



รายงานผลโครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ และแผ่นรองซับการจับถ่าย



ประจำปีงบประมาณ 2568

จัดทำโดย

กลุ่มงานสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลท่าซาม อำเภอยะนิง จังหวัดสุราษฎร์ธานี



ส่วนที่ ๓ : รอบที่ ๒ (แทนรายชื่อที่เสียชีวิตรอบแรก)

แบบรายงานผลการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุน หลักประกันสุขภาพ (สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียดเมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินงาน)

ชื่อแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

.....โครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่และแผ่นรองขับถ่าย ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘.....

๑. ผลการดำเนินงาน

กลุ่มงานสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลท่าข้าม ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลท่าข้าม จำนวน ๖๕,๙๓๔ บาท กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันตามดัชบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับ หรือน้อยกว่า ๖ คะแนน ตามแผนการดูแลรายบุคคล ระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Plan) ได้รับการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่เพิ่มเติมตามสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแล้ว จำนวน ๒๖ ราย

เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ มีแผนการแจกผ้าอ้อมผู้ใหญ่และแผ่นรองขับถ่าย ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘ ระหว่างวันที่ ๒๓ ,๒๔ และ ๒๕ เดือนมิถุนายน พ.ศ ๒๕๖๘ ได้ดำเนินการแจกเรียบร้อยแล้ว และมียอดผ้าอ้อมคงเหลือ จำนวน ๘๒๘ ชิ้น เนื่องจากผู้รับการสนับสนุนผ้าอ้อมและแผ่นรองขับถ่าย เสียชีวิต จำนวน ๓ ราย เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลท่าข้ามได้ดำเนินการทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ ข้อมูลบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน ๓ ราย ตามหนังสือ ที่ สฎ ๘๑๗๐๑/๓๖๑ ลงวันที่ ๒๔ กรกฎาคม ๒๕๖๘ และทางโรงพยาบาลพูนพิณได้อนุเคราะห์ ข้อมูลบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน ๔ ราย ตามหนังสือ ที่ สฎ.๐๐๓๓.๓๐๑/๒๐๒๙ ลงวันที่ ๒๕ กันยายน ๒๕๖๘ เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลท่าข้ามจึงต้องเฉลี่ยจำนวนผ้าอ้อมผู้ใหญ่เพื่อให้บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน ๔ ราย ได้รับการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ ตามที่โรงพยาบาลพูนพิณได้ประเมินมา

๒. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด

๒.๑ การบรรลุตามวัตถุประสงค์

บรรลุตามวัตถุประสงค์

ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ เพราะ

๒.๒ จำนวนผู้เข้าร่วมใน แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม.....๒๐.....คน

- กลุ่มเป้าหมายขอรับการสนับสนุนผ้าอ้อมและแผ่นรองขับถ่าย

จำนวน...๔...คน รอบที่ ๒ (แทนรายชื่อที่เสียชีวิตรอบแรก)

- ผู้บริหารท้องถิ่น ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแต่ละหมู่บ้านที่มีกลุ่มเป้าหมาย จำนวน...๑๐...คน

- เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง จำนวน...๖...คน

๓. การเบิกจ่ายงบประมาณ

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ.....๖๕,๙๓๔.....บาท
 งบประมาณเบิกจ่ายจริง.....๖๔,๕๕๗.๓๒.....บาท คิดเป็นร้อยละ.....๙๗.๙๑.....
 งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุน.....๑,๓๗๖.๖๘.....บาท คิดเป็นร้อยละ.....๒.๐๘.....

๔. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

 ไม่มี มี

ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ).....

แนวทางการแก้ปัญหา.....

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน

(นางสาวปริยวรรณ สังขวา)

ตำแหน่ง ผู้ช่วยนักวิชาการสาธารณสุข

วันที่-เดือน-พ.ศ. 17 ต.ค. 2568

ความเห็น หัวหน้าฝ่ายอำนวยการ.....

- เสร็จเรียบร้อย

(นางสาวรัตนา อักษรภรณ์)

หัวหน้าฝ่ายอำนวยการ

17 ต.ค. 2568

ความเห็น หัวหน้าสำนักปลัด.....

18 ต.ค. 2568

(นางสาวสุชาสินี โคะแสง)

หัวหน้าสำนักปลัด

21 ต.ค. 2568

ความเห็น ปลัด.....

เสร็จเรียบร้อย

(นายอภิรักษ์ มีแก้ว)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลท่าข้าม

21 ต.ค. 2568

ความเห็น ผู้บริหารท้องถิ่น.....

.....

(นายอมฤต นิจาคม)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลท่าข้าม

21 ต.ค. 2568

ประมวลภาพการดำเนินโครงการ

นายจรัล ธรรมะลวน : หมู่ที่ ๑ ตำบลท่าขาม อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี



นายอรุณ ช่างเหล็ก : หมู่ที่ ๓ ตำบลท่าขาม อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี



นางนิล อินทร์พรหม : หมู่ที่ ๓ ตำบลท่าข้าม อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี



นางปรารค์ ตำแหน่งเงิน : หมู่ที่ ๖ ตำบลท่าข้าม อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี



ทะเบียนคุม โครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ และแผนรองรับการช้บถ่าย ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘ (เพิ่มเติม รอบแทนผู้เสียชีวิต)

ลำดับ	รายชื่อ	เลขบัตรประจำตัวประชาชน	หมายเลขโทรศัพท์	จำนวนที่ได้รับสนับสนุน	สถานะการมีชีวิต		จำนวนที่จ่าย (ชิ้น)	ว/ด/ป (ที่จ่าย)	ลงลายมือชื่อรับผ้าอ้อม	รับแทน	จำนวนคงเหลือ
					มีชีวิต	เสียชีวิต					
หมู่ที่ ๑ ตำบลท่าข้าม อำเภอพนมเปญ จังหวัดสุราษฎร์ธานี											
๑.	นายจรงค์ สมนะลาน วันละ ๓ ชิ้น/ จำนวน ๙๒ วัน	๓๘๔๐๖๐๐๑๗๐๒๘๑	๐๙๖-๑๒๐๕๗๑๘	L = ๒๗๖ ชิ้น	✓	-	๒๗๖ ชิ้น	17 ต.ค. 2568	-	จรงค์ (บุตร)	๐
หมู่ที่ ๓ ตำบลท่าข้าม อำเภอพนมเปญ จังหวัดสุราษฎร์ธานี											
๒.	นายอรุณ ช่างเหล็ก วันละ ๓ ชิ้น/ จำนวน ๗๒ วัน	๓๘๔๐๓๐๐๒๕๔๑๖๑	๐๖๑-๑๗๓๒๘๘๗	M = ๒๑๖ ชิ้น	✓	-	๒๑๖ ชิ้น	17 ต.ค. 2568	-	อรุณ (หลาน)	๐
๓.	นางนิล อินทร์พรหม วันละ ๑ ชิ้น/ จำนวน ๖๐ วัน		๐๖๔-๐๑๘๐๒๖๘	M = ๖๐ ชิ้น	✓	-	๖๐ ชิ้น	17 ต.ค. 2568	-	นิล (ลูก)	๐
หมู่ที่ 6 ตำบลท่าข้าม อำเภอพนมเปญ จังหวัดสุราษฎร์ธานี											
๔.	นางปรางค์ ต้าแทนเงิน วันละ ๓ ชิ้น/ จำนวน ๙๒ วัน		๐๖๕-๐๔๐๖๐๒๓	L = ๒๗๖ ชิ้น	✓	-	๒๗๖ ชิ้น	17 ต.ค. 2568	-	ปรางค์ (ลูก)	๐

สวท/อิม



ที่ สฎ. ๐๐๓๓.๓๐๑/๒๐๒๙

โรงพยาบาลพูนพิน
ถนนธราธิบดี อำเภอพูนพิน
จังหวัดสุราษฎร์ธานี ๘๔๑๓๐

๒๕ กันยายน ๒๕๖๘

องค์การบริหารส่วนตำบลท่าข้าม
เลขที่รับ..... 2072
วันที่..... 29.ก.ย. 18
เวลา..... 10.57 น.

เรื่อง ขอส่งข้อมูลบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง

เรียน นายองค์การบริหารส่วนตำบลท่าข้าม

อ้างถึง หนังสือองค์การบริหารส่วนตำบลท่าข้าม ที่ สฎ ๘๑๗๐๑/๓๖๑ ลงวันที่ ๒๔ กรกฎาคม ๒๕๖๘
เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ข้อมูลบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง

สิ่งที่ส่งมาด้วย แผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน ๔ ฉบับ

ตามหนังสือที่อ้างถึง องค์การบริหารส่วนตำบลท่าข้าม ที่ สฎ ๘๑๗๐๑/๓๖๑ ลงวันที่ ๒๔ กรกฎาคม ๒๕๖๘ เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ข้อมูลบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อใช้ในการดำเนินงาน ในโครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่และแผ่นรองขับถ่ายสำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิง นั้น

ในการนี้ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลพูนพิน ได้ดำเนินการตรวจสอบและรวบรวมข้อมูลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและมีความจำเป็นต้องใช้ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน ๔ ราย รายละเอียดตามเอกสารแนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาและดำเนินการต่อไป

เรื่อง นายชก ดมท.ท่าข้าม

- เฝ้าไปตงตงตงตง(ตีหน้าตง)
- ไร่ตงตงตงตงตงตง หลัง
- ขอส่งนมอมตงตงตงตงตงตงตง
- จำนวน 4 ราย สหตงตงตงตงตงตงตง

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวชเนตตี ธนรักษ์)

ทันตแพทย์ชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพูนพิน

(นางสาวชเนตตี ธนรักษ์ สวท)

ตงตงตงตงตงตงตง

29 ก.ย. 2568

เมื่อไปตงตงตงตงตงตงตง

อิม อี.
(นางสาวชเนตตี ธนรักษ์ สวท)
29 ก.ย. 2568

(นางสาวชเนตตี ธนรักษ์ สวท)
29 ก.ย. 2568

(นายชเนตตี ธนรักษ์ สวท)
29 ก.ย. 2568

กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม

โทร ๐ ๗๗๓๑ ๑๑๒๙ ต่อ ๒๒๑ ๒๒๙ ๓๐๙

โทรสาร ๐ ๗๗๓๑ ๓๐๐๕

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ hrpph๑๑๓๗๐@gmail.com

30 ก.ย. 2568

(นายชเนตตี ธนรักษ์ สวท)
30 ก.ย. 2568

แผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีค่าคะแนน ADL เท่ากับหรือน้อยกว่า 6 คะแนน
สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่

ชื่อ นายจรงค์ สมมะลวน เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3840600170281	ที่อยู่ 3/528 ม.1 ต.ท่าข้าม อ.พุนพิน จ.สุราษฎร์ธานี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0961205718	วันที่จัดทำ 11 เดือน กันยายน พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 19 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2500 (อายุ 68 ปี)	วินิจฉัย : ADL=5, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :-	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน NaN บาท		การดูแลพยาบาลทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน	มีภาวะกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้	
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
	ระยะสั้น - ระยะยาว	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ลัดดาวัลย์ พร้อมประเสริฐ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีความรุนแรง PL เท่ากับหรือมากกว่า 6 คะแนน
 สำหรับสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุ ส่งข้อมูลการขอผ้าอ้อมไปที่ สปสช. แล้ว

x

ชื่อ นายอรุณ ช่างเหล็ก เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3840300254161	ที่อยู่ 500/123 ม.3 ต.ท่าข้าม อ.พุนพิน จ.สุราษฎร์ธานี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0611732887	วันที่จัดทำ 11 เดือน กันยายน พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2485 (อายุ 83 ปี)	วินิจฉัย : ADL=3, TAI=I3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน NaN บาท		การดูแลพยาบาลทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน	มีภาวะกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้	
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
	ระยะสั้น - ระยะยาว	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ลัดดาวัลย์ พร้อมประเสริฐ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แบบประเมิน
บุคคลที่มีภาวะปัญหาคลื่นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่

<p>ชื่อ นางนิล อินทร์พรหม หมายเลขโทรศัพท์ 0640180268</p>	<p>เกิดวันที่ 01 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2481 อายุ 87 ปี</p>	<p>ที่อยู่ 500/30 ม.3 ต.ท่าข้าม อ.พุนพิน จ.สุราษฎร์ธานี</p>
<p>ADL : 12 วันที่ประเมิน : 11 เดือน กันยายน พ.ศ. 2568</p>	<p>ผลการประเมิน</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> มีภาวะคลื่นปัสสาวะไม่ได้</p> <p><input type="checkbox"/> มีภาวะคลื่นอุจจาระไม่ได้</p> <p><input type="checkbox"/> มีภาวะคลื่นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้</p>	<p>ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์/ปัญหาตาม CARE PLAN (ควรมีอย่างน้อย 2 ใน 3 ข้อ)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> มีประวัติคลื่นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ตรวจร่างกายพบระบบประสาททบกพร่อง (ขา ทวารหนัก อุ้งเชิงกราน สมออง ฯลฯ) หรือมีภาวะ อุ้งเชิงกรานหย่อน หรือมีน้ำปัสสาวะค้างในช่อง คลอด หรือมีความผิดปกติของการขับถ่าย อุจจาระทางทวารหนัก</p> <p><input type="checkbox"/> มีใบรับรองแพทย์/มีผลการตรวจจากแพทย์ ใดๆอย่างใดอย่างหนึ่ง (การตรวจทางรังสี, ส่อง กล้องทางเดินปัสสาวะ, ตรวจทางปัสสาวะ พัลสาสตร์, ตรวจวัดการทำงานของลำไส้ใหญ่ และหูดทวารหนัก)</p>
<p>ผู้ประเมิน : ชื่อ สกุล : น.ส.ลัดดาวัลย์ พร้อมประเสริฐ</p>	<p>ความเห็นของผู้ประเมินควรได้รับผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองซับการขับถ่าย แผ่นเสริมซึมซับ และผ้า อ้อมทางเลือก</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 1 ชิ้น/วัน</p> <p><input type="checkbox"/> แผ่นรองซับการขับถ่าย</p> <p><input type="checkbox"/> แผ่นเสริมซึมซับ</p> <p><input type="checkbox"/> ผ้าอ้อมทางเลือก</p>	<p>ชื่อหน่วยงานของผู้ประเมิน : โรงพยาบาลพุนพิน</p>

แบบประเมิน
บุคคลที่มีภาวะปัญญาทึบหรือออทิสติก ตามผลการประเมินหรือข้อร้องเรียนทางการแพทย์
สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่

<p>ชื่อ นางปรารงค์ ตำแหน่งจีน หมายเลขโทรศัพท์ 0650406023</p>	<p>เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2480 อายุ 88 ปี</p>	<p>ที่อยู่ 19/1 ม.6 ต.ท่าข้าม อ.พุนพิน จ.สุราษฎร์ธานี</p>
<p>ADL : 7 วันที่ประเมิน : 11 เดือน กันยายน พ.ศ. 2568</p>	<p>ผลการประเมิน</p> <p><input type="checkbox"/> มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้</p> <p><input type="checkbox"/> มีภาวะกลั้นอุจจาระไม่ได้</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> มีภาวะกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้</p>	<p>ข้อร้องเรียนทางการแพทย์/ปัญหาตาม CARE PLAN (ควรมีอย่างน้อย 2 ใน 3 ข้อ)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> มีประวัติกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ตรวจร่างกายพบระบบประสาทบกพร่อง (ขา ทวารหนัก อุ้งเชิงกราน สมอง ฯลฯ) หรือมีภาวะ อุ้งเชิงกรานหย่อน หรือมีน้ำปัสสาวะค้างในช่องคลอด หรือมีความผิดปกติของการขับถ่าย อุจจาระทางทวารหนัก</p> <p><input type="checkbox"/> มีใบรับรองแพทย์/มีผลการตรวจจากแพทย์ ใดๆอย่างหนึ่ง (การตรวจทางรังสี, ส่องกล้องทางเดินปัสสาวะ, ตรวจทางปัสสาวะ พัลสาสตร์, ตรวจวัดการทำงานของลำไส้ใหญ่ และหูรูดทวารหนัก)</p>
<p>ผู้ประเมิน : ชื่อ สกุล : น.ส.ลัดดาวัลย์ พร้อมประเสริฐ</p>	<p>ความเห็นของผู้ประเมินควรได้รับผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองซับการขับถ่าย แผ่นเสริมซึมซับ และผ้าอ้อมทางเลือก</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชั้น/วัน</p> <p><input type="checkbox"/> แผ่นรองซับการขับถ่าย</p> <p><input type="checkbox"/> แผ่นเสริมซึมซับ</p> <p><input type="checkbox"/> ผ้าอ้อมทางเลือก</p>	<p>ชื่อหน่วยงานของผู้ประเมิน : โรงพยาบาลพุนพิน</p>

กองทนต์หลักประกันสุขภาพ อบต.ท่าข้าม
เลขที่ ๒๑/๒๕๖๘
วันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๘
เวลา ๑๓.๕๐ น.



