

# สำเนาถูกต้อง

The screenshot shows a web application interface for LongTermCare. The main header is blue and contains the text "ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC)". Below the header, there is a navigation menu on the left and a main content area. The main content area displays a table of users with columns for ID, Name, Address, and other details. A search bar is visible at the top right of the main content area.

ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC)

วันพฤหัสบดี ที่ 29 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2566

ระบุเงื่อนไขการค้นหาข้อมูล download ข้อมูลทั้งหมดตามเงื่อนไขที่เลือก

เขต	จังหวัด	กองทุน
เขต 5 ราชบุรี	ราชบุรี	33567 กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านโป่ง)

หน่วยสำรวจ: แสดงข้อมูลทั้งหมด

ค้นหาข้อมูล

#	เลขที่บัตรประชาชน	ชื่อ-นามสกุล	เพศ	อายุ	ADL	กม	หน่วยสำรวจ	กองทุน	หมายเหตุ
1	180703258564	สมยศ บุญนิรมิต	หญิง	21 ปี	6	2	รพ.สต.บ้านโป่ง	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านโป่ง)	
2	360030064051	นายบุญเลิศ สุภรณ์	ชาย	58 ปี	3	4	รพ.สต.บ้านโป่ง	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านโป่ง)	

แสดง 1 ถึง 2 ของ 2 เร็วสุด

หน้าแรก | กลับไปยัง | 1 | หน้า 1 | หน้าสุดท้าย

Version 1.0.22 - 2565-03-01

(นางสาวจิรา บุญมา)  
นักพัฒนาชุมชนชำนาญการ รักษาการแทน  
ผู้อำนวยการกองสวัสดิการสังคม

# สำเนาถูกต้อง

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายบุญเลิศ สุกนุ้ม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3600300641051	ที่อยู่ 31 ม.2 บ้านในดง อ. ท่ายาง จ. เพชรบุรี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0649641843	วันที่จัดทำ 15 เดือน กันยายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 28 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2508 (อายุ 57 ปี)	วินิจฉัย : ADL=3, TAI=I2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : หลอดเลือดสมองแตก ความดันโลหิตสูง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้จากภาวะหลอดเลือด เลือดในสมองแตก	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - แผลกดทับ - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - ปียอกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร	ระยะสั้น - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - ฟันฟุสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน  ระยะยาว - ไม่เกิดแผลกดทับ - ลูกนั่งบนเตียงได้เอง - หยิบจับอาหารใส่ปากหรือถือขวดน้ำได้เอง	
ผู้จัดทำ Care plan นางดวงดาว เมืองสมบัติ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	



(นางสาวจิรา บุญมา)

นักพัฒนาชุมชนชำนาญการ รักษาราชการแทน  
ผู้อำนวยการกองสวัสดิการสังคม

# สำเนาถูกต้อง

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าเช่าเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ น.ส.ณัฐศิมา มีแก้ว เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1100703258564	ที่อยู่ 66 ม.4 ต.บ้านในดง อ.ท่ายาง จ.เพชรบุรี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0835197298	วันที่จัดทำ 15 เดือน กันยายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 11 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2544 (อายุ 21 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองจากภาวะพิการทางสมอง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กลืนบิสสาวะไม่ได้</li> <li>- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา</li> <li>- สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้</li> <li>- ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้</li> <li>- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้</li> <li>- ไม่สามารถเดินและนั่งได้เอง</li> </ul>	การดูแลพยาบาลทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย(บิสสาวะ)</li> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)</li> <li>- การอาบน้ำ</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป</li> <li>- โภชนาการ</li> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> </ul>
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ภาวะกินอาหาร/สำลักอาหาร</li> <li>- การพลัดตกหกล้ม</li> <li>- ข้อติด/ข้อเท้าตก</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> </ul>	ระยะสั้น <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน</li> <li>- การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน</li> </ul> ระยะยาว <ul style="list-style-type: none"> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ</li> </ul>	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> </ul> การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
ผู้จัดทำ Care plan นางดวงดาว เมืองสมบัติ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	



(นางสาวจิรา บุญมา)

นักพัฒนาชุมชนชำนาญการ รักษาราชการแทน

ผู้อำนวยการกองสวัสดิการสังคม

# สำเนาถูกต้อง

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายไกรเลิศ งามขำ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3760500558386	ที่อยู่ 179 ม.6 ต.บ้านในดง อ.ท่ายาง จ.เพชรบุรี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0929486488	วันที่จัดทำ 15 เดือน กันยายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 28 เดือน เมษายน พ.ศ. 2517 (อายุ 48 ปี)	วินิจฉัย : ADL=3, TAI=12 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ มีอาการเกร็ง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กลืนปัสสาวะไม่ได้</li> <li>- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา</li> <li>- สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้</li> <li>- ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้</li> <li>- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้</li> </ul>	การดูแลพยาบาลทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)</li> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)</li> <li>- การอาบน้ำ</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป</li> </ul>
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การกินอาหาร/สลักอาหาร</li> <li>- การพลัดตกหกล้ม</li> </ul>	ระยะสั้น <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน</li> <li>- การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน</li> </ul> ระยะยาว <ul style="list-style-type: none"> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ</li> </ul>	
ผู้จัดทำ Care plan นางดวงดาว เมืองสมบัติ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	



(นางสาวจิรา บุญมา)

นักพัฒนาชุมชนชำนาญการ รักษาการแพทย์

ผู้อำนวยการกองสวัสดิการสังคม

# สำเนาถูกต้อง

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางผ่อง เหมือนมิ่ง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3760500096731	ที่อยู่ 88 ม. 5 ต.บ้านในตง อ.ท่ายาง จ.เพชรบุรี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0805793797	วันที่จัดทำ 15 เดือน กันยายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 30 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2473 (อายุ 92 ปี)	วินิจฉัย : ADL=8, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : สายตาเลือนลาง ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในกิจวัตรประจำวันได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
- การพลัดตกหกล้ม - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - ปัญหาภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน  ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้ป่วย
ผู้จัดทำ Care plan นางดวงดาว เมืองสมบัติ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	



(นางสาวจิรา บุญมา)

นักพัฒนาชุมชนชำนาญการ รักษาการแทน  
ผู้อำนวยการกองสวัสดิการสังคม

# สำเนาถูกต้อง

อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ



(นางสาวจิรา บุญมา)  
นักพัฒนาชุมชนชำนาญการ รักษาการแทน  
ผู้อำนวยการกองสวัสดิการสังคม