

အတုအမည်..... ဖ.န.၁၃၆၁၆

21572

จำนวน.....

[illegible]

ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต ☐ กลืนลำบาก ☐ ความสามารถในการมองเห็น ☐ ความสามารถในการได้ยิน ☒ ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต ☐ ช่วยเหลือตนเองได้ในการเข้าห้องน้ำ ☐ ช่องปากไม่สะอาด ☐ ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ ☒ มีความอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขน ขา ☐ มีความเจ็บปวดบริเวณพื้นและเหงือกปากแห้ง ☐ รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา ☒ สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ ☐ ลักษณะที่อยู่อาศัย ☐ ไม่สามารถทานอาหารเองได้ ☒ ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ ☒ ไม่สามารถเดินได้โดยลำพังต้องมีคนช่วยพยุง	เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น 3 เดือน ☒ ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☒ พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน แผลหาย ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☒ ไม่มีแผลกดทับ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☒ การได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน การได้รับบริการช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☒ ไม่เกิดการติดเชื้อของแผล/ระบบทางเดินปัสสาวะ/ระบบทางเดินหายใจ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน อาการทางเดินหายใจ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน อาการหลงลืมดีขึ้นภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☒ ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ทานข้าวเองได้ขับถ่ายเองได้ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ประสานกับบุคลากรในพื้นที่ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน ☐ ☐	บริการอื่นๆ ☒ ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวันด้านจิตใจ/ด้านการเงิน ☐ พหุเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีในชุมชนเช่นชมรมผู้สูงอายุ ☐ โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศูนย์พัฒนาและฝึกอาชีพผู้สูงอายุ ☒ รถรับส่งไปสถานบริการ(ให้ตัวเลื่อกระหว่าง สร/อปท./อื่นๆ) ☐ ได้รับการปรับปรุงสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ☐ ได้รับการส่งเสริมอาชีพ ☒ ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน																																																																												
บริการนอกเหนือรายสัปดาห์(รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal) * อุปกรณ์ทางการแพทย์ <table border="1"> <tr> <td>☐</td> <td>Syring</td> <td>☒</td> <td>เตียง</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>Urine bag</td> <td>☐</td> <td>ที่นอนลม</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>สาย NG tube</td> <td>☐</td> <td></td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>สาย Foley's cath</td> <td>☐</td> <td></td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>เครื่องผลิตออกซิเจน</td> <td>☐</td> <td></td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>เครื่องพ่นยา</td> <td>☐</td> <td></td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>อุปกรณ์ทำแผล</td> <td>☐</td> <td></td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>เครื่องดูดเสมหะ</td> <td>☐</td> <td></td> </tr> </table>	☐	Syring	☒	เตียง	☐	Urine bag	☐	ที่นอนลม	☐	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>ดัมเบลยกน้ำหนัก</td> <td>☐</td> <td>แว่นสายตา</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก</td> <td>☐</td> <td></td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>รถเข็น</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>ไม้ยืนบอง</td> <td>☐</td> <td></td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>รถเคลื่อนไหว</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	☐		☐	รถเข็น	☐		☐	ไม้ค้ำยัน	☐		☐	ไม้เท้าช่วยพยุง	☐		☐	ไม้ฝึกกำลังแขน	☐		☐	ไม้ยืนบอง	☐		☐	รถเคลื่อนไหว	☐		☐	ราวฝึกยืนและเดิน	☐		การบริการอื่นๆ ☐
☐	Syring	☒	เตียง																																																																											
☐	Urine bag	☐	ที่นอนลม																																																																											
☐	สาย NG tube	☐																																																																												
☐	สาย Foley's cath	☐																																																																												
☐	เครื่องผลิตออกซิเจน	☐																																																																												
☐	เครื่องพ่นยา	☐																																																																												
☐	อุปกรณ์ทำแผล	☐																																																																												
☐	เครื่องดูดเสมหะ	☐																																																																												
☐	กระดานบริหารข้อเข่า	☐	เตียงฝึกยืน																																																																											
☐	กระดานล้อเลื่อน	☐	เครื่องช่วยฟัง																																																																											
☐	ดัมเบลยกน้ำหนัก	☐	แว่นสายตา																																																																											
☐	ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก	☐																																																																												
☐	รถเข็น	☐																																																																												
☐	ไม้ค้ำยัน	☐																																																																												
☐	ไม้เท้าช่วยพยุง	☐																																																																												
☐	ไม้ฝึกกำลังแขน	☐																																																																												
☐	ไม้ยืนบอง	☐																																																																												
☐	รถเคลื่อนไหว	☐																																																																												
☐	ราวฝึกยืนและเดิน	☐																																																																												

กิจกรรมการดูแล	ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)	หมายเหตุ
การวัดสัญญาณชีพ(ความดัน ชีพจร/การหายใจและวัดไข้)	3	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 = ยืน.....
การล้างหน้า / แปร่งฟัน	2	
การอาบน้ำ / สระผม / เช็ดตัว	3	
การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์	3	
การทาโลชั่น/น้ำมันมะกอก/ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวอื่นๆ	3	
การตัดเล็บ / ตัดผม / โกนหนวด	7	
การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรอง	3	
การทำความสะอาดก่อนนอน/บริเวณบ้าน	2	
การเตรียมอาหาร / ยา / อุปกรณ์ให้อาหารที่สะอาดและพร้อมใช้	2	
การป้อนอาหาร และหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางปาก	-	
การให้อาหารและหรือยาผ่านเวลาที่เหมาะสมทางสายยาง(NG tube)	-	
การให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	1	
การนัดพบก่อนฉายรักษามะเร็งและกระตุ้นระบบไหลเวียนเลือด	3	
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	3	
การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างถูกต้องและปลอดภัย	-	
การฝึกทรงตัว / การฝึกเดิน	-	
การดูแลสวนอุจจาระ / ล้างอุจจาระ / ฝึกการกลืนปัสสาวะ	-	
การดูแลรักษาความสะอาดตู้ใส่สายสวนปัสสาวะ / เปลี่ยนถุงยางอนามัย	-	
การพลิกตะแคงตัว / การจัดท่านอนป้องกันแผลกดทับ / ป้องกันหัตถก	1	
การทำแผลกดทับ	-	
การจัดจัดการความเจ็บปวด / ปรึกษาพยาบาลปวด	-	
การอ่านหนังสือ / สวดมนต์ / ธรรมะ / ฟังธรรมจากวิทยุ/โทรทัศน์/โทรศัพท์	2	
การกระตุ้นการใส่บาตร / ไปวัด	-	
สุนทรียบำบัด(Aroma therapy) / ดนตรีบำบัด(Music therapy)	2	
การประเมิน ADL / การประเมินภาวะสมองเสื่อม	9	

หมายเหตุ Care Plan นี้ดึงรายการมาจากโปรแกรม LTC(3C)กรมอนามัยและนำมาปรับปรุงเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกให้กับ Care Manager ^{ผู้ใด}ใช้ในการควบคุมการทำงานของทีมบริบาลท้องถิ่น

แผนการดูแลรายบุคคล(Care Plan) โครงการอาสาสมัครบริการท้องถิ่นเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประจําเดือน พ.ศ.๒๕๖๕

พื้นที่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล / อบต.) ชื่อ.....ไม่ตรง.....อำเภอ.....อำเภอ.....จังหวัดนราธิวาส

