

เอกสารแนบโครงการ

แผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง
สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผนรองรับการขับถ่าย

ชื่อ นางสาว นภาพร ไชยชนะ เลขบัตรประจำตัวประชาชน	ที่อยู่ 119/3 ม.3 ต. ๓๓๖ อ.เมือง จ.ยะลา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 096-9645050	วันจัดทำ 10/2/65
เกิดวันที่ 11 เดือน ก.ย. ปี 2515 (อายุ 50 ปี)	วินิจฉัย : DM 2 stage ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยติดเตียง 3 สัปดาห์ ท้อง 2 วัน ๑๐๐ ชม ร่วมกับ มีผลสุขภาพ 2 วัน พักอยู่ได้ ๑๐-๑๕ ชั่วโมง ๑๕ ชั่วโมง พักอยู่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาะสมรายปี ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ - 1. มีอาการปวดท้อง/ท้องอืด/ท้องบวม ทั้ง 2 ข้าง	การดูแล - นรีเวช ๓๓๖ ชม ๑๐๐ ชม ๒ ข้าง ๑๐๐ ชม ๑๐๐ ชม
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาะสมราย ปีเป็น จำนวนเงิน ๕๐๐๐ บาท โดยมี รายละเอียดดังนี้		
การประเมินบุคคลที่มีภาวะก้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน ๗ ชิ้น - แผนรองรับการขับถ่าย จำนวน ชิ้น		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- ตามวิธี หรือทำกายภาพบำบัด ๗ ทั้ง 2 ข้าง ๑๐๐ ชม ๑๐๐ ชม 1๐๐ ชม ๑๐๐ ชม	ระยะสั้น ท้อง 2 ข้าง ๑๐๐ ชม ๑๐๐ ชม ระยะยาว ผู้ป่วยสามารถเดินได้ ท้อง ๑๐๐ ชม ปัสสาวะได้ ๑๐๐ ชม ๑๐๐ ชม	
ผู้จัดทำ Care plan นางสาว นภาพร ไชยชนะ ธพ. ๕๓๑.๐๓๖ 5 รพ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แบบประเมิน

บุคคลที่มีภาวะปัญหากลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ ผ่านรองรับการขั้บถ่าย

ชื่อ-นามสกุล (นาง/นาย/นางสาว) (บุคคลที่มีภาวะปัญหากลั้น ปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้) นาง ภัทราภา ไชยชนะ หมายเลขโทรศัพท์ (ติดต่อดี) ๐๘๖-๙๖๔๕๔๕๐	วัน/เดือน/ปี (เกิด) 11 ก.ย. 2515 อายุ ๕๐ ปี	ที่อยู่ 119 /3 ซ.3 ต. ๓๓๓ ๐-1 ไร่ ๖๓๗ อ. ๖๓๗
วันที่ประเมิน 10/2/65	ผลการประเมิน ☐ มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ☐ มีภาวะกลั้นอุจจาระไม่ได้ ☒ มีภาวะกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้	ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ (ควรมีอย่างน้อย 2 ใน 3 ข้อ) ☐ มีประวัติกลั้นปัสสาวะหรือ อุจจาระไม่อยู่ ☒ ตรวจร่างกายพบระบบประสาท บกพร่อง (ขา ทวารหนัก อัมพาต กราน) หรือมีภาวะอัมพาต หย่อน หรือมีน้ำปัสสาวะคั่งใน ช่องคลอด หรือมีความผิดปกติของ การขับถ่ายอุจจาระทางทวารหนัก ☐ มีใบรับรองแพทย์/มีผลการ ตรวจจากแพทย์อย่างใดอย่างหนึ่ง (การตรวจทางรังสี, ส่องกล้อง ทางเดินปัสสาวะ, ตรวจทาง ปัสสาวะพลศาสตร์, ตรวจวัดการ ทำงานของลำไส้ใหญ่และทวาร หนัก)
ผู้ประเมิน (พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเวช ปฏิบัติ/ผู้จัดการการดูแล ระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager)/บุคลากรสาธารณสุข ชื่อ-นามสกุล	ความเห็นของผู้ประเมินควรได้รับ ☐ ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน....ชิ้น ☐ ผ่านรองรับการขั้บถ่าย จำนวน....ชิ้น	ชื่อหน่วยงานของผู้ประเมิน สร.๕๓-๓๓๗๕

