

รายชื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประจำเดือน เมษายน ๒๕๖๔
ในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านม่วง อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

.....

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ที่อยู่	อายุ	หมายเหตุอาการ
๑	นางมู เล็กโล่ง	๘๖ ม.๒ ต.บ้านม่วง	๙๙ ปี	ผู้สูงอายุ ติดเตียง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ไม่มีแผลกดทับ
๒	นายฮอง ม่วงงาม	๑๐๐ ม.๒ ต.บ้านม่วง	๙๒ ปี	ผู้สูงอายุ ติดเตียง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ รับประทานยาเองไม่ได้ ขับถ่ายปกติ
๓	นายย้อย แยมทิพย์	๖๒ ม.๓ ต.บ้านม่วง	๗๑ ปี	ผู้สูงอายุ ติดบ้าน โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ช่วยเหลือได้บางส่วน
๔	นายเมือง ดัดพันธ์	ม.๔ ต.บ้านม่วง	๖๔ ปี	ผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมอง ใส่สายให้อาหารทางจมูก ชี๊ก (rt) อ่อนแรง ทำสายสวนปัสสาวะ
๕	นายอ่อน จุกกระแจะ	๑๕/๑ ม.๕ ต.บ้านม่วง	๗๑ ปี	ผู้สูงอายุ ติดเตียง ใส่สายให้อาหาร ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ มีแผลกดทับที่ก้น
๖	น.ส.โปรง เขียวเครือ	๔๖ ม.๕ ต.บ้านม่วง	๘๖ ปี	ผู้สูงอายุ พักการท่อนล่าง ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ไม่มีปัญหาเรื่องการกิน และการขับถ่าย
๗	นางโอง คอกสร้อย	๖๘/๑ ม.๕ ต.บ้านม่วง	๙๒ ปี	ผู้สูงอายุ ติดบ้าน ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
๘	นางเคลื่อน แคะจู	๓๓/๑ ม.๗ ต.บ้านม่วง	๘๙ ปี	-ผู้สูงอายุ ติดบ้าน ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน ไม่มีโรคประจำตัว
๙	นางละออง สุธาพนธ์	๘๔ ม.๘ ต.บ้านม่วง	๘๙ ปี	ผู้สูงอายุ พักการขาขาด ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน

แผนการดูแลรายบุคคล(Care Plan) โครงการอาสาสมัครบริการบำบัดท้องถิ่นเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประจำเดือน.....พ.ศ. 256๔
 วันที่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล / อบต.) ชื่อ.....บ้านบัว.....อำเภอ.....จังหวัดราชบุรี

คำชี้แจง ให้ใส่ ✓ และตัวเลข หน้าหัวข้อรายการที่ต้องการตรงกับสภาพผู้สูงอายุ

ชื่อผู้สูงอายุ: นาง บัว เลขบัตรประจำตัวประชาชน: 3 7 0 0 5 0 0 0 9 8 5 9 8 วันเดือนปีเกิด: อายุ: ๙๙ ปี	ที่อยู่: 86 ม. 2 เบอร์โทรศัพท์:	วินิจฉัย: ADL= 0 TAI= 12 กลุ่มที่: 3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น: อยู่คนเดียว มีโรคประจำตัว 8.6 1690 มม. 155 155 155 155
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ: ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ขึ้นจากที่เป็นอยู่ อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น	แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) กินอาหารเองได้/ช่วยตัวเองได้ ย้ำติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง พึ่งเวลาจากไปอย่างสงบ ที่อยู่อาศัยเหมาะสม มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ เงินได้โดยไม่ใช่อุปกรณ์ ไม่มีภาวะซึมเศร้า ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ ไม่เกิดแผลกดทับ	ข้อควรระวังในการให้บริการ การกินอาหาร/ลำลักอาหาร การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย การพลัดตกหกล้ม การทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา /การแพ้ยาล การหลงทาง ข้อคิด/หรือข้อเท็จจริง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ผู้สูงอายุถูกทำร้าย อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ
ญาติ: อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลสลับเปลี่ยน อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่ อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น/กายอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ผ้าอ้อม ชุดทำแผล เตียง ที่นอนลม.....		

ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ informal)																																																																																															
☒ กลิ่นปัสสาวะไม่ได้ ☐ กลิ่นลำบาก ☐ ความสามารถในการมองเห็น ☐ ความสามารถในการได้ยิน ☐ ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต ☐ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ ☐ ช่องปากไม่สะอาด ☐ ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ ☒ มีความอ่อนแอของกำลังมือแขน ขา ☐ มีความเจ็บปวดบริเวณพื้นและเหงือกปากแห้ง ☐ รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา ☒ สวมใส่เสื้อผ้าไม่ได้ ☐ ลักษณะที่อยู่อาศัย ☐ ไม่สามารถทานอาหารเองได้ ☒ ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ ☐ ไม่สามารถเดินได้โดยลำพังต้องมีคนช่วยพยุง	เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น 3 เดือน ☐ ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☒ พื้นฟูสถานะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น 3 วัน/สัปดาห์/เดือน ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 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 อาการหลังล้มดีขึ้นภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ทานข้าวเองได้ช่วยเองได้ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน 																																																																																															
บริการอื่น ๆ ☒ ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงิน ☐ พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชนเช่นชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศูนย์พัฒนาและฝึกอาชีพผู้สูงอายุ ☐ รถรับส่งไปสถานบริการ(ให้มีตัวเลือกระหว่าง สร./อปท./อื่นๆ) ☐ ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ☒ ได้รับการส่งเสริมอาชีพ ☐ ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ informal) * อุปกรณ์ทางการแพทย์ <table border="1"> <tr> <td>Syring</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>Urine bag</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>สาย NG tube</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>สาย Foley's cath</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>เครื่องผลิตออกซิเจน</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>เครื่องพ่นยา</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>อุปกรณ์ทำแผล</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>เครื่องดูดเสมหะ</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </table> * ภายนอก <table border="1"> <tr> <td>กระดานบริหารข้อเข้า</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>กระดานล้อเลื่อน</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>ต้นเบรยก้นน้ำหนัก</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>รถเข็นนั่ง</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>ไม้ค้ำยัน</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>ไม้เท้าช่วยพยุง</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>ไม้ฝึกกำลังแขน</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>ไม้ยืนนอน</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>รถเข็น</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>ราวฝึกยืนและเดิน</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </table>	Syring					Urine bag					สาย NG tube					สาย Foley's cath					เครื่องผลิตออกซิเจน					เครื่องพ่นยา					อุปกรณ์ทำแผล					เครื่องดูดเสมหะ					กระดานบริหารข้อเข้า					กระดานล้อเลื่อน					ต้นเบรยก้นน้ำหนัก					ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก					รถเข็นนั่ง					ไม้ค้ำยัน					ไม้เท้าช่วยพยุง					ไม้ฝึกกำลังแขน					ไม้ยืนนอน					รถเข็น					ราวฝึกยืนและเดิน				
Syring																																																																																																
Urine bag																																																																																																
สาย NG tube																																																																																																
สาย Foley's cath																																																																																																
เครื่องผลิตออกซิเจน																																																																																																
เครื่องพ่นยา																																																																																																
อุปกรณ์ทำแผล																																																																																																
เครื่องดูดเสมหะ																																																																																																
กระดานบริหารข้อเข้า																																																																																																
กระดานล้อเลื่อน																																																																																																
ต้นเบรยก้นน้ำหนัก																																																																																																
ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก																																																																																																
รถเข็นนั่ง																																																																																																
ไม้ค้ำยัน																																																																																																
ไม้เท้าช่วยพยุง																																																																																																
ไม้ฝึกกำลังแขน																																																																																																
ไม้ยืนนอน																																																																																																
รถเข็น																																																																																																
ราวฝึกยืนและเดิน																																																																																																

กิจกรรมการดูแล		ได้ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)	หมายเหตุ ความถี่ของกิจกรรมการดูแล
การวัดสัญญาณชีพ(ความดัน/ชีพจร/การหายใจและวัดไข้)		150 นว. 1 ครั้ง	เลข 1 = ทุก 2 ชม.
การล้างหน้า / แปรงฟัน		กนค. 2 ครั้ง	เลข 2 = วันละ 1 ครั้ง
การอาบน้ำ / สระผม / เช็ดตัว		กนค. 2 ครั้ง	เลข 3 = วันละ 2 ครั้ง
การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์		รค. 2 ครั้ง	เลข 4 = วันละ 3 ครั้ง
การทาโลชั่น/นํามะกอก/ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวอื่นๆ		กนค. 1 ครั้ง	เลข 5 = วันละ 4 ครั้ง
การตัดเล็บ / ตัดผม / โกนหนวด		สป. 1 ครั้ง	เลข 6 = วันเว้นวัน
การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ		สป. 2 ครั้ง	เลข 7 = อาทิตย์ละ 1 ครั้ง
การทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน		กนค. 1 ครั้ง	เลข 8 = อาทิตย์ละ 2 ครั้ง
การเตรียมอาหาร / ยา / อุปกรณ์ให้อาหารที่สะอาดและพร้อมใช้		กนค. 2 ครั้ง	เลข 9 = เดือนละ 1 ครั้ง
การป้อนอาหาร และหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางปาก		กนค. 3 ครั้ง	เลข 10 = เดือนละ 2 ครั้ง
การให้อาหารและหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางสายยาง(NG tube)		-	เลข 11 = 2 เดือน/ครั้ง
การให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม		150 นว. 1 ครั้ง	เลข 12 = 3 เดือน/ครั้ง
การนวดผ่อนคลายกล้ามเนื้อและกระตุ้นระบบไหลเวียนเลือด		150 นว. 1 ครั้ง	เลข 13 = ทำครั้งเดียว
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ		กนค. 1 ครั้ง	เลข 14 = อื่นๆ.....
การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างเบื่อง่ายและลงจากเตียง		-	
การฝึกทรงตัว / การฝึกเดิน		-	
การดูแลสวนอุจจาระ / ล้างอุจจาระ / ฝึกการกลืนปัสสาวะ		-	
การดูแลทำความสะอาดผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ / เปลี่ยนถุงยางอนามัย		-	
การพลิกตะแคงตัว / การจัดท่านอนป้องกันแผลกดทับ / ป้องกันเฝ้าตก		กนค. 4 ครั้ง	
การทำแผลกดทับ		-	
การจัดความเจ็บปวด / การให้ยาบรรเทาปวด		-	
การอ่านหนังสือ / สวดมนต์/ฝึกสมาธิ/ฟังธรรมจากวิทยุโทรทัศน์/โทรศัพท์		-	
การกระตุ้นการใส่บาตร / ไปวัด		-	
สุคนธ์บำบัด(Aroma therapy) / ดนตรีบำบัด(Music therapy)		-	
การประเมิน ADL / การประเมินภาวะสมองเสื่อม		3 150 นว.	