ที่ สฎ ๘๑๗๐๑/๓๖๘

องค์การบริหารส่วนตำบลท่าข้าม
๘๖ หมู่ ๕ ตำบลท่าข้าม อำเภอพุนพิน
จังหวัดสุราษฎร์ธานี ๘๔๑๓๐

๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๘

เรื่อง ส่งคืนงบประมาณโครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่และแผ่นรองขับถ่าย ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘

เรียน ประธานกองทุนหลักสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลท่าข้าม
สิ่งที่ส่งมาด้วย รายงานผลโครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่และแผ่นรองขับถ่าย ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘

ตามที่องค์การบริหารส่วนตำบลท่าข้าม ได้รับการสนับสนุนงบประมาณโครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่และแผ่นรองขับถ่าย ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘ จำนวน ๒๕,๙๓๔.๐๐ บาท (หกหมื่นห้าพันเก้าร้อยสามสิบบาทถ้วน) และได้ดำเนินการเรียบร้อยแล้ว เมื่อวันที่ ๒๓ , ๒๔ และ ๒๕ เดือนมิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๘ ค่าใช้จ่ายที่ใช้ดำเนินการ จำนวน ๖๔,๕๕๗.๓๒ บาท (หกหมื่นสี่พันห้าร้อยห้าสิบบาทสามสิบบาทสองสตางค์) และคงเหลือ ๑,๓๗๖.๖๘ บาท (หนึ่งพันสามร้อยเจ็ดสิบบาทหกสิบบาทสองสตางค์) องค์การบริหารส่วนตำบลท่าข้ามจึงขอส่งคืนยอดเงินคงเหลือจำนวนดังกล่าว ให้แก่กองทุนหลักสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลท่าข้าม

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

เรียน ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.ท่าข้าม
- เสร็จไปโปรดทราบ
- งานสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม แจ้ง
ขอส่งคืนงบประมาณคงเหลือ
จำนวน ๑๓,๗๖.๖๘ บาท

ขอแสดงความนับถือ

(นายอมฤต นิจอาคม)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลท่าข้าม

(นางสาวปรีชาวรรณ ส่งทอง)
ผู้ช่วยนักวิชาการสาธารณสุข
๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๘

- ๓๑/๗/๒๕๖๘

(นางสาวปรีชาวรรณ ส่งทอง)
หัวหน้าฝ่ายอนามัย

กลุ่มงานสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม สำนักงานปลัด
โทร/โทรสาร ๐-๗๗๓๑-๔๗๔๗ ต่อ ๔
www.thakham-sao.go.th

- เพื่อส่งคืนงบฯ

- เสร็จไปโปรดทราบ
- อ.สาธารณสุขแจ้ง

(นางสาวสลาลัย ใจแสง)
ผู้อำนวยการสำนักงาน

(นายอภิสิทธิ์ สักแก้ว)
อบต.ท่าข้าม

“ชื่อสัตย์ สุจริต มุ่งสัมฤทธิ์ของงาน ยึดมั่นมาตรฐาน บริการด้วยใจเป็นธรรม”

(นายอมฤต นิจอาคม)
นายก อบต.ท่าข้าม



เล่มที่ ๑ / ๒๕๖๘

เลขที่ ๑๖

ใบเสร็จรับเงิน

วันที่ ๓๑ เดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๘

กองทุนหลักประกันสุขภาพ ตำบลท่าข้าม เลขที่ ๘๖ หมู่ที่ ๕

ตำบล ท่าข้าม อำเภอ พุนพิน จังหวัด สุราษฎร์ธานี

ได้รับเงินจาก องค์การบริหารส่วนตำบลท่าข้าม ที่อยู่ ตำบลท่าข้าม อำเภอพุนพิน

จังหวัดสุราษฎร์ธานี ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
รับเงินคืนจาก องค์การบริหารส่วนตำบลท่าข้าม อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี โครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่และแผ่นรองขับถ่าย ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘	๑,๓๗๖.๖๘	-
จำนวนเงิน (หนึ่งพันสามร้อยเจ็ดสิบหกบาทหกสิบแปดสตางค์)	๑,๓๗๖.๖๘	-

(ลงชื่อ) _____ ผู้รับเงิน

(นางสาวดวงพร สังข์เทพ)

องค์การบริหารส่วนตำบลท่าข้าม

ฎีกาเบิกเงินรายจ่าย

ประจำปีงบประมาณ 2568

แผนงาน สาธารณสุข

หมวดรายจ่าย ค่าใช้สอย

งาน บริหารทั่วไปเกี่ยวกับสาธารณสุข

ประเภทรายจ่าย รายจ่ายเกี่ยวเนื่องกับการปฏิบัติราชการที่ไม่เข้าลักษณะรายจ่ายหมวดอื่นๆ

เลขที่ผู้เบิก /2568

เลขที่คลังรับ 01233/2568

วันที่จัดทำ 29 กรกฎาคม 2568

วันที่คลังรับ 30 ก.ค. 2568

รายการ	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
มูลค่าสินค้าหรือบริการ	1,376.68	
บวก ภาษีมูลค่าเพิ่ม	-	
จำนวนเงินที่ขอเบิก	1,376.68	
หัก ภาษีหัก ณ ที่จ่าย	-	
ค่าปรับการผิดสัญญา	-	
อื่นๆ	-	ส่งคืนงบประมาณคงเหลือโครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่และ
จำนวนเงินที่จ่ายสุทธิ	1,376.68	แผ่นรองขับการขับถ่าย ประจำปีงบประมาณ 2568

(ตัวอักษร) (หนึ่งพันสามร้อยเจ็ดสิบหกบาทหกสิบแปดสตางค์)

หน่วยงานผู้เบิก สำนักปลัด ขอเบิกเงินรายจ่ายตามรายการข้างต้น	ได้ตรวจสอบแล้วมีเงินคงเหลือเพียงพอที่จะเบิกจ่ายได้
(ลงชื่อ).....หัวหน้าหน่วยงานผู้เบิก (นางสาวสุธาสินี โคะแสง) ตำแหน่ง หัวหน้าสำนักปลัด วันที่..... 29 ก.ค. 2568	แหล่งเงินที่ขอเบิก คงเหลือยกมา คงเหลือยกไป เงินอุดหนุนระบุวัตถุประสงค์/เฉพาะกิจ 1,376.68.- 00.00.- (ลงชื่อ).....ผู้ตรวจสอบ (นางสาวศรวิวรรณ สุวรรณรัตน์) ตำแหน่ง นักวิชาการเงินและบัญชี วันที่..... 30 ก.ค. 2568

ได้ตรวจสอบเอกสารประกอบฎีกาครบถ้วนถูกต้องแล้ว	เรียน ปลัดองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น - เห็นควรให้เบิกจ่ายได้
(ลงชื่อ).....ผู้ตรวจฎีกา (นางสาวดวงพร สังข์เทพ) ตำแหน่ง นักวิชาการคลังชำนาญการ วันที่..... 30 ก.ค. 2568	(ลงชื่อ)..... (นางสาววราภรณ์ ดั่งทอง) ตำแหน่ง หัวหน้าหน่วยงานคลัง วันที่..... 30 ก.ค. 2568

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบล - เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้	อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวนเงิน 1,376.68 บาท
(ลงชื่อ)..... (นายอภิรักษ์ มีแก้ว) ตำแหน่ง ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลท่าข้าม วันที่..... 30 ก.ค. 2568	(ลงชื่อ)..... (นายอมฤต นิจอาคม) ตำแหน่ง นายกองค์การบริหารส่วนตำบลท่าข้าม วันที่..... 30 ก.ค. 2568

ธนาคาร..... เลขที่บัญชี..... เลขที่เช็ค..... ลงวันที่.....	ผู้ลงนามในเช็ค/ใบถอน
จำนวนเงิน 1,376.68 บาท (หนึ่งพันสามร้อยเจ็ดสิบหกบาทหกสิบแปดสตางค์) จ่ายให้ กองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.ท่าข้าม อ.พุนพิน จ.สุราษฎร์ธานี	(ลงชื่อ).....ผู้ลงนาม (ลงชื่อ).....ผู้ลงนาม (ลงชื่อ).....ผู้ลงนาม

การจ่ายเงินเป็นไปตามรายงานการจัดทำเช็ค/ ใบถอน เลขที่..... ลงวันที่.....

สำเนาฉบับ



ที่ สฎ ๘๑๗๐๑/๓๖๘

องค์การบริหารส่วนตำบลท่าข้าม
๘๖ หมู่ ๕ ตำบลท่าข้าม อำเภอพุนพิน
จังหวัดสุราษฎร์ธานี ๘๔๑๓๐

๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๘

เรื่อง ส่งคืนงบประมาณโครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่และแผ่นรองซั้บการซั้บถ่าย ประจำปีงบประมาณ
๒๕๖๘

เรียน ประธานกองทุนหลักสุภาพองค์การบริหารส่วนตำบลท่าข้าม
สิ่งที่ส่งมาด้วย รายงานผลโครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่และแผ่นรองซั้บการซั้บถ่าย
ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘

ตามที่องค์การบริหารส่วนตำบลท่าข้าม ได้รับการสนับสนุนงบประมาณโครงการสนับสนุน
ผ้าอ้อมผู้ใหญ่และแผ่นรองซั้บการซั้บถ่าย ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘ จำนวน ๖๕,๙๓๔.๐๐ บาท
(หกหมื่นห้าพันเก้าร้อยสามสิบลบาทถ้วน) และได้ดำเนินการเรียบร้อยแล้ว เมื่อวันที่ ๒๓ , ๒๔ และ ๒๕
เดือนมิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๘ ค่าใช้จ่ายที่ใช้ดำเนินการ จำนวน ๖๔,๕๕๗.๓๒ บาท (หกหมื่นสี่พันห้าร้อยห้า
สิบลบาทสามสิบลสองสตางค์) และคงเหลือ ๑,๓๗๖.๖๘ บาท (หนึ่งพันสามร้อยเจ็ดสิบลบาทหกสิบลบาท
สตางค์) องค์การบริหารส่วนตำบลท่าข้ามจึงขอส่งคืนยอดเงินคงเหลือจำนวนดังกล่าว ให้แก่กองทุน
หลักสุภาพองค์การบริหารส่วนตำบลท่าข้าม

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายอมฤต นิจจาคม)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลท่าข้าม

กลุ่มงานสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม สำนักงานปลัด
โทร/โทรสาร ๐-๗๗๓๑-๙๗๔๗ ต่อ ๔
www.thakham-sao.go.th

.....ปลัด
.....หัวหน้าสำนักปลัด/ตรวจ
.....หัวหน้าฝ่ายอำนวยการ/ทาน
.....ร่าง/พิมพ์

“ชื่อสัตย์ สุจริต มุ่งสัมฤทธิ์ของงาน ยึดมั่นมาตรฐาน บริการด้วยใจเป็นธรรม”

สำเนาฉบับ



ที่ สฎ ๘๑๗๐๑/ ๓๖๖

องค์การบริหารส่วนตำบลท่าข้าม
๘๖ หมู่ ๕ ตำบลท่าข้าม อำเภอพุนพิน
จังหวัดสุราษฎร์ธานี ๘๔๑๓๐

๒๔ กรกฎาคม ๒๕๖๘

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ข้อมูลบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพุนพิน

องค์การบริหารส่วนตำบลท่าข้าม ได้ดำเนินการจัดทำโครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่และแผ่นรองซับการขับถ่าย ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘ เมื่อวันที่ ๒๓ , ๒๔ และ ๒๕ เดือนมิถุนายน พ.ศ ๒๕๖๘ โดยมีกลุ่มเป้าหมายขอรับการสนับสนุนผ้าอ้อมและแผ่นรองซับการขับถ่าย จำนวน ๒๖ ราย เสียชีวิต ๓ ราย ผ้าอ้อมคงเหลือ จำนวน ๘๒๘ ชิ้น (Size L = ๕๕๒ ชิ้น / Size M = ๒๗๖ ชิ้น) ทางองค์การบริหารส่วนตำบลท่าข้ามจึงขอความอนุเคราะห์ข้อมูลบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงในรายชื่อที่จำเป็นต้องใช้ผ้าอ้อมเพื่อนำไปใช้ในการดำรงชีวิตประจำวัน จำนวน ๓ ราย (สนับสนุนรายละ ๓ เดือน)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(นายอมฤต นิจาคม)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลท่าข้าม

~พิมพ์ลายแล้ว

ศิริวรรณ 25 ก.ค. 2568

กลุ่มงานสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม สำนักงานปลัด
โทร/โทรสาร ๐-๗๗๓๑-๘๗๔๗ ต่อ ๔
www.thakham-sao.go.th

.....ปลัด
.....หัวหน้าสำนักปลัด/ตรวจ
.....หัวหน้าฝ่ายอำนวยการ/ทาน
.....ร่าง/พิมพ์

“ชื่อสัตย์ สุจริต มุ่งสัมฤทธิ์ของงาน ยึดมั่นมาตรฐาน บริการด้วยใจเป็นธรรม”

ส่วนที่ ๓ : แบบรายงานผลการดำเนินงาน/โครงการ/กิจกรรม ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ (สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียดเมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินงาน)

ชื่อแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

.....โครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่และแผ่นรองขับถ่าย ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘.....

