

- ปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต
- กลืนปัสสาวะไม่ได้
 - กลืนลำบาก
 - ความสามารถในการมองเห็น
 - ความสามารถในการได้ยิน
 - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต
 - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ
 - ช่องปากไม่สะอาด
 - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ
 - มีความอ่อนแรงของกำลังมือแขน ขา
 - มีความเจ็บปวดบริเวณฟันและเหงือกปากแห้ง
 - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา
 - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้
 - ลักษณะที่อยู่อาศัย
 - ไม่สามารถทานอาหารเองได้
 - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้
 - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพังต้องมีคนช่วยพยุง

- บริการอื่นๆ
- ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงิน
 - พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชนเช่นชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศูนย์พัฒนาและฝึกอาชีพผู้สูงอายุ
 - งดรับส่งไปสถานบริการ(ให้มีตัวเลือกระหว่าง สธ./อปท./อื่นๆ)
 - ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม
 - ได้รับการส่งเสริมอาชีพ

- เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น 3 เดือน
- ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
 - ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น 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
 - อาการหลงลืมดีขึ้นภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
 - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
 - ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ทานข้าวเองได้ขับถ่ายเองได้ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
 - ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
 -
 -

- บริการนอกเหนือรายสัปดาห์(รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ informal)
- * อุปกรณ์ทางการแพทย์
- Syring เพียง
 - Urine bag ที่นอนลม
 - สาย NG tube
 - สาย Foley's cath
 - เครื่องผลิตออกซิเจน
 - เครื่องพ่นยา
 - อุปกรณ์ทำแผล
 - เครื่องดูดเสมหะ

- * กายอุปกรณ์
- กระจกบานบริหารข้อเข่า
 - กระจกบานล้อเลื่อน
 - ดัมเบลยกน้ำหนัก
 - ลูกทรายถ่วงน้ำหนัก
 - รถเข็นนั่ง
 - ไม้ค้ำยัน
 - ไม้เท้าช่วยพยุง
 - ไม้ฝึกกำลังแขน
 - ไม้ยึดนั่ง เพียงฝึกเขียน
 - รอกเคลื่อนไหล่ เครื่องช่วยฟัง
 - ราวฝึกยืนและเดิน แวนสายตา

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

กิจกรรมการดูแล(ต่อ)	ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)
การบริการรับ-ส่งยา รวมทั้งนำผลการตรวจเข้าพบแพทย์/จนท.สาสุข	
การบริการเบิกจ่ายวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ให้ผู้สูงอายุ เช่น ชุดทำแผล.....	
การบริการพาหนะรับส่งผู้สูงอายุ	
การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ	
การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมป้องกันอุบัติเหตุ	
การเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาล	
การจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุระยะสุดท้าย	
การสงเคราะห์ในการจัดงานศพผู้สูงอายุ	

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต

<input checked="" type="checkbox"/> ตื่นนอน
<input checked="" type="checkbox"/> ล้างหน้า
<input checked="" type="checkbox"/> ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเข้าเที่ยงและเย็นโดยญาติ
<input type="checkbox"/> ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเข้าเที่ยงและเย็นโดย CC
<input checked="" type="checkbox"/> ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยญาติ
<input type="checkbox"/> ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดย CC
<input checked="" type="checkbox"/> การทำกายภาพบำบัดโดยญาติ
<input type="checkbox"/> การทำกายภาพบำบัดโดย CC
<input checked="" type="checkbox"/> การออกกำลังกาย
<input type="checkbox"/> การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ
<input checked="" type="checkbox"/> การสวดมนต์
<input checked="" type="checkbox"/> การนอนหลับ
.....

ผู้จัดทำ :
 (..... กิ่งก.....)
 ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager : CM)
 (ใส่ชื่อหน่วยบริการสาธารณสุข)
 ภาควิชา ๐๐๐๐๐๐

ผู้รับผิดชอบ :
 (..... นริศนันท์ ทอมก.....)
 อาสาสมัครบริหารท้องถิ่น(Care Community : CC)
 (ใส่ชื่อ เทศบาล / อบต.) นนทบุรี

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan ฉบับนี้

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