คำชี้แจง ให้ใส่ ✓ และตัวเลข หน้าหัวข้อรายการที่ต้องการที่ตรงกับสภาพผู้สูงอายุ	ที่อยู่: 21/ 2.6 หมู่ 6 ต.วังทอง อ.เมือง จ.นราธิวาส เบอร์โทรศัพท์: 09-1234-5678	วันที่ย้าย: ADL= 11 TAI= 10 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น:																																						
ชื่อผู้สูงอายุ: น.ส.สมใจ นามสกุล นามสกุล เลขบัตรประจำตัวประชาชน: 9-909090909-9 วันเดือนปีเกิด: 1 มกราคม 2551 อายุ: 66 ปี	นโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) <table border="1"> <tr> <td>✓</td> <td>กินอาหารเองได้/รับถ่ายเอ็งได้</td> </tr> <tr> <td>✓</td> <td>ญาติสามารถดูแลผู้ปวยได้อย่างถูกต้อง</td> </tr> <tr> <td>✓</td> <td>ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ</td> </tr> <tr> <td>✓</td> <td>ที่อยู่อาศัยเหมาะสม</td> </tr> <tr> <td>✓</td> <td>มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ</td> </tr> <tr> <td>✓</td> <td>เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์</td> </tr> <tr> <td>✓</td> <td>ไม่มีภาวะซึมเศร้า</td> </tr> <tr> <td>✓</td> <td>ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ</td> </tr> <tr> <td>✓</td> <td>ไม่เกิดแผลกดทับ</td> </tr> </table>	✓	กินอาหารเองได้/รับถ่ายเอ็งได้	✓	ญาติสามารถดูแลผู้ปวยได้อย่างถูกต้อง	✓	ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ	✓	ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	✓	มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ	✓	เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	✓	ไม่มีภาวะซึมเศร้า	✓	ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	✓	ไม่เกิดแผลกดทับ	ข้อควรระวังในการให้บริการ <table border="1"> <tr> <td>✓</td> <td>การกินอาหาร/สำลักอาหาร</td> </tr> <tr> <td>✓</td> <td>การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย</td> </tr> <tr> <td>✓</td> <td>การพลัดตกหกล้ม</td> </tr> <tr> <td>✓</td> <td>การทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา</td> </tr> <tr> <td>✓</td> <td>/การแพ้ยาล</td> </tr> <tr> <td>✓</td> <td>การหลงทาง</td> </tr> <tr> <td>✓</td> <td>ข้อติด/หรือข้อเท้าตก</td> </tr> <tr> <td>✓</td> <td>ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</td> </tr> <tr> <td>✓</td> <td>ผู้สูงอายุถูกทำร้าย</td> </tr> <tr> <td>✓</td> <td>อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ</td> </tr> </table>	✓	การกินอาหาร/สำลักอาหาร	✓	การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย	✓	การพลัดตกหกล้ม	✓	การทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา	✓	/การแพ้ยาล	✓	การหลงทาง	✓	ข้อติด/หรือข้อเท้าตก	✓	ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	✓	ผู้สูงอายุถูกทำร้าย	✓	อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ
✓	กินอาหารเองได้/รับถ่ายเอ็งได้																																							
✓	ญาติสามารถดูแลผู้ปวยได้อย่างถูกต้อง																																							
✓	ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ																																							
✓	ที่อยู่อาศัยเหมาะสม																																							
✓	มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ																																							
✓	เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์																																							
✓	ไม่มีภาวะซึมเศร้า																																							
✓	ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ																																							
✓	ไม่เกิดแผลกดทับ																																							
✓	การกินอาหาร/สำลักอาหาร																																							
✓	การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย																																							
✓	การพลัดตกหกล้ม																																							
✓	การทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา																																							
✓	/การแพ้ยาล																																							
✓	การหลงทาง																																							
✓	ข้อติด/หรือข้อเท้าตก																																							
✓	ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ																																							
✓	ผู้สูงอายุถูกทำร้าย																																							
✓	อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ																																							
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต	ผู้สูงอายุ: <table border="1"> <tr> <td>✓</td> <td>ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี</td> </tr> <tr> <td>✓</td> <td>อยากช่วยเหลือตัวเองได้/เรียนสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้/ได้ขึ้นจากที่เป็นอยู่</td> </tr> <tr> <td>✓</td> <td>อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม</td> </tr> <tr> <td>✓</td> <td>อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า</td> </tr> <tr> <td>✓</td> <td>อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง</td> </tr> <tr> <td>✓</td> <td>อยากให้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น</td> </tr> </table>	✓	ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี	✓	อยากช่วยเหลือตัวเองได้/เรียนสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้/ได้ขึ้นจากที่เป็นอยู่	✓	อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม	✓	อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า	✓	อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง	✓	อยากให้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น	ญาติ: <table border="1"> <tr> <td>✓</td> <td>อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล</td> </tr> <tr> <td>✓</td> <td>อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น</td> </tr> <tr> <td>✓</td> <td>อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแล/ลดเปลี่ยน</td> </tr> <tr> <td>✓</td> <td>อยากให้สวัสดิการเพิ่มขึ้น/กว่าที่ได้อยู่</td> </tr> <tr> <td>✓</td> <td>อยากให้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น/กายอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน</td> </tr> </table> รถเข็น ผ้าอ้อม ชุดทำแผล เบาะนั่ง พื้นนอน.....	✓	อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล	✓	อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น	✓	อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแล/ลดเปลี่ยน	✓	อยากให้สวัสดิการเพิ่มขึ้น/กว่าที่ได้อยู่	✓	อยากให้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น/กายอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน																
✓	ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี																																							
✓	อยากช่วยเหลือตัวเองได้/เรียนสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้/ได้ขึ้นจากที่เป็นอยู่																																							
✓	อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม																																							
✓	อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า																																							
✓	อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง																																							
✓	อยากให้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น																																							
✓	อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล																																							
✓	อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น																																							
✓	อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแล/ลดเปลี่ยน																																							
✓	อยากให้สวัสดิการเพิ่มขึ้น/กว่าที่ได้อยู่																																							
✓	อยากให้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น/กายอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน																																							

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.....

ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)

กิจกรรมการดูแล

การวัดสัญญาณชีพ(ความดัน/ชีพจร/การหายใจและวัดไข้)	3	
การล้างหน้า / แปรงฟัน	3	
การอาบน้ำ / สระผม / เช็ดตัว	3	
การทำความสะอาดบริเวณยวดยานะสืบพันธุ์	3	
การทาโลชั่น/น้ำมันมะกอก/ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวอื่นๆ	3	
การตัดเล็บ / ตัดผม / โกนหนวด	3	
การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นยางซับ	2	
การทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน	3	
การเตรียมอาหาร / ยา / อุปกรณ์ให้อาหารที่สะอาดและพร้อมใช้	-	
การป้อนอาหาร และหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางปาก	-	
การให้อาหารและหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางสายยาง(NG tube)	3	
การให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	3	
การให้คำแนะนำเรื่องยาที่เหมาะสม	3	
การนัดพบก่อนคลายกล่อมแม่ และกระตุ้นระบบไหลเวียนเลือด	3	
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	-	
การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยอุปกรณ์และลงจากเตียง	-	
การฝึกทรงตัว / การฝึกเดิน	-	
การดูแลสวนอุจจาระ / ล้างอุจจาระ / ฝึกการกลืนปัสสาวะ	-	
การดูแลทำความสะอาดผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ / เปลี่ยนถุงยางอนามัย	1	
การพลิกตะแคงตัว / การจัดท่านอนป้องกันแผลกดทับ / ป้องกันหัวตก	-	
การทำแผลกดทับ	-	
การจัดการความเจ็บปวด / การให้ยาบรรเทาปวด	1	
การอ่านหนังสือ / สวดมนต์/ฝึกสมาธิ/ฟังธรรมจากวิทยุ/โทรทัศน์/โทรศัพท์	-	
การกระตุ้นการใส่บาตร / ใจวัด	-	
สุคนธ์บำบัด(Aroma therapy) / ดนตรีบำบัด(Music therapy)	1	
การประเมิน ADL / การประเมินภาวะสมองเสื่อม	1	