๑. ผลการดำเนินงาน

กลุ่มงานสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลท่าข้าม ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลท่าข้าม จำนวน ๖๕,๙๓๔ บาท กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันตามดัชบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับ หรือน้อยกว่า ๖ คะแนน ตามแผนการดูแลรายบุคคล ระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Plan) ได้รับการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่เพิ่มเติมตามสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแล้ว จำนวน ๒๖ ราย

เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ มีแผนการแจกผ้าอ้อมผู้ใหญ่และแผ่นรองขับถ่าย ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘ ระหว่างวันที่ ๒๓ ,๒๔ และ ๒๕ เดือนมิถุนายน พ.ศ ๒๕๖๘ ตั้งแต่เวลา ๑๐.๐๐ เป็นต้นไป (อาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสม) และได้ดำเนินการแจกเรียบร้อยแล้ว มียอดผ้าอ้อมคงเหลือ จำนวน ๘๒๘ ชิ้น เนื่องจากผู้รับการสนับสนุนผ้าอ้อมและแผ่นรองขับถ่ายเสียชีวิต จำนวน ๓ ราย

๒. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด

๒.๑ การบรรลุตามวัตถุประสงค์

บรรลุตามวัตถุประสงค์

ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ เพราะ มีผ้าอ้อมผู้ใหญ่คงเหลือ จำนวน ๘๒๘ ชิ้น เนื่องจากผู้ขอรับสนับสนุนเสียชีวิต จำนวน ๓ คน ในส่วนของผ้าอ้อมที่คงเหลือจะติดต่อกับโรงพยาบาลพูนพิณอีกครั้ง

๒.๒ จำนวนผู้เข้าร่วมใน แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม.....๕๓.....คน

- กลุ่มเป้าหมายขอรับการสนับสนุนผ้าอ้อมและแผ่นรองขับถ่าย จำนวน...๒๖...คน เสียชีวิต...๓...คน

- ผู้บริหารท้องถิ่น ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแต่ละหมู่ที่มี

กลุ่มเป้าหมาย จำนวน...๑๕...คน

- เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง จำนวน...๕...คน

๓. การเบิกจ่ายงบประมาณ

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ.....๖๕,๙๓๔.....บาท

งบประมาณเบิกจ่ายจริง.....๖๔,๕๕๗.๓๒.....บาท คิดเป็นร้อยละ.....๙๗.๙๑.....

งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุน.....๑,๓๗๖.๖๘.....บาท คิดเป็นร้อยละ.....๒.๐๘.....

๔. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

 ไม่มี มี

ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ) ระหว่างการดำเนินงานมีปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ (ฝนตกหนัก) ในขณะที่แจกผ้าอ้อมและแผ่นรองชั้นการขับถ่าย / ผู้ขอรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ไปโรงพยาบาลไม่มีใครอยู่บ้าน.....

แนวทางการแก้ปัญหา..... รอจนฝนหยุดตกแล้วดำเนินการต่อ หากไม่สามารถแจกได้ตามเป้าหมายที่วางไว้ก็จะเลื่อนการแจกผ้าอ้อมผู้ใหญ่ในวันถัดไป / กรณีที่ผู้ขอรับสนับสนุนผ้าอ้อมไปโรงพยาบาลและไม่มีใครอยู่บ้านทางเจ้าหน้าที่ ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่ที่๗ รับผ้าอ้อมนั้นแทนแล้วค่อยนำไปให้ผู้ขอสนับสนุนผ้าอ้อมอีกครั้งเนื่องจากได้รับแจ้งจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่ที่๗..... ผู้ขอรับสนับสนุนผ้าอ้อมไปโรงพยาบาล (ผู้ตัดขา).....


ลงชื่อ..... ..... ผู้รายงาน

(นางสาวปรียาวรรณ สังขวา)

ตำแหน่ง ผู้ช่วยนักวิชาการสาธารณสุข

วันที่-เดือน-พ.ศ. 30 มิ.ย. 2568

ความเห็น หัวหน้าฝ่ายอำนวยการ..... 


(นางสาวรัตนา อักษรารณ)

หัวหน้าฝ่ายอำนวยการ

ความเห็น หัวหน้าสำนักปลัด..... 


(นางสาวสุธาสิณี โคะแสง)


หัวหน้าสำนักปลัด

ความเห็น ปลัด..... 


(นายอภิรักษ์ มีแก้ว)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลท่าข้าม

ความเห็น ผู้บริหารท้องถิ่น..... 


(นายอมฤต นิจอาคม)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลท่าข้าม

ประมวลภาพการดำเนินโครงการ

หมู่ที่ ๑ ตำบลท่าขาม อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี



หมู่ที่ ๓ ตำบลท่าขาม อำเภอพนมพิณ จังหวัดสุราษฎร์ธานี



หมู่ที่ ๔ ตำบลท่าขาม อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี



หมู่ที่ ๕ ตำบลท่าขาม อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี



หมู่ที่ ๖ ตำบลท่าขาม อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี



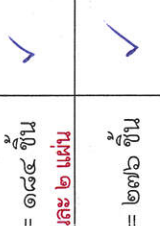
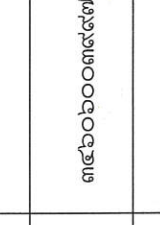
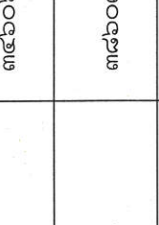


หมู่ที่ ๗ ตำบลท่าขาม อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี



นางทองใบ สัมฤทธิ์ดี ผู้ขอรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ ไปโรงพยาบาลไม่มีใครอยู่บ้าน
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่ที่ ๗ จึงรับผ้าอ้อมผู้ใหญ่แทน
และจะนำไปมอบให้ผู้ขอรับสนับสนุนอีกครั้ง

ทะเบียนคุม โครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ และแผ่นรองซักรายย่อย ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘

ลำดับ	รายชื่อ	เลขบัตรประจำตัวประชาชน	หมายเลขโทรศัพท์	จำนวนที่ได้รับสนับสนุน	สถานะการมีชีวิต		จำนวนที่จ่าย (ชิ้น)	ว/ด/ป (ที่จ่าย)	ลงลายมือชื่อรับผ้าอ้อม	รับแทน	จำนวนคงเหลือ
					มีชีวิต	เสียชีวิต					
หมู่ที่ ๑ ตำบลท่าข้าม อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี											
๑.	นายสมศักดิ์ แก้วกล้า	๓๘๔๐๑๐๖๒๘๔๘๓	๐๙๑-๗๔๗๔๔๘	L = ๒๗๖ ชิ้น	✓		๒๗๖ ชิ้น	๒๗๖.๗.๒๕๖๘		-	๐
๒.	นางเชียม เพชรสถิต	๓๘๔๑๑๐๑๒๒๒๒๐	๐๙๖-๖๓๕๒๕๔๑	L = ๒๗๖ ชิ้น	✓		๒๗๖ ชิ้น	๒๗๖.๗.๒๕๖๘	-	นางเชียม	๐
๓.	นายเขวาลิต อักษรภรณ์	๓๘๔๑๗๐๐๖๒๕๗๐๒	๐๙๘-๐๐๑๙๘๘๘	M = ๒๗๖ ชิ้น	✓		๒๗๖ ชิ้น	๒๗๖.๗.๒๕๖๘		-	๐
๔.	นายเฉลิม ปัสสา	๓๘๔๑๗๐๐๓๖๑๘๐๒	๐๙๙-๕๘๗๑๑๘๑	L = ๑๘๔ ชิ้น วันละ ๒ แผ่น	✓		๑๘๔ ชิ้น	๑๘๔.๗.๒๕๖๘		-	๐
๕.	นางพริ่ง แยมเกสร	๓๗๐๐๘๐๐๕๒๓๖๕๑	๐๖๕๒๕๒๒๕๓	M = ๒๗๖ ชิ้น	✓		๒๗๖ ชิ้น	๒๗๖.๗.๒๕๖๘		-	๐
หมู่ที่ ๓ ตำบลท่าข้าม อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี											
๖.	นายภานุพงศ์ แก้วบุญญาภาพ	๑๘๔๙๗๐๑๑๓๒๘๑๖	๐๙๔-๙๙๒๕๒๑๑	๒๗๖ ชิ้น แผ่นรองซักรายย่อย	✓		๒๗๖ ชิ้น	๒๗๖.๗.๒๕๖๘	-	นางพริ่ง	๐
๗.	นางไพรินทร์ แสนสม	๓๑๐๐๑๐๐๕๒๑๘๑๒	๐๙๐-๐๖๕๓๗๗๔	L = ๒๗๖ ชิ้น	✓	✓	๒๗๖ ชิ้น	๒๗๖.๗.๒๕๖๘	-	-	๒๗๖.๗.๒๕๖๘
๘.	นางใบมี ลาทัพ	๓๖๖๐๐๐๓๙๗๗๕๔	๐๘๗-๔๑๗๒๐๔๔	M = ๒๗๖ ชิ้น	✓		๒๗๖ ชิ้น	๒๗๖.๗.๒๕๖๘		นางใบมี	๐
๙.	นายสุบิน ทักษิณ	๓๘๖๐๓๐๐๓๑๓๒๑๑	๐๙๙-๓๑๑๔๐๐๓๙	M = ๒๗๖ ชิ้น	✓		๒๗๖ ชิ้น	๒๗๖.๗.๒๕๖๘		-	๐
๑๐.	นางณอมพร พรหมทนาย	๓๘๔๑๗๐๐๗๙๘๑๕๒	๐๖๕-๗๖๙๕๘๑๓	M = ๑๘๔ ชิ้น วันละ ๒ แผ่น	✓		๑๘๔ ชิ้น	๑๘๔.๗.๒๕๖๘	-	นางณอมพร	๐

ทะเบียนคุม โครงการสนับสนุนผู้ออมผู้ใหญ่ และแผนรองซบการซบถ่าย ประจำปิงบประมาณ ๒๕๖๘

ลำดับ	รายชื่อ	เลขบัตรประจำตัวประชาชน	หมายเลขโทรศัพท์	จำนวนที่ได้รับสนับสนุน	สถานะการมีชีวิต		จำนวนที่จ่าย (เงิน)	ว/ด/ป (ที่จ่าย)	ลงลายมือชื่อรับทำอ้อม	รับแทน	จำนวนคงเหลือ
					มีชีวิต	เสียชีวิต					
๑๑.	นายชลอ จันทา	๕๒๔๐๔๐๐๐๑๘๑๐	๐๙๕-๐๙๒๐๐๔๑	L = ๒๗๖ ชิ้น	✓		๒๗๖ บาท	๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๘	-	ชวรัตน์	๐
๑๒.	นายมนู ศรีโหมตสุข	๓๘๔๑๗๐๐๗๔๑๒๒๔๙	๐๘๓๖๓๓๐๘๑	M = ๒๗๖ ชิ้น	✓		๒๗๖ บาท	๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๘	-	สมคิด	๐
๑๓.	นางเชียม ทองักดิ์	๓๘๔๑๗๐๐๗๔๒๕๑๘	๐๖๕๔๔๕๓๗๙๔	L = ๒๗๖ ชิ้น	✓		๒๗๖ บาท	๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๘	-	ปราณี	๐
๑๔.	นางจ่าย วิสุชาติ	๓๘๔๑๗๐๐๗๒๑๔๔๔	๐๘๑-๒๗๖๒๑๔๑๙	M = ๒๗๖ ชิ้น		✓	๐	๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๘	-	-	๒๗๖ บาท
หมู่ที่ ๔ ตำบลท่าข้าม อำเภอพนมพิณ จังหวัดสุราษฎร์ธานี											
๑๕.	นางอนงค์ มิตรเมือง	๓๘๔๑๗๐๐๖๒๘๙๖	๐๘๖-๖๙๗๘๗๔๗	L = ๒๗๖ ชิ้น	✓		๒๗๖ บาท	๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๘	-	กัญญา	๐
๑๖.	นางประทุม ทังกริต	๓๘๔๑๗๐๐๖๒๕๐๑	๐๘๑-๗๒๓๒๒๐๐๒	L = ๒๗๖ ชิ้น	✓		๒๗๖ บาท	๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๘	-	เฉลิมพร	๐
หมู่ที่ ๕ ตำบลท่าข้าม อำเภอพนมพิณ จังหวัดสุราษฎร์ธานี											
๑๗.	นางกิมทอง พริกไทย	๓๘๔๑๗๐๐๓๘๗๕๗๗	๐๖๒-๖๘๒๑๓๑๔	L = ๒๗๖ ชิ้น	✓		๒๗๖ บาท	๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๘	-	กัญญา	๐
๑๘.	น.ส.ปณิสรา บุรินทร์เกษร	๑๘๔๙๙๐๐๗๒๖๕๔๔	๐๘๑-๗๑๙๐๓๑๙	M = ๒๗๖ ชิ้น	✓		๒๗๖ บาท	๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๘	-	ปราณี	๐
๑๙.	นายอโรวรรณ แซ่ม้อย	๓๘๔๐๑๐๐๓๗๒๕๔๓	๐๖๑-๓๕๓๘๑๔๙	L = ๒๗๖ ชิ้น	✓		๒๗๖ บาท	๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๘	-	สุภาว	๐
๒๐.	นายธีระยุทธ เตียรชัย	๓๘๔๑๗๐๐๖๔๙๑๐	๐๘๑๐๗๗๘๖๐๘	L = ๑๘๔ ชิ้น วันที่ ๒ เดือน	✓		๑๘๔ บาท	๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๘	๕	-	๐



แผนการลงแจกผ้าอ้อมผู้ใหญ่ และแผ่นรองรับการขับถ่าย ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘
องค์การบริหารส่วนตำบลท่าข้าม อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ที่	วัน-เดือน-ปี	สถานที่ (ชุมชน ที่ลงแจก)	หมายเหตุ
๑.	วันจันทร์ ที่ ๒๓ เดือนมิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๘ เวลา ๑๐.๐๐ น. เป็นต้นไป	หมู่ที่ ๑ และหมู่ที่ ๕ ตำบลท่าข้าม อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี	
๒.	วันอังคาร ที่ ๒๔ เดือนมิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๘ เวลา ๑๐.๐๐ น. เป็นต้นไป	หมู่ที่ ๔ / หมู่ที่ ๖ และหมู่ที่ ๗ ตำบลท่าข้าม อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี	
๓.	วันพุธ ที่ ๒๕ เดือนมิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๘ เวลา ๑๐.๐๐ น. เป็นต้นไป	หมู่ที่ ๓ ตำบลท่าข้าม อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี	

ลงชื่อ.....
(นางสาวปริยารรณ สังขวา)

