



องค์การบริหารส่วนตำบลหนองกะป๋อ
เลขที่รับที่ ๑๐๘
วันที่ ๑๒ / ม.ค. / ๒๕
เวลา ๑๕.๕๔ น.

ที่ พบ๐๖๓๓.๑ / ๑๕ / ๒

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยซ้อง
อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี ๗๖๑๕๐

๑๒ มกราคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอส่งข้อมูลผู้ป่วยขอรับการสนับสนุนผ้าอ้อมสำเร็จรูปสำหรับผู้ใหญ่หรือแผ่นรองขับ

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองกะป๋อ

ตามที่องค์การบริหารส่วนตำบลหนองกะป๋อ จะดำเนินการจัดทำโครงการเพื่อขอรับการสนับสนุนผ้าอ้อมหรือแผ่นรองขับให้แก่ผู้ป่วยติดเตียงหรือผู้ที่มีปัญหาหกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้นั้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยซ้อง อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี ขอส่งรายชื่อผู้ป่วยเพื่อรับสิทธิประโยชน์การสนับสนุนผ้าอ้อมหรือแผ่นรองขับ จำนวน ๓ ราย ดังนี้

- | | | | |
|-----------------|------------|---------------------------------|----------------------|
| ๑.นางยม นวมนิ่ม | อายุ ๗๖ ปี | บ้านเลขที่ ๓๕ หมู่ ๒ ต.ห้วยซ้อง | อ.บ้านลาด จ.เพชรบุรี |
| ๒.นางคำ อ้วนอด | อายุ ๘๓ ปี | บ้านเลขที่ ๘๕ หมู่ ๓ ต.ห้วยซ้อง | อ.บ้านลาด จ.เพชรบุรี |
| ๓.นายชำ อ้วนอด | อายุ ๙๐ ปี | บ้านเลขที่ ๘๕ หมู่ ๓ ต.ห้วยซ้อง | อ.บ้านลาด จ.เพชรบุรี |

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป.

ขอแสดงความนับถือ

(นางสุภาภรณ์ จงงาม)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยซ้อง

แบบประเมิน

แผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง
สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่

ชื่อนางยม นวมนัม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3-7606-00437-21-1	ที่อยู่ 35 ม.2 ค.ห้วยซ้อง อ.บ้านลาด จ.เพชรบุรี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันจัดทำ 12 มกราคม 2569
เกิดวันที่ 13 เดือน มกราคม ปี 2489 (อายุ...76...ปี)	วินิจฉัย : ADL = 6 TAI = B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันสูง ข้อเข่าเสื่อม เดินไม่ได้ แขนขาอ่อนแรง มีปัญหาด้านการได้ยิน	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปี ปีที่ขอรับการสนับสนุน 2569 เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่..... ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน.....บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
	<ul style="list-style-type: none"> - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ต้องมีผู้ดูแล - กลั้นปัสสาวะ, อุจจาระไม่ได้ - มีแผลกดทับบริเวณปุ่มกระดูก - ด้านการสื่อสาร 	การดูแลการพยาบาลทั่วไป ทำความสะอาดร่างกาย ,ป้อนอาหาร,ดูแลเรื่องการขับถ่าย -ดูแลพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชม. จัดการด้านสิ่งแวดล้อม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน.....3.....ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
-การพลัดตก -ขีดตัด/ข้อเท้าตก -การกินอาหาร/การสำลักอาหาร	ระยะสั้น ไม่มีแผลกดทับ ระยะเวลา ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวกรณ์ จงงาม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) น.ส.เบญจมาศ นวมนัม (ญาติ)	