6789

[illegible]

...สิ่งมหัศจรรย์ทาง

...สิ่งมหัศจรรย์ทาง

ชื่อผู้สูงอายุ : นางสาว กานดา เลขบัตรประชาชน : 3-9 606-06 345-9-1-5 วันเดือนปีเกิด : 1 มกราคม 2532 อายุ : 31 ปี แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ : ✓ ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี ✓ ยากช่วยเหลือตัวเอง ได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตั้งจนเป็นอยู่ ✓ ยากสร้างประโยชน์ให้สังคม ✓ ยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า ✓ ยากให้คนอื่นดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง ✓ ยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ญาติ : ✓ ยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล ✓ ยากให้ผู้อื่นช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ✓ ยากให้คนอื่นช่วยเหลือและผลักดันเปลี่ยน ✓ ยากได้สวัสดิการเพิ่มมากขึ้น ที่ได้รับอยู่ ✓ ยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น/กายอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ฝ้ายอ้อม ชุดทำแผล เตียง ที่นอนลม.....	ที่อยู่ : 30 ม. 8 ต.นาตาล อ.นาตาล เบอร์โทรศัพท์ : 099-0619159 ✓ หน่วยงานภาครัฐ (กานดา นตว) แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) ✓ กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ ✓ ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ✓ ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ ✓ ใช้จ่ายอย่างเหมาะสม ✓ มีรายได้รายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ ✓ ได้ดูแลโดยไม่ใช้อุปกรณ์ ✓ ไม่มีการะงอแง ✓ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ ✓ ไม่เกิดแผลกดทับ	วินิจฉัย : ADL= 5 TAI= กลุ่มที่ : ✓ ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ไม่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ✓ วัตถุประสงค์ : 1. เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุให้สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ✓ วัตถุประสงค์ : 2. เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุให้สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ✓ วัตถุประสงค์ : 3. เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุให้สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ✓ วัตถุประสงค์ : 4. เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุให้สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ✓ วัตถุประสงค์ : 5. เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุให้สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ✓ วัตถุประสงค์ : 6. เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุให้สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ✓ วัตถุประสงค์ : 7. เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุให้สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ✓ วัตถุประสงค์ : 8. เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุให้สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ✓ วัตถุประสงค์ : 9. เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุให้สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ✓ วัตถุประสงค์ : 10. เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุให้สามารถช่วยเหลือตัวเองได้
---	--	--

กิจกรรมการดูแล	ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)	หมายเหตุ
การวัดสัญญาณชีพ(ความดัน/ชีพจร/การหายใจและวัดไข้)	1	เลข 1 = ทุก 2 ชม.
การล้างหน้า / แปรงฟัน	3	เลข 2 = วันละ 1 ครั้ง
การอาบน้ำ / สระผม / เช็ดตัว	2	เลข 3 = วันละ 2 ครั้ง
การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์	2	เลข 4 = วันละ 3 ครั้ง
การทาโลชั่น/น้ำมันมะกอก/ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวอื่นๆ	4	เลข 5 = วันละ 4 ครั้ง
การตัดเล็บ / ตัดผม / โกนหนวด	-	เลข 6 = วันเว้นวัน
การทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน	2	เลข 7 = อาทิตย์ละ 1 ครั้ง
การเตรียมอาหาร / ยา / อุปกรณ์ให้อาหารที่สะอาดและพร้อมใช้	4	เลข 8 = อาทิตย์ละ 2 ครั้ง
การป้อนอาหาร และหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางสายยาง(NG tube)	-	เลข 9 = เดือนละ 1 ครั้ง
การให้อาหารและหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางสายยาง(NG tube)	7	เลข 10 = เดือนละ 2 ครั้ง
การให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	3	เลข 11 = 2 เดือน/ครั้ง
การนวดผ่อนคลายกล้ามเนื้อและการกระตุ้นไปพลเวียนเลือด	4	เลข 12 = 3 เดือน/ครั้ง
การบริโภชนาและกลืนเนื้อ	-	เลข 13 = ทำครั้งเดียว
การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอยู่บนเตียงและลงจากเตียง	3	เลข 14 = ขึ้นๆ.....
การฝึกทรงตัว / การฝึกเดิน	-	
การดูแลสวนอุจจาระ / ล้างอุจจาระ / ฝึกการกลืนปัสสาวะ	-	
การดูแลทำความสะอาดผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ / เปลี่ยนถุงยางอนามัย	1	
การพลิกตะแคงตัว / การจัดท่านอนป้องกันแผลกดทับ / บ่อยกันเท่าใด	-	
การทำแผลกดทับ	-	
การจัดความเจ็บปวด / การเฝ้าระวังการปวด	2	
การอ่านหนังสือ / ทัศนคติ/ฝึกสมาธิ/กิจกรรมจากวิทยุ/โทรทัศน์/โทรศัพท์	-	
การกระตุ้นการใส่บาตร / ไปวัด	-	
สุนทรียบำบัด(Aroma therapy) / ดนตรีบำบัด(Music therapy)	7	
การประเมิน ADL / การประเมินภาวะสมองเสื่อม		

W.M. GEDDAR

..สิ่งเหล่านี้เราทำได้

[illegible]

ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต

☐	กลิ่นปัสสาวะไม่ได้	
☐	กลิ่นลำบาก	
☐	ความสามารถในการมองเห็น	
☐	ความสามารถในการได้ยิน	
☐	ความแข็งแรงของร่างกายได้ในการดำรงชีวิต	
☒	ช่วยเหลือตนเองไม่ได้/เข้าห้องน้ำ	
☐	ช่องปากไม่สะอาด	
☐	ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ	
☒	มีความอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ ขา	
☐	มีความเจ็บปวดบริเวณที่แผลเพื่อปกปิดแผล	
☐	รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา	
☒	สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้	
☐	ลักษณะที่อยู่อาศัย	
☐	ไม่สามารถทานอาหารเองได้	
☒	ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	
☒	ไม่สามารถเดินได้โดยลำพังต้องมีคนช่วยเหลือ	

บริการอื่นๆ

☒	ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลถึงตัวประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการสิ้น	
☐	หาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีในชุมชนเช่นชมรมผู้สูงอายุ	
☐	โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศูนย์พัฒนาและฝึกอบรมผู้สูงอายุ	
☐	รถรับส่งไปสถานบริการ(ให้ยืมตัวรถหรือรถว่าง สร/อปท./อื่นๆ)	
☒	ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม	
☐	ได้รับการส่งเสริมอาชีพ	
☒	ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน	

เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น 3 เดือน

☒	ได้รับอาหารและอาหารถูกต้องและครบถ้วน	
☐	ภายใน...วัน/สัปดาห์/เดือน	
☒	พื้นที่อยู่อาศัยของช่องและช่องน้ำให้คงสภาพ	
☐	หรือดีขึ้น ภายใน...วัน/สัปดาห์/เดือน	
☐	แผลหาย ภายใน...วัน/สัปดาห์/เดือน	
☒	ไม่มีแผลกดทับ ภายใน...วัน/สัปดาห์/เดือน	
☐	ไม่พบพยาธิตามลำตัว ภายใน...วัน/สัปดาห์/เดือน	
☐	การได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทาง	
☐	การแพทย์ ภายใน...วัน/สัปดาห์/เดือน	
☐	การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์	
☐	ภายใน...วัน/สัปดาห์/เดือน	
☒	ไม่เกิดการติดเชื้อของแผล/ระบบทางเดินปัสสาวะ	
☐	หรือระบบทางเดินหายใจ ภายใน...วัน/สัปดาห์/เดือน	
☐	อาการหลังลิ้นตื้นภายใน...วัน/สัปดาห์/เดือน	
☒	ไม่เจ็บปวด/ระคายเคือง/คัน/แสบ/แสบ/แสบ	
☐	ภายใน...วัน/สัปดาห์/เดือน	
☒	ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดิมได้ด้วยตนเอง	
☐	อาบน้ำเองได้ทานข้าวเองได้ขับถ่ายเองได้	
☐	ภายใน...วัน/สัปดาห์/เดือน	
☐	ประสานทีมบุคลากรในพื้นที่	
☐	ภายใน...วัน/สัปดาห์/เดือน	

บริการนอกเหนือรายสัปดาห์(รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ informal)

อุปกรณ์ทางการแพทย์		
Syring	เข็ม	
Urine bag	ฟ่อนฉนวน	
สาย NG tube		
สาย Foley's cath		
เครื่องมือคัดลอกซิเมนต์		
เครื่องมือฟันยา		
อุปกรณ์ทำแผล		
เครื่องมือคัดลอกซิเมนต์		
* กายอุปกรณ์		
กระดานปรับหัวข้อขา		
กระดานพลิกตัว		
ดัมเบลยกน้ำหนัก (๑๕ กก.)		
ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก		
รถเข็นนั่ง (๑๕ กก.)		
ไม้เท้ายัน		
ไม้เท้าช่วยพยุง		
ไม้เท้าก้ำลิ้นแขน		
ไม้ยึดช่อง		
รถเข็นล้อเดียว		
ราวพยุงและเดิน		
เตียงยกขึ้น		
เครื่องมือช่วยฟัง		
แว่นสายตา		

กิจกรรมการดูแล(ต่อ)		ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (จากหมายเหตุ)
การบริการรับ-ส่งยา รวมทั้งนำผลการตรวจเข้าพบแพทย์/จนท.สาธารณสุข	-	
การบริการปรึกษา-จ่ายวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ให้ผู้สูงอายุ เช่น ชุดทำแผล.....	-	
การบริการพาหนะรับ-ส่งผู้สูงอายุ	-	
การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ	-	
การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมป้องกันอุบัติเหตุ 1 เดือน 1 ครั้ง 9	-	
การเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาล 3 เดือน 1 ครั้ง 12	-	
การจัดอาหารการกินให้ผู้สูงอายุเหมาะสมที่สุดท้าย	-	
การส่งตรวจหาในการจัดทำแผนผู้สูงอายุ	-	
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต		
✓ ตื่นนอน		ผู้จัดทำ: Mh Apr
✓ ล้างหน้า		(ผู้ดูแล/ผู้ดูแล/ผู้ดูแล)
✓ ดูแลเตรียมอาหาร นอน/รับประทานอาหารทางสายยางเข้าที่ยังและเย็นโดยญาติ		ผู้จัดทำ: การดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager : CM)
✓ ดูแลเตรียมยาและให้ยาให้ CC		(ผู้ดูแล/ผู้ดูแล/ผู้ดูแล)
✓ การทำกายภาพบำบัดโดย CC		อาสาสมัครวิบาลท้องถิ่น (Care Community : CC)
✓ การออกกำลังกายบำบัดโดย CC		(ใส่ชื่อเทศบาล/อบต.)
✓ การออกกำลังกาย		
✓ การเปลี่ยนผ้าอ้อม/ผ้ารองซับ		
✓ การทำความสะอาด		
✓ การนอนหลับ		

ผู้รับผิดชอบ :

(ผู้ดูแล/ผู้ดูแล/ผู้ดูแล)

อาสาสมัครวิบาลท้องถิ่น (Care Community : CC)

(ใส่ชื่อเทศบาล/อบต.)

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan ฉบับนี้

1) ลงชื่อ (ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันที่ ปี :

2) ลงชื่อ (ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันที่ ปี :

หมายเหตุ Care Plan นี้ส่งรายการจากโปรแกรม LTC(3)การอนามัยและนำมาปรับใช้ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

หมวด	กิจกรรม	เวลา	ความถี่
2. การดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน	○ การพยาบาลขั้นพื้นฐาน	☐ ก่อนเวลา 08.00 น. ☐ 08.00 - 09.00 น. ☐ 09.00 - 10.00 น. ☐ 10.00 - 11.00 น. ☐ 11.00 - 12.00 น. ☐ 12.00 - 13.00 น. ☐ 13.00 - 14.00 น. ☐ 14.00 - 15.00 น. ☐ 15.00 - 16.00 น. ☐ หลังเวลา 16.00 น.	จำนวน วัน/สัปดาห์
	๑ การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยขั้นต้น และการตรวจคัดกรอง/ตามสภาพเบื้องต้น	☐ ก่อนเวลา 08.00 น. ☐ 08.00 - 09.00 น. ☐ 09.00 - 10.00 น. ☐ 10.00 - 11.00 น. ☐ 11.00 - 12.00 น. ☐ 12.00 - 13.00 น. ☒ 13.00 - 14.00 น. ☐ 14.00 - 15.00 น. ☐ 15.00 - 16.00 น. ☐ หลังเวลา 16.00 น.	จำนวน วัน/สัปดาห์
	๒ การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน	☐ ก่อนเวลา 08.00 น. ☐ 08.00 - 09.00 น. ☐ 09.00 - 10.00 น. ☐ 10.00 - 11.00 น. ☐ 11.00 - 12.00 น. ☐ 12.00 - 13.00 น. ☐ 13.00 - 14.00 น. ☐ 14.00 - 15.00 น. ☐ 15.00 - 16.00 น. ☐ หลังเวลา 16.00 น.	จำนวน วัน/สัปดาห์
	○ การทำแผลเบื้องต้น	☐ ก่อนเวลา 08.00 น. ☐ 08.00 - 09.00 น. ☐ 09.00 - 10.00 น. ☐ 10.00 - 11.00 น. ☐ 11.00 - 12.00 น. ☐ 12.00 - 13.00 น. ☐ 13.00 - 14.00 น. ☐ 14.00 - 15.00 น. ☐ 15.00 - 16.00 น. ☐ หลังเวลา 16.00 น.	จำนวน วัน/สัปดาห์
	๑ การประเมินสติปัญญาขั้นต้น	☐ ก่อนเวลา 08.00 น. ☐ 08.00 - 09.00 น. ☐ 09.00 - 10.00 น. ☐ 10.00 - 11.00 น. ☐ 11.00 - 12.00 น. ☐ 12.00 - 13.00 น. ☒ 13.00 - 14.00 น. ☐ 14.00 - 15.00 น. ☐ 15.00 - 16.00 น. ☐ หลังเวลา 16.00 น.	จำนวน วัน/สัปดาห์
	๑ ดูแลเรื่องยาเบื้องต้น	☐ ก่อนเวลา 08.00 น. ☐ 08.00 - 09.00 น. ☐ 09.00 - 10.00 น. ☐ 10.00 - 11.00 น. ☐ 11.00 - 12.00 น. ☐ 12.00 - 13.00 น. ☐ 13.00 - 14.00 น. ☐ 14.00 - 15.00 น. ☒ 15.00 - 16.00 น. ☐ หลังเวลา 16.00 น.	จำนวน วัน/สัปดาห์
	๑ การประเมินผลและติดตามผล	☐ ก่อนเวลา 08.00 น. ☐ 08.00 - 09.00 น. ☐ 09.00 - 10.00 น. ☐ 10.00 - 11.00 น. ☐ 11.00 - 12.00 น. ☐ 12.00 - 13.00 น. ☐ 13.00 - 14.00 น. ☐ 14.00 - 15.00 น. ☐ 15.00 - 16.00 น. ☐ หลังเวลา 16.00 น.	จำนวน วัน/สัปดาห์
○ การดูแลผู้ป่วยของเสีย	○ การดูแลผู้ป่วยต่างกันเบื้องต้น	☐ ก่อนเวลา 08.00 น. ☐ 08.00 - 09.00 น. ☐ 09.00 - 10.00 น. ☐ 10.00 - 11.00 น. ☐ 11.00 - 12.00 น. ☐ 12.00 - 13.00 น. ☐ 13.00 - 14.00 น. ☐ 14.00 - 15.00 น. ☐ 15.00 - 16.00 น. ☐ หลังเวลา 16.00 น.	จำนวน วัน/สัปดาห์
	○ อื่นๆ ระบุ	☐ ก่อนเวลา 08.00 น. ☐ 08.00 - 09.00 น. ☐ 09.00 - 10.00 น. ☐ 10.00 - 11.00 น. ☐ 11.00 - 12.00 น. ☐ 12.00 - 13.00 น. ☐ 13.00 - 14.00 น. ☐ 14.00 - 15.00 น. ☐ 15.00 - 16.00 น. ☐ หลังเวลา 16.00 น.	จำนวน วัน/สัปดาห์