ตำแหน่ง ผู้ช่วยนักวิชาการสาธารณสุข
วันที่ ๒๐ มิถุนายน ๒๕๖๘

ลงชื่อ.....
(นายอมฤต นิจาคม)

ตำแหน่ง นายกองค์การบริหารส่วนตำบลท่าข้าม
วันที่ 20 มิ.ย. 2568

ลงชื่อ.....
(นายอภิรักษ์ มีแก้ว)

ตำแหน่ง ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลท่าข้าม
วันที่ 20 มิ.ย. 2568

ลงชื่อ.....
(นางสาวสุธาสิณี โคะแสง)

ตำแหน่ง หัวหน้าสำนักงานปลัด
วันที่ ๒๐ มิ.ย. ๒๕๖๘

ลงชื่อ.....
(นางสาวรัตนา อัครภรณ์)

ตำแหน่ง หัวหน้าฝ่ายอำนวยการ
วันที่ ๒๐ มิ.ย. ๒๕๖๘

องค์การบริหารส่วนตำบลท่าข้าม

ฎีกาเบิกเงินรายจ่าย

ประจำปีงบประมาณ 2568

แผนงาน สาธารณสุข

หมวดรายจ่าย ค่าใช้สอย

งาน บริหารทั่วไปเกี่ยวกับสาธารณสุข

ประเภทรายจ่าย รายจ่ายเกี่ยวกับการปฏิบัติราชการที่ไม่เข้าลักษณะรายจ่ายหมวดอื่น ๆ

เลขที่ผู้เบิก /2568

เลขที่คลังรับ 0135 /2568

วันที่จัดทำ 27 มิถุนายน 2568

วันที่คลังรับ 30 มิ.ย. 2568

รายการ	จำนวนเงิน
มูลค่าสินค้าหรือบริการ	60,333.94
บวก ภาษีมูลค่าเพิ่ม	4,223.38
จำนวนเงินที่ขอเบิก	64,557.32
หัก ภาษีหัก ณ ที่จ่าย	603.34
ค่าปรับ	
อื่น ๆ (เช่น เงินประกันผลงาน, เงินล่วงหน้า)	
จำนวนเงินที่จ่ายสุทธิ	63,953.98

(ตัวอักษร) (-หากมีสามพันเก้าร้อยห้าสิบบาทเก้าสิบแปดสตางค์-)

หน่วยงานผู้เบิก สำนักปลัด ขอเบิกเงินรายจ่ายตามรายการข้างต้น	ได้ตรวจสอบแล้วมีเงินคงเหลือเพียงพอที่จะเบิกจ่ายได้
(ลงชื่อ) หัวหน้าหน่วยงานผู้เบิก (นางสาวสุธาสิณี โคะแสง) หัวหน้าสำนักปลัด วันที่ 27 มิ.ย. 2568	แหล่งเงินที่ขอเบิก คงเหลือยกมา คงเหลือยกไป เงินอุดหนุนระดับตำบล/เทศกิจ 65,934.00 1,376.68 (ลงชื่อ) ผู้ตรวจสอบ (นางสาวศรวิวรรณ์ สุวรรณรัตน์) นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ วันที่ 30 มิ.ย. 2568

ได้ตรวจสอบเอกสารประกอบฎีกาครบถ้วนถูกต้องแล้ว	เรียน ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลท่าข้าม
(ลงชื่อ) ผู้ตรวจฎีกา (นางสาวดวงพร สังข์เทพ) นักวิชาการคลังชำนาญการ วันที่ 30 มิ.ย. 2568	เห็นควรให้เบิกจ่ายได้ตามจำนวนเงินข้างต้น (ลงชื่อ) (นางสาววารภรณ์ ด้วงทอง) ผู้อำนวยการกองคลัง วันที่ 30 มิ.ย. 2568

เรียน นายองค์การบริหารส่วนตำบลท่าข้าม	อนุมัติให้เบิกจ่ายได้
เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ตามจำนวนเงินข้างต้น (ลงชื่อ) (นายอภิวัฒน์ มีแก้ว) ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลท่าข้าม วันที่ 30 มิ.ย. 2568	จำนวน 64,557.32 บาท (ลงชื่อ) (นายอมฤต นิจอาคม) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลท่าข้าม วันที่ 30 มิ.ย. 2568

ธนาคาร - ออมสิน เลขที่บัญชี 5056034876 เลขที่เช็ค 10319411 ลงวันที่ 30 มิ.ย. 2568 จำนวนเงิน 63,953.98 บาท (-หากมีสามพันเก้าร้อยห้าสิบบาทเก้าสิบแปดสตางค์) จ่ายให้ บริษัท แม็ค เมคคิล จำกัด	ผู้ลงนามในเช็ค/ใบถอน (ลงชื่อ) ผู้ลงนาม (ลงชื่อ) ผู้ลงนาม (ลงชื่อ) ผู้ลงนาม
การจ่ายเงินเป็นไปตามรายงานการจัดทำเช็ค/ใบถอนเลขที่ 000904168 ลงวันที่ 30 มิ.ย. 2568	



ใบเสร็จรับเงิน ต้นฉบับ

บริษัท แม็ค เมดิคัล จำกัด (สำนักงานใหญ่)
641/32 ถนนเสรีไทย แขวงคลองกุ่ม เขตบึงกุ่ม กรุงเทพฯ 10240
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0105560008647
โทร. 0864425417
เบอร์มือถือ 0864425417
macmedicalcompany@gmail.com

เลขที่ RE2025060041
วันที่
ผู้ขาย แพณ
อ้างอิง INV2025060041

ลูกค้า
องค์การบริหารส่วนตำบลท่าข้าม
86 หมู่ที่ 5 ตำบล ท่าข้าม อำเภอ พุนพิน จังหวัด สุราษฎร์ธานี 84130

#	รายละเอียด	จำนวน	ราคาต่อหน่วย	ยอดรวม
1	ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ M	2,668 ชิ้น	9.49	25,319.32
2	ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ L	3,956 ชิ้น	9.50	37,582.00
3	แผ่นรองซึมซับ	276 ชิ้น	6.00	1,656.00
รวมเป็นเงิน				64,557.32 บาท
ภาษีมูลค่าเพิ่ม 7%				4,223.38 บาท
ราคาไม่รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม				60,333.94 บาท
จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น				64,557.32 บาท

(หากมีสินค้าที่ชำรุดหรือเสียหาย กรุณาแจ้งกลับบริษัทฯ ภายใน 7 วัน)

การชำระเงินจะสมบูรณ์เมื่อบริษัทได้รับเงินเรียบร้อยแล้ว
ธนาคาร เงินสด เช็ค โอนเงิน บัตรเครดิต
เลขที่ วันที่

ในนาม องค์การบริหารส่วนตำบลท่าข้าม

ในนาม บริษัท แม็ค เมดิคัล จำกัด

ผู้จ่ายเงิน

วันที่

Pam
ผู้รับเงิน

วันที่



บริษัท แม็ค เมดิคัล จำกัด
จำนวนเงิน











สำเนาฉบับ



ที่ สฎ ๘๑๗๐๑/๒๕๗

องค์การบริหารส่วนตำบลท่าข้าม
๘๖ หมู่ ๕ ตำบลท่าข้าม อำเภอพุนพิน
จังหวัดสุราษฎร์ธานี ๘๔๑๓๐

๒๐ พฤษภาคม ๒๕๖๘

เรื่อง ขอรับเงินสนับสนุนโครงการ

เรียน ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลท่าข้าม

ตามที่องค์การบริหารส่วนตำบลท่าข้าม ได้จัดส่งโครงการผ้าอ้อมผู้ใหญ่ และแผ่นรองขับถ่าย ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘ เพื่อขอรับเงินสนับสนุนในการดำเนินโครงการ และได้รับการพิจารณาอนุมัติโครงการเรียบร้อยแล้ว เมื่อวันที่ ๑๔ เดือนพฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๘ เป็นเงินจำนวน ทั้งสิ้น ๖๕,๙๓๔ บาท (หกหมื่นห้าพันเก้าร้อยสามสิบสี่บาทถ้วน) นั้น

ในการนี้ องค์การบริหารส่วนตำบลท่าข้าม จึงขอรับเงินสนับสนุนสำหรับโครงการดังกล่าว เพื่อใช้ในการดำเนินโครงการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(นายอมฤต นิจอาคม)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลท่าข้าม

กลุ่มงานสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม สำนักงานปลัด
โทร/โทรสาร ๐-๗๗๓๑-๘๗๔๗ ต่อ ๔
www.thakham-sao.go.th

.....ปลัด/ตรวจ
.....หัวหน้า สป/ตรวจ
.....หัวหน้าอำนวยการ/ทาน
.....ร่าง/พิมพ์

“ซื่อสัตย์ สุจริต มุ่งสัมฤทธิ์ของงาน ยึดมั่นมาตรฐาน บริการด้วยใจเป็นธรรม”

แบบเสนอโครงการ
กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลท่าข้าม
อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ.๒๕๖๑ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ข้อ ๑๖ (๒) “ให้พิจารณาอนุมัติโครงการ หรือกิจกรรม ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกองทุนตามข้อ ๑๐” อาศัยอำนาจของประกาศ ฯ ข้อ ๑๐ “เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพตามข้อ ๗ วรรคหนึ่ง ให้ใช้จ่ายเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมเป็นค่าใช้จ่ายตามแผนงาน โครงการ หรือกิจกรรม ที่คณะกรรมการกองทุนอนุมัติ” จึงได้จัดทำโครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ และแผ่นรองขับถ่าย ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

๑. หลักการเหตุผล

บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงโดยเฉพาะในรายที่จำเป็นต้องใช้ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ เพื่อนำไปใช้ในการดำรงชีวิตประจำวัน จัดได้ว่าเป็นกลุ่มที่ควรให้การสนับสนุนเพื่อให้บุคคลดังกล่าวได้รับการดูแลและเข้าถึงบริการสาธารณสุขในชุมชนอย่างทั่วถึงมากยิ่งขึ้น คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงมีมติให้ผ้าอ้อมผู้ใหญ่เป็นสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมินได้รับการดูแลและเข้าถึงบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึงและเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นงบประมาณที่มีอยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ จึงมีความสำคัญในการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุข เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายดังกล่าวสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ดังนั้นองค์การบริหารส่วนตำบลท่าข้าม จึงจัดทำโครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ และแผ่นรองขับถ่าย ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘ เพื่อเสนอขอรับสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลท่าข้าม

๒. วัตถุประสงค์

๒.๑ เพื่อให้บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง และมีค่าคะแนนระดับความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า ๖ คะแนน ตามแผนการดูแลรายบุคคลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Plan) ได้รับการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่เพิ่มเติมตามสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๒.๒ เพื่อให้บุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ได้รับการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่และเข้าถึงบริการสาธารณสุขตามสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๓. วิธีดำเนินการ

๓.๑ องค์การบริหารส่วนตำบลท่าข้าม จัดทำโครงการเสนอขอรับสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนฯ โดยมีรายละเอียดการดำเนินงาน ดังนี้

๑) ติดต่อประสานงานกับกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม ของโรงพยาบาลพูนพิณ เพื่อขอข้อมูลบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีค่าคะแนนระดับความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันตามดัชนี บาร์เรล เอดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า ๖ คะแนน และบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ (รายเก่า) จำนวน ๑๕ ราย รายละเอียดตามเอกสารแนบโครงการ

๒) สำรวจ/ค้นหา กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่เขตรับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลท่าข้าม ร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพูนพิณ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำชุมชน เพื่อคัดกรองบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีค่าคะแนนระดับความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันตามดัชนีบาร์เรล เอดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า ๖ คะแนน และบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ (รายใหม่) จำนวน ๑๑ ราย รายละเอียดตามเอกสารแนบโครงการ
หมายเหตุ : ข้อ ๑) และข้อ ๒) รายละเอียดตามเอกสารแนบโครงการ

๓) สรุปจำนวนกลุ่มเป้าหมาย/จำนวนขึ้น/จำนวนวัน ที่สนับสนุนให้กับกลุ่มเป้าหมาย และจำนวนงบประมาณที่ใช้ในการสนับสนุนทั้งหมด

๓.๒ องค์การบริหารส่วนตำบลท่าข้ามดำเนินการจัดหา นำส่งผ้าอ้อมผู้ใหญ่และแผ่นรองขับ การขับถ่าย พร้อมจัดทำหลักฐานการรับผ้าอ้อมผู้ใหญ่ และแผ่นรองขับการขับถ่าย ให้กับกลุ่มเป้าหมาย

๓.๓ จัดทำรายงานสรุปผลการดำเนินงานตามโครงการ พร้อมจัดส่งรายงานผลการดำเนินงาน ให้คณะกรรมการกองทุนฯ ทราบเมื่อเสร็จสิ้นโครงการ

๔. กลุ่มเป้าหมาย

บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีค่าคะแนนระดับความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันตามดัชนี บาร์เรลเอดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า ๖ คะแนน และบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ทั้งรายเก่า และรายใหม่ จำนวน ๒๖ คน ได้รับการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ และแผ่นรองขับการขับถ่าย

๕. ระยะเวลาการดำเนินการ

เดือนพฤษภาคม ๒๕๖๘

(ระยะเวลาในการจัดหาพัสดุ)

เดือนมิถุนายน - เดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๘

(ระยะเวลาในการสนับสนุนผ้าอ้อมฯ)

๖. สถานที่ดำเนินการ

พื้นที่เขตรับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลท่าข้าม

๗. งบประมาณ

๗.๑ ค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่ (เป็นเวลา ๓ เดือน) ตามรายละเอียด ดังนี้

๑) ผ้าอ้อมสำเร็จรูปแบบเทปกาว Size M จำนวน ๑๘๔ ชิ้น เป็นเงิน ๑,๗๔๘ บาท
จำนวน ๑ คน x ราคา ๙.๕๐ บาทต่อชิ้น x จำนวน ๒ ชิ้น/วัน x จำนวน ๙๒ วัน

๒) ผ้าอ้อมสำเร็จรูปแบบเทปกาว Size M จำนวน ๒,๔๘๔ ชิ้น เป็นเงิน ๒๓,๕๙๘ บาท
จำนวน ๙ คน x ราคา ๙.๕๐ บาทต่อชิ้น x จำนวน ๓ ชิ้น/วัน x จำนวน ๙๒ วัน

๓) ผ้าอ้อมสำเร็จรูปแบบเทปกาว Size L จำนวน ๓๖๘ ชิ้น เป็นเงิน ๓,๔๙๖ บาท
จำนวน ๒ คน x ราคา ๙.๕๐ บาทต่อชิ้น x จำนวน ๒ ชิ้น/วัน x จำนวน ๙๒ วัน

๔) ผ้าอ้อมสำเร็จรูปแบบเทปกาว Size L จำนวน ๓,๕๘๘ ชิ้น เป็นเงิน ๓๔,๐๘๖ บาท
จำนวน ๑๓ คน x ราคา ๙.๕๐ บาทต่อชิ้น x จำนวน ๓ ชิ้น/วัน x จำนวน ๙๒ วัน