กิจกรรมการดูแล(ต่อ)	ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)
การบริการรับ-ส่งยา รวมทั้งนำผลการตรวจเข้าพบแพทย์/จนท.สาสุข	-
การบริการการเบิกจ่ายวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ให้ผู้ป่วย เช่น ชุดทำแผล....	-
การบริการพาหนะรับส่งผู้ป่วย	-
การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วย	-
การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมป้องกันอุบัติเหตุ	-
การเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาล	6 ครั้ง/สัปดาห์
การจัดการอาการเจ็บปวดของผู้ป่วยระยะสุดท้าย	-
การส่งตรวจที่ในการจัดงานศพผู้ป่วย	-
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต	
☒ ตื่นนอน	
☒ ล้างหน้า	
☒ ดูแลเตรียมอาหาร ป้อนให้อาหารทางสายยางเข้าเต้านมและเย็บโดยญาติ	
ดูแลเตรียมอาหาร ป้อนให้อาหารทางสายยางเข้าเต้านมและเย็บ โดยอาสาสมัครรับบริการท้องถิ่น	
ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยญาติ	
ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยอาสาสมัครรับบริการท้องถิ่น	
☒ การทำกายภาพบำบัดโดยญาติ	
การทำกายภาพบำบัดโดยอาสาสมัครรับบริการท้องถิ่น	
การออกกำลังกาย	
☒ การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ	
การสวมสนับ	
☒ การนอนหลับ	

ผู้จัดทำ : *สมพร ใจป่วน*
 (.....)
 เลขที่คณะกรรมการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)
 (ใส่ชื่อเทศบาล/อบต.)

ผู้รับผิดชอบ : *ผอ.บุญ ใจดวง*
 (.....)
 อาสาสมัครรับบริการท้องถิ่น
 (ใส่ชื่อ เทศบาล / อบต.)

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan ฉบับนี้

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

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

หมายเหตุ Care Plan ได้รับความร่วมมือจากกรมอนามัยและนำมาปรับปรุงเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกให้คณะกรรมการดูแลรายบุคคลฯ เพื่อใช้ในการควบคุมการทำงานของ

ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต	เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น 3 เดือน ☐ ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☒ พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ แผลหาย ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☒ ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน.....ว/ส/ด ☒ การได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 วัน/สัปดาห์/4เดือน ☐ การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ไม่เกิดการติดเชื้อของแผล/ระบบทางเดินปัสสาวะ/ระบบทางเดินหายใจ ภายใน.....ว/ส/ด ☐ อากาหลงลืมดีขึ้นภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดิมได้ช่วยตนเอง ☐ อาบน้ำเองได้ทานข้าวเองได้ขับถ่ายเองได้ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ประสานพันบุคลากรในพื้นที่ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ☐ ☐	บริการอื่นๆ ☒ ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงิน ☐ พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชนเช่นชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศูนย์พัฒนาและฝึกอาชีพผู้สูงอายุ ☐ รถรับส่งไปสถานบริการ(ให้ตัวเลือกกระหว่าง สธ./อปท./อื่นๆ) ☐ ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ☐ ได้รับการส่งเสริมอาชีพ ☒ ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน																																								
บริการนอกเหนือรายสัปดาห์(รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ informal)	* อุปกรณ์ทางการแพทย์ <table border="1"> <tr> <td>Syring</td> <td>เพียง</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	เพียง	Urine bag	ที่นอนลม	สาย NG tube		สาย Foley's cath		เครื่องผลิตออกซิเจน		เครื่องพ่นยา		อุปกรณ์ทำแผล		เครื่องดูดเสมหะ		* ภายนอก <table border="1"> <tr> <td>กระดานบริหารข้อเข่า</td> <td></td> </tr> <tr> <td>กระดานล้อเลื่อน</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ดัมเบลยกน้ำหนัก</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก</td> <td></td> </tr> <tr> <td>รถเข็นนั่ง</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ไม้ค้ำยัน</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ไม้เท้าช่วยพยุง</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ไม้ฝึกกำลังแขน</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ไม้ยืนนอน</td> <td></td> </tr> <tr> <td>รอกเคลื่อนไหว</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ราวฝึกยืนและเดิน</td> <td></td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td></td> </tr> </table>	กระดานบริหารข้อเข่า		กระดานล้อเลื่อน		ดัมเบลยกน้ำหนัก		ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก		รถเข็นนั่ง		ไม้ค้ำยัน		ไม้เท้าช่วยพยุง		ไม้ฝึกกำลังแขน		ไม้ยืนนอน		รอกเคลื่อนไหว		ราวฝึกยืนและเดิน			
Syring	เพียง																																									
Urine bag	ที่นอนลม																																									
สาย NG tube																																										
สาย Foley's cath																																										
เครื่องผลิตออกซิเจน																																										
เครื่องพ่นยา																																										
อุปกรณ์ทำแผล																																										
เครื่องดูดเสมหะ																																										
กระดานบริหารข้อเข่า																																										
กระดานล้อเลื่อน																																										
ดัมเบลยกน้ำหนัก																																										
ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก																																										
รถเข็นนั่ง																																										
ไม้ค้ำยัน																																										
ไม้เท้าช่วยพยุง																																										
ไม้ฝึกกำลังแขน																																										
ไม้ยืนนอน																																										
รอกเคลื่อนไหว																																										
ราวฝึกยืนและเดิน																																										
.....																																										

เลข (ดูจากหมายเลข)	หมายเหตุ
	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.....

ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต ☐ กลิ่นปัสสาวะไม่ได้ ☐ กลิ่นลำบาก ☐ ความสามารถในการมองเห็น ☐ ความสามารถในการได้ยิน ☒ ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต ☐ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ ☐ ขอดปากไม่สะอาด ☒ ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ ☒ มีความอ่อนแอของกำลังมือแขน ขา ☐ มีความเจ็บปวดบริเวณพื้นและเหงือกปากแห้ง ☐ รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา ☒ สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ ☐ ลักษณะที่อยู่อาศัย ☐ ไม่สามารถทานอาหารเองได้ ☒ ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ ☒ ไม่สามารถเดินได้โดยลำพังต้องมีคนช่วยพยุง	เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น 3 เดือน ☐ ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☒ ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น 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 ☒ อาการหลังล้มดีขึ้นภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☒ ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 3 วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ทานข้าวเองได้ขับถ่ายเองได้ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ☐	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์(รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal) * อุปกรณ์ทางการแพทย์ <table border="1"> <tr> <td>Syring</td> <td>☐</td> <td>เตียง</td> </tr> <tr> <td>Urine bag</td> <td>☐</td> <td>ที่นอนลม</td> </tr> <tr> <td>สาย NG tube</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>สาย Foley's cath</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>เครื่องผลิตออกซิเจน</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>เครื่องพ่นยา</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>อุปกรณ์ทำแผล</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>เครื่องดูดเสมหะ</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> </table>	Syring	☐	เตียง	Urine bag	☐	ที่นอนลม	สาย NG tube	☐		สาย Foley's cath	☐		เครื่องผลิตออกซิเจน	☐		เครื่องพ่นยา	☐		อุปกรณ์ทำแผล	☐		เครื่องดูดเสมหะ	☐										
Syring	☐	เตียง																																	
Urine bag	☐	ที่นอนลม																																	
สาย NG tube	☐																																		
สาย Foley's cath	☐																																		
เครื่องผลิตออกซิเจน	☐																																		
เครื่องพ่นยา	☐																																		
อุปกรณ์ทำแผล	☐																																		
เครื่องดูดเสมหะ	☐																																		
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต ☒ ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลจิตใจด้านการเงิน ☐ พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชนเช่นชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศูนย์พัฒนาและฝึกอาชีพผู้สูงอายุ ☐ รรรับส่งไปสถานบริการ(ให้มีตัวเลือกระหว่าง สร./อปท./อื่นๆ) ☐ ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ☐ ได้รับการส่งเสริมอาชีพ ☒ ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน	บริการอื่นๆ ☒ ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลจิตใจด้านการเงิน ☐ พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชนเช่นชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศูนย์พัฒนาและฝึกอาชีพผู้สูงอายุ ☐ รรรับส่งไปสถานบริการ(ให้มีตัวเลือกระหว่าง สร./อปท./อื่นๆ) ☐ ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ☐ ได้รับการส่งเสริมอาชีพ ☒ ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน	* ภายอุปกรณ์ <table border="1"> <tr> <td>กระดานบริหารข้อเข้า</td> <td>☐</td> <td>เตียงฝึกยืน</td> </tr> <tr> <td>กระดานล้อเลื่อน</td> <td>☐</td> <td>เครื่องช่วยพยุง</td> </tr> <tr> <td>ต้นเบรยกน้ำหนัก</td> <td>☐</td> <td>แว่นสายตา</td> </tr> <tr> <td>ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>รถเข็นนั่ง</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>ไม้ค้ำยัน</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>ไม้เท้าช่วยพยุง</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>ไม้ฝึกกำลังแขน</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>ไม้ยัดช่อง</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>รถกอล์ฟ</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>ราวฝึกยืนและเดิน</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> </table>	กระดานบริหารข้อเข้า	☐	เตียงฝึกยืน	กระดานล้อเลื่อน	☐	เครื่องช่วยพยุง	ต้นเบรยกน้ำหนัก	☐	แว่นสายตา	ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก	☐		รถเข็นนั่ง	☐		ไม้ค้ำยัน	☐		ไม้เท้าช่วยพยุง	☐		ไม้ฝึกกำลังแขน	☐		ไม้ยัดช่อง	☐		รถกอล์ฟ	☐		ราวฝึกยืนและเดิน	☐	
กระดานบริหารข้อเข้า	☐	เตียงฝึกยืน																																	
กระดานล้อเลื่อน	☐	เครื่องช่วยพยุง																																	
ต้นเบรยกน้ำหนัก	☐	แว่นสายตา																																	
ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก	☐																																		
รถเข็นนั่ง	☐																																		
ไม้ค้ำยัน	☐																																		
ไม้เท้าช่วยพยุง	☐																																		
ไม้ฝึกกำลังแขน	☐																																		
ไม้ยัดช่อง	☐																																		
รถกอล์ฟ	☐																																		
ราวฝึกยืนและเดิน	☐																																		