เอกสารแนบโครงการ

แผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง
สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผนรองรับการขับถ่าย

ชื่อ สมชาย คุ้ม	ที่อยู่ หมู่บ้าน... 0-152 หมู่ ๓ ก.ข.ว หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 082-2575774	วันจัดทำ 10/11/64
เลขบัตรประจำตัวประชาชน 87 (อายุ 87 ปี)	วินิจฉัย: DM HT 2 stroke ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยโรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไต โรคตับ โรคปอด โรคกระดูกพรุน	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาะสมรายปี ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ - ผู้ป่วยโรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไต โรคตับ โรคปอด โรคกระดูกพรุน การดูแล - ปรึกษาแพทย์/เภสัชกร/พยาบาล - จัดทำแผนการดูแล - บันทึกการดูแล/ประเมินผล - พักผ่อน/ทำกายภาพ	
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่..... ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาะสมรายปีเป็น จำนวนเงิน.....บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้		
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน.....ชิ้น - แผนรองรับการขับถ่าย จำนวน.....ชิ้น		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
	ระยะสั้น - ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น ทานอาหาร, ขับถ่าย ระยะยาว - สามารถดูแลตัวเองได้โดยไม่ต้องพึ่งพิงผู้อื่น	
ผู้จัดทำ Care plan รพ.พุดองเหนือ - ชี้อร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.ระยอง	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แบบประเมิน

บุคคลที่มีภาวะปัญหากลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองขับถ่าย

ชื่อ-นามสกุล (นาง/นาย/นางสาว) (บุคคลที่มีภาวะปัญหากลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้) พระอภัย แวงจันทร์ หมายเลขโทรศัพท์ (ติดต่อได้) 062-257574	วัน/เดือน/ปี (เกิด) 30 พ.ย.-2494 อายุ 71 ปี	ที่อยู่ 48 หมู่ 5 ต.นาหว้า อ.เมืองพิษณุโลก จ.พิษณุโลก
วันที่ประเมิน 10/11/64	ผลการประเมิน ☐ มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ☐ มีภาวะกลั้นอุจจาระไม่ได้ ☒ มีภาวะกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้	ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ (ควรมีอย่างน้อย 2 ใน 3 ข้อ) ☐ มีประวัติกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่อยู่ ☒ ตรวจร่างกายพบระบบประสาทบกพร่อง (ขา ทวารหนัก อังเชิงกราน) หรือมีภาวะอังเชิงกรานหย่อน หรือมีน้ำปัสสาวะคั่งในช่องคลอด หรือมีความผิดปกติของการขับถ่ายอุจจาระทางทวารหนัก ☐ มีใบรับรองแพทย์/มีผลการตรวจจากแพทย์อย่างใดอย่างหนึ่ง (การตรวจทางรังสี, ส่องกล้องทางเดินปัสสาวะ, ตรวจทางปัสสาวะพลศาสตร์, ตรวจวัดการทำงานของลำไส้ใหญ่และทวารหนัก)
ผู้ประเมิน (พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเวชปฏิบัติ/ผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager)/บุคลากรสาธารณสุข) ชื่อ-นามสกุล	ความเห็นของผู้ประเมินควรได้รับ ☐ ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน....ชิ้น ☐ แผ่นรองขับถ่าย จำนวน....ชิ้น	ชื่อหน่วยงานของผู้ประเมิน

แผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง
สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผนการดูแลสุขภาพด้วย

ชื่อ นายโสภณ อรรถนันท์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน ๙๖๓๔๕	ที่อยู่ 67/18 ม.1 ต.หนอง อ.เมืองฯ จ.ขอนแก่น หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 062-217-2218	วันจัดทำ 02/12/64
เกิดวันที่ 2 เดือน มี.ค.ปี 2504 (อายุ 61 ปี)	วินิจฉัย : HT & stroke (ดามตันโลหิตสูง ร่วมกับหลอดเลือดสมองตีบ) ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยมีอาการ สู้น้ำตาลในเลือดสูง 190 mg/dl ไม่ได้อาบน้ำ อาบน้ำ ทางสายยาง (จมูก) รูปร่าง ผอม ร้อยลดน้ำหนักเหลือ 2 กิโลกรัม	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน 5000 - /ต่อปี	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ - เลี้ยงดูอาการโรคเรื้อรังต่อเนื่อง เป็นเวลา 10 เดือน ในอดีตมีผลเสียทางจิต	การดูแล - ดูแล การวัดระดับน้ำตาลในเลือดอย่างต่อเนื่อง - ดูแล ประเมินภาวะจิตใจ และสภาพสังคมให้ดีขึ้น
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่.....1..... ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายราย ปีเป็น จำนวนเงิน.....5000.....บาท โดยมี รายละเอียดดังนี้		
การประเมินบุคคลที่มีความเสี่ยงปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน.....ชิ้น - แผ่นรองขับถ่าย.....ชิ้น 1 วันไม่ต่ำกว่า 5 ชิ้น		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
	ระยะสั้น - ไม่เกิดแผลกดทับ ระยะยาว - ผู้ป่วยได้รับการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม และปลอดภัยจากอันตรายของโรค	
ผู้จัดทำ Care plan นางฟ้าธอนันต์ ชื่นชื่น ๐๘/๑๒/๖๔	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แบบประเมิน

บุคคลที่มีภาวะปัญหากลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองขับถ่าย

ชื่อ-นามสกุล (นาง/นาย/นางสาว) (บุคคลที่มีภาวะปัญหากลั้น ปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้) นาย. โสภณ อรรถนันท์ หมายเลขโทรศัพท์ (ติดต่อได้)	วัน/เดือน/ปี (เกิด) 2 มี.ค. 2564 อายุ 01 ปี	ที่อยู่ 67/18 หมู่ 1 ต. สามโก้ อ.เมืองฯ จ. อยุธยา
วันที่ประเมิน 02 / 12 / 64	ผลการประเมิน ☐ มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ☐ มีภาวะกลั้นอุจจาระไม่ได้ ☒ มีภาวะกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้	ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ (ควรมีอย่างน้อย 2 ใน 3 ข้อ) ☐ มีประวัติกลั้นปัสสาวะหรือ อุจจาระไม่อยู่ ☒ ตรวจร่างกายพบระบบประสาท บกพร่อง (ขา ทวารหนัก อัมพาต เกร็ง) หรือมีภาวะอัมพาตเกร็ง หยาบ หรือมีน้ำปัสสาวะค้างใน ช่องคลอด หรือมีความผิดปกติของ การขับถ่ายอุจจาระทางทวารหนัก ☐ มีใบรับรองแพทย์/มีผลการ ตรวจจากแพทย์อย่างใดอย่างหนึ่ง (การตรวจทางรังสี, ส่องกล้อง ทางเดินปัสสาวะ, ตรวจทาง ปัสสาวะพลศาสตร์, ตรวจวัดการ ทำงานของลำไส้ใหญ่และทวาร หนัก)
ผู้ประเมิน (พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเวช ปฏิบัติ/ผู้จัดการการดูแล ระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager)/บุคลากรสาธารณสุข ชื่อ-นามสกุล	ความเห็นของผู้ประเมินควรได้รับ ☒ ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 5 ชิ้น ☐ แผ่นรองขับถ่าย จำนวน...ชิ้น	ชื่อหน่วยงานของผู้ประเมิน สว. สก. ๓๗๑๖

เอกสารแนบโครงการ

แผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง
สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ และรองเท้าเท้าเดิน