หมวด	กิจกรรม	เวลา	ความถี่
3. การดูแลสิ่งแวดล้อมและการประสานงาน	✓ การทำความสะอาดบ้าน	☐ ทุกวันเวลา 08.00 น. ☐ 08.00 - 09.00 น. ☐ 09.00 - 10.00 น. ☐ 10.00 - 11.00 น. ☐ 11.00 - 12.00 น. ☐ 12.00 - 13.00 น. ☐ 13.00 - 14.00 น. ☒ 14.00 - 15.00 น. ☐ 15.00 - 16.00 น. ☐ พักเวลา 16.00 น.	จำนวน.....วัน/สัปดาห์
	✓ ดูแลสถานที่ที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่โดยทำความสะอาด	☐ ทุกวันเวลา 08.00 น. ☐ 08.00 - 09.00 น. ☐ 09.00 - 10.00 น. ☐ 10.00 - 11.00 น. ☐ 11.00 - 12.00 น. ☐ 12.00 - 13.00 น. ☐ 13.00 - 14.00 น. ☒ 14.00 - 15.00 น. ☐ 15.00 - 16.00 น. ☐ พักเวลา 16.00 น.	จำนวน.....วัน/สัปดาห์
	○ จัดรวมแพทย์ประจำบ้านผู้สูงอายุในบริเวณบ้าน	☐ ทุกวันเวลา 08.00 น. ☐ 08.00 - 09.00 น. ☐ 09.00 - 10.00 น. ☐ 10.00 - 11.00 น. ☐ 11.00 - 12.00 น. ☐ 12.00 - 13.00 น. ☐ 13.00 - 14.00 น. ☐ 14.00 - 15.00 น. ☐ 15.00 - 16.00 น. ☐ พักเวลา 16.00 น.	จำนวน.....วัน/สัปดาห์
	○ ไม่ทำกิจวัตรตามตารางบ้นกับครอบครัว	☐ ทุกวันเวลา 08.00 น. ☐ 08.00 - 09.00 น. ☐ 09.00 - 10.00 น. ☐ 10.00 - 11.00 น. ☐ 11.00 - 12.00 น. ☐ 12.00 - 13.00 น. ☐ 13.00 - 14.00 น. ☐ 14.00 - 15.00 น. ☐ 15.00 - 16.00 น. ☐ พักเวลา 16.00 น.	จำนวน.....วัน/สัปดาห์
	○ การพาไปพบแพทย์	☐ ทุกวันเวลา 08.00 น. ☐ 08.00 - 09.00 น. ☐ 09.00 - 10.00 น. ☐ 10.00 - 11.00 น. ☐ 11.00 - 12.00 น. ☐ 12.00 - 13.00 น. ☐ 13.00 - 14.00 น. ☐ 14.00 - 15.00 น. ☐ 15.00 - 16.00 น. ☐ พักเวลา 16.00 น.	จำนวน.....วัน/สัปดาห์
	○ ประสานความร่วมมือช่วยเหลือและการส่ต่อกับหน่วยงานต่างๆ	☐ ทุกวันเวลา 08.00 น. ☐ 08.00 - 09.00 น. ☐ 09.00 - 10.00 น. ☐ 10.00 - 11.00 น. ☐ 11.00 - 12.00 น. ☐ 12.00 - 13.00 น. ☐ 13.00 - 14.00 น. ☐ 14.00 - 15.00 น. ☐ 15.00 - 16.00 น. ☐ พักเวลา 16.00 น.	จำนวน.....วัน/สัปดาห์
	○ อื่นๆ ระบุ.....	☐ ทุกวันเวลา 08.00 น. ☐ 08.00 - 09.00 น. ☐ 09.00 - 10.00 น. ☐ 10.00 - 11.00 น. ☐ 11.00 - 12.00 น. ☐ 12.00 - 13.00 น. ☐ 13.00 - 14.00 น. ☐ 14.00 - 15.00 น. ☐ 15.00 - 16.00 น. ☐ พักเวลา 16.00 น.	จำนวน.....วัน/สัปดาห์

หมายเหตุ การจัดทำตารางเพื่อดูว่าผู้สูงอายุจะพึงทำเป็นกิจวัตรประจำวันในการดูแลสุขภาพกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้สูงอายุในสถานดูแลผู้สูงอายุ (Care Plan) และสามารถใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุได้

ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต		เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น 3 เดือน		บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ informal)	
☐	กลิ่นอับสาหัสไม่ได้	☒	ได้รับยาและอาหารที่ถูกต้องและครบถ้วน ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน	อุปกรณ์ทางการแพทย์	
☐	กลิ่นสาบมาก	☒	ฟื้นฟูสภาพของช่องและกล้ามเนื้อให้คงสภาพ หรือดีขึ้น ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน	Syring	☐
☐	ความสามารถในการมองเห็น	☐	แผลหาย ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน	bag	☒
☐	ความสามารถในการได้ยิน	☒	ไม่มีแผลกดทับ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน	สาย NG tube	☐
☒	ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ	☒	ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน	สาย Foley's cath	☐
☐	ช่องปากไม่สะอาด	☐	การได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการ การแพทย์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน	เครื่องผลิตออกซิเจน	☐
☒	ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ	☐	การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน	เครื่องพ่นยา	☐
☐	มีความอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขน ขา	☐	ไม่เกิดการติดเชื้อของแผล/ระบบทางเดินปัสสาวะ /ระบบทางเดินหายใจ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน	อุปกรณ์ทำแผล	☐
☐	รู้สึกเหนื่อยล้าตลอดเวลา	☐	อาการหลังถึงเตียงภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน	เครื่องดูดเสมหะ	☐
☒	ควบคุมเสื้อผ้าเองไม่ได้	☐	ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน	* ภายในอุปกรณ์	
☒	ไม่สามารถทานอาหารเองได้	☒	ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดิมได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ทานข้าวเองได้ขับถ่ายเองได้ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน	กระดานบริหารข้อเข่า	☐
☒	ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	☐	ประสานงานกับบุคลากรในพื้นที่ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน	กระดานล้อเลื่อน	☐
☒	ขอรับบริการช่วยเหลือฉุกเฉินจากตำรวจ/ด้านจิตใจ/ด้านการเงิน	☐	ประสานงานกับบุคลากรในพื้นที่ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน	ถังทรายถ่วงน้ำหนัก	☐
☐	ขอรับบริการช่วยเหลือฉุกเฉินจากตำรวจ/ด้านจิตใจ/ด้านการเงิน	☐	ประสานงานกับบุคลากรในพื้นที่ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน	รถเข็นนั่ง	☐
☐	ขอรับบริการช่วยเหลือฉุกเฉินจากตำรวจ/ด้านจิตใจ/ด้านการเงิน	☐	ประสานงานกับบุคลากรในพื้นที่ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน	ไม้เท้าช่วยพยุง	☐
☒	ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม	☐	ประสานงานกับบุคลากรในพื้นที่ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน	ไม้เท้าช่วยพยุง	☐
☐	ได้รับการส่งเสริมอาชีพ	☐	ประสานงานกับบุคลากรในพื้นที่ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน	รองเท้าเลื่อนเท้า	☐
☒	ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมสหวิชาชีพจากภาครัฐและเอกชน	☐	ประสานงานกับบุคลากรในพื้นที่ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน	ราวฝึกยืนและเดิน	☐

กิจกรรมการดูแล	ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)	หมายเหตุ
การวัดสัญญาณชีพ(ความดัน/ชีพจร/การหายใจและวัดไข้)	3	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 = ทุกครั้งเดียว เลข 14 = ยื่น.....
การล้างหน้า / แปรงฟัน	3	
การอาบน้ำ / สระผม / เช็ดตัว	2	
การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์	3	
การทาโลชั่น/น้ำมันมะกอก/ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวอื่นๆ	2	
การตัดเล็บ / ตัดผม / โกนหนวด	1	
การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ	1	
การทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน	1	
การเตรียมอาหาร / ยา / อุปกรณ์ให้อาหารที่สะอาดและพร้อมใช้	1	
การป้อนอาหาร และหรือยาด่วนเวลาที่แพทย์กำหนดทางปาก	4	
การให้อาหารและหรือยาด่วนเวลาที่แพทย์กำหนดทางสายยาง(NG tube)	1	
การทำความสะอาดร่างกายและกระตุ้นระบบไหลเวียนเลือด	3	
การบริโภชนาอาหารที่เหมาะสม	3	
การเปลี่ยนผ้าอ้อมผู้ป่วยบนเตียงและลงบนเตียง	1	
การฝึกทรงตัว / การฝึกเดิน	2	
การดูแลสวนอุจจาระ / ถ่ายอุจจาระ / ฝึกการกลืนปัสสาวะ	1	
การดูแลทำความสะอาดผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ / เปลี่ยนถุงยางอนามัย	1	
การพลิกตะแคงตัว / การจัดท่านอนป้องกันแผลกดทับ / บิดงอข้อเท้า	1	
การทำแผลกดทับ	1	
การจัดการความเจ็บปวด / การให้ยาบรรเทาปวด	1	
การอ่านหนังสือ/สวดมนต์/ฝึกสมาธิ/ฟังธรรมจากวิทยุโทรทัศน์/โทรศัพท์	1	
การกระตุ้นการใส่บาตร / ไปวัด	1	
สุนทรียบำบัด(Aroma therapy) / ดนตรีบำบัด(Music therapy)	1	
การประเมิน ADL / การประเมินภาวะสมองเสื่อม	1	

กิจกรรมการดูแล(ต่อ)		ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากพม่ายื่นเหตุ)
การบริการรับ-ส่งยา รวมทั้งนำผลการตรวจเข้าพบแพทย์/จนท. สาสุข	-	
การบริการปรึกษา-จ่ายวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ให้ผู้สูงอายุ เช่น ชุดทำแผล.....	-	
การบริการพาหนะรับส่งผู้สูงอายุ	-	
การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ	-	
การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมป้องกันอุบัติเหตุ	13	
การเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาล	9	
การจัดจัดการการบริการในผู้สูงอายุระยะสุดท้าย	-	
การส่งเคราะห์ในการจัดงานศพผู้สูงอายุ	-	

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต

✓	ตื่นนอน	1	ผู้จัดทำ:  (น.ส. เสาวลักษณ์) จ.ม.บ.
✓	ล้างหน้า	1	
✓	ดูแลเตรียมอาหาร บิ๋ยม/ให้อาหารทางสายยางเข้าเทียบและเน้นโดยญาติ	1	ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager : CM) (ใส่ชื่อหน่วยบริการสาธารณสุข) จ.ม.บ. มหิดลวิทยานุสรณ์
✓	ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดย CC	1	ผู้รับผิดชอบ:  (น.ส. เสาวลักษณ์)
✓	การทำความสะอาดบ้านด้วยวิธีที่ดี	1	อาสาสมัครบริการท้องถิ่น (Care Community : CC) (ใส่ชื่อเทศบาล / อบต.)
✓	การทำกายภาพบำบัดโดย CC	1	
✓	การออกกำลังกาย	1	
✓	การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ	1	
✓	การสวมหมวก	1	
✓	การนอนหลับ	1	

หมายเหตุ: Care Plan นี้ได้รายการจากการจากโปรแกรม LTC(3C) กรมอนามัยและนำมาปรับปรุงเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกและทำให้ Care Manager ใช้ในการควบคุมการทำงานของตนเองกับบริบทท้องถิ่น

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan ฉบับนี้

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

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

พื้นที่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล / อบต.) ชื่อ.....

.....อย่าเผลอ.....ถึงหัวคณราธิวาส

[illegible]

00000000000000000000000000000000

ชื่อผู้ส่งอายุ: นาย น. น. ๒๐๙๕ ผู้ส่ง: นาย น. น. ๒๐๙๕
เลขบัญชีประจำตัวประชาชน: ๙-๙๙๐๖-๐๐๓๙๔-๓๔๔
วันเดือนปีเกิด: ๑ มกราคม ๒๕๓๓
อายุ: ๓๐ ปี

และผลของการใช้วิธีการแบบกลุ่มกับความรู้ที่เกี่ยวกับการดำรงชีวิต

உறுப்பினர் :

ផ្ដល់ឱកាសដល់យុវជនក្នុងតំបន់

๑๐) การดำเนินงานตามโครงการดังกล่าวจะได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานใดบ้าง

ထပ်ပါကဓာတ်ပုံအပြောင်းအလဲ

[illegible]