กิจกรรมการดูแล		ได้ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)	หมายเหตุ ความถี่ของกิจกรรมการดูแล
การวัดสัญญาณชีพ(ความดัน/ชีพจร/การหายใจและวัดไข้)		180 นค. 1 ครั้ง	เลข 1 = ทุก 2 ชม.
การล้างหน้า / แปรงฟัน		กันค. 2 ครั้ง	เลข 2 = วันละ 1 ครั้ง
การอาบน้ำ / สระผม / เช็ดตัว		กันค. 2 ครั้ง	เลข 3 = วันละ 2 ครั้ง
การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์		กันค. 2 ครั้ง	เลข 4 = วันละ 3 ครั้ง
การทาโลชั่น/น้ำมันมะกอก/ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวอื่นๆ		กันค. 1 ครั้ง	เลข 5 = วันละ 4 ครั้ง
การตัดเล็บ / ตัดผม / โกนหนวด		2 ปดจ. 1 ครั้ง	เลข 6 = วันเว้นวัน
การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ		-	เลข 7 = อาทิตย์ละ 1 ครั้ง
การทำความสะอาดทันต/บริเวณบ้าน		กันค. 1 ครั้ง	เลข 8 = อาทิตย์ละ 2 ครั้ง
การเตรียมอาหาร / ยา / อุปกรณ์ให้อาหารที่สะอาดและพร้อมใช้		กันค. 2 ครั้ง	เลข 9 = เดือนละ 1 ครั้ง
การป้อนอาหาร และหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางปาก		-	เลข 10 = เดือนละ 2 ครั้ง
การให้อาหารและหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางสายยาง(NG tube)		-	เลข 11 = 2 เดือน/ครั้ง
การให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม		3.150 นค.	เลข 12 = 3 เดือน/ครั้ง
การนำวัดพ่นคอนกลายกลั่นเนื้อและกระตุ้นระบบไหลเวียนเลือด		150 นค. 1 ครั้ง	เลข 13 = ทำครั้งเดียว
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ		กันค. 1 ครั้ง	เลข 14 = อื่นๆ.....
การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุบนเตียงและลงจากเตียง		-	
การฝึกทรงตัว / การฝึกเดิน		-	
การดูแลสวนอุจจาระ / ล้างอุจจาระ / ฝึกการกลืนปัสสาวะ		-	
การดูแลทำความสะอาดผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ / เปลี่ยนถุงยางอนามัย		-	
การพลิกตะแคงตัว / การจัดท่านอนป้องกันแผลกดทับ / ป้องกันเท้าตก		-	
การทำแผลกดทับ		-	
การจัดจัดการความเจ็บปวด / การให้ยาบรรเทาปวด		-	
การอ่านหนังสือ / สวดมนต์/ฝึกสมาธิ/ฟังธรรมจากวิทยุ/โทรทัศน์/โทรศัพท์		กันค. 1 ครั้ง	
การกระตุ้นการไต่บันได / ไปวัด		-	
สูตรบำบัด(Aroma therapy) / ดนตรีบำบัด(Music therapy)		-	
การประเมิน ADL / การประเมินภาวะสมองเสื่อม		6.150 นค.	

กิจกรรมการดูแล(ต่อ)	ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)
การบริการรับ-ส่งยา รวมทั้งนำผลการตรวจเข้าพบแพทย์/จนท.สาสุข	-
การบริการเบิก-จ่ายวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ให้ผู้สูงอายุ เช่น ชุดทำแผล....	-
การบริการพาหนะรับส่งผู้สูงอายุ	-
การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ	-
การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมป้องกันอุบัติเหตุ	-
การเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาล	3 1804 ๓5๖
การจัดกิจกรรมการบวมนในผู้สูงอายุระยะสุดท้าย	-
การส่งเคราะห์ในการจัดงานศพผู้สูงอายุ	-
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต	
☒ ดันนอน	
☒ ล้างหน้า	
☒ ดูแลเตรียมอาหาร ป้อนให้อาหารทางสายยางเข้าเตี้ยและเย็นโดยญาติ	
☒ ดูแลเตรียมอาหาร ป้อนให้อาหารทางสายยางเข้าเตี้ยและเย็น โดย	
☒ อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น	
☒ ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยญาติ	
☒ ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น	
☒ การทำกายภาพบำบัดโดยญาติ	
☒ การทำกายภาพบำบัดโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น	
☒ การออกกำลังกาย	
☒ การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ	
☒ การสวมสนับ	
☒ การนอนหลับ	
.....	

ผู้จัดทำ : ดร. คงพ ใจดี

เลขที่คณะกรรมการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)

(ใส่ชื่อเทศบาล/อบต.)

ผู้รับผิดชอบ : ป.อ.ณ. ใจดี

(ใส่ชื่อเทศบาล / อบต.)

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan ฉบับนี้

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

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

หมายเหตุ Care Plan ได้รับความร่วมมือจากกรมอนามัยและนำมาปรับปรุงเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกให้คณะกรรมการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลฯ เพื่อใช้ในการควบคุมการทำงานของ

ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต ☒ กลืนปัสสาวะไม่ได้ ☐ กลืนลำบาก ☐ ความสามารถในการมองเห็น ☐ ความสามารถในการได้ยิน ☐ ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต ☒ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ ☐ ซ่องปากไม่สะอาด ☐ ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ ☒ มีความอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขน ขา ☐ มีความเจ็บปวดบริเวณพื้นและเหงือกปากแห้ง ☐ รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา ☒ สวมใส่เสื้อผ้าไม่ได้ ☐ ลักษณะที่อยู่อาศัย ☒ ไม่สามารถทานอาหารเองได้ ☒ ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ ☐ ไม่สามารถเดินได้โดยลำพังต้องมีคนช่วยพยุง	เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น 3 เดือน ☒ ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน.....1.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☒ พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน.....3.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ แผลหาย ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☒ ไม่มีแผลกดทับ ภายใน.....3.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน.....ว/ส/ด ☒ การได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน.....1.....วัน/สัปดาห์/4เดือน ☐ การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☒ ไม่เกิดการติดเชื้อของแผล/ระบบทางเดินปัสสาวะ/ระบบทางเดินหายใจ ภายใน.....ว/ส/ด ☐ อากาการหลิมนดีขึ้นภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดินได้ด้วยตนเอง อาบนํ้าเองได้ทานข้าวเองได้ขับถ่ายเองได้ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☒ ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/4เดือน ☐ ☐ ☐	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>กระดานบริหารข้อเข่า</td> <td>☐</td> <td>เตียงฝึกยืน</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>กระดานล้อเลื่อน</td> <td>☐</td> <td>เครื่องช่วยพยุง</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>ดัมเบลยกน้ำหนัก</td> <td>☐</td> <td>แว่นสายตา</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>ถุงพยางค์น้ำหนัก</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>ไม้ยืนนอน</td> <td>☐</td> <td></td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>รอกเลื่อนไหว</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	☐		☐	กระดานบริหารข้อเข่า	☐	เตียงฝึกยืน	☐	กระดานล้อเลื่อน	☐	เครื่องช่วยพยุง	☐	ดัมเบลยกน้ำหนัก	☐	แว่นสายตา	☐	ถุงพยางค์น้ำหนัก	☐		☐	รถเข็นนั่ง	☐		☐	ไม้ค้ำยัน	☐		☐	ไม้เท้าช่วยพยุง	☐		☐	ไม้ฝึกกำลังแขน	☐		☐	ไม้ยืนนอน	☐		☐	รอกเลื่อนไหว	☐		☐	ราวฝึกยืนและเดิน	☐	
☐	Syring	☐	เตียง																																																																											
☒	Urine bag	☐	พื้นนอนลม																																																																											
☒	สาย NG tube	☐																																																																												
☒	สาย Foley's cath	☐																																																																												
☐	เครื่องผลิตออกซิเจน	☐																																																																												
☐	เครื่องพ่นยา	☐																																																																												
☐	อุปกรณ์ทำแผล	☐																																																																												
☐	เครื่องดูดเสมหะ	☐																																																																												
☐	กระดานบริหารข้อเข่า	☐	เตียงฝึกยืน																																																																											
☐	กระดานล้อเลื่อน	☐	เครื่องช่วยพยุง																																																																											
☐	ดัมเบลยกน้ำหนัก	☐	แว่นสายตา																																																																											
☐	ถุงพยางค์น้ำหนัก	☐																																																																												
☐	รถเข็นนั่ง	☐																																																																												
☐	ไม้ค้ำยัน	☐																																																																												
☐	ไม้เท้าช่วยพยุง	☐																																																																												
☐	ไม้ฝึกกำลังแขน	☐																																																																												
☐	ไม้ยืนนอน	☐																																																																												
☐	รอกเลื่อนไหว	☐																																																																												
☐	ราวฝึกยืนและเดิน	☐																																																																												
บริการอื่นๆ ☒ ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงิน ☐ พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชนเช่นชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศูนย์พัฒนาและฝึกอาชีพผู้สูงอายุ ☐ รถรับส่งไปสถานบริการ(ให้มีตัวเลือกระหว่าง สร./อปท./อื่นๆ) ☐ ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ☐ ได้รับการส่งเสริมอาชีพ ☒ ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน																																																																														