**บุคคลที่มีภาวะปัญหาทกสันปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่**

<p>ชื่อ-นามสกุล (นาง/นาย/นางสาว) นางยม นวมนิม (บุคคลที่มีภาวะปัญหาทกสันปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้) หมายเลขโทรศัพท์ (ติดต่อได้) -</p>	<p>วัน/เดือน/ปี (เกิด) วันที่ 13 เดือน มกราคม ปี 2489 อายุ 76 ปี</p>	<p>ที่อยู่ 50 ม.2 ต.ห้วยซ้อง อ.บ้านลาด จ.เพชรบุรี</p>
<p>วันที่ประเมิน 12 มกราคม 2569</p>	<p>ผลการประเมิน <input type="checkbox"/> มีภาวะกั้นปัสสาวะไม่ได้ <input type="checkbox"/> มีภาวะกั้นอุจจาระไม่ได้ <input checked="" type="checkbox"/> มีภาวะกั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้</p>	<p>ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ (ควรเมื่อน้อย 2 ใน 3 ข้อ) <input checked="" type="checkbox"/> มีประวัติกั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่อยู่ <input checked="" type="checkbox"/> ตรวจร่างกายพบระบบประสาทบกพร่อง (ขา ทวารหนัก อัมพาตเกร็งเกร็ง) หรือมีภาวะอัมพาตเกร็งเกร็งหรือมีน้ำปัสสาวะค้างในช่องคลอด หรือมีความผิดปกติของการขับถ่ายอุจจาระทางทวารหนัก <input type="checkbox"/> มีใบรับรองแพทย์/มีผลการตรวจจากแพทย์อย่างใดอย่างหนึ่ง (การตรวจทางรังสี, ส่องกล้องทางเดินปัสสาวะ, ตรวจทางปัสสาวะพลศาสตร์, ตรวจวัดการทำงานของกล้ามเนื้อและหูรูดทวารหนัก)</p>
<p>ผู้ประเมิน (พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเวชปฏิบัติ/ผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager)/บุคลากรสาธารณสุข) ชื่อ-นามสกุล นางสุภาภรณ์ จงงาม</p>	<p>ความเห็นของผู้ประเมินที่ได้รับ <input type="checkbox"/> ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน...ชิ้น</p>	<p>ชื่อหน่วยงานของผู้ประเมิน รพ.สต.ห้วยซ้อง</p>

แบบประเมิน

แผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง
สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่

ชื่อนายข้า อ้วนอด เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3-7606-00411-34-4	ที่อยู่ 85 ม.3 ต.ห้วยซ้อง อ.บ้านลาด จ.เพชรบุรี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันจัดทำ 12 มกราคม 2569
เกิดวันที่ 1 เดือน มกราคม ปี 2479 (อายุ...83...ปี)	วินิจฉัย : ADL = 5 TAI = B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง เดินไม่ได้ ซาอ่อนแรง มีแผลกดทับ	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายราย ปีที่ขอรับการสนับสนุน 2569	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่..... ขอรับการสนับสนุนงบประมาณ เหมาจ่ายรายทำเป็น จำนวนเงิน.....บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้	ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ไม่สามารถทำ กิจวัตรประจำวันได้ ต้องมีผู้ดูแล - กลั้นปัสสาวะ, อุจจาระไม่ได้	การดูแลการพยาบาลทั่วไป -ทำความสะอาดร่างกาย, ป้อนอาหาร, ดูแล เรื่องการขับถ่าย -ดูแลพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชม. จัดการด้านสิ่งแวดล้อม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน....3....ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
-การพลัดตก -ข้อติด/ข้อเท้าตก การกินอาหาร/การสำลักอาหาร	ระยะสั้น ไม่มีแผลกดทับ ระยะยาว ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้ก้ำกึ่งถูกต้อง -ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	
ผู้จัดทำ Care plan นางสุภาภรณ์ จงงาม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) นางจำปี นามไว (ญาติ)	

**บุคคลที่มีภาวะปัญหาท่อน้ำปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่**

<p>ชื่อ-นามสกุล (นาง/นาย/นางสาว) นายช่า อ้วนอด (บุคคลที่มีภาวะปัญหาท่อน้ำปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้)</p> <p>หมายเลขโทรศัพท์ (ติดต่อได้) -</p>	<p>วัน/เดือน/ปี (เกิด) วันที่ 1 เดือน มกราคม ปี 2479 อายุ 90 ปี</p>	<p>ที่อยู่ 85 ม.3 ต.ห้วยซ้อง อ.บ้านลาด จ.เพชรบุรี</p>
<p>วันที่ประเมิน 12 มกราคม 2569</p>	<p>ผลการประเมิน</p> <p><input type="checkbox"/> มีภาวะท่อน้ำปัสสาวะไม่ได้</p> <p><input type="checkbox"/> มีภาวะท่อน้ำอุจจาระไม่ได้</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> มีภาวะท่อน้ำปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้</p>	<p>ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ (ควรมียังน้อย 2 ใน 3 ข้อ)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> มีประวัติท่อน้ำปัสสาวะหรืออุจจาระไม่อยู่</p> <p><input type="checkbox"/> ตรวจร่างกายพบระบบประสาทบกพร่อง (ขา ทวารหนัก อัมพาตเกร็ง) หรือมีภาวะอัมพาตเกร็งกรามหย่อน หรือมีน้ำปัสสาวะคั่งในช่องคลอด หรือมีความผิดปกติของการขับถ่ายอุจจาระทางทวารหนัก</p> <p><input type="checkbox"/> มีใบรับรองแพทย์/มีผลการตรวจจากแพทย์อย่างใดอย่างหนึ่ง (การตรวจทางรังสี, ส่งกล้องทางเดินปัสสาวะ, ตรวจทางปัสสาวะพลศาสตร์, ตรวจวัดการทำงานของลำไส้ใหญ่และทวารหนัก)</p>
<p>ผู้ประเมิน (พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเวชปฏิบัติ/ผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager)/บุคลากรสาธารณสุข)</p> <p>ชื่อ-นามสกุล นางสุภาภรณ์ จงงาม</p>	<p>ความเห็นของผู้ประเมินควรได้รับ</p> <p><input type="checkbox"/> ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน....ชิ้น</p>	<p>ชื่อหน่วยงานของผู้ประเมิน รพ.สต.ห้วยซ้อง</p>