ชื่อ นาง ทดพร ไวยภักดี	ที่อยู่ ๗๐/๑ ม.๑. ต.๓๓๓๓ ๑-๑๖๐๖๔๓๓ ๑-๒๓๓๓ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) ๐๙๒-๔๘๑๒๙๓๘	วันจัดทำ ๐๓/๑๒/๖๔
เลขบัตรประจำตัวประชาชน ๙-๙๙๙-๙๙๙-๙๙๙-๙๙๙	เกิดวันที่ ๓๐ เดือน พ.ศ. ๒๔๙๙ (อายุ ๖๖ ปี)	วินิจฉัย: HT stroke (ความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ) ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น: ผู้ป่วยติดเตียง สุนัขได้ตัวมีแผลที่ข้อมือขวา ๑๓ แผล ชัก-ไข้ มีแผล ๑๐ ขั้วแผล ก้อนมะเร็ง ๑ ขั้วแผล
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาะสมรายปี ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ - เลี้ยงอาหาร-ฉี่รดตด ทดแล่ม ๒๕๐๖ จาก รพ. รพ. ๒๕๐๖	การดูแล - ดูแลแผลที่ขา มีแผล ๑ ขั้วแผล ๑๐ ขั้วแผล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ ๒ ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาะสมรายปี ปีเป็น จำนวนเงิน ๑,๐๐๐ บาท โดยมี รายละเอียดดังนี้		
การประเมินบุคคลที่มีภาวะก้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน ๓ ชิ้น/วัน - แขนงรองขาเท้าเดิน จำนวน ๑ ชิ้น		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- ทดสอบแผลใน ทดสอบการปฏิบัติ ๑๖-๑๗ ทุกวัน เพื่อป้องกันการเกิดแผล และแผลที่ ๑๖-๑๗ ๑๖-๑๗	ระยะสั้น - ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือ ตัวเองได้มากขึ้น ระยะยาว - ผู้ป่วยสามารถเดิน และ ทำกิจวัตรประจำวันได้	
ผู้จัดทำ Care plan นาง พัดดาเนิ ชีเดะ พยาบาลวิชาชีพ รพ.๓๓-๓๓๓	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) สม.	

แบบประเมิน

บุคคลที่มีภาวะปัญหากลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองขับถ่าย

ชื่อ-นามสกุล (นาง/นาย/นางสาว) (บุคคลที่มีภาวะปัญหากลั้น ปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้) นาง ทศพร ไชยภักดิ์ หมายเลขโทรศัพท์ (ติดต่อดี) ๐๙๒ - ๔๘๑ ๒๙๓๘	วัน/เดือน/ปี (เกิด) ๓๐ พ.ย - ๒๕๔๙ อายุ ๖๖ ปี	ที่อยู่ ๕๐/๑ หมู่ ๑ ต. ตาเซะ อ. ปรางค์มุนี จ. ชลบุรี ๑๐๖๑๑
วันที่ประเมิน ๐๖/๑๒/๖๕	ผลการประเมิน ☐ มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ☐ มีภาวะกลั้นอุจจาระไม่ได้ ☒ มีภาวะกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้	ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ (ควรมีอย่างน้อย ๒ ใน ๓ ข้อ) ☐ มีประวัติกลั้นปัสสาวะหรือ อุจจาระไม่อยู่ ☒ ตรวจร่างกายพบระบบประสาท บกพร่อง (ขา ทวารหนัก อัมพาต กราม) หรือมีภาวะอัมพาต หาย่อน หรือมีน้ำปัสสาวะค้างใน ช่องคลอด หรือมีความผิดปกติของ การขับถ่ายอุจจาระทางทวารหนัก ☐ มีใบรับรองแพทย์/มีผลการ ตรวจจากแพทย์อย่างใดอย่างหนึ่ง (การตรวจทางรังสี, ส่องกล้อง ทางเดินปัสสาวะ, ตรวจทาง ปัสสาวะพลศาสตร์, ตรวจวัดการ ทำงานของลำไส้ใหญ่และทวาร ทวารหนัก)
ผู้ประเมิน (พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเวช ปฏิบัติ/ผู้จัดการการดูแล ระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager)/บุคลากรสาธารณสุข ชื่อ-นามสกุล	ความเห็นของผู้ประเมินควรได้รับ ☐ ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน....ชิ้น ☐ แผ่นรองขับถ่าย จำนวน....ชิ้น	ชื่อหน่วยงานของผู้ประเมิน รพ. สธ. ตาเซะ