กิจกรรมการดูแล		ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)	หมายเหตุ ความถี่ของกิจกรรมการดูแล
การวัดสัญญาณชีพ(ความดัน/ชีพจร/การหายใจและวัดไข้)		130/80 1 ครั้ง	เลข 1 = ทุก 2 ชม.
การล้างหน้า / แปรงฟัน		ก่อน 2 ครั้ง	เลข 2 = วันละ 1 ครั้ง
การอาบน้ำ / สระผม / เช็ดตัว		ก่อน 2 ครั้ง	เลข 3 = วันละ 2 ครั้ง
การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์		ก่อน 2 ครั้ง	เลข 4 = วันละ 3 ครั้ง
การทาโลชั่น/น้ำมันมะกอก/ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวอื่นๆ		ก่อน 1 ครั้ง	เลข 5 = วันละ 4 ครั้ง
การตัดเล็บ / ตัดผม / โกนหนวด		8/10/20 1 ครั้ง	เลข 6 = วันเว้นวัน
การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ		ก่อน 2 ครั้ง	เลข 7 = อาทิตย์ละ 1 ครั้ง
การทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน		ก่อน 1 ครั้ง	เลข 8 = อาทิตย์ละ 2 ครั้ง
การเตรียมอาหาร / ยา / อุปกรณ์ให้อาหารที่สะอาดและพร้อมใช้		ก่อน 3 ครั้ง	เลข 9 = เดือนละ 1 ครั้ง
การป้อนอาหาร และหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางปาก		—	เลข 10 = เดือนละ 2 ครั้ง
การให้อาหารและหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางสายยาง(NG tube)		ก่อน 1 ครั้ง	เลข 11 = 2 เดือน/ครั้ง
การให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม		10/10 1 ครั้ง	เลข 12 = 3 เดือน/ครั้ง
การควบคุมถ่ายอุจจาระกลืนนมและกระตุ้นระบบไหลเวียนเลือด		8/10/20 1 ครั้ง	เลข 13 = ทำครั้งเดียว
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ		ก่อน 1 ครั้ง	เลข 14 = อื่นๆ.....
การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุบนเตียงและลงจากเตียง		—	
การฝึกทรงตัว / การฝึกเดิน		—	
การดูแลสวนอุจจาระ / ล้างอุจจาระ / ฝึกการกลืนปัสสาวะ		—	
การดูแลทำความสะอาดผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ / เปลี่ยนถุงยางอนามัย		ก่อน 1 ครั้ง	
การพลิกตะแคงตัว / การจัดท่านอนป้องกันแผลกดทับ / ป้องกันเท้าตก		8/10/20 4 ครั้ง	
การทำแผลกดทับ		—	
การจัดการความเจ็บปวด / การให้ยาบรรเทาปวด		—	
การอ่านหนังสือ / สวดมนต์/ฝึกสมาธิ/ฟังธรรมจากวิทยุ/โทรทัศน์/โทรศัพท์		—	
การกระตุ้นการใส่บาตร / ไปวัด		—	
สูดน้ำมันบำบัด(Aroma therapy) / ดนตรีบำบัด(Music therapy)		—	
การประเมิน ADL / การประเมินภาวะสมองเสื่อม		8/10/20 1 ครั้ง	

กิจกรรมการดูแล(ต่อ)		ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)
☒	การบริการรับ-ส่งยา รวมทั้งนำผลการตรวจเข้าพบแพทย์/จนท.สาสุข	-
☒	การบริการเบิก-จ่ายวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ให้ผู้สูงอายุ เช่น ชุดทำแผล...	-
☒	การบริการพาหนะรับส่งผู้สูงอายุ	-
☒	การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ	-
☒	การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมป้องกันอุบัติเหตุ	-
☒	การเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาล	6 เดือนครั้ง
☒	การจัดการอาการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ	-
☒	การส่งเคราะห์ในการจัดการงานศพผู้สูงอายุ	-
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต		
☒	พักผ่อน	
☒	ล้างหน้า	
☒	ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเข้าที่เที่ยงและเย็นโดยญาติ	
☒	ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเข้าที่เที่ยงและเย็น โดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น	
☒	ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยญาติ	
☒	ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น	
☒	การทำกายภาพบำบัดโดยญาติ	
☒	การทำกายภาพบำบัดโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น	
☒	การออกกำลังกาย	
☒	การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ	
☒	การสวมหมวก	
☒	การนอนหลับ	
☒		

ผู้จัดทำ : คุณสมพร ทองวัง
(.....)

เลขาคณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)
(ใส่ชื่อเทศบาล/อบต.)

ผู้รับผิดชอบ :
(.....)
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

กายบุคคล(Care Plan) โครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประจำเดือน.....พ.ศ. 256๕
 ปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล / อบต.) ชื่อ.....บ้าน..... อำเภอ..... จังหวัดราชบุรี

✓ และตัวเลข หน้าหัวข้อรายการที่ต้องการตรงกับสภาพผู้สูงอายุ

๗ อ่อน จศส-๖๖๖ ระชาชน: 3-7005-00115-90-5	ที่อยู่: ๗/๗.5 เบอร์โทรศัพท์:	วินิจฉัย: ADL= 0 TAI= I 1 กลุ่มที่: 4 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น: ผู้สูงอายุ ๗๖ ปี 93 ปี ๖๗ ปี ๖๘ ปี ๖๙ ปี ๗๐ ปี ๗๑ ปี ๗๒ ปี ๗๓ ปี ๗๔ ปี ๗๕ ปี ๗๖ ปี ๗๗ ปี ๗๘ ปี ๗๙ ปี ๘๐ ปี ๘๑ ปี ๘๒ ปี ๘๓ ปี ๘๔ ปี ๘๕ ปี ๘๖ ปี ๘๗ ปี ๘๘ ปี ๘๙ ปี ๙๐ ปี ๙๑ ปี ๙๒ ปี ๙๓ ปี ๙๔ ปี ๙๕ ปี ๙๖ ปี ๙๗ ปี ๙๘ ปี ๙๙ ปี ๑๐๐ ปี
การและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต อย่างมีศักดิ์ศรี ตัวเองได้หรือสามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ตั้งจากที่เป็นอยู่ ยขนี้ให้สังคม ห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า ลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง ร์ผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ่มรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล ่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ะเหลือดูแลสลับเปลี่ยน ะเพิ่มมากขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่ ากการแพทย์ที่จำเป็น/กายอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน ากำแผล เดียง ที่นอนลม.....	แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) กินอาหารเองได้/ช่วยเหลือเองได้ ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ ที่อยู่อาศัยเหมาะสม มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ ไม่มีภาวะซึมเศร้า ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ ไม่เกิดแผลกดทับ	ข้อควรระวังในการให้บริการ การกินอาหาร/ลักลอกอาหาร การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย การพลัดตกหกล้ม การทรมานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา /การแพทย์ การหลงทาง ขอดัด/หรือข้อเท้าตก ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ผู้สูงอายุถูกทำร้าย อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ

ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต ☐ กสณปัสสาวะไม่ได้ ☐ กลืนลำบาก ☐ ความสามารถในการมองเห็น ☐ ความสามารถในการได้ยิน ☐ ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต ☐ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ ☐ ช่องปากไม่สะอาด ☐ ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ ☒ มีความอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขน ขา ☐ มีความเจ็บปวดบริเวณพื้นและหลังออกปากแห้ง ☐ รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา ☒ สวมใส่เสื้อผ้าไม่ได้ ☐ ลักษณะที่อยู่อาศัย ☐ ไม่สามารถทานอาหารเองได้ ☒ ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ ☐ ไม่สามารถเดินได้โดยลำพังต้องมีคนช่วยพยุง	เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น 3 เดือน ☒ ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ฟันพุสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น 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 อาการหลังล้มตื่นภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ทานข้าวเองได้ขับถ่ายเองได้ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ☐	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์(รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ informal) * อุปกรณ์ทางการแพทย์ <table border="1"> <tr> <td>Syring</td> <td>เพียง</td> </tr> <tr> <td>Urine bag</td> <td>พื้นนอก</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> * ภายอุปกรณ์ <table border="1"> <tr> <td>กระดานบริหารข้อเข้า</td> <td></td> </tr> <tr> <td>กระดานล้อเลื่อน</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ต้มเบลยกน้ำหนัก</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก</td> <td></td> </tr> <tr> <td>รถเข็นนั่ง</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ไม้เท้า</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ไม้เท้าช่วยพยุง</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ไม้ฝึกกำลังแขน</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ไม้ยืนนั่ง</td> <td></td> </tr> <tr> <td>รถเข็นล้อใหญ่</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ราวฝึกยืนและเดิน</td> <td></td> </tr> </table>	Syring	เพียง	Urine bag	พื้นนอก	สาย NG tube		สาย Foley's cath		เครื่องผลิตออกซิเจน		เครื่องพ่นยา		อุปกรณ์ทำแผล		เครื่องดูดเสมหะ		กระดานบริหารข้อเข้า		กระดานล้อเลื่อน		ต้มเบลยกน้ำหนัก		ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก		รถเข็นนั่ง		ไม้เท้า		ไม้เท้าช่วยพยุง		ไม้ฝึกกำลังแขน		ไม้ยืนนั่ง		รถเข็นล้อใหญ่		ราวฝึกยืนและเดิน	
Syring	เพียง																																							
Urine bag	พื้นนอก																																							
สาย NG tube																																								
สาย Foley's cath																																								
เครื่องผลิตออกซิเจน																																								
เครื่องพ่นยา																																								
อุปกรณ์ทำแผล																																								
เครื่องดูดเสมหะ																																								
กระดานบริหารข้อเข้า																																								
กระดานล้อเลื่อน																																								
ต้มเบลยกน้ำหนัก																																								
ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก																																								
รถเข็นนั่ง																																								
ไม้เท้า																																								
ไม้เท้าช่วยพยุง																																								
ไม้ฝึกกำลังแขน																																								
ไม้ยืนนั่ง																																								
รถเข็นล้อใหญ่																																								
ราวฝึกยืนและเดิน																																								
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต ☐ กสณปัสสาวะไม่ได้ ☐ กลืนลำบาก ☐ ความสามารถในการมองเห็น ☐ ความสามารถในการได้ยิน ☐ ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต ☐ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ ☐ ช่องปากไม่สะอาด ☐ ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ ☒ มีความอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขน ขา ☐ มีความเจ็บปวดบริเวณพื้นและหลังออกปากแห้ง ☐ รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา ☒ สวมใส่เสื้อผ้าไม่ได้ ☐ ลักษณะที่อยู่อาศัย ☐ ไม่สามารถทานอาหารเองได้ ☒ ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ ☐ ไม่สามารถเดินได้โดยลำพังต้องมีคนช่วยพยุง	บริการอื่นๆ ☐ ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงิน ☐ แพทย์เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชนเช่นชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศูนย์พัฒนาและฝึกอาชีพผู้สูงอายุ ☐ มารับส่งไปสถานบริการ(ให้มีตัวเล็กระหว่าง สร./อปท./อื่นๆ) ☐ ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ☐ ได้รับการส่งเสริมอาชีพ ☒ ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์(รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ informal) * อุปกรณ์ทางการแพทย์ <table border="1"> <tr> <td>Syring</td> <td>เพียง</td> </tr> <tr> <td>Urine bag</td> <td>พื้นนอก</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> * ภายอุปกรณ์ <table border="1"> <tr> <td>กระดานบริหารข้อเข้า</td> <td></td> </tr> <tr> <td>กระดานล้อเลื่อน</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ต้มเบลยกน้ำหนัก</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก</td> <td></td> </tr> <tr> <td>รถเข็นนั่ง</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ไม้เท้า</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ไม้เท้าช่วยพยุง</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ไม้ฝึกกำลังแขน</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ไม้ยืนนั่ง</td> <td></td> </tr> <tr> <td>รถเข็นล้อใหญ่</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ราวฝึกยืนและเดิน</td> <td></td> </tr> </table>	Syring	เพียง	Urine bag	พื้นนอก	สาย NG tube		สาย Foley's cath		เครื่องผลิตออกซิเจน		เครื่องพ่นยา		อุปกรณ์ทำแผล		เครื่องดูดเสมหะ		กระดานบริหารข้อเข้า		กระดานล้อเลื่อน		ต้มเบลยกน้ำหนัก		ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก		รถเข็นนั่ง		ไม้เท้า		ไม้เท้าช่วยพยุง		ไม้ฝึกกำลังแขน		ไม้ยืนนั่ง		รถเข็นล้อใหญ่		ราวฝึกยืนและเดิน	
Syring	เพียง																																							
Urine bag	พื้นนอก																																							
สาย NG tube																																								
สาย Foley's cath																																								
เครื่องผลิตออกซิเจน																																								
เครื่องพ่นยา																																								
อุปกรณ์ทำแผล																																								
เครื่องดูดเสมหะ																																								
กระดานบริหารข้อเข้า																																								
กระดานล้อเลื่อน																																								
ต้มเบลยกน้ำหนัก																																								
ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก																																								
รถเข็นนั่ง																																								
ไม้เท้า																																								
ไม้เท้าช่วยพยุง																																								
ไม้ฝึกกำลังแขน																																								
ไม้ยืนนั่ง																																								
รถเข็นล้อใหญ่																																								
ราวฝึกยืนและเดิน																																								

กิจกรรมการดูแล		ได้ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)		หมายเหตุ ความถี่ของกิจกรรมการดูแล
การวัดสัญญาณชีพ(ความดัน/ชีพจร/การหายใจและวัดไข้)		ได้ค่า 1 ครั้ง		
การล้างหน้า / แปรงฟัน		ได้ค่า 2 ครั้ง		เลข 1 = ทุก 2 ชม.
การอาบน้ำ / สระผม / เช็ดตัว		ได้ค่า 1 ครั้ง		เลข 2 = วันละ 1 ครั้ง
การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์		ได้ค่า 1 ครั้ง		เลข 3 = วันละ 2 ครั้ง
การทาลotion/น้ำมันมะกอก/ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวอื่นๆ		ได้ค่า 1 ครั้ง		เลข 4 = วันละ 3 ครั้ง
การตัดเล็บ / ตัดผม / โกนหนวด		ได้ค่า 1 ครั้ง		เลข 5 = วันละ 4 ครั้ง
การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ		ได้ค่า 2 ครั้ง		เลข 6 = วันเว้นวัน
การทำความสะอาดทันตกรรม/บริเวณบ้าน		ได้ค่า 1 ครั้ง		เลข 7 = อาทิตย์ละ 1 ครั้ง
การเตรียมอาหาร / ยา / อุปกรณ์ให้อาหารที่สะอาดและพร้อมใช้		ได้ค่า 2 ครั้ง		เลข 8 = อาทิตย์ละ 2 ครั้ง
การป้อนอาหาร และหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางปาก		ได้ค่า 4 ครั้ง		เลข 9 = เดือนละ 1 ครั้ง
การให้อาหารและหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางสายยาง(NG tube)		ได้ค่า 4 ครั้ง		เลข 10 = เดือนละ 2 ครั้ง
การให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม		ได้ค่า 1 ครั้ง		เลข 11 = 2 เดือน/ครั้ง
การควบคุมอาหารและหรือยาตามระดับน้ำตาลในเลือด		ได้ค่า 1 ครั้ง		เลข 12 = 3 เดือน/ครั้ง
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ		ได้ค่า 1 ครั้ง		เลข 13 = ทำครั้งเดียว
การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุบนเตียงและลงจากเตียง		0		เลข 14 = อื่นๆ.....
การฝึกทรงตัว / การฝึกเดิน		-		
การดูแลสวนอุจจาระ / ล้างอุจจาระ / ฝึกการกลืนปัสสาวะ		-		
การดูแลทำความสะอาดผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ / เปลี่ยนถุงยางอนามัย		-		
การพลิกตะแคงตัว / การจัดท่านอนป้องกันแผลกดทับ / ป้องกันเท้าตก		ค่า 2 ครั้ง		
การทำแผลกดทับ		ได้ค่า 1 ครั้ง		
การจัดการความเจ็บปวด / การให้ยาบรรเทาปวด		-		
การอ่านหนังสือ / สวดมนต์/ฝึกสมาธิ/ฟังธรรมจากวิทยุ/โทรทัศน์/โทรศัพท์		-		
การกระตุ้นการใส่บาตร / ไปวัด		-		
สูดน้ำบำบัด(Aroma therapy) / ดนตรีบำบัด(Music therapy)		-		
การประเมิน ADL / การประเมินภาวะสมองเสื่อม		- 3 (80% ขึ้น)		

แผนการดูแลรายบุคคล(Care Plan) โครงการอาสาสมัครบริการท้องถิ่นเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประจำเดือน.....พ.ศ. 2563
 พื้นที่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล / อบต.) ชื่อ..... ก.ส. ตำบล 18-1030 อำเภอ..... จันทบุรี จังหวัดจันทบุรี

คำชี้แจง ให้ใส่ ✓ และตัวเลข หน้าหัวข้อรายการที่ต้องการตรงกับสภาพผู้สูงอายุ

ชื่อผู้สูงอายุ: ก.ส. ตำบล 18-1030 เลขบัตรประจำตัวประชาชน: 3-7005-00112-906 วันเดือนปีเกิด: อายุ: 86 ปี	ที่อยู่: 46-2-6 เบอร์โทรศัพท์:	วินิจฉัย: ADL= 10 TAI= 83 กลุ่มที่: 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น: ผู้สูงอายุ ภาวะพึ่งพิง 18-1030 ๓๖๔ 18-1030 18-1030 18-1030 18-1030 18-1030 18-1030 18-1030
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ: ☒ ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี ☒ อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ขึ้นจากที่เป็นอยู่ ☒ อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม ☒ อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า ☒ อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง ☒ อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น	แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) ☒ กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ ☒ ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ☒ ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ ☒ ที่อยู่อาศัยเหมาะสม ☒ มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ ☒ เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ ☒ ไม่มีภาวะซึมเศร้า ☒ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากกรนอนนานๆ ☒ ไม่เกิดแผลกดทับ	ข้อควรระวังในการให้บริการ ☐ การกินอาหาร/สำลักอาหาร ☐ การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย ☒ การพลัดตกหกล้ม ☐ การทรมานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์ ☐ การหลงทาง ☐ ข้อติด/หรือข้อเท้าตก ☒ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ☐ ผู้สูงอายุถูกทำร้าย ☒ อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ
ญาติ: ☐ อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล ☐ อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ☒ อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลเปลี่ยนแปลง ☒ อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่ ☐ อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์จำเป็น/กายอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน ☐ รถเข็น ผ้าอ้อม ชุดทำแผล เตียง ที่นอนลม.....		

ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต ☐ กลืนปัสสาวะไม่ได้ ☐ กลืนลำบาก ☐ ความสามารถในการมองเห็น ☐ ความสามารถในการได้ยิน ☐ ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต ☐ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ ☐ ช่องปากไม่สะอาด ☒ ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ ☐ มีความอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขน ขา ☐ มีความเจ็บปวดบริเวณพื้นและเท้าจากปากแห้ง ☐ รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา ☐ สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ ☐ 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 ☐ อาการหลังล้มดีขึ้นภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☒ ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดินได้ด้วยตนเอง ☐ อาบน้ำเองได้ทานข้าวเองได้ขับถ่ายเองได้ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ประสานพันบุคคลากรในพื้นที่ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ☐ ☐	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>	☐	Syring	☐	เตียง	☐	Urine bag	☐	ที่นอนลม	☐	สาย NG tube	☐		☐	สาย Foley's cath	☐		☐	เครื่องผลิตออกซิเจน	☐		☐	เครื่องพ่นยา	☐		☐	อุปกรณ์ทำแผล	☐		☐	เครื่องดูดเสมหะ	☐													
☐	Syring	☐	เตียง																																											
☐	Urine bag	☐	ที่นอนลม																																											
☐	สาย NG tube	☐																																												
☐	สาย Foley's cath	☐																																												
☐	เครื่องผลิตออกซิเจน	☐																																												
☐	เครื่องพ่นยา	☐																																												
☐	อุปกรณ์ทำแผล	☐																																												
☐	เครื่องดูดเสมหะ	☐																																												
บริการอื่นๆ ☒ ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงิน ☐ พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชนเช่นชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศูนย์พัฒนาและฝึกอาชีพผู้สูงอายุ ☐ รถรับส่งไปสถานบริการ(ให้มีตัวเลื่อกระหว่าง สร./อปท./อื่นๆ) ☐ ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ☐ ได้รับการส่งเสริมอาชีพ ☒ ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน	* 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>ไม้ยืนนอน</td> <td>☐</td> <td></td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>รอกเคื่องไหว</td> <td>☐</td> <td></td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>ราวฝึกยืนและเดิน</td> <td>☐</td> <td></td> </tr> </table>	☐	กระดานบริหารข้อเข่า	☐	เตียงฝึกยืน	☐	กระดานล้อเลื่อน	☐	เครื่องช่วยฟัง	☐	ดัมเบลยกน้ำหนัก	☐	แว่นสายตา	☐	ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก	☐		☐	รถเข็นนั่ง	☐		☐	ไม้ค้ำยัน	☐		☐	ไม้เท้าช่วยพยุง	☐		☐	ไม้ฝึกกำลังแขน	☐		☐	ไม้ยืนนอน	☐		☐	รอกเคื่องไหว	☐		☐	ราวฝึกยืนและเดิน	☐		
☐	กระดานบริหารข้อเข่า	☐	เตียงฝึกยืน																																											
☐	กระดานล้อเลื่อน	☐	เครื่องช่วยฟัง																																											
☐	ดัมเบลยกน้ำหนัก	☐	แว่นสายตา																																											
☐	ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก	☐																																												
☐	รถเข็นนั่ง	☐																																												
☐	ไม้ค้ำยัน	☐																																												
☐	ไม้เท้าช่วยพยุง	☐																																												
☐	ไม้ฝึกกำลังแขน	☐																																												
☐	ไม้ยืนนอน	☐																																												
☐	รอกเคื่องไหว	☐																																												
☐	ราวฝึกยืนและเดิน	☐																																												

กิจกรรมการดูแล		ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)	หมายเหตุ ความถี่ของกิจกรรมการดูแล
การวัดสัญญาณชีพ(ความดัน/ชีพจร/การหายใจและวัดไข้)		3 1500 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 / โกนหนวด		สัปดาห์ละ 1 ครั้ง	เลข 6 = วันเว้นวัน
การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ		-	เลข 7 = อาทิตย์ละ 1 ครั้ง
การทำความสะอาดทันตกรรม/บริเวณบ้าน		วันละ 1 ครั้ง	เลข 8 = อาทิตย์ละ 2 ครั้ง
การเตรียมอาหาร / ยา / อุปกรณ์ให้อาหารที่สะอาดและพร้อมใช้		วันละ 1 ครั้ง	เลข 9 = เดือนละ 1 ครั้ง
การป้อนอาหาร และหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางปาก		-	เลข 10 = เดือนละ 2 ครั้ง
การให้อาหารและหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางสายยาง(NG tube)		-	เลข 11 = 2 เดือน/ครั้ง
การให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม		3 1500 ครั้ง	เลข 12 = 3 เดือน/ครั้ง
การนำตัวอย่างอุจจาระปัสสาวะและกระตุบไปหาลาบาลี		สัปดาห์ละ 1 ครั้ง	เลข 13 = ทำครั้งเดียว
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ		สัปดาห์ละ 1 ครั้ง	เลข 14 = อื่นๆ.....
การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยสูงอายุบนเตียงและลงจากเตียง		-	
การฝึกทรงตัว / การฝึกเดิน		-	
การดูแลสวนอุจจาระ / ล้างอุจจาระ / ฝึกการกลืนปัสสาวะ		-	
การดูแลทำความสะอาดผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ / เปลี่ยนถุงยางอนามัย		-	
การพลิกตะแคงตัว / การจัดท่านอนป้องกันแผลกดทับ / ป้องกันเท้าตก		-	
การทำความสะอาด		-	
การจัดจัดการความเจ็บปวด / การให้ยาบรรเทาปวด		-	
การอ่านหนังสือ / สดมนิต์ฝึกสมาธิ/ฟังธรรมจากวิทยุโทรทัศน์/โทรศัพท์		วันละ 1 ครั้ง	
การกระตุ้นการใส่บาตร / ไปวัด		-	
สุคนธ์บำบัด(Aroma therapy) / ดนตรีบำบัด(Music therapy)		-	
การประเมิน ADL / การประเมินภาวะสมองเสื่อม		3 1500 ครั้ง	

กิจกรรมการดูแล(ต่อ)		ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)
การบริการรับ-ส่งยา รวมทั้งนำผลการตรวจเข้าพบแพทย์/จนท.สาสุข		3 150๑3
การบริการเบิก-จ่ายวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ให้ผู้สูงอายุ เช่น ชุดทำแผล....		-
การบริการพาหนะรับส่งผู้สูงอายุ		-
การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ		-
การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมป้องกันอุบัติเหตุ		-
การเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาล		1 150๑3
การจัดการอาหารการบริโภคของผู้สูงอายุระยะสุดท้าย		-
การส่งเคราะห์ในการจัดงานศพผู้สูงอายุ		-
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต		
☒ ตื่นนอน	ผู้จัดทำ : <u>๑๐</u>	เลขาคณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) (ใส่ชื่อเทศบาล/อบต.) ผู้รับผิดชอบ : <u>๙</u> ✓ (๙.ร. 11๐๑ ๗11๗) อาสาสมัครรับบริการท้องถิ่น (ใส่ชื่อ เทศบาล / อบต.)
☒ ล้างหน้า	(๙.ร.๗๗ ๗๑๑๙)	
☒ ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเข้าเตี้ยและเย็นโดยญาติ		
ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเข้าเตี้ยและเย็น โดยอาสาสมัครรับบริการท้องถิ่น		
☒ ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยญาติ		
ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยอาสาสมัครรับบริการท้องถิ่น		
☒ การทำกายภาพบำบัดโดยญาติ		
☒ การทำกายภาพบำบัดโดยอาสาสมัครรับบริการท้องถิ่น		
☒ การออกกำลังกาย		
☒ การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ		
☒ การสวมมด		ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan ฉบับนี้ 1)ลงชื่อ.....(ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันที่..... 2)ลงชื่อ.....(ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันที่.....
☒ การนอนหลับ		

หมายเหตุ Care Plan ได้รับความร่วมมือจากกรมอนามัยและนำมาปรับปรุงเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกให้คณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลฯ เพื่อใช้ในการควบคุมการทำงาน

แผนการดูแลรายบุคคล(Care Plan) โครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประจำปี ๒๕๖๕
 พื้นที่ องค์การบริหารส่วนตำบล (เทศบาล / อบต.) ชื่อ บ้านโป่ง พ.ศ. 256๕
 คำชี้แจง ให้ใส่ ☒ และตัวเลข หน้าหัวข้อรายการที่ต้องการตรงกับสภาพผู้สูงอายุ อำเภอ บ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

ชื่อผู้สูงอายุ : <u>นางสาว ๓๐๓๕๖๔</u> เลขบัตรประจำตัวประชาชน : <u>370050014526</u> วันเดือนปีเกิด : อายุ : <u>๑๕</u> ปี	ที่อยู่ : <u>๔๘/๑ ข. ๕</u> เบอร์โทรศัพท์ :	วิจัย : ADL = <u>8</u> TAI = <u>13</u> กลุ่มที่ : 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : <u>ผู้สูงอายุ ๕๖ ปี</u> <u>ป่วยโรคเบาหวาน</u>
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ : ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ญาติ : อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลเปลี่ยน อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้อยู่ อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น/กายอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถมอเตอร์ไซด์ ขุดทำแอส เติง ที่นอนลม.....	แนวโน้มนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) กินอาหารเองได้/รับประทานอาหารได้ สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ ที่อยู่อาศัยเหมาะสม มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ เงินได้โดยไม่มีอุปสรรค ไม่มีภาวะซึมเศร้า ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง ไม่เกิดแผลกดทับ	ข้อควรระวังในการให้บริการ การกินอาหาร/หลักอาหาร การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย การพลัดตกหกล้ม การทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา /การแพ้ยา การหลงทาง ข้อคิด/หรือข้อเท็จจริง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ผู้สูงอายุถูกทำร้าย อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ

ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต ☒ กลืนปัสสาวะไม่ได้ ☐ กลืนลำบาก ☒ ความสามารถในการมองเห็น ☐ ความสามารถในการได้ยิน ☒ ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต ☒ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ ☐ ซ่องปากไม่สะอาด ☒ ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ ☐ มีความอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขน ขา ☐ มีความเจ็บปวดบริเวณฟันและเหงือกปากแห้ง ☐ รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา ☒ สวมใส่เสื้อผ้าไม่ได้ ☐ ลักษณะที่อยู่อาศัย ☐ ไม่สามารถทานอาหารเองได้ ☒ ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ ☒ ไม่สามารถเดินได้โดยลำพังต้องมีคนช่วยพยุง	เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น 3 เดือน ☐ ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ☒ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☒ ฟันพุสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน <u>3</u> 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 ☐ ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดินได้ด้วยตนเอง ☐ อาบน้ำเองได้ทานข้าวเองได้รับประทานอาหารเองได้ ☐ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ประสานพันตบุคลากรในพื้นที่ ☐ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ☐ ☐	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>ไม้ยัดน่อง</td> <td>☐</td> <td></td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>รอกเคลื่อนไหว</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	☐		☐	ไม้ยัดน่อง	☐		☐	รอกเคลื่อนไหว	☐		☐	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	☐																																																																												
☐	ไม้ยัดน่อง	☐																																																																												
☐	รอกเคลื่อนไหว	☐																																																																												
☐	ราวฝึกยืนและเดิน	☐																																																																												
บริการอื่นๆ ☒ ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงิน ☐ พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีในชุมชนเช่นชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศูนย์พัฒนาและฝึกอาชีพผู้สูงอายุ ☐ มารับส่งไปสถานบริการ(ให้มีตัวเลือกระหว่าง สร./อปท./อื่นๆ) ☐ ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ☐ ได้รับการส่งเสริมอาชีพ ☒ ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน																																																																														

