



องค์การบริหารส่วนตำบลหนองกะป๋  
เลขรับที่ ๒๓๕๒  
วันที่ ๑๑ / ๑๑ / ๖๕  
เวลา ๑๕.๕๕ น.

ที่ พบ๐๖๓๓.๑ / ๑๕ / ๒๗๐

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยซ้อง  
อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี ๗๖๑๕๐

๑๑ ธันวาคม ๒๕๖๘

เรื่อง ขอส่งข้อมูลผู้ป่วยขอรับการสนับสนุนผ้าอ้อมสำเร็จรูปสำหรับผู้ใหญ่หรือแผ่นรองขับ

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองกะป๋

ตามที่องค์การบริหารส่วนตำบลหนองกะป๋ จะดำเนินการจัดทำโครงการเพื่อขอรับการสนับสนุนผ้าอ้อมหรือแผ่นรองขับให้แก่ผู้ป่วยติดเตียงหรือผู้ที่มีปัญหาหากลับปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้นั้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยซ้อง อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี ขอส่งรายชื่อผู้ป่วยเพื่อรับสิทธิประโยชน์การสนับสนุนผ้าอ้อมหรือแผ่นรองขับ ดังนี้

๑. นางเอี่ยม คำเขียน อายุ ๘๔ ปี บ้านเลขที่ ๓๐ หมู่ ๑ ต.ห้วยซ้อง อ.บ้านลาด จ.เพชรบุรี  
จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป.

ขอแสดงความนับถือ

(นางสุภาภรณ์ จงงาม)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยซ้อง

**แบบประเมิน**  
**แผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง**  
**สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่**

ชื่อนางเสียม คำเขียน เลขบัตรประจำตัวประชาชน 4-6607-00003-65-4	ที่อยู่ 30 ม.1 ต.ห้วยซ้อง อ.บ้านลาด จ.เพชรบุรี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันจัดทำ 11 ธันวาคม 2568
เกิดวันที่ 1 เดือน มกราคม ปี 2484 (อายุ...84...ปี)	วินิจฉัย : ADL = 4 TAI = B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุโรคโลหิตจาง เดินไม่ได้ แขนขาอ่อนแรง มีแผลกดทับ	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายราย ปีที่ขอรับการสนับสนุน 2569	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่..... ขอรับการสนับสนุนงบประมาณ เหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน.....บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้	ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ไม่สามารถทำ กิจกรรมประจำวันได้ ต้องมีผู้ดูแล - กลั้นปัสสาวะ, อุจจาระไม่ได้ มีแผลกดทับบริเวณก้นไม่กระตุก	การดูแลการพยาบาลทั่วไป -ทำความสะอาดร่างกาย ,แปอนอาหาร,ดูแล เรื่องการขับถ่าย -ดูแลพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชม -จัดการด้านสิ่งแวดล้อม -ดูแลแผลกดทับ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน....3....ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
การพลัดตก -ข้อติด/ข้อเท้าตก การกินอาหาร/การสำลักอาหาร	ระยะสั้น แผลกดทับดีขึ้นไม่พบการติดเชื้อ ระยะยาว -ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง -ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวภรณ์ จงงาม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) น.ส.เพชรมณี คำเขียน (ญาติ)	

**บุคคลที่มีภาวะปัญหาหลังปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์  
สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่**

<p>ชื่อ-นามสกุล (นาง/นาย/นางสาว) นางเสียม คำเขียน (บุคคลที่มีภาวะปัญหาหลังปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้)</p> <p>หมายเลขโทรศัพท์ (ติดต่อได้) -</p>	<p>วัน/เดือน/ปี (เกิด) วันที่ 1 เดือน มกราคม ปี 2484 อายุ 84 ปี</p>	<p>ที่อยู่ 30 ม.1 ต.ห้วยซ้อง อ.บ้านลาด จ.เพชรบุรี</p>
<p>วันที่ประเมิน 11 ธันวาคม 2568</p>	<p>ผลการประเมิน</p> <p><input type="checkbox"/> มีภาวะหลังปัสสาวะไม่ได้</p> <p><input type="checkbox"/> มีภาวะหลังอุจจาระไม่ได้</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> มีภาวะหลังปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้</p>	<p>ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ (ควรมีอย่างน้อย 2 ใน 3 ข้อ)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> มีประวัติหลังปัสสาวะหรืออุจจาระไม่อยู่</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ตรวจร่างกายพบระบบประสาทบกพร่อง (ขา ทวารหนัก อุ้งเชิงกราน) หรือมีภาวะอุ้งเชิงกรานหย่อน หรือมีน้ำปัสสาวะคั่งในช่องคลอด 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>ความเห็นของผู้ประเมินที่ได้รับ</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน....ชิ้น</p>	<p>ชื่อหน่วยงานของผู้ประเมิน รพ.สต.ห้วยซ้อง</p>