ชื่อ ๖๖ จักรก้อง ดวงาน	ที่อยู่ ๑๔๗/๑ หมู่ที่ ๑ ต.บึงมะลู อ.เมือง จ.ยโสธร หมายเลขโทรศัพท์(ที่บ้าน) 0๘๙ - ๒๑๕๒๘๕๗	วันจัดทำ 10/11/64
เลขบัตรประจำตัวประชาชน ๐-๖๖๖๖ ๖๖๖๖ ๖๖๖๖ ๖๖๖๖ ๖๖๖๖ ๖๖๖๖	วินิจฉัย : HT C stroke	
เกิดวันที่ 30 เดือน 11 ปี 2487 (อายุ 78 ปี)	ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วย ต่อมามีอาการ แขน ขา ซีกซ้าย อ่อนแรง หายใจไม่สะดวก รูปร่างผอมลง น้ำหนักลดลงเรื่อยๆ	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาะสมจ่ายรายปี ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ - เลี้ยงดูคนเดียว ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ชีวิตอยู่อย่างลำบากและสิ้นหวัง	การดูแล - ครอบครัวช่วยดูแล - ชุมชน/องค์กรในท้องถิ่นให้ความช่วยเหลือ - ทีมสหวิชาชีพ / อสม. / อาสาสมัคร
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาะสมจ่ายราย ปีเป็น จำนวนเงิน.....บาท โดยมี รายละเอียดดังนี้		
การประเมินบุคคลที่มีความบกพร่องปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน.....ชิ้น - แผ่นรองซับการขับถ่าย จำนวน.....ชิ้น		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
	ระยะสั้น - ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ระยะยาว - ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ	
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวดวงาน น. ชื่อ ๒ พยาบาลจิตเวช จ.ยโสธร	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แบบประเมิน

บุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองขับถ่าย

ชื่อ-นามสกุล (นาง/นาย/นางสาว) (บุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลืน ปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้) นางปรอด งาม หมายเลขโทรศัพท์ (ติดต่อได้) 061-2152857	วัน/เดือน/ปี (เกิด) 30 พ.ย. 2487 อายุ 98 ปี	ที่อยู่ 177/1 หมู่ 1 ต. บางโพธิ์ ๑. มี ๒ ญาติ จ. นนทบุรี
วันที่ประเมิน 10/11/64	ผลการประเมิน ☐ มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่ได้ ☐ มีภาวะกลืนอุจจาระไม่ได้ ☒ มีภาวะกลืนปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้	ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ (ควรมีอย่างน้อย 2 ใน 3 ข้อ) ☐ มีประวัติกลืนปัสสาวะหรือ อุจจาระไม่อยู่ ☒ ตรวจร่างกายพบระบบประสาท บกพร่อง (ขา ทวารหนัก อัมพาต เกร็ง) หรือมีภาวะอัมพาตเกร็ง หยาบ หรือมีน้ำปัสสาวะคั่งใน ช่องคลอด หรือมีความผิดปกติของ การขับถ่ายอุจจาระทางทวารหนัก ☐ มีใบรับรองแพทย์/มีผลการ ตรวจจากแพทย์อย่างใดอย่างหนึ่ง (การตรวจทางรังสี, ส่องกล้อง ทางเดินปัสสาวะ, ตรวจทาง ปัสสาวะพลศาสตร์, ตรวจวัดการ ทำงานของลำไส้ใหญ่และทวาร หนัก)
ผู้ประเมิน (พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเวช ปฏิบัติ/ผู้จัดการการดูแล ระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager)/บุคลากรสาธารณสุข ชื่อ-นามสกุล	ความเห็นของผู้ประเมินควรได้รับ ☐ ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน....ชิ้น ☐ แผ่นรองขับถ่าย จำนวน....ชิ้น	ชื่อหน่วยงานของผู้ประเมิน