๕) แผ่นรองซับการขับถ่าย จำนวน ๒๗๖ ชิ้น เป็นเงิน ๑,๖๕๖ บาท
จำนวน ๑ คน x ราคา ๖ บาทต่อชิ้น x จำนวน ๓ ชิ้น/วัน x จำนวน ๙๒ วัน

๗.๒ ป้ายโครงการ จำนวน ๑ ป้าย เป็นเงิน ๓๕๐ บาท
ขนาด ๐.๖*๐.๗ m (โฟมบอร์ด)

๗.๓ ค่าใช้จ่ายอื่นๆ เป็นเงิน ๑,๐๐๐ บาท

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ๖๕,๙๓๔ บาท (หกหมื่นห้าพันเก้าร้อยสามสิบสี่บาทถ้วน)

๘. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๘.๑ บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง และมีค่าคะแนนระดับความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน ตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า ๖ คะแนน ตามแผนการดูแล รายบุคคลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Plan) ได้รับการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ เพิ่มเติมตามสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๘.๒ บุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือ ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ได้รับการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่และเข้าถึงบริการสาธารณสุขตามสิทธิประโยชน์ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ลงชื่อ.....ผู้เสนอ
(นางสาวปรียาวรรณ สังขวา)

ตำแหน่ง ผู้ช่วยนักวิชาการสาธารณสุข

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ
(นางสาวสุธาสินี โคะแสง)

ตำแหน่ง หัวหน้าสำนักปลัด

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ
(นายอภิรักษ์ มีแก้ว)

ตำแหน่ง ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลท่าข้าม

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ
(นายอมฤต นิจอาคม)

ตำแหน่ง นายกองค์การบริหารส่วนตำบลท่าข้าม

ทะเบียนรายชื่อ

โครงการผ้าอ้อมผู้ใหญ่ และแผ่นรองขับถ่ายสำหรับเด็ก ตำบลท่าข้าม อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	อายุ	เลขบัตร ปชช	เบอร์โทรศัพท์	ที่อยู่	ADL	ผ้าอ้อม (size)	หมายเหตุ
๑.	นายสมศักดิ์ แก้วกล้า	๔๗	๓๘๕๐๑๐๖๒๘๘๘๓	๐๙๑-๗๕๕๗๕๕๘	หมู่ที่ ๑ ๒/๒๗๙	๖	แปะ L	
๒.	นางเชื่อม เพชรสถิตย์	๙๘	๓๘๕๑๑๐๑๒๒๒๐	๐๙๖-๖๓๕๒๕๕๑	หมู่ที่ ๑ ๓/๑๐	๘	แปะ L	
๓.	นายเขวาลิต อักษรภรณ์	๗๐	๓๘๕๑๗๐๖๒๕๗๐๒	๐๙๘-๐๐๑๙๕๘๘	หมู่ที่ ๑ ๙๘	๑๓	แปะ M	
๔.	นายจินดา หลีกแก้ว	๘๔	๓๘๕๑๗๐๗๒๐๑๒	๐๘๕-๕๕๗๕๘๘๗	หมู่ที่ ๑ ๓/๑๐๔	๙	แปะ L	เสียชีวิต
๕.	นายเฉลิม ปัสสา	๗๐	๓๘๕๑๗๐๓๖๑๘๐๒	๐๘๙-๕๕๗๑๑๘๘	หมู่ที่ ๑ ๗๒	๑๓	แปะ L	ให้แคว้นละ 2 แผ่น
๖.	นางพริ่ง แยมเกษร	๙๑	๓๗๐๐๘๐๐๕๒๓๖๕๑	๐๖๕๒๙๒๒๙๙๓	หมู่ที่ ๑ ๓/๖๗๐	๐	แปะ M	
๗.	นายภาณุพงษ์ แก้วบุญญานภาพ	๑๕	๑๘๕๙๗๐๑๑๓๒๘๑๖	๐๙๕-๙๕๒๕๒๐๑	หมู่ที่ ๓ ๕๙๘	๗	แผ่นรองขับ	
๘.	นางเพรินทร์ แสนสม	๖๖	๓๑๐๐๑๐๕๒๐๑๘๖	๐๙๐-๐๖๕๓๗๗๔	หมู่ที่ ๓ ๕๐๐/๓๒	๑๐	แปะ L	ย้ายมาเทศบาล
๙.	น.ส.กัญญา ชื่นรัททอง	๓๒	๓๘๕๑๗๐๖๘๑๒๙๗	๐๙๒-๒๗๙๐๒๕๗	หมู่ที่ ๓ ๘๙๕/๔๔	๐	แปะ L	เสียชีวิต
๑๐.	นางใบมี ลาทัพ	๕๘	๓๔๖๐๖๐๓๙๙๗๕๔	๐๘๗-๔๑๗๒๐๔๔	หมู่ที่ ๓ ๘๙๕/๒๓	๙	แปะ M	
๑๑.	นายสุบิน ทักซิม	๘๖	๓๘๖๐๓๐๐๓๐๓๒๑	๐๙๙-๓๑๔๐๐๓๙	หมู่ที่ ๓ ๑๔๔	๘	แปะ M	
๑๒.	นางณอม พรหมหาญ	๙๕	๓๘๕๑๗๐๗๙๙๕๑๒	๐๖๕-๗๖๙๕๕๑๓	หมู่ที่ ๓ ๙๙๙/๑๔๘	๑๐	แปะ M	ให้แคว้นละ 2 แผ่น
๑๓.	สุพรรณ ศรีสุข	๘๖	๓๘๕๐๘๐๐๓๔๕๗๖	๐๖๕-๗๕๖๓๖๕๕	หมู่ที่ ๓ ๑๖	๗	กางเกง L	ย้ายไปอยู่ตำบล
๑๔.	นายชลอ จำพา	๗๐	๕๒๔๐๔๐๐๐๑๘๑๐	๐๙๕-๐๙๒๐๐๔๑	หมู่ที่ ๓ ๘๕๓/๖	๒	แปะ L	
๑๕.	นายมนู ศรีโหมตสุข	๕๖	๓๘๕๑๗๐๗๕๑๒๔๙	๐๘๓๙๖๓๑๐๘๑	หมู่ที่ ๓ ๑๔๐/๓	๙	แปะ M	
๑๖.	นางเชื่อม ทองกิติ	๙๕	๓๘๕๑๗๐๗๕๒๕๑๘	๐๖๕๔๕๕๗๗๔	หมู่ที่ ๓ ๑๐๒๗/๒	๗	แปะ L	
๑๗.	น.ส.เพ็ญศรี ตี๋วินาศ์	๔๕	๕๔๑๑๐๐๖๒๑๘๙	๐๘๑๔๖๓๖๙๕	หมู่ที่ ๓ ๕๓/๓	๐	แปะ XL	อยู่กองทุนเทศบาล
๑๘.	นางจ้าย วิบูลชาติ	๙๘	๓๘๕๑๗๐๗๖๑๔๔๔	๐๘๑-๒๗๖๘๑๙	หมู่ที่ ๓ ๑๑๗/๑	๘	แปะ M	
๑๙.	นางอนงค์ มิตรเมือง	๘๙	๓๘๕๑๗๐๖๖๒๘๙๖	๐๙๖-๖๙๗๘๗๕๗	หมู่ที่ ๔ ๙๒/๑	๑๐	แปะ L	
๒๐.	นางประทุม ทังกริต	๗๔	๓๘๕๑๗๐๖๖๒๕๐๑	๐๘๙-๗๒๓๒๐๐๒	หมู่ที่ ๔ ๘๘	๖	แปะ L	
๒๑.	นางกัมทอง พริกไทย	๙๑	๓๘๕๑๗๐๓๘๗๕๗๗	๐๖๖-๖๘๑๗๑๑๔	หมู่ที่ ๕ ๕๖	๙	แปะ L	
๒๒.	นายจิต ปลอดทอง	๘๘	๓๘๐๑๔๐๐๐๗๒๐๕๐	๐๘๘-๑๖๓๘๕๙๒	หมู่ที่ ๕ ๕๓/๑	๕	แปะ L	เสียชีวิต
๒๓.	น.ส.ปานิศา บุรินทร์โกษฐ์	๑๙	๑๘๕๙๙๐๑๑๗๒๖๕๔๔	๐๘๑-๗๑๙๐๓๑๙	หมู่ที่ ๕ ๔๓/๑	๖	แปะ M	
๒๔.	นายอุไรวรรณ แซ่ม้อย	๘๘	๓๘๕๐๑๐๐๓๗๒๕๔๓	๐๖๑-๓๕๓๕๑๔๙	หมู่ที่ ๕ ๖๔	๐	แปะ L	ชอยตาย

๒๕.	นายธีระยุทธ	เจียรชัย	๖๒	๓๘๔๑๗๐๐๖๔๔๙๓๑๐	๐๘๑๐๗๗๖๐๘	๖๖/๒	หมู่ที่ ๕	๑๙	แปะ	L	ขอยทนาย วันละ ๒ แผ่น
๒๖.	นางอุบล	คงเสนาห์	๙๐	๓๘๔๑๗๐๐๕๔๖๖๐๘	๐๙๒-๗๘๙๖๕๑	๗๕	หมู่ที่ ๖	๐	แปะ	L	
๒๗.	นางอภิญญา	เมืองอรุณ	๘๕	๕๘๔๑๗๐๐๑๐๑๐๑๑	๐๘๗-๗๘๐๖๘๓๔	๒๘	หมู่ที่ ๖	๒	แปะ	L	เสียชีวิต
๒๘.	นายสิงห์	หนูแป้น	๗๖	๓๘๒๐๕๐๐๑๑๑๑๒๕	๐๙๘-๘๙๙๖๕๗	๙๕/๖	หมู่ที่ ๖	๔	แปะ	L	
๒๙.	นางลำจวน	อรุณเมฆ	๘๑	๓๘๔๑๗๐๐๕๔๗๔๗๗	๐๙๑-๗๖๕๑๙๒๐	๘๕	หมู่ที่ ๖	๙	แปะ	M	
๓๐.	นางทองดี	พึ้งสนธิ์	๗๗	๓๘๔๑๗๐๐๕๕๐๕๙๑	๐๙๙-๗๕๙๗๓๓๓	๑๓๖/๒	หมู่ที่ ๖	๒	แปะ	M	ตัวอยู่ ๕๐๐/๑๕๐ หมู่ ๓ ปากบาง ๒
๓๑.	นางเมี้ยน	แซ่ไคว	๘๑	๓๘๔๑๗๐๐๕๕๙๓๕๑	๐๘๗-๔๗๔๐๘๓๒	๑๑๐/๒	หมู่ที่ ๗	๘	แปะ	L	
๓๒.	นางทองใบ	สัมฤทธิ์ดี	๖๙	๓๘๔๑๗๐๐๕๕๙๓๔๗	๐๘๑-๐๘๖๖๓๑๑	๙๐	หมู่ที่ ๗	๙	แปะ	L	

สรุปยอด ผู้ขอรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่

ผู้ขอรับสนับสนุนแผ่นรองขับถ่าย

จำนวน ๒๕ คน

จำนวน ๑ คน

แผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีค่าคะแนน ADL เท่ากับหรือน้อยกว่า 6 คะแนน สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่

ชื่อ นายสมศักดิ์ แก้วกล้า เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3840100628483	ที่อยู่ 2/279 (การเคหะ) ม.1 ต.ท่าข้าม อ.พุนพิน จ.สุราษฎร์ธานี หมายเลขโทรศัพท์[ที่ติดต่อ] 0917457458	วันที่จัดทำ 25 เดือน มกราคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 02 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2518 (อายุ 50 ปี)	วินิจฉัย : ADL=6, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : นั่งเองได้ ขาอ่อนแรงมาก เดินไม่ได้ กลั้นปัสสาวะไม่ได้ สูญเสียความจำ	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ผ้าอ้อมสำเร็จรูป	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน	มีภาวะกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้	ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา	ระยะสั้น - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ลัดดาวัลย์ พร้อมประเสริฐ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แบบประเมิน
บุคคลที่มีภาวะปัญหาคลื่นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่

<p>ชื่อ นางเชียม เพชรสถิตย์ หมายเลขโทรศัพท์ 0966352541</p>	<p>เกิดวันที่ 18 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2468 อายุ 100 ปี</p>	<p>ที่อยู่ 3/10 (การเคหะ) ม.1 ต.ท่าข้าม อ.พุนพิน จ.สุราษฎร์ธานี</p>
<p>ADL : 8 วันที่ประเมิน : 25 เดือน มกราคม พ.ศ. 2567</p>	<p>ผลการประเมิน</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> มีภาวะคลื่นปัสสาวะไม่ได้ <input type="checkbox"/> มีภาวะคลื่นอุจจาระไม่ได้ <input type="checkbox"/> มีภาวะคลื่นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้</p>	<p>ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์/ปัญหาตาม CARE PLAN (ควรมีอย่างน้อย 2 ใน 3 ข้อ)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> มีประวัติคลื่นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ <input checked="" type="checkbox"/> ตรวจร่างกายพบระบบประสาททบกพร่อง (ขา ทวารหนัก อุ้งเชิงกราน สมอ ฯลฯ) หรือมีภาวะ อุ้งเชิงกรานหย่อน หรือมีน้ำปัสสาวะคั่งในช่อง คลอด หรือมีความผิดปกติของการขับถ่าย อุจจาระทางทวารหนัก</p> <p><input type="checkbox"/> มีใบรับรองแพทย์/มีผลการตรวจจากแพทย์ ใดๆอย่างหนึ่ง (การตรวจทางรังสี, ส่ง กล้องทางเดินปัสสาวะ, ตรวจทางปัสสาวะ พลาสติก, ตรวจวัดการทำงานของลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก)</p>
<p>ผู้ประเมิน : ชื่อ สกุล : น.ส.ลัดดาวัลย์ พร้อมประเสริฐ</p>	<p>ความเห็นของผู้ประเมินควรได้รับผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองซับการขับถ่าย แผ่นเสริมซึมซับ และผ้า อ้อมทางเลือก</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน <input type="checkbox"/> แผ่นรองซับการขับถ่าย <input type="checkbox"/> แผ่นเสริมซึมซับ <input type="checkbox"/> ผ้าอ้อมทางเลือก</p>	<p>ชื่อหน่วยงานของผู้ประเมิน : โรงพยาบาลพุนพิน</p>

แบบประเมิน
บุคคลที่มีภาวะปัญญาทึบหรือออทิสติกที่ไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่

