

แผนการดูแลรายบุคคล(Care Plan) โครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประจำปี พ.ศ. 2564

พื้นที่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล / อบต.) ชื่อ องค์การบริหารส่วนตำบลเขากระปุก อำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี

คำชี้แจง ให้ใส่ และตัวเลข หน้าหัวข้อรายการที่ต้องการที่ตรงกับสภาพผู้สูงอายุ

| | | |
|--|---|--|
| <p>ชื่อผู้สูงอายุ : นางไล้ เทียงธรรม</p> <p>เลขบัตรประจำตัวประชาชน : 3-7605-00934-05-1</p> <p>วันเดือนปีเกิด : 1 กรกฎาคม พ.ศ.2472</p> <p>อายุ : 91 ปี</p> | <p>ที่อยู่ : 214 หมู่ 4 ตำบลเขากระปุก</p> <p>เบอร์โทรศัพท์ : 085-7007386 (บุญส่ง เทียงธรรม ลูกสาว)</p> | <p>วินิจฉัย : ADL= 2 TAI=</p> <p>ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :</p> <p>Dx.Old CVA (โรคหลอดเลือดสมอง)</p> |
| <p>แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต</p> <p>ผู้สูงอายุ :</p> <p><input type="checkbox"/> ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่</p> <p><input type="checkbox"/> อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง</p> <p><input type="checkbox"/> อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น</p> <p>ญาติ :</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น</p> <p><input type="checkbox"/> อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลสลับเปลี่ยน</p> <p><input type="checkbox"/> อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น/กายอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ผ้าอ้อม ชุดทำแผล เตียง ที่นอนลม.....</p> | <p>แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม</p> <p>(รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)</p> <p><input type="checkbox"/> กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้</p> <p><input type="checkbox"/> ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</p> <p><input type="checkbox"/> ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ</p> <p><input type="checkbox"/> ที่อยู่อาศัยเหมาะสม</p> <p><input type="checkbox"/> มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ</p> <p><input type="checkbox"/> เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ไม่มีภาวะซึมเศร้า</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ไม่เกิดแผลกดทับ</p> | <p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p> <p><input type="checkbox"/> การกินอาหาร/สาลักอาหาร</p> <p><input type="checkbox"/> การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> การพลัดตกหกล้ม</p> <p><input type="checkbox"/> การทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์</p> <p><input type="checkbox"/> การหลงทาง</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ข้อติด/หรือข้อเท้าตก</p> <p><input type="checkbox"/> ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</p> <p><input type="checkbox"/> ผู้สูงอายุถูกทำร้าย</p> <p><input type="checkbox"/> อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ</p> |

| ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต | เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น 3 เดือน | บริการนอกเหนือรายสัปดาห์(รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ informal) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|--|--------------------------------------|--------------------------------|---|--------------------------------|--|--|---------------------------------------|--|---------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|------------------------------------|--|--|--|---|--|-------------------------------------|---------------------------------------|--|---|---|-----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <p><input type="checkbox"/> กลืนปัสสาวะไม่ได้</p> <p><input type="checkbox"/> กลืนลำบาก</p> <p><input type="checkbox"/> ความสามารถในการมองเห็น</p> <p><input type="checkbox"/> ความสามารถในการได้ยิน</p> <p><input type="checkbox"/> ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</p> <p><input type="checkbox"/> ช่องปากไม่สะอาด</p> <p><input type="checkbox"/> ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> มีความอ่อนแรงของกำลังมือแขน ขา</p> <p><input type="checkbox"/> มีความเจ็บปวดบริเวณพื้นและหรืออกปากแห้ง</p> <p><input type="checkbox"/> รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา</p> <p><input type="checkbox"/> สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้</p> <p><input type="checkbox"/> ลักษณะที่อยู่อาศัย</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่สามารถทานอาหารเองได้</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่สามารถอาบน้ำเองได้</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่สามารถเดินได้โดยลำพังต้องมีคนช่วยพยุง</p> | <p><input checked="" type="checkbox"/> ได้รับความช่วยเหลือและครอบครัว ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน</p> <p><input type="checkbox"/> พื้นฟูสภาพของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพ หรือดีขึ้น ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน</p> <p><input type="checkbox"/> แผลหาย ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 7 วัน/สัปดาห์/เดือน</p> <p><input type="checkbox"/> ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน.....ว/ส/ด</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> การได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทาง การแพทย์ ภายใน 7 วัน/สัปดาห์/เดือน</p> <p><input type="checkbox"/> การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เกิดการติดเชื้อของแผล/ระบบทางเดินปัสสาวะ /ระบบทางเดินหายใจ ภายใน.....ว/ส/ด</p> <p><input type="checkbox"/> อาการหลงลืมดีขึ้นภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน</p> <p><input type="checkbox"/> ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน</p> <p><input type="checkbox"/> ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ทานข้าวเองได้ขับถ่ายเองได้ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน</p> <p><input type="checkbox"/> ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> | <p>ของครอบครัวและ informal)</p> <p>* อุปกรณ์ทางการแพทย์</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Syring</td> <td><input type="checkbox"/> เติียง</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Urine bag</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> ที่นอนลม</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> สาย NG tube</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> สาย Foley's cath</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> เครื่องผลิตออกซิเจน</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> เครื่องพ่นยา</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> อุปกรณ์ทำแผล</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> เครื่องดูดเสมหะ</td> <td></td> </tr> </table> <p>* กายอุปกรณ์</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> กระดานบริหารข้อเข้า</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> กระดานล้อเลื่อน</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ดัมเบลยกน้ำหนัก</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ลูกทรายถ่วงน้ำหนัก</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> รถเข็นนั่ง</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ไม้ค้ำยัน</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ไม้เท้าช่วยพยุง</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ไม้ฝึกกำลังแขน</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ไม้ยึดนั่ง</td> <td><input type="checkbox"/> เติียงฝึกยืน</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> รอกเคลื่อนไหว</td> <td><input type="checkbox"/> เครื่องช่วยฟัง</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ราวฝึกยืนและเดิน</td> <td><input type="checkbox"/> แวนสายตา</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> | <input type="checkbox"/> Syring | <input type="checkbox"/> เติียง | <input type="checkbox"/> Urine bag | <input checked="" type="checkbox"/> ที่นอนลม | <input type="checkbox"/> สาย NG tube | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> สาย Foley's cath | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> เครื่องผลิตออกซิเจน | | <input type="checkbox"/> เครื่องพ่นยา | | <input type="checkbox"/> อุปกรณ์ทำแผล | | <input type="checkbox"/> เครื่องดูดเสมหะ | | <input type="checkbox"/> กระดานบริหารข้อเข้า | | <input type="checkbox"/> กระดานล้อเลื่อน | | <input type="checkbox"/> ดัมเบลยกน้ำหนัก | | <input type="checkbox"/> ลูกทรายถ่วงน้ำหนัก | | <input checked="" type="checkbox"/> รถเข็นนั่ง | | <input type="checkbox"/> ไม้ค้ำยัน | | <input type="checkbox"/> ไม้เท้าช่วยพยุง | | <input type="checkbox"/> ไม้ฝึกกำลังแขน | | <input type="checkbox"/> ไม้ยึดนั่ง | <input type="checkbox"/> เติียงฝึกยืน | <input type="checkbox"/> รอกเคลื่อนไหว | <input type="checkbox"/> เครื่องช่วยฟัง | <input type="checkbox"/> ราวฝึกยืนและเดิน | <input type="checkbox"/> แวนสายตา | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Syring | <input type="checkbox"/> เติียง | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Urine bag | <input checked="" type="checkbox"/> ที่นอนลม | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> สาย NG tube | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> สาย Foley's cath | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> เครื่องผลิตออกซิเจน | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> เครื่องพ่นยา | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> อุปกรณ์ทำแผล | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> เครื่องดูดเสมหะ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> กระดานบริหารข้อเข้า | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> กระดานล้อเลื่อน | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ดัมเบลยกน้ำหนัก | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ลูกทรายถ่วงน้ำหนัก | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> รถเข็นนั่ง | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ไม้ค้ำยัน | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ไม้เท้าช่วยพยุง | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ไม้ฝึกกำลังแขน | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ไม้ยึดนั่ง | <input type="checkbox"/> เติียงฝึกยืน | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> รอกเคลื่อนไหว | <input type="checkbox"/> เครื่องช่วยฟัง | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ราวฝึกยืนและเดิน | <input type="checkbox"/> แวนสายตา | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>บริการอื่นๆ</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงิน</p> <p><