กิจกรรมการดูแล		ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)	หมายเหตุ
การวัดสัญญาณชีพ(ความดัน/ชีพจร/การหายใจและวัดไข้)		1800 น. 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		ก่อน 2 ครั้ง	
การอาบน้ำ / สระผม / เช็ดตัว		ก่อน 2 ครั้ง	
การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์		ก่อน 2 ครั้ง	
การทาโลชั่น/น้ำมันมะกอก/ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวอื่นๆ		ก่อน 1 ครั้ง	
การตัดเล็บ / ตัดผม / โกนหนวด		สัปดาห์ละ 1 ครั้ง	
การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ		-	
การทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน		-	
การเตรียมอาหาร / ยา / อุปกรณ์ให้อาหารที่สะอาดและพร้อมใช้		ก่อน 1 ครั้ง	
การป้อนอาหาร และหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางปาก		ก่อน 2 ครั้ง	
การให้อาหารและหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางสายยาง(NG tube)		-	
การให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม		-	
การนัดสอนกลืนกลืนเนื้อและกระตุบระบบไหลเวียนเลือด		3 1500 น. 1 ครั้ง	
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ		1500 น. 1 ครั้ง	
การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุบนเตียงและลงจากเตียง		สัปดาห์ละ 1 ครั้ง	
การฝึกทรงตัว / การฝึกเดิน		ก่อน 2 ครั้ง	
การดูแลสวนอุจจาระ / ล้างอุจจาระ / ฝึกการกลืนปัสสาวะ		-	
การดูแลทำความสะอาดผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ / เปลี่ยนถุงยางอนามัย		-	
การพลิกตะแคงตัว / การจัดท่านอนป้องกันแผลกดทับ / ป้องกันเท้าตก		-	
การทำแผลกดทับ		-	
การจัดการความเจ็บปวด / การให้ยาบรรเทาปวด		-	
การอ่านหนังสือ / สวดมนต์/ฝึกสมาธิ/ฟังธรรมจากวิทยุ/โทรทัศน์/โทรศัพท์		ก่อน 1 ครั้ง	
การกระตุ้นการใส่บาตร / ไปวัด		-	
สูดน้ำบำบัด(Aroma therapy) / ดนตรีบำบัด(Music therapy)		-	
การประเมิน ADL / การประเมินภาวะสมองเสื่อม		6 1500 น. 1 ครั้ง	

เขต)	

lan)

ฉบับนี้

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

เลรายบุคคลฯ เพื่อใช้ในการควบคุมการทำงานของ

แผนการดูแลรายบุคคล(Care Plan) โครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประจำปี ๒๕๖๕
พื้นที่ องค์การบริหารส่วนตำบล (เทศบาล / อบต.) ชื่อ บ้านใหม่ อำเภอ บ้านใหม่ จังหวัดราชบุรี

คำชี้แจง ให้ใส่ ☒ และตัวเลข หน้าหัวข้อการที่ต้องการตรงกับสภาพผู้สูงอายุ

ชื่อผู้สูงอายุ: <u>นางเจตน์ ๑๑๑</u> เลขบัตรประจำตัวประชาชน: <u>3700500119๖๖</u> วันเดือนปีเกิด: <u>๘๙</u> ปี	ที่อยู่: <u>33/1 จ.7</u> เบอร์โทรศัพท์:	วินิจฉัย: ADL= 5 TAI= B3 กลุ่มที่: 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น: <u>ผู้สูงอายุ, ๘๐ ปี, ๕๖ 1๖3๐๓๑๐1๕ ๑๖3๐ 1๖3๐1๖3๐</u>
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่ต้องการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ: ☐ ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี ☐ อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ขึ้นจากที่เป็นอยู่ ☐ อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม ☐ อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า ☒ อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง ☒ อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น	แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) ☐ กินอาหารเองได้/ช่วยตัวเองได้ ☒ ปฏิบัติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ☐ ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ ☐ ที่อยู่อาศัยเหมาะสม ☐ มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ ☐ เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ ☐ ไม่มีภาวะซึมเศร้า ☒ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง ☒ ไม่เกิดแผลกดทับ	ข้อควรระวังในการให้บริการ ☒ การกินอาหาร/สำลักอาหาร ☐ การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย ☒ การพลัดตกหกล้ม ☐ การทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์ ☐ การหลงทาง ☒ ซึมเศร้าหรือข้อเท้าตก ☒ บ๊องแกว่งแหว่งหรือข้ออื่น ๆ ☐ ผู้สูงอายุถูกทำร้าย อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ
ญาติ: ☐ อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล ☐ อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ☒ อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลเปลี่ยนแปลง ☒ อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่ ☒ อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น/กายอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน		
รกเซ็น <u>ผัวอ้อม</u> ชุดทำแผล เตียง ที่นอนลม.....		

ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต	☐ กลืนปัสสาวะไม่ได้ ☐ กลืนลำบาก ☐ ความสามารถในการมองเห็น ☐ ความสามารถในการได้ยิน ☐ ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต ☒ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ ☐ ช่องปากไม่สะอาด ☐ ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ ☒ มีความอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขน ขา ☐ มีความเจ็บปวดบริเวณพื้นและเหงือกปากแห้ง ☐ รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา ☒ สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ ☐ ลักษณะที่อยู่อาศัย ☐ ไม่สามารถทานอาหารเองได้ ☒ ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ ☒ ไม่สามารถเดินได้โดยลำพังต้องมีคนช่วยพยุง	บริการอื่นๆ ☒ ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงิน ☐ พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชนเช่นชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศูนย์พัฒนาและฝึกอาชีพผู้สูงอายุ ☐ ได้รับความรู้ไปสถานบริการ(ให้มีตัวเลือกระหว่าง สร./อปท./อื่นๆ) ☐ ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ☒ ได้รับการส่งเสริมอาชีพ ☐ ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน																																																																												
เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น 3 เดือน	☐ ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ☒ ภายใต้น.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใต้น.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ แผลหาย ภายใต้น.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☒ ไม่มีแผลกดทับ ภายใต้น.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใต้น.....ว/ส/ด ☐ การได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใต้น.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใต้น.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ไม่เกิดการติดเชื้อของแผล/ระบบทางเดินปัสสาวะ/ระบบทางเดินหายใจ ภายใต้น.....ว/ส/ด ☐ อาการหลงลืมดีขึ้นภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใต้น.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดินได้ด้วยตนเอง ☐ อาบน้ำเองได้ทานข้าวเองได้ขับถ่ายเองได้ ☐ ภายใต้น.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ประสานพันบุคคลกรในพื้นที่ ☐ ภายใต้น.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ☐	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>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>ไม่มีก้ำกึ่งแขน</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>ไม่มีดอง</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>รอกเลื่อนไหว</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	☐		☐	กระดานบริหารข้อเข้า	☐	เตียงฝึกยืน	☐	กระดานล้อเลื่อน	☐	เครื่องช่วยฟัง	☐	ดัมเบลยกน้ำหนัก	☐	แว่นสายตา	☐	ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก	☐		☐	รถเข็นนั่ง	☐		☐	ไม้ค้ำยัน	☐		☐	ไม้เท้าช่วยพยุง	☐		☐	ไม่มีก้ำกึ่งแขน	☐		☐	ไม่มีดอง	☐		☐	รอกเลื่อนไหว	☐		☐	ราวฝึกยืนและเดิน	☐	
☐	Syring	☐	เตียง																																																																											
☐	Urine bag	☐	ที่นอนลม																																																																											
☐	สาย NG tube	☐																																																																												
☐	สาย Foley's cath	☐																																																																												
☐	เครื่องผลิตออกซิเจน	☐																																																																												
☐	เครื่องพ่นยา	☐																																																																												
☐	อุปกรณ์ทำแผล	☐																																																																												
☐	เครื่องดูดเสมหะ	☐																																																																												
☐	กระดานบริหารข้อเข้า	☐	เตียงฝึกยืน																																																																											
☐	กระดานล้อเลื่อน	☐	เครื่องช่วยฟัง																																																																											
☐	ดัมเบลยกน้ำหนัก	☐	แว่นสายตา																																																																											
☐	ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก	☐																																																																												
☐	รถเข็นนั่ง	☐																																																																												
☐	ไม้ค้ำยัน	☐																																																																												
☐	ไม้เท้าช่วยพยุง	☐																																																																												
☐	ไม่มีก้ำกึ่งแขน	☐																																																																												
☐	ไม่มีดอง	☐																																																																												
☐	รอกเลื่อนไหว	☐																																																																												
☐	ราวฝึกยืนและเดิน	☐																																																																												

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

กิจกรรมการดูแล(ต่อ)		ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)
การบริการรับ-ส่งยา รวมทั้งนำผลการตรวจเข้าพบแพทย์/จนท.สาธารณสุข		-
การบริการเบิก-จ่ายวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ให้ผู้สูงอายุ เช่น ชุดทำแผล....		-
การบริการพาหนะรับส่งผู้สูงอายุ		-
การสร้างเครื่องช่วยการดูแลผู้สูงอายุ		-
การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมป้องกันอุบัติเหตุ		-
การเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาล		1 ครั้ง/ปี
การจัดการการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุระยะสุดท้าย		-
การส่งเคราะห์ในการจัดงานศพผู้สูงอายุ		-
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต		
✓ ตื่นนอน	ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางช้าๆและเย็นโดยญาติ	ผู้จัดทำ : <u>อณ</u> (<u>นางรศ. ใจเปรม</u>) เลขาคณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) (ใส่ชื่อเทศบาล/อบต.) ผู้รับผิดชอบ : <u>อณณ ใจเปรม</u> อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น (ใส่ชื่อ เทศบาล / อบต.) ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan ฉบับนี้ 1)ลงชื่อ.....(ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันที่..... 2)ลงชื่อ.....(ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันที่.....
✓ ล้างหน้า	ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางช้าๆและเย็น โดย	
	อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น	
	ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยญาติ	
	ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น	
✓ การทำกายภาพบำบัดโดยญาติ		
	การทำกายภาพบำบัดโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น	
	การออกกำลังกาย	
✓ การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ		
✓ การสวมสนับ		
✓ การนอนหลับ		

หมายเหตุ Care Plan "ได้รับความร่วมมือจากกรมอนามัยและนำมาปรับปรุงเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกให้คณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลฯ เพื่อใช้ในการควบคุมการทำงานของ

ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต ☒ กลืนปัสสาวะไม่ได้ ☐ กลืนลำบาก ☐ ความสามารถในการมองเห็น ☐ ความสามารถในการได้ยิน ☐ ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต ☒ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ ☐ ช่องปากไม่สะอาด ☐ ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ ☒ มีความอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขน ขา ☐ มีความเจ็บปวดบริเวณพื้นและเหงือกปากแห้ง ☐ รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา ☒ สวมใส่เสื้อผ้าไม่ได้ ☐ ลักษณะที่อยู่อาศัย ☐ ไม่สามารถทานอาหารเองได้ ☒ ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ ☐ ไม่สามารถเดินได้โดยลำพังต้องมีคนช่วยพยุง	เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น 3 เดือน ☐ ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ☒ ภายใต้น.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ฟันฟูสภาวะของช่องและกล้ามเนื้อให้สภาพหรือดีขึ้น ภายใต้น.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ แผลหาย ภายใต้น.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ไม่มีแผลกดทับ ภายใต้น.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใต้น.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ การได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใต้น.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใต้น.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใต้น.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ไม่เกิดการติดเชื้อของแผล/ระบบทางเดินปัสสาวะ/ระบบทางเดินหายใจ ภายใต้น.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☒ อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใต้น.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใต้น.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดิมได้ด้วยตนเอง ☐ อาบน้ำเองได้ทานข้าวเองได้ช่วยตัวเองได้ ☐ ภายใต้น.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่ ☐ ภายใต้น.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐วัน/สัปดาห์/เดือน ☐วัน/สัปดาห์/เดือน ☐วัน/สัปดาห์/เดือน	บริการอื่นๆ ☒ ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงิน ☐ พยาบาลร่วมมือการส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชนเช่นชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศูนย์พัฒนาและฝึกอาชีพผู้สูงอายุ ☐ รถรับส่งไปสถานบริการ(ให้มีตัวเลือกระหว่าง 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>ทันตกรรม</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>	☐	Syring	☐	เตียง	☐	Urine bag	☐	ทันตกรรม	☐	สาย NG tube	☐		☐	สาย Foley's cath	☐		☐	เครื่องผลิตออกซิเจน	☐		☐	เครื่องพ่นยา	☐		☐	อุปกรณ์ทำแผล	☐		☐	เครื่องดูดเสมหะ	☐		* 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>ต้นแบบยกน้ำหนัก</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>รถเข็นล้อใน</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>ราวฝึกยืนและเดิน</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> </table>	☐	กระดานบริหารข้อเข่า	☐	เตียงฝึกยืน	☐	กระดานล้อเลื่อน	☐	เครื่องช่วยฟัง	☐	ต้นแบบยกน้ำหนัก	☐	แว่นสายตา	☐	ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก	☐		☐	รถเข็นนั่ง	☐		☐	ไม้ค้ำยัน	☐		☐	ไม้เท้าช่วยพยุง	☐		☐	ไม้ฝึกกำลังแขน	☐		☐	ไม้ยืน	☐		☐	รถเข็นล้อใน	☐		☐	ราวฝึกยืนและเดิน	☐	
☐	Syring	☐	เตียง																																																																													
☐	Urine bag	☐	ทันตกรรม																																																																													
☐	สาย NG tube	☐																																																																														
☐	สาย Foley's cath	☐																																																																														
☐	เครื่องผลิตออกซิเจน	☐																																																																														
☐	เครื่องพ่นยา	☐																																																																														
☐	อุปกรณ์ทำแผล	☐																																																																														
☐	เครื่องดูดเสมหะ	☐																																																																														
☐	กระดานบริหารข้อเข่า	☐	เตียงฝึกยืน																																																																													
☐	กระดานล้อเลื่อน	☐	เครื่องช่วยฟัง																																																																													
☐	ต้นแบบยกน้ำหนัก	☐	แว่นสายตา																																																																													
☐	ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก	☐																																																																														
☐	รถเข็นนั่ง	☐																																																																														
☐	ไม้ค้ำยัน	☐																																																																														
☐	ไม้เท้าช่วยพยุง	☐																																																																														
☐	ไม้ฝึกกำลังแขน	☐																																																																														
☐	ไม้ยืน	☐																																																																														
☐	รถเข็นล้อใน	☐																																																																														
☐	ราวฝึกยืนและเดิน	☐																																																																														

ภาพรวมการดูแล		ได้ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)	หมายเหตุ
การวัดสัญญาณชีพ(ความดัน/ชีพจร/การหายใจและวัดไข้)		180/90 1 ครั้ง	เลข 1 = ทุก 2 ชม.
การล้างหน้า / แปรงฟัน		ก่อน 2 ครั้ง	เลข 2 = วันละ 1 ครั้ง
การอาบน้ำ / สระผม / เช็ดตัว		ก่อน 2 ครั้ง	เลข 3 = วันละ 2 ครั้ง
การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์		ก่อน 2 ครั้ง	เลข 4 = วันละ 3 ครั้ง
การทำความสะอาด/เปลี่ยนผ้าอ้อม/เปลี่ยนผ้าปูที่นอน/เปลี่ยนผ้าห่ม		ก่อน 1 ครั้ง	เลข 5 = วันละ 4 ครั้ง
การเปลี่ยนผ้าอ้อม/เปลี่ยนรองขับ		สัปดาห์ละ 1 ครั้ง	เลข 6 = วันเว้นวัน
การทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน		-	เลข 7 = อาทิตย์ละ 1 ครั้ง
การเตรียมอาหาร / ยา / อุปกรณ์ให้อาหารที่สะอาดและพร้อมใช้		ก่อน 1 ครั้ง	เลข 8 = อาทิตย์ละ 2 ครั้ง
การป้อนอาหาร และหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางปาก		ก่อน 2 ครั้ง	เลข 9 = เดือนละ 1 ครั้ง
การให้อาหารและหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางสายยาง(NG tube)		ก่อน 3 ครั้ง	เลข 10 = เดือนละ 2 ครั้ง
การให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม		-	เลข 11 = 2 เดือน/ครั้ง
การนัดพ่อนคลายกล้ามเนื้อและกระตุ้นระบบไหลเวียนเลือด		3 เดือน ครั้ง	เลข 12 = 3 เดือน/ครั้ง
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ		1 เดือน 1 ครั้ง	เลข 13 = ทำครั้งเดียว
การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุบนเตียงและลงจากเตียง		ก่อน 1 ครั้ง	เลข 14 = อื่นๆ.....
การฝึกทรงตัว / การฝึกเดิน		สัปดาห์ละ 2 ครั้ง	
การดูแลสวนอุจจาระ / ล้างอุจจาระ / ฝึกการกลืนปัสสาวะ		-	
การดูแลทำความสะอาดผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ / เปลี่ยนถุงยางอนามัย		-	
การพลิกตะแคงตัว / การจัดท่านอนป้องกันแผลกดทับ / ป้องกันเท้าตก		-	
การทำแผลกดทับ		-	
การจัดการความเจ็บปวด / การให้ยาบรรเทาปวด		-	
การอ่านหนังสือ / สวดมนต์/ฝึกสมาธิ/ฟังธรรมจากวิทยุ/โทรทัศน์/โทรศัพท์		ก่อน 1 ครั้ง	
การกระตุ้นการใส่บาตร / ไปวัด		-	
สุนทรียบำบัด(Aroma therapy) / ดนตรีบำบัด(Music therapy)		-	
การประเมิน ADL / การประเมินภาวะเสื่อม		- 6 1800 ครั้ง	

กิจกรรมการดูแล(ต่อ)		ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)
☒ การบริการรับ-ส่งยา รวมทั้งนำผลการตรวจเข้าพบแพทย์/จนท.สาสุข		-
☒ การบริการเบิก-จ่ายวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ให้ผู้ป่วยอายุ เช่น ชุดทำแผล....		-
☒ การบริการพาหนะรับส่งผู้สูงอายุ		-
☒ การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ		-
☒ การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมป้องกันอุบัติเหตุ		-
☒ การเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาล		ส. ครัวเรือน = 1 เดือน
☒ การจัดการอาการบรรเทาในผู้สูงอายุระยะสุดท้าย		-
☒ การส่งเคราะห์ในการจัดงานศพผู้สูงอายุ		-
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต		
☒ ตื่นนอน		
☒ ล้างหน้า		
☒ ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเข้าเพียงและเย็นโดยญาติ		
☒ ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเข้าเพียงและเย็น โดย		
☒ อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น		
☒ ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยญาติ		
☒ ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น		
☒ การทำกายภาพบำบัดโดยญาติ		
☒ การทำกายภาพบำบัดโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น		
☒ การออกกกำลังกาย		
☒ การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ		
☒ การสวดมนต์		
☒ การนอนหลับ		

ผู้จัดทำ : ๐๘
(..... ๙๙ มค ๖๖๖๖.....)

เลขาคณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)
(ใส่ชื่อเทศบาล/อบต.)

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

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan ฉบับนี้

1)ลงชื่อ.....(ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันเดือนปี :
2)ลงชื่อ.....(ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันเดือนปี :

หมายเหตุ Care Plan ได้รับความร่วมมือจากกรมอนามัยและนำมาปรับปรุงเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกให้คณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลฯ เพื่อใช้ในการควบคุมการทำงานของ