✓ อย่างที่เห็นคุณตุ้มเล่าเอาไว้ได้ละเอียดทุกข้อทั้ง

๒๖๓๕

∴ $\frac{1}{\sqrt{2}}$

๑๖๖

កម្មវិធីបង្រៀនពីការកែច្នៃអាហារឯកស័កទៅជាផលិតផលបន្លែ

[illegible]

๑๒๓๔๕๖๗๘๙๐

อธิบายเหตุอันน่าทึ่งทางกายภาพที่จำเป็น/กายอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเหลือเดิน

รณชัย มัวอ้อม ชูตัวทำแม่เหล็ก เต็มทั้งบ้าน

(CUBA, 2002; KILPATRICK, 2002)

แนวปฏิบัติในการใช้... ๒๕๖๔ โดยรวม

(CUBA, 1977, 1978, 1979, 1980, 1981)

✓ ภาชนะบรรจุภัณฑ์/ชั้นถ้ำของไม้

ចតុស្តម្ភបរិវេណខេត្តកោះកុង

✓ ถูกเวลาจากไปอย่างสงบ

ឯកសារសម្រាប់ការប្រើប្រាស់

ສິວາພິມສຳປາຍໂຕໂພມເປັນຈຳນວນໜຶ່ງເປັນຕົ້ນ

✓ เติมน้ำได้โดยไม่มีข้ออุปการณ์

✓
L'Espresso

๒๓๗๐

✓ ไม่เกิน ๑๕๐๐ บาท

ADL= 5 TAI= 10

ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : spoke 21 7d

11/28/93 10:00 AM - 10:30 AM

10070 1911/12/2 10/1/8

ศูนย์ความรู้เรื่องใบไม้และการใช้พืชสมุนไพร

✓ การกำหนดอาหาร/ผู้ดูแลอาหาร

[illegible]

✓ การผลิตตกหนัก

✓ การพัฒนาบุคลากร/ผู้ปฏิบัติงานให้มีความรู้

การเปลี่ยนแปลง

	การดำเนินงาน	
--	--------------	--

✓ ข้อ ๑๑/หรือข้อใดที่

✓
ของภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ

ผู้สื่อข่าวภูมิภาคท่าแร่

புதுச்சேரி மாவட்டம், கரையோரம்

กิจกรรมการดูแล

ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)

หมายเหตุ

ความถี่ของกิจกรรมการดูแล

การจัดตั้งอุปกรณ์ชีพ/ชีพจร/การหายใจและวัดไข้	3
การล้างหน้า / แปรงฟัน	3
การอาบน้ำ / สระผม / เช็ดตัว	3
การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์	3
การทาโลชั่น/น้ำมันงา/ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวอื่นๆ	3
การตัดเล็บ / ตัดผม / โกนหนวด	3
การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ	3
การทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน	2
การเตรียมอาหาร / ยา / อุปกรณ์ให้อาหารที่สะอาดและพร้อมใช้	3
การป้อนอาหาร และหรือยารตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางสายยาง(NG tube)	3
การให้อาหารและหรือยารตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางสายยาง(NG tube)	3
การให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	3
การตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายและกลืน กายตึง	3
การฝึกทรงตัว / การฝึกเดิน	3
การดูแลสวนอุจจาระ / ถ่ายอุจจาระ / ฝึกการกลืนปัสสาวะ	3
การดูแลทำความสะอาดผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ / เปลี่ยนถุงยางอนามัย	3
การพลิกตะแคงตัว / การจัดท่านอนป้องกันแผลกดทับ / ป้องกันเท้าตก	1
การทำแผลกดทับ	1
การจัดจัดการความเจ็บปวด / การให้ยาบรรเทาปวด	1
การอ่านหนังสือ / สวดมนต์/ฝึกสมาธิ/ฟังธรรมจากวิทยุ/โทรทัศน์/โทรศัพท์	2
การกระตุ้นการใส่บาตร / ไปวัด	1
สุคนธ์บำบัด(Aromatherapy) / ดนตรีบำบัด(Music therapy)	2
การประเมิน ADL / การประเมินภาวะสมองเสื่อม	3

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 = ทุกครั้งเดียว
 เลข 14 = อื่นๆ.....

กิจกรรมการดูแล(ต่อ)		ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)
การบริการรับ-ส่งยา รวมทั้งนำผลการตรวจผู้ป่วยพบแพทย์/จนท.สาธารณสุข	-	
การบริการเบิก-จ่ายวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ให้ผู้ป่วย เช่น ชุดทำแผล.....	-	
การบริการพาหนะรับส่งผู้ป่วย	9	
การสร้างความเข้าใจการดูแลผู้ป่วย	9	
การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมป้องกันอุบัติเหตุ	19	
การเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาล	-	
การจัดทำการอบรมความรู้ในผู้ป่วยอายุระยะสุดท้าย	-	
การส่งตรวจหีบนการจ้างคนไข้ผู้ป่วย	-	

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต	
✓ พื้นนอน	ผู้จัดทำ: <i>พิณ พิม</i> (.....)
✓ แต่งหน้า	ผู้จัดการดูแลผู้ป่วย (Care Manager : CM) (.....)
✓ ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเข้าเทียมและเอ็นโดสตีติ	ผู้รับผิดชอบ : (.....)
✓ ดูแลเตรียมยา และให้ยาโดย CC	อาสาสมัครบริการท้องถิ่น (Care Community : CC) (ใส่ชื่อ พยาบาล / อด.)
✓ การทำกายภาพบำบัดโดย CC	
✓ การออกกำลังกาย	
✓ การเปลี่ยนผ้าอ้อม/ผ้ารองชั้น	
✓ การสวมชุดผ้า : 6 : 6000	
✓ การนอนหลับ	

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan ฉบับนี้

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

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

การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Plan) โดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

ข้อมูลผู้สูงอายุ : ชื่อ-สกุล... นางสาว นงนุช นามะ ... ส.ศ. ๓๓๓๓๓๓๓๓ ... เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน ๘-๙๕๕๕-๕๕๕๕๕-๕๕-๕ ... อายุ ๗๐ ...
 ที่อยู่ปัจจุบัน A.3/2 M.4 ต.บึงมะลู อ.บึงมะลู จ.บึงมะลู ... โทรศัพท์ ๐๕๖-๖๔๕๔๓๓๔ ... ADL = ๕๐ ...
 ข้อมูลอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น : ชื่อ-สกุล... นางสาว นงนุช นามะ ... หมายเลขโทรศัพท์ ๐๙๕-๕๕๕๕๕๕๕ ... สังกัดหน่วยงาน สมทบ มูลนิธิ