<p>ชื่อ นายเขาวลิต อักษรารณ หมายเลขโทรศัพท์ 0980019488</p>	<p>เกิดวันที่ 15 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2495 อายุ 73 ปี</p>	<p>ที่อยู่ 98 ม.1 ต.ท่าข้าม อ.พุนพิน จ.สุราษฎร์ธานี</p>
<p>ADL : 13 วันที่ประเมิน : 23 เดือน เมษายน พ.ศ. 2568</p>	<p>ผลการประเมิน</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> มีภาวะก้นปัสสาวะไม่ได้</p> <p><input type="checkbox"/> มีภาวะก้นอุจจาระไม่ได้</p> <p><input type="checkbox"/> มีภาวะก้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้</p>	<p>ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์/ปัญหาตาม CARE PLAN [ควรมีอย่างน้อย 2 ใน 3 ข้อ]</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> มีประวัติก้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ตรวจร่างกายพบระบบประสาททบกพร่อง (ขา ทวารหนัก อุ้งเชิงกราน สมอง ฯลฯ) หรือมีภาวะ อุ้งเชิงกรานหย่อน หรือมีน้ำปัสสาวะค้างในช่อง คลอด หรือมีความผิดปกติของการขับถ่าย อุจจาระทางทวารหนัก</p> <p><input type="checkbox"/> มีใบรับรองแพทย์/มีผลการตรวจจากแพทย์ อย่างใดอย่างหนึ่ง [การตรวจทางรังสี, ส่อง กล้องทางเดินปัสสาวะ, ตรวจทางปัสสาวะ พัลสาสตร์, ตรวจวัดการทำงานของลำไส้ใหญ่ และหูรูดทวารหนัก]</p>
<p>ผู้ประเมิน : ชื่อ สกุล : น.ส.ลัดดาวัลย์ พร้อมประเสริฐ</p>	<p>ความเห็นของผู้ประเมินควรได้รับผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองซับการขับถ่าย แผ่นเสริมซึมซับ และผ้า อ้อมทางเลือก</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน</p> <p><input type="checkbox"/> แผ่นรองซับการขับถ่าย</p> <p><input type="checkbox"/> แผ่นเสริมซึมซับ</p> <p><input type="checkbox"/> ผ้าอ้อมทางเลือก</p>	<p>ชื่อหน่วยงานของผู้ประเมิน : โรงพยาบาลพุนพิน</p>

แบบประเมิน
บุคคลที่มีภาวะปัญญาทึบหรือออทิสติก ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่

<p>ชื่อ นายเฉลิม ปัสสา หมายเลขโทรศัพท์ 0895871418</p>	<p>เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2497 อายุ 71 ปี</p>	<p>ที่อยู่ 72 ม.1 ต.ท่าข้าม อ.พุนพิน จ.สุราษฎร์ธานี</p>
<p>ADL : 13 วันที่ประเมิน : 23 เดือน เมษายน พ.ศ. 2568</p>	<p>ผลการประเมิน</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ <input type="checkbox"/> มีภาวะกลั้นอุจจาระไม่ได้ <input type="checkbox"/> มีภาวะกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ 	<p>ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์/ปัญหาตาม CARE PLAN (ควรมีอย่างน้อย 2 ใน 3 ข้อ)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> มีประวัติกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ <input checked="" type="checkbox"/> ตรวจร่างกายพบระบบประสาทบกพร่อง (ขา ทวารหนัก อุ้งเชิงกราน สมอ ฯลฯ) หรือมีภาวะ อุ้งเชิงกรานหย่อน หรือมีน้ำปัสสาวะค้างในช่องคลอด หรือมีความผิดปกติของการขับถ่าย อุจจาระทางทวารหนัก <input type="checkbox"/> มีใบรับรองแพทย์/มีผลการตรวจจากแพทย์ ใดๆอย่างใดอย่างหนึ่ง [การตรวจทางรังสี, ส่องกล้องทางเดินปัสสาวะ, ตรวจทางปัสสาวะ พัลสาสตร์, ตรวจวัดการทำงานของลำไส้ใหญ่ และหูรูดทวารหนัก]
<p>ผู้ประเมิน : ชื่อ สกุล : น.ส.ลัดดาวัลย์ พร้อมประเสริฐ</p>	<p>ความเห็นของผู้ประเมินควรได้รับผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองซับการขับถ่าย แผ่นเสริมซึมซับ และผ้าอ้อมทางเลือก</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 2 ชิ้น/วัน <input type="checkbox"/> แผ่นรองซับการขับถ่าย <input type="checkbox"/> แผ่นเสริมซึมซับ <input type="checkbox"/> ผ้าอ้อมทางเลือก 	<p>ชื่อหน่วยงานของผู้ประเมิน : โรงพยาบาลพุนพิน</p>

แผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีค่าคะแนน ADL เท่ากับหรือน้อยกว่า 6 คะแนน
สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่

ชื่อ นางพริ้ง แยมเกษร เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3700800523651	ที่อยู่ 3/670 ม.1 ต.ท่าข้าม อ.พุนพิน จ.สุราษฎร์ธานี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0652922993	วันที่จัดทำ 23 เดือน เมษายน พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2477 (อายุ 91 ปี)	วินิจฉัย : ADL=0, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน NaN บาท		การดูแลพยาบาลทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน	มีภาวะกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้	
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
	ระยะสั้น - ระยะยาว	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ลัดดาวัลย์ พร้อมประเสริฐ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แบบประเมิน
บุคคลที่มีภาวะปัญหาคลื่นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่

<p>ชื่อ นายภาณุพงษ์ แก้วบุญญาภาพ หมายเลขโทรศัพท์ 0949924201</p>	<p>เกิดวันที่ 17 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2550 อายุ 18 ปี</p>	<p>ที่อยู่ 598 ม.3 ต.ท่าข้าม อ.พุนพิน จ.สุราษฎร์ธานี</p>
<p>ADL : 7 วันที่ประเมิน : 25 เดือน มกราคม พ.ศ. 2567</p>	<p>ผลการประเมิน</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> มีภาวะคลื่นปัสสาวะไม่ได้ <input type="checkbox"/> มีภาวะคลื่นอุจจาระไม่ได้ <input type="checkbox"/> มีภาวะคลื่นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ 	<p>ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์/ปัญหาตาม CARE PLAN (ควรมีอย่างน้อย 2 ใน 3 ข้อ)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> มีประวัติคลื่นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ <input checked="" type="checkbox"/> ตรวจร่างกายพบระบบสาทบกพร่อง (ขา ทวารหนัก อุ้งเชิงกราน สมอง ฯลฯ) หรือมีภาวะ อุ้งเชิงกรานหย่อน หรือมีน้ำปัสสาวะค้างในช่องคลอด หรือมีความผิดปกติของการขับถ่าย อุจจาระทางทวารหนัก <input type="checkbox"/> มีใบรับรองแพทย์/มีผลการตรวจจากแพทย์ ใดๆ หนึ่ง (การตรวจทางรังสี, ส่ง กล้องทางเดินปัสสาวะ, ตรวจทางปัสสาวะ พลาสติก, ตรวจวัดการทำงานของลำไส้ใหญ่ และหูรูดทวารหนัก)
<p>ผู้ประเมิน : ชื่อ สกุล : น.ส.ลัดดาวัลย์ พร้อมประเสริฐ</p>	<p>ความเห็นของผู้ประเมินควรได้รับผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองซับการขับถ่าย แผ่นเสริมซึมซับ และผ้า อ้อมทางเลือก</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ <input checked="" type="checkbox"/> แผ่นรองซับการขับถ่าย จำนวน 3 ชิ้น/วัน <input type="checkbox"/> แผ่นเสริมซึมซับ <input type="checkbox"/> ผ้าอ้อมทางเลือก 	<p>ชื่อหน่วยงานของผู้ประเมิน : โรงพยาบาลพุนพิน</p>

แบบประเมิน
บุคคลที่มีภาวะปัญหากลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่

<p>ชื่อ น.ส.ไพรินทร์ แสนสม หมายเลขโทรศัพท์ 0900653774</p>	<p>เกิดวันที่ 04 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2499 อายุ 69 ปี</p>	<p>ที่อยู่ 500/32 ม.3 ต.ท่าข้าม อ.พุนพิน จ.สุราษฎร์ธานี</p>
<p>ADL : 10 วันที่ประเมิน : 25 เดือน มกราคม พ.ศ. 2567</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/ปัญหาตาม CARE PLAN (ควรมีอย่างน้อย 2 ใน 3 ข้อ)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> มีประวัติกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ตรวจร่างกายพบระบบประสาททบกพร่อง (ขา ทวารหนัก อุ้งเชิงกราน สมอง ฯลฯ) หรือมีภาวะ อุ้งเชิงกรานหย่อน หรือมีน้ำปัสสาวะค้างในช่อง คลอด หรือมีความผิดปกติของการขับถ่าย อุจจาระทางทวารหนัก</p> <p><input type="checkbox"/> มีใบรับรองแพทย์/มีผลการตรวจจากแพทย์ ใดๆอย่างหนึ่ง (การตรวจทางรังสี, ส่ง กล้องทางเดินปัสสาวะ, ตรวจทางปัสสาวะ พลาสติก, ตรวจวัดการทำงานของลำไส้ใหญ่ และหูรูดทวารหนัก)</p>
<p>ผู้ประเมิน : ชื่อ สกุล : น.ส.ลัดดาวัลย์ พร้อมประเสริฐ</p>	<p>ความเห็นของผู้ประเมินควรได้รับผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองซับการขับถ่าย แผ่นเสริมซึมซับ และผ้า อ้อมทางเลือก</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน</p> <p><input type="checkbox"/> แผ่นรองซับการขับถ่าย</p> <p><input type="checkbox"/> แผ่นเสริมซึมซับ</p> <p><input type="checkbox"/> ผ้าอ้อมทางเลือก</p>	<p>ชื่อหน่วยงานของผู้ประเมิน : โรงพยาบาลพุนพิน</p>

แบบประเมิน
บุคคลที่มีภาวะปัญหากลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่

<p>ชื่อ นางใบมี ลาทัพ หมายเลขโทรศัพท์ 0874172044</p>	<p>เกิดวันที่ 28 เดือน กันยายน พ.ศ. 2508 อายุ 60 ปี</p>	<p>ที่อยู่ 895/23 ม.3 ต.ท่าข้าม อ. พุนพิน จ. สุราษฎร์ธานี</p>
<p>ADL : 9 วันที่ประเมิน : 27 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2566</p>	<p>ผลการประเมิน</p> <p><input type="checkbox"/> มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่ได้</p> <p><input type="checkbox"/> มีภาวะกลืนอุจจาระไม่ได้</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> มีภาวะกลืนปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้</p>	<p>ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์/ปัญหาตาม CARE PLAN (ควรมีอย่างน้อย 2 ใน 3 ข้อ)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> มีประวัติกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ตรวจร่างกายพบระบบประสาททบกพร่อง (ขา ทวารหนัก อุ้งเชิงกราน สมอง ฯลฯ) หรือมีภาวะ อุ้งเชิงกรานหย่อน หรือมีน้ำปัสสาวะค้างในช่อง คลอด หรือมีความผิดปกติของการขับถ่าย อุจจาระทางทวารหนัก</p> <p><input type="checkbox"/> มีใบรับรองแพทย์/มีผลการตรวจจากแพทย์ อย่างใดอย่างหนึ่ง (การตรวจทางรังสี, ส่ง กล้องทางเดินปัสสาวะ, ตรวจทางปัสสาวะ พลาสติก, ตรวจวัดการทำงานของลำไส้ใหญ่ และหูรูดทวารหนัก)</p>
<p>ผู้ประเมิน : ชื่อ สกุล : น.ส.ลัดดาวัลย์ พร้อมประเสริฐ</p>	<p>ความเห็นของผู้ประเมินควรได้รับผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองซับการขับถ่าย แผ่นเสริมซึมซับ และผ้า อ้อมทางเลือก</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน</p> <p><input type="checkbox"/> แผ่นรองซับการขับถ่าย</p> <p><input type="checkbox"/> แผ่นเสริมซึมซับ</p> <p><input type="checkbox"/> ผ้าอ้อมทางเลือก</p>	<p>ชื่อหน่วยงานของผู้ประเมิน : โรงพยาบาลพุนพิน</p>

แบบประเมิน
บุคคลที่มีภาวะปัญหากลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่

<p>ชื่อ นายสุบิน ทักชิน หมายเลขโทรศัพท์ 0993140039</p>	<p>เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2480 อายุ 88 ปี</p>	<p>ที่อยู่ 144 ม.3 ต.ท่าข้าม อ.พุนพิน จ.สุราษฎร์ธานี</p>
<p>ADL : 11 วันที่ประเมิน : 27 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2566</p>	<p>ผลการประเมิน</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ <input type="checkbox"/> มีภาวะกลั้นอุจจาระไม่ได้ <input type="checkbox"/> มีภาวะกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ 	<p>ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์/ปัญหาตาม CARE PLAN (ควรมีอย่างน้อย 2 ใน 3 ข้อ)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> มีประวัติกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ <input checked="" type="checkbox"/> ตรวจร่างกายพบระบบประสาทบกพร่อง (ขา ทวารหนัก อุ้งเชิงกราน สมอง ฯลฯ) หรือมีภาวะ อุ้งเชิงกรานหย่อน หรือมีน้ำปัสสาวะค้างในช่องคลอด หรือมีความผิดปกติของการขับถ่าย อุจจาระทางทวารหนัก <input type="checkbox"/> มีใบรับรองแพทย์/มีผลการตรวจจากแพทย์ ใดๆอย่างหนึ่ง (การตรวจทางรังสี, ส่ง กล้องทางเดินปัสสาวะ, ตรวจทางปัสสาวะ พลาสติก, ตรวจวัดการทำงานของลำไส้ใหญ่ และหูรูดทวารหนัก)
<p>ผู้ประเมิน : ชื่อ สกุล : น.ส.ลัดดาวัลย์ พร้อมประเสริฐ</p>	<p>ความเห็นของผู้ประเมินควรได้รับผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองซับการขับถ่าย แผ่นเสริมซึมซับ และผ้าอ้อมทางเลือก</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน <input type="checkbox"/> แผ่นรองซับการขับถ่าย <input type="checkbox"/> แผ่นเสริมซึมซับ <input type="checkbox"/> ผ้าอ้อมทางเลือก 	<p>ชื่อหน่วยงานของผู้ประเมิน : โรงพยาบาลพุนพิน</p>

แบบประเมิน
บุคคลที่มีภาวะปัญหากลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่

