวัดราชบุรี

คำชี้แจง ให้ใส่ ☒ และตัวเลข หน้าหัวข้อรายการที่ต้องการตรงกับสภาพผู้สูงอายุ	ชื่อผู้สูงอายุ: นาย ค. ๐๐๓ ๔๐๔๐๖ เลขบัตรประจำตัวประชาชน: 3-7๐๐5-๐๐5๔3-21-6 วันเดือนปีเกิด: 2475 อายุ: 89 ปี	ที่อยู่: 84๑-8 เบอร์โทรศัพท์:	วินิจฉัย: ADL= 6 TAI= 63 กลุ่มที่: 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น: ผู้สูงอายุโรคประจำตัว มีโรคประจำตัว: 1. โรคเบาหวาน 2. โรคความดันโลหิตสูง 3. โรคไขมันในเลือดสูง 4. โรคไต 5. โรคหัวใจ 6. โรคหลอดเลือดสมอง 7. โรคกระดูกพรุน 8. โรคซึมเศร้า 9. โรคอื่นๆ
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ: ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น	แนวโน้มนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) กินอาหารเองได้/ช่วยเหลือตัวเองได้ ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ ที่อยู่อาศัยเหมาะสม มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ เดินได้โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ ไม่มีภาวะซึมเศร้า ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง ไม่เกิดแผลกดทับ	ข้อควรระวังในการให้บริการ การกินอาหาร/สําลักอาหาร การทำรายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย การพลัดตกหกล้ม การทรมาน/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์ การหลงทาง ข้อคิด/หรือข้อเท็จจริง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ผู้สูงอายุถูกทำร้าย อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	
ญาติ: อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลเปลี่ยน อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่รับอยู่ อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น/กายอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ผ้าอ้อม ชุดทำแผล เตียง ที่นอนลม			

ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต	เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น 3 เดือน ☐ ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☒ พื้นฟูภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน แผลหาย ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ไม่มีแผลกดทับ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน.....ว/ส/ด การได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางกายภาพ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ไม่เกิดการติดเชื้อของแผล/ระบบทางเดินปัสสาวะ/ระบบทางเดินหายใจ ภายใน.....ว/ส/ด อาการหลังล้มตื่นภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ได้รับการประเมินการชิมแสร้าและสมองเสื่อม ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดิมได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ทานข้าวเองได้ขับถ่ายเองได้ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน 	บริการอื่นๆ ☒ ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านการเงิน ☐ พยาบาล/ผู้ดูแล/ญาติ/ชุมชนช่วยเหลือผู้สูงอายุ/ ☐ โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศูนย์พัฒนาและฝึกอาชีพผู้สูงอายุ ☐ ได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานราชการ/เอกชน ☐ ได้รับการส่งเสริมอาชีพ ☒ ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน
บริการนอกเหนือรายสัปดาห์(รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ informal)	* อุปกรณ์ทางการแพทย์ ☐ Syring ☐ เตี้ย ☐ Urine bag ☐ ฟันปลอม ☐ สาย NG tube ☐ ☐ สาย Foley's cath ☐ ☐ เครื่องผลิตออกซิเจน ☐ เครื่องพ่นยา ☐ อุปกรณ์ทำแผล ☐ เครื่องดูดเสมหะ	* กายอุปกรณ์ ☐ กระดานบริหารข้อเข้า ☐ กระดานล้อเลื่อน ☐ ดัมเบลยกน้ำหนัก ☐ ถังทรายถ่วงน้ำหนัก ☐ รถเข็นนั่ง ☐ ไม่ค่อย ☐ ไม่ทำช่วยพยุง ☐ ไม่ฝึกกำลังแขน ☐ ไม่ย่นอง ☐ รอกเลื่อนในหว ☐ รวฝึกยืนและเดิน ☐ ☐ ☐

กิจกรรมการดูแล	ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)	หมายเหตุ
การวัดสัญญาณชีพ(ความดัน/ชีพจร/การหายใจและวัดไข้)	เลข 1 = ทุก 2 ชม.	ความถี่ของกิจกรรมการดูแล
การล้างหน้า / แปร่งฟัน	เลข 2 = วันละ 1 ครั้ง	
การอาบน้ำ / สระผม / เช็ดตัว	เลข 3 = วันละ 2 ครั้ง	
การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์	เลข 4 = วันละ 3 ครั้ง	
การพาโลชั่น/น้ำมันมะกอก/ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวผิว	เลข 5 = วันละ 4 ครั้ง	
การตัดเล็บ / ตัดผม / โกนหนวด	เลข 6 = วันเว้นวัน	
การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ	เลข 7 = อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	
การทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน	เลข 8 = อาทิตย์ละ 2 ครั้ง	
การเตรียมอาหาร / ยา / อุปกรณ์ให้อาหารที่สะอาดและพร้อมใช้	เลข 9 = เดือนละ 1 ครั้ง	
การป้อนอาหาร และหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางปาก	เลข 10 = เดือนละ 2 ครั้ง	
การให้อาหารและหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางสายยาง(NG tube)	เลข 11 = 2 เดือน/ครั้ง	
การให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	เลข 12 = 3 เดือน/ครั้ง	
การนำวัดคลื่นคล้ายกล้ามเนื้อและกระตุกระบบไหลเวียนเลือด	เลข 13 = ทำครั้งเดียว	
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	เลข 14 = อื่นๆ.....	
การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุบนเตียงและลงจากเตียง		
การฝึกทรงตัว / การฝึกเดิน		
การดูแลสวนอุจจาระ / ล้างอุจจาระ / ฝึกการกลืนปัสสาวะ		
การดูแลทำความสะอาดผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ / เปลี่ยนถุงยางอนามัย		
การพลิกตะแคงตัว / การจัดท่านอนป้องกันแผลกดทับ / ป้องกันเท้าตก		
การทำแผลกดทับ		
การจัดการความเจ็บปวด / การให้ยาบรรเทาปวด		
การอ่านหนังสือ / สวดมนต์/ฝึกสมาธิ/ฟังธรรมจากวิทยุ/โทรทัศน์/โทรศัพท์		
การกระตุ้นการใส่บาตร / ไปวัด		
สุนทรียบำบัด(Aroma therapy) / ดนตรีบำบัด(Music therapy)		
การประเมิน ADL / การประเมินภาวะสมองเสื่อม		

หมายเหตุ Care Plan ได้รับความร่วมมือจากกรมอนามัยและนำมาปรับปรุงเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกให้คณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลฯ เพื่อใช้ในการควบคุมการทำงานของ