หมวด	กิจกรรม	เวลา	ความถี่
1. การดูแลกิจวัตรประจำวัน	การอาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกาย กับท่านตัว	☐ ก่อนเวลา ๐๘.๐๐ น. ☒ ๐๘.๐๐ - ๐๙.๐๐ น. ☐ ๐๙.๐๐ - ๑๐.๐๐ น. ☐ ๑๐.๐๐ - ๑๑.๐๐ น. ☐ ๑๑.๐๐ - ๑๒.๐๐ น. ☐ ๑๒.๐๐ - ๑๓.๐๐ น. ☐ ๑๓.๐๐ - ๑๔.๐๐ น. ☐ ๑๔.๐๐ - ๑๕.๐๐ น. ☐ ๑๕.๐๐ - ๑๖.๐๐ น. ☐ หลังเวลา ๑๖.๐๐ น.	จำนวน <u>๕</u> ... วัน/สัปดาห์
	การช่วยเหลือเปลี่ยนถ่าย หรือการพลิกตัวท่าน	☐ ก่อนเวลา ๐๘.๐๐ น. ☒ ๐๘.๐๐ - ๐๙.๐๐ น. ☐ ๐๙.๐๐ - ๑๐.๐๐ น. ☐ ๑๐.๐๐ - ๑๑.๐๐ น. ☐ ๑๑.๐๐ - ๑๒.๐๐ น. ☐ ๑๒.๐๐ - ๑๓.๐๐ น. ☐ ๑๓.๐๐ - ๑๔.๐๐ น. ☐ ๑๔.๐๐ - ๑๕.๐๐ น. ☐ ๑๕.๐๐ - ๑๖.๐๐ น. ☐ หลังเวลา ๑๖.๐๐ น.	จำนวน <u>๕</u> ... วัน/สัปดาห์
	การช่วยเหลือรับประทานอาหาร	☐ ก่อนเวลา ๐๘.๐๐ น. ☒ ๐๘.๐๐ - ๐๙.๐๐ น. ☐ ๐๙.๐๐ - ๑๐.๐๐ น. ☐ ๑๐.๐๐ - ๑๑.๐๐ น. ☐ ๑๑.๐๐ - ๑๒.๐๐ น. ☐ ๑๒.๐๐ - ๑๓.๐๐ น. ☐ ๑๓.๐๐ - ๑๔.๐๐ น. ☐ ๑๔.๐๐ - ๑๕.๐๐ น. ☐ ๑๕.๐๐ - ๑๖.๐๐ น. ☐ หลังเวลา ๑๖.๐๐ น.	จำนวน <u>๕</u> ... วัน/สัปดาห์
	การช่วยเหลือการขับถ่าย	☐ ก่อนเวลา ๐๘.๐๐ น. ☒ ๐๘.๐๐ - ๐๙.๐๐ น. ☐ ๐๙.๐๐ - ๑๐.๐๐ น. ☐ ๑๐.๐๐ - ๑๑.๐๐ น. ☐ ๑๑.๐๐ - ๑๒.๐๐ น. ☐ ๑๒.๐๐ - ๑๓.๐๐ น. ☐ ๑๓.๐๐ - ๑๔.๐๐ น. ☐ ๑๔.๐๐ - ๑๕.๐๐ น. ☐ ๑๕.๐๐ - ๑๖.๐๐ น. ☐ หลังเวลา ๑๖.๐๐ น.	จำนวน <u>๕</u> ... วัน/สัปดาห์
	อื่นๆ เช่น...	☐ ก่อนเวลา ๐๘.๐๐ น. ☐ ๐๘.๐๐ - ๐๙.๐๐ น. ☐ ๐๙.๐๐ - ๑๐.๐๐ น. ☐ ๑๐.๐๐ - ๑๑.๐๐ น. ☐ ๑๑.๐๐ - ๑๒.๐๐ น. ☐ ๑๒.๐๐ - ๑๓.๐๐ น. ☐ ๑๓.๐๐ - ๑๔.๐๐ น. ☐ ๑๔.๐๐ - ๑๕.๐๐ น. ☐ ๑๕.๐๐ - ๑๖.๐๐ น. ☐ หลังเวลา ๑๖.๐๐ น.	จำนวน <u>๕</u> ... วัน/สัปดาห์

หมวด	กิจกรรม	เวลา	ความถี่
3. การดูแลสิ่งแวดล้อมและการ ประสานงาน	การทำความสะอาดบ้าน	☐ ก่อนเวลา 08.00 น. ☐ 08.00 - 09.00 น. ☒ 09.00 - 10.00 น. ☐ 10.00 - 11.00 น. ☐ 11.00 - 12.00 น. ☐ 12.00 - 13.00 น. ☐ 13.00 - 14.00 น. ☐ 14.00 - 15.00 น. ☐ 15.00 - 16.00 น. ☐ หลังเวลา 16.00 น.	จำนวน.....วัน/สัปดาห์
	ดูแลสถานที่ในพื้นที่นอกภาคภายใต้ศบค	☐ ก่อนเวลา 08.00 น. ☐ 08.00 - 09.00 น. ☒ 09.00 - 10.00 น. ☐ 10.00 - 11.00 น. ☐ 11.00 - 12.00 น. ☐ 12.00 - 13.00 น. ☐ 13.00 - 14.00 น. ☐ 14.00 - 15.00 น. ☐ 15.00 - 16.00 น. ☐ หลังเวลา 16.00 น.	จำนวน.....วัน/สัปดาห์
	จัดประชุมหารือส่วนร่วมผู้สูงอายุในบริเวณบ้าน	☐ ก่อนเวลา 08.00 น. ☐ 08.00 - 09.00 น. ☐ 09.00 - 10.00 น. ☐ 10.00 - 11.00 น. ☐ 11.00 - 12.00 น. ☐ 12.00 - 13.00 น. ☐ 13.00 - 14.00 น. ☐ 14.00 - 15.00 น. ☐ 15.00 - 16.00 น. ☐ หลังเวลา 16.00 น.	จำนวน.....วัน/สัปดาห์
	ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพเบื้องต้นกับครอบครัว	☐ ก่อนเวลา 08.00 น. ☐ 08.00 - 09.00 น. ☐ 09.00 - 10.00 น. ☐ 10.00 - 11.00 น. ☐ 11.00 - 12.00 น. ☐ 12.00 - 13.00 น. ☐ 13.00 - 14.00 น. ☐ 14.00 - 15.00 น. ☐ 15.00 - 16.00 น. ☐ หลังเวลา 16.00 น.	จำนวน.....วัน/สัปดาห์
	การพาไปพบแพทย์	☐ ก่อนเวลา 08.00 น. ☐ 08.00 - 09.00 น. ☐ 09.00 - 10.00 น. ☐ 10.00 - 11.00 น. ☐ 11.00 - 12.00 น. ☐ 12.00 - 13.00 น. ☐ 13.00 - 14.00 น. ☐ 14.00 - 15.00 น. ☐ 15.00 - 16.00 น. ☐ หลังเวลา 16.00 น.	จำนวน.....วัน/สัปดาห์
	ประสานความร่วมมือช่วยเหลือและการส่งคืน หน่วยงานต่างๆ	☐ ก่อนเวลา 08.00 น. ☐ 08.00 - 09.00 น. ☐ 09.00 - 10.00 น. ☐ 10.00 - 11.00 น. ☐ 11.00 - 12.00 น. ☐ 12.00 - 13.00 น. ☐ 13.00 - 14.00 น. ☐ 14.00 - 15.00 น. ☐ 15.00 - 16.00 น. ☐ หลังเวลา 16.00 น.	จำนวน.....วัน/สัปดาห์
	อื่นๆ ระบุ.....	☐ ก่อนเวลา 08.00 น. ☐ 08.00 - 09.00 น. ☐ 09.00 - 10.00 น. ☐ 10.00 - 11.00 น. ☐ 11.00 - 12.00 น. ☐ 12.00 - 13.00 น. ☐ 13.00 - 14.00 น. ☐ 14.00 - 15.00 น. ☐ 15.00 - 16.00 น. ☐ หลังเวลา 16.00 น.	จำนวน.....วัน/สัปดาห์

หมายเหตุ การจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงจำเป็นต้องได้รับการบริการจากบุคลากรในสหสาขาวิชาชีพ เช่น นักกายภาพบำบัด พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข Care giver อาสาสมัครจิตอาสาท้องถิ่น เป็นต้น เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ
 ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานสาธารณสุขหรือหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การดำเนินงานการดูแล และการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