<p>ชื่อ นางถนอม พรหมหาญ หมายเลขโทรศัพท์ 0657695813</p>	<p>เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2472 อายุ 96 ปี</p>	<p>ที่อยู่ 898/148 ม.3 ต.ท่าข้าม อ.พุนพิน จ.สุราษฎร์ธานี</p>
<p>ADL : 10 วันที่ประเมิน : 29 เดือน มกราคม พ.ศ. 2567</p>	<p>ผลการประเมิน</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ <input type="checkbox"/> มีภาวะกลั้นอุจจาระไม่ได้ <input checked="" type="checkbox"/> มีภาวะกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ 	<p>ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์/ปัญหาตาม CARE PLAN (ควรมีอย่างน้อย 2 ใน 3 ข้อ)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> มีประวัติกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ <input checked="" type="checkbox"/> ตรวจร่างกายพบระบบประสาททบกพร่อง (ขา ทวารหนัก อุ้งเชิงกราน สมออง ฯลฯ) หรือมีภาวะ อุ้งเชิงกรานหย่อน หรือมีน้ำปัสสาวะค้างในช่องคลอด หรือมีความผิดปกติของการขับถ่ายอุจจาระทางทวารหนัก <input type="checkbox"/> มีใบรับรองแพทย์/มีผลการตรวจจากแพทย์ ใดๆอย่างหนึ่ง (การตรวจทางรังสี, ส่งกล้องทางเดินปัสสาวะ, ตรวจทางปัสสาวะ พัลสาสตร์, ตรวจวัดการทำงานของลำไส้ใหญ่ และหูรูดทวารหนัก)
<p>ผู้ประเมิน : ชื่อ สกุล : น.ส.ลัดดาวัลย์ พร้อมประเสริฐ</p>	<p>ความเห็นของผู้ประเมินควรได้รับผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองซับการขับถ่าย แผ่นเสริมซึมซับ และผ้าอ้อมทางเลือก</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 2 ชิ้น/วัน <input type="checkbox"/> แผ่นรองซับการขับถ่าย <input type="checkbox"/> แผ่นเสริมซึมซับ <input type="checkbox"/> ผ้าอ้อมทางเลือก 	<p>ชื่อหน่วยงานของผู้ประเมิน : โรงพยาบาลพุนพิน</p>

แผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีค่าคะแนน ADL เท่ากับหรือน้อยกว่า 6 คะแนน
สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่

<p>ชื่อ นายชลอ จันทา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5240400001810</p>	<p>ที่อยู่ 162/97 ม.3 ต.ท่าข้าม อ.พุนพิน จ.สุราษฎร์ธานี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0881245920</p>	<p>วันที่จัดทำ 29 เดือน มกราคม พ.ศ. 2567</p>
<p>เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2497 (อายุ 71 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : ADL=2, TAI=I3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยติดเตียง พุดคุยสื่อสารไม่ค่อยได้ ไม่มีแผลกดทับ ไม่สามารถนั่งทรงตัวได้</p>	
<p>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>การดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ผ้าอ้อมสำเร็จรูป ที่นอนลม</p>	<p>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ช่องปากไม่สะอาด - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา</p>	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว</p>
<p>การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้</p>		
<p>มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน</p>		<p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</p>
<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p>	<p>เป้าหมายการดูแล</p>	
<p>- การกินอาหาร/สลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</p>	<p>ระยะสั้น - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน</p> <p>ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ</p>	
<p>ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ลัดดาวัลย์ พร้อมประเสริฐ</p>	<p>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</p>	

แบบประเมิน
บุคคลที่มีภาวะปัญหาทกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่

<p>ชื่อ นายมนู ศรีโหมดสุข หมายเลขโทรศัพท์ 0839631081</p>	<p>เกิดวันที่ 17 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2510 อายุ 58 ปี</p>	<p>ที่อยู่ 140/3 ม.3 ต.ท่าข้าม อ.พุนพิน จ.สุราษฎร์ธานี</p>
<p>ADL : 9 วันที่ประเมิน : 23 เดือน เมษายน พ.ศ. 2568</p>	<p>ผลการประเมิน</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> มีภาวะทกลั้นปัสสาวะไม่ได้ <input type="checkbox"/> มีภาวะทกลั้นอุจจาระไม่ได้ <input type="checkbox"/> มีภาวะทกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ 	<p>ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์/ปัญหาตาม CARE PLAN (ควรมีอย่างน้อย 2 ใน 3 ข้อ)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> มีประวัติทกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ <input checked="" type="checkbox"/> ตรวจร่างกายพบระบบประสาทบกพร่อง (ขา ทวารหนัก อุ้งเชิงกราน สมอง ฯลฯ) หรือมีภาวะ อุ้งเชิงกรานหย่อน หรือมีน้ำปัสสาวะค้างในช่องคลอด หรือมีความผิดปกติของการขับถ่าย อุจจาระทางทวารหนัก <input type="checkbox"/> มีใบรับรองแพทย์/มีผลการตรวจจากแพทย์ ใดๆอย่างหนึ่ง (การตรวจทางรังสี, ส่ง กล้องทางเดินปัสสาวะ, ตรวจทางปัสสาวะ พืชศาสตร์, ตรวจวัดการทำงานของลำไส้ใหญ่ และหูรูดทวารหนัก)
<p>ผู้ประเมิน : ชื่อ สกุล : น.ส.ลัดดาวัลย์ พร้อมประเสริฐ</p>	<p>ความเห็นของผู้ประเมินควรได้รับผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองซับการขับถ่าย แผ่นเสริมซึมซับ และผ้า อ้อมทางเลือก</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชั้น/วัน <input type="checkbox"/> แผ่นรองซับการขับถ่าย <input type="checkbox"/> แผ่นเสริมซึมซับ <input type="checkbox"/> ผ้าอ้อมทางเลือก 	<p>ชื่อหน่วยงานของผู้ประเมิน : โรงพยาบาลพุนพิน</p>

แบบประเมิน
บุคคลที่มีภาวะปัญหากลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่

<p>ชื่อ นางเชียม ทองภักดี หมายเลขโทรศัพท์ 0654457794</p>	<p>เกิดวันที่ 04 เดือน เมษายน พ.ศ. 2473 อายุ 95 ปี</p>	<p>ที่อยู่ 1027/2 ม.3 ต.ท่าข้าม อ.พุนพิน จ.สุราษฎร์ธานี</p>
<p>ADL : 7 วันที่ประเมิน : 24 เดือน เมษายน พ.ศ. 2568</p>	<p>ผลการประเมิน</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ <input type="checkbox"/> มีภาวะกลั้นอุจจาระไม่ได้ <input type="checkbox"/> มีภาวะกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้</p>	<p>ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์/ปัญหาตาม CARE PLAN [ควรมีอย่างน้อย 2 ใน 3 ข้อ]</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> มีประวัติกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ <input checked="" type="checkbox"/> ตรวจร่างกายพบระบบประสาทบกพร่อง (ขา ทวารหนัก อุ้งเชิงกราน สมอง ฯลฯ) หรือมีภาวะ อุ้งเชิงกรานหย่อน หรือมีน้ำปัสสาวะค้างในช่อง คลอด หรือมีความผิดปกติของการขับถ่าย อุจจาระทางทวารหนัก</p> <p><input type="checkbox"/> มีใบรับรองแพทย์/มีผลการตรวจจากแพทย์ ใดๆอย่างหนึ่ง (การตรวจทางรังสี, ส่ง กล้องทางเดินปัสสาวะ, ตรวจทางปัสสาวะ พืชศาสตร์, ตรวจวัดการทำงานของลำไส้ใหญ่ และหูรูดทวารหนัก)</p>
<p>ผู้ประเมิน : ชื่อ สกุล : น.ส.ลัดดาวัลย์ พร้อมประเสริฐ</p>	<p>ความเห็นของผู้ประเมินควรได้รับผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองซับการขับถ่าย แผ่นเสริมซึมซับ และผ้า อ้อมทางเลือก</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน <input type="checkbox"/> แผ่นรองซับการขับถ่าย <input type="checkbox"/> แผ่นเสริมซึมซับ <input type="checkbox"/> ผ้าอ้อมทางเลือก</p>	<p>ชื่อหน่วยงานของผู้ประเมิน : โรงพยาบาลพุนพิน</p>

แบบประเมิน
บุคคลที่มีภาวะปัญหากลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่

<p>ชื่อ นางจ้าย วิบูลชาติ หมายเลขโทรศัพท์ 0812736919</p>	<p>เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2470 อายุ 98 ปี</p>	<p>ที่อยู่ 1127/1 ม.3 ต.ท่าข้าม อ.พุนพิน จ.สุราษฎร์ธานี</p>
<p>ADL : 8 วันที่ประเมิน : 24 เดือน เมษายน พ.ศ. 2568</p>	<p>ผลการประเมิน</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้</p> <p><input type="checkbox"/> มีภาวะกลั้นอุจจาระไม่ได้</p> <p><input type="checkbox"/> มีภาวะกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้</p>	<p>ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์/ปัญหาตาม CARE PLAN (ควรมีอย่างน้อย 2 ใน 3 ข้อ)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> มีประวัติกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ตรวจร่างกายพบระบบประสาทบกพร่อง (ขา ทวารหนัก อัมพาตครึ่งซีก ฯลฯ) หรือมีภาวะ อัมพาตครึ่งซีกหรือมีน้ำปัสสาวะคั่งในช่องคลอด หรือมีความผิดปกติของการขับถ่าย อุจจาระทางทวารหนัก</p> <p><input type="checkbox"/> มีใบรับรองแพทย์/มีผลการตรวจจากแพทย์ ใดๆอย่างหนึ่ง (การตรวจทางรังสี, ส่ง กล้องทางเดินปัสสาวะ, ตรวจทางปัสสาวะ พัลสาสตร์, ตรวจวัดการทำงานของลำไส้ใหญ่ และหูรูดทวารหนัก)</p>
<p>ผู้ประเมิน : ชื่อ สกุล : น.ส.ลัดดาวัลย์ พร้อมประเสริฐ</p>	<p>ความเห็นของผู้ประเมินควรได้รับผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองซับการขับถ่าย แผ่นเสริมซึมซับ และผ้าอ้อมทางเลือก</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน</p> <p><input type="checkbox"/> แผ่นรองซับการขับถ่าย</p> <p><input type="checkbox"/> แผ่นเสริมซึมซับ</p> <p><input type="checkbox"/> ผ้าอ้อมทางเลือก</p>	<p>ชื่อหน่วยงานของผู้ประเมิน : โรงพยาบาลพุนพิน</p>

แบบประเมิน
บุคคลที่มีภาวะปัญหากลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่

<p>ชื่อ นางอนงค์ มิตรเมือง หมายเลขโทรศัพท์ 0866978747</p>	<p>เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2476 อายุ 92 ปี</p>	<p>ที่อยู่ 92/1 ม.4 ต.ท่าข้าม อ.พุนพิน จ.สุราษฎร์ธานี</p>
<p>ADL : 10 วันที่ประเมิน : 25 เดือน มกราคม พ.ศ. 2567</p>	<p>ผลการประเมิน</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้</p> <p><input type="checkbox"/> มีภาวะกลั้นอุจจาระไม่ได้</p> <p><input type="checkbox"/> มีภาวะกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้</p>	<p>ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์/ปัญหาตาม CARE PLAN (ควรมีอย่างน้อย 2 ใน 3 ข้อ)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> มีประวัติกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ตรวจร่างกายพบระบบประสาททบกพร่อง (ขา ทวารหนัก อุ้งเชิงกราน สมออง ฯลฯ) หรือมีภาวะ อุ้งเชิงกรานหย่อน หรือมีน้ำปัสสาวะค้างในช่องคลอด หรือมีความผิดปกติของการขับถ่ายอุจจาระทางทวารหนัก</p> <p><input type="checkbox"/> มีใบรับรองแพทย์/มีผลการตรวจจากแพทย์ อย่างไม่อย่างหนึ่ง (การตรวจทางรังสี, ส่งกล้องทางเดินปัสสาวะ, ตรวจทางปัสสาวะ พลศาสตร์, ตรวจวัดการทำงานของลำไส้ใหญ่ และหูรูดทวารหนัก)</p>
<p>ผู้ประเมิน : ชื่อ สกุล : น.ส.ลัดดาวัลย์ พร้อมประเสริฐ</p>	<p>ความเห็นของผู้ประเมินควรได้รับผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองซับการขับถ่าย แผ่นเสริมซึมซับ และผ้าอ้อมทางเลือก</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน</p> <p><input type="checkbox"/> แผ่นรองซับการขับถ่าย</p> <p><input type="checkbox"/> แผ่นเสริมซึมซับ</p> <p><input type="checkbox"/> ผ้าอ้อมทางเลือก</p>	<p>ชื่อหน่วยงานของผู้ประเมิน : โรงพยาบาลพุนพิน</p>

แผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีค่าคะแนน ADL เท่ากับหรือน้อยกว่า 6 คะแนน
สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่

ชื่อ นางประทุม ทังกริด เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3841700662501	ที่อยู่ 88 ม.4 ต.ท่าข้าม อ.พุนพิน จ.สุราษฎร์ธานี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0897232002	วันที่จัดทำ 24 เดือน เมษายน พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 15 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2494 (อายุ 74 ปี)	วินิจฉัย : ADL=6, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน NaN บาท		การดูแลพยาบาลทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน	มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้	
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
	ระยะสั้น - ระยะยาว	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ลัดดาวัลย์ พร้อมประเสริฐ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แบบประเมิน
บุคคลที่มีภาวะปัญหากลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่

<p>ชื่อ นางกิมห้อง พริกไทย หมายเลขโทรศัพท์ 0626821714</p>	<p>เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2475 อายุ 93 ปี</p>	<p>ที่อยู่ 56 ม.5 ต.ท่าข้าม อ.พุนพิน จ.สุราษฎร์ธานี</p>
<p>ADL : 9 วันที่ประเมิน : 25 เดือน มกราคม พ.ศ. 2567</p>	<p>ผลการประเมิน</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ <input type="checkbox"/> มีภาวะกลั้นอุจจาระไม่ได้ <input type="checkbox"/> มีภาวะกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้</p>	<p>ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์/ปัญหาตาม CARE PLAN (ควรมีอย่างน้อย 2 ใน 3 ข้อ)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> มีประวัติกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ <input checked="" type="checkbox"/> ตรวจร่างกายพบระบบประสาททบกพร่อง (ขา ทวารหนัก อุ้งเชิงกราน สมอง ฯลฯ) หรือมีภาวะ อุ้งเชิงกรานหย่อน หรือมีน้ำปัสสาวะค้างในช่องคลอด หรือมีความผิดปกติของการขับถ่าย อุจจาระทางทวารหนัก</p> <p><input type="checkbox"/> มีใบรับรองแพทย์/มีผลการตรวจจากแพทย์ อย่างใดอย่างหนึ่ง (การตรวจทางรังสี, ส่ง กล้องทางเดินปัสสาวะ, ตรวจทางปัสสาวะ พัลสาสตร์, ตรวจวัดการทำงานของลำไส้ใหญ่ และหูรูดทวารหนัก)</p>
<p>ผู้ประเมิน : ชื่อ สกุล : น.ส.ลัดดาวัลย์ พร้อมประเสริฐ</p>	<p>ความเห็นของผู้ประเมินควรได้รับผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองซับการขับถ่าย แผ่นเสริมซึมซับ และผ้า อ้อมทางเลือก</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน <input type="checkbox"/> แผ่นรองซับการขับถ่าย <input type="checkbox"/> แผ่นเสริมซึมซับ <input type="checkbox"/> ผ้าอ้อมทางเลือก</p>	<p>ชื่อหน่วยงานของผู้ประเมิน : โรงพยาบาลพุนพิน</p>

แผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีค่าคะแนน ADL เท่ากับหรือน้อยกว่า 6 คะแนน
สำหรับสนับสนุนผู้สูงอายุ