แบบประเมิน

แผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง
สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่

ชื่อนางคำ อ้วนอด เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3-7606-00411-35-2	ที่อยู่ 85 ม.3 ต.ห้วยซ้อง อ.บ้านลาด จ.เพชรบุรี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันจัดทำ 12 มกราคม 2569
เกิดวันที่ 7 เดือน กุมภาพันธ์ ปี 2486 (อายุ...83...ปี)	วินิจฉัย : ADL - 6 TAI - 83 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง ความดันโลหิตสูง เดินไม่ได้ ขาอ่อนแรง มีประวัติกระดูกสะโพกหัก และโรคปอดอักเสบ	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปี ปีที่ขอรับการสนับสนุน 2569	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่..... ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน.....บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้	<ul style="list-style-type: none"> - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ต้องมีผู้ดูแล - กลั้นปัสสาวะ, อุจจาระไม่ได้ - หายใจเหนื่อย เบื่ออาหาร 	การดูแลการพยาบาลทั่วไป -ทำความสะอาดร่างกาย ,ป้อนอาหาร,ดูแลเรื่องการขับถ่าย ดูแลพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชม. จัดการด้านสิ่งแวดล้อม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน....3.....ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
-การพลัดตก -ซื้อติด/ซื้อเท่าตก -การกินอาหาร/การสำลักอาหาร	ระยะสั้น ไม่มีแผลกดทับ ระยะยาว -ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง -ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวกรณีย์ จงงาม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) นางจำปี นามไว (ญาติ)	

**บุคคลที่มีภาวะปัญญาทึบหรือออทิสติกที่ไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่**

<p>ชื่อ-นามสกุล (นาง/นาย/นางสาว) นางคำ อ้วนอด (บุคคลที่มีภาวะปัญญาทึบ ปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้)</p> <p>หมายเลขโทรศัพท์ (ติดต่อได้) -</p>	<p>วัน/เดือน/ปี (เกิด) วันที่ 7 เดือน กุมภาพันธ์ ปี 2486 อายุ 76 ปี</p>	<p>ที่อยู่ 85 ม.3 ต.ห้วยซ้อง อ.บ้านลาด จ.เพชรบุรี</p>
<p>วันที่ประเมิน 12 มกราคม 2569</p>	<p>ผลการประเมิน</p> <p><input type="checkbox"/> มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้</p> <p><input type="checkbox"/> มีภาวะกลั้นอุจจาระไม่ได้</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> มีภาวะกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้</p>	<p>ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ (ควรมีอย่างน้อย 2 ใน 3 ข้อ)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> มีประวัติกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่อยู่</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ตรวจร่างกายพบระบบประสาทบกพร่อง (ขา ทวารหนัก อัมพาตเกร็งเกรียน) หรือมีภาวะอัมพาตเกร็งเกรียน หย่อน หรือมีน้ำปัสสาวะค้างในช่องคลอด หรือมีความผิดปกติของการขับถ่ายอุจจาระทางทวารหนัก</p> <p><input type="checkbox"/> มีใบรับรองแพทย์/มีผลการตรวจจากแพทย์อย่างใดอย่างหนึ่ง (การตรวจทางรังสี, ส่องกล้องทางเดินปัสสาวะ, ตรวจทางปัสสาวะพลศาสตร์, ตรวจวัดการทำงานของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนัก)</p>
<p>ผู้ประเมิน (พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเวชปฏิบัติ/ผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager)/บุคลากรสาธารณสุข)</p> <p>ชื่อ-นามสกุล นางสุภาภรณ์ จงงาม</p>	<p>ความเห็นของผู้ประเมินควรได้รับ</p> <p><input type="checkbox"/> ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน...ชิ้น</p>	<p>ชื่อหน่วยงานของผู้ประเมิน รพ.ถ.ห้วยซ้อง</p>