ชื่อ ด.ญ.ปานิสรา บุรินทร์โกษฐ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1849901716544	ที่อยู่ 43/1 ม.5 ต.ท่าข้าม อ.พุนพิน จ.สุราษฎร์ธานี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0817190319	วันที่จัดทำ 24 เดือน เมษายน พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 14 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2547 (อายุ 21 ปี)	วินิจฉัย : ADL=6, TAI=C4 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน NaN บาท		การดูแลพยาบาลทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผู้ช่วยผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชั่วโมง/วัน	มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้	
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
	ระยะสั้น - ระยะยาว	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ลัดดาวัลย์ พร้อมประเสริฐ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีค่าคะแนน ADL เท่ากับหรือน้อยกว่า 6 คะแนน
สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่

ชื่อ นางอุไรวรรณ แซ่มซ้าย เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3840100372543	ที่อยู่ 64 ม.5 ต.ท่าข้าม อ.พุนพิน จ.สุราษฎร์ธานี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0613539149	วันที่จัดทำ 24 เดือน เมษายน พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2480 (อายุ 88 ปี)	วินิจฉัย : ADL=0, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน NaN บาท		การดูแลพยาบาลทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน	มีภาวะกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้	
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
	ระยะสั้น - ระยะยาว	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ลัดดาวัลย์ พร้อมประเสริฐ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แบบประเมิน
บุคคลที่มีภาวะปัญหาคลื่นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือข้อป่งชี้ทางการแพทย์
สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่

<p>ชื่อ นายธีรยุทธ เจียรชัย หมายเลขโทรศัพท์ 0810778608</p>	<p>เกิดวันที่ 30 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2506 อายุ 62 ปี</p>	<p>ที่อยู่ 66/2 ม.5 ต.ท่าข้าม อ.พุนพิน จ.สุราษฎร์ธานี</p>
<p>ADL : 19 วันที่ประเมิน : 23 เดือน เมษายน พ.ศ. 2568</p>	<p>ผลการประเมิน</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> มีภาวะคลื่นปัสสาวะไม่ได้ <input type="checkbox"/> มีภาวะคลื่นอุจจาระไม่ได้ <input type="checkbox"/> มีภาวะคลื่นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้</p>	<p>ข้อป่งชี้ทางการแพทย์/ปัญหาตาม CARE PLAN (ควรมีอย่างน้อย 2 ใน 3 ข้อ)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> มีประวัติคลื่นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ <input checked="" type="checkbox"/> ตรวจร่างกายพบระบบประสาททบกพร่อง (ขา ทวารหนัก อุ้งเชิงกราน สมอง ฯลฯ) หรือมีภาวะ อุ้งเชิงกรานหย่อน หรือมีน้ำปัสสาวะค้างในช่องคลอด หรือมีความผิดปกติของการขับถ่าย อุจจาระทางทวารหนัก <input type="checkbox"/> มีใบรับรองแพทย์/มีผลการตรวจจากแพทย์ อย่างใดอย่างหนึ่ง (การตรวจทางรังสี, ส่องกล้องทางเดินปัสสาวะ, ตรวจทางปัสสาวะ พัลสศาสตร์, ตรวจวัดการทำงานของลำไส้ใหญ่ และหูรูดทวารหนัก)</p>
<p>ผู้ประเมิน : ชื่อ สกุล : น.ส.ลัดดาวัลย์ พร้อมประเสริฐ</p>	<p>ความเห็นของผู้ประเมินควรได้รับผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองซับการขับถ่าย แผ่นเสริมซึมซับ และผ้า อ้อมทางเลือก</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 2 ชิ้น/วัน <input type="checkbox"/> แผ่นรองซับการขับถ่าย <input type="checkbox"/> แผ่นเสริมซึมซับ <input type="checkbox"/> ผ้าอ้อมทางเลือก</p>	<p>ชื่อหน่วยงานของผู้ประเมิน : โรงพยาบาลพุนพิน</p>

แผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีค่าคะแนน ADL เท่ากับหรือน้อยกว่า 6 คะแนน สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่

ชื่อ นางอุบล คงเสน่ห์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3841700546608	ที่อยู่ 75 ม.6 ต.ท่าข้าม อ. พุนพิน จ. สุราษฎร์ธานี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0927895651	วันที่จัดทำ 27 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 15 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2477 (อายุ 91 ปี)	วินิจฉัย : ADL=0, TAI=12 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ไม่สามารถพูดคุยโต้ตอบได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ไม่มีแผลกดทับ ใส่สาย NG	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ผ้าอ้อมสำเร็จรูป อาหารเสริม	<ul style="list-style-type: none"> - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ 	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน	มีภาวะกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้	
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การพลัดตกหกล้ม - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ 	ระยะสั้น - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ลัดดาวัลย์ พร้อมประเสริฐ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีค่าคะแนน ADL เท่ากับหรือน้อยกว่า 6 คะแนน
สำหรับการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่

ชื่อ นายสิงห์ หนูแป้น เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3820500141425	ที่อยู่ 95/6 ม.6 ต.ท่าข้าม อ.พุนพิน จ.สุราษฎร์ธานี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0635986115	วันที่จัดทำ 30 เดือน กันยายน พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2491 (อายุ 77 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :-	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน NaN บาท		การดูแลพยาบาลทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน	มีภาวะกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้	
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
	ระยะสั้น - ระยะยาว	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ลัดดาวัลย์ พร้อมประเสริฐ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แบบประเมิน
บุคคลที่มีภาวะปัญหากลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือข้อป่งชี้ทางการแพทย์
สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่

<p>ชื่อ นางสาวจวน อรุณเมฆ หมายเลขโทรศัพท์ 0917651920</p>	<p>เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2487 อายุ 81 ปี</p>	<p>ที่อยู่ 85 ม.6 ต.ท่าข้าม อ.พุนพิน จ.สุราษฎร์ธานี</p>
<p>ADL : 9 วันที่ประเมิน : 24 เดือน เมษายน พ.ศ. 2568</p>	<p>ผลการประเมิน</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ <input type="checkbox"/> มีภาวะกลั้นอุจจาระไม่ได้ <input type="checkbox"/> มีภาวะกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ 	<p>ข้อป่งชี้ทางการแพทย์/ปัญหาตาม CARE PLAN (ควรมีอย่างน้อย 2 ใน 3 ข้อ)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> มีประวัติกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ <input checked="" type="checkbox"/> ตรวจร่างกายพบระบบประสาทบกพร่อง (ขา ทวารหนัก อุ้งเชิงกราน สมอง ฯลฯ) หรือมีภาวะ อุ้งเชิงกรานหย่อน หรือมีน้ำปัสสาวะค้างในช่อง คลอด หรือมีความผิดปกติของการขับถ่าย อุจจาระทางทวารหนัก <input type="checkbox"/> มีใบรับรองแพทย์/มีผลการตรวจจากแพทย์ ใดๆอย่างหนึ่ง (การตรวจทางรังสี, ส่อง กล้องทางเดินปัสสาวะ, ตรวจทางปัสสาวะ พลศาสตร์, ตรวจวัดการทำงานของลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก)
<p>ผู้ประเมิน : ชื่อ สกุล : น.ส.ลัดดาวัลย์ พร้อมประเสริฐ</p>	<p>ความเห็นของผู้ประเมินควรได้รับผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองซับการขับถ่าย แผ่นเสริมซึมซับ และผ้า อ้อมทางเลือก</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชั้น/วัน <input type="checkbox"/> แผ่นรองซับการขับถ่าย <input type="checkbox"/> แผ่นเสริมซึมซับ <input type="checkbox"/> ผ้าอ้อมทางเลือก 	<p>ชื่อหน่วยงานของผู้ประเมิน : โรงพยาบาลพุนพิน</p>

แผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีค่าคะแนน ADL เท่ากับหรือน้อยกว่า 6 คะแนน
สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่

x

พบปัญหาการส่งข้อมูลผ้าอ้อมไป สปสช. โปรดติดต่อผู้ดูแลระบบ || Error Message : code : UNABLE_TO_VERIFY_LEAF_SIGNATURE

ชื่อ นางทองดี พึ่งนุสนธ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3841700550591	ที่อยู่ 500/150 ม.3 ต.ท่าข้าม อ.พุนพิน จ.สุราษฎร์ธานี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0993597333	
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2491 (อายุ 77 ปี)	วินิจฉัย : ADL=2, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน NaN บาท		การดูแลพยาบาลทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน	มีภาวะกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้	
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
	ระยะสั้น - ระยะยาว	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ลัดดาวัลย์ พร้อมประเสริฐ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แบบประเมิน
บุคคลที่มีภาวะปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือข้อป่งชี้ทางการแพทย์
สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่

<p>ชื่อ นางเมี้ยน แซ่โค้ว หมายเลขโทรศัพท์ 0874740832</p>	<p>เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2484 อายุ 84 ปี</p>	<p>ที่อยู่ 110/2 ม.7 ต.ท่าข้าม อ.พุนพิน จ.สุราษฎร์ธานี</p>
<p>ADL : 8 วันที่ประเมิน : 24 เดือน เมษายน พ.ศ. 2568</p>	<p>ผลการประเมิน</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ <input type="checkbox"/> มีภาวะกลั้นอุจจาระไม่ได้ <input type="checkbox"/> มีภาวะกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้</p>	<p>ข้อป่งชี้ทางการแพทย์/ปัญหาตาม CARE PLAN (ควรมีอย่างน้อย 2 ใน 3 ข้อ)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> มีประวัติกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ <input checked="" type="checkbox"/> ตรวจร่างกายพบระบบประสาททบกพร่อง (ขา ทวารหนัก อัมพฤกษ์ อัมพาต ฯลฯ) หรือมีภาวะ อัมพฤกษ์ อัมพาต หรือมีน้ำปัสสาวะคั่งในช่อง คลอด หรือมีความผิดปกติของการขับถ่าย อุจจาระทางทวารหนัก</p> <p><input type="checkbox"/> มีใบรับรองแพทย์/มีผลการตรวจจากแพทย์ ใดๆอย่างใดอย่างหนึ่ง (การตรวจทางรังสี, ส่อง กล้องทางเดินปัสสาวะ, ตรวจทางปัสสาวะ พลศาสตร์, ตรวจวัดการทำงานของลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก)</p>
<p>ผู้ประเมิน : ชื่อ สกุล : น.ส.ลัดดาวัลย์ พร้อมประเสริฐ</p>	<p>ความเห็นของผู้ประเมินควรได้รับผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองซับการขับถ่าย แผ่นเสริมซึมซับ และผ้า อ้อมทางเลือก</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน <input type="checkbox"/> แผ่นรองซับการขับถ่าย <input type="checkbox"/> แผ่นเสริมซึมซับ <input type="checkbox"/> ผ้าอ้อมทางเลือก</p>	<p>ชื่อหน่วยงานของผู้ประเมิน : โรงพยาบาลพุนพิน</p>

แบบประเมิน
บุคคลที่มีภาวะปัญหาคลื่นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่

<p>ชื่อ นางทองใบ สัมฤทธิ์ดี หมายเลขโทรศัพท์ 0810860631</p>	<p>เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2499 อายุ 69 ปี</p>	<p>ที่อยู่ 90 ม.7 ต.ท่าข้าม อ.พุนพิน จ.สุราษฎร์ธานี</p>
<p>ADL : 9 วันที่ประเมิน : 24 เดือน เมษายน พ.ศ. 2568</p>	<p>ผลการประเมิน</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> มีภาวะคลื่นปัสสาวะไม่ได้ <input type="checkbox"/> มีภาวะคลื่นอุจจาระไม่ได้ <input type="checkbox"/> มีภาวะคลื่นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้</p>	<p>ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์/ปัญหาตาม CARE PLAN (ควรมีอย่างน้อย 2 ใน 3 ข้อ)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> มีประวัติคลื่นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ตรวจร่างกายพบระบบประสาททบกพร่อง (ขา ทวารหนัก อุ้งเชิงกราน สมอง ฯลฯ) หรือมีภาวะ อุ้งเชิงกรานหย่อน หรือมีน้ำปัสสาวะค้างในช่อง คลอด หรือมีความผิดปกติของการขับถ่าย อุจจาระทางทวารหนัก</p> <p><input type="checkbox"/> มีใบรับรองแพทย์/มีผลการตรวจจากแพทย์ อย่างเป็นทางการหนึ่ง (การตรวจทางรังสี, ส่อง กล้องทางเดินปัสสาวะ, ตรวจทางปัสสาวะ พลศาสตร์, ตรวจวัดการทำงานของลำไส้ใหญ่ และหูดทวารหนัก)</p>
<p>ผู้ประเมิน : ชื่อ สกุล : น.ส.ลัดดาวัลย์ พร้อมประเสริฐ</p>	<p>ความเห็นของผู้ประเมินควรได้รับผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองซับการขับถ่าย แผ่นเสริมซึมซับ และผ้า อ้อมทางเลือก</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน <input type="checkbox"/> แผ่นรองซับการขับถ่าย <input type="checkbox"/> แผ่นเสริมซึมซับ <input type="checkbox"/> ผ้าอ้อมทางเลือก</p>	<p>ชื่อหน่วยงานของผู้ประเมิน : โรงพยาบาลพุนพิน</p>

สำเนาฉบับ



ที่ สฎ ๘๑๗๐๑/๑๖๕

องค์การบริหารส่วนตำบลท่าข้าม
๘๖ หมู่ ๕ ตำบลท่าข้าม อำเภอพุนพิน
จังหวัดสุราษฎร์ธานี ๘๔๑๓๐

๒๕ มีนาคม ๒๕๖๘

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ข้อมูล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพุนพิน

งานสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลท่าข้าม มีความประสงค์ขออนุเคราะห์ข้อมูลจากกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรวม ในส่วนของบุคคลที่มีภาวะปัญหาคลื่นไส้สภาวะหรืออุจจาระไม่ได้ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ และบุคคลที่มีภาวะพียงพียง ที่มีค่าคะแนนระดับความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอ็ดดีแอล เท่ากับหรือน้อยกว่า ๖ คะแนน ในเขตรับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลท่าข้าม เพื่อใช้ในการจัดทำโครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ และแผ่นรองขับการขับถ่าย สำหรับปีงบประมาณ ๒๕๖๘

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลดังกล่าว

ขอแสดงความนับถือ


(นายอมฤต นิจจาคม)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลท่าข้าม


27 มี.ค. 2568

สำนักงานปลัด

โทร/โทรสาร ๐-๗๗๓๑-๔๗๔๗ ต่อ ๑๔

www.thakham-sao.go.th


.....ปลัด/ตรวจ
.....หัวหน้า สป/ทาน
.....ร่าง/พิมพ์

“ชื่อสัตย์ สุจริต มุ่งสัมฤทธิ์ของงาน ยึดมั่นมาตรฐาน บริการด้วยใจเป็นธรรม”



รายงานผลโครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ และแผนรองรับการขยาย

ประจำปีงบประมาณ 2568

จัดทำโดย

กลุ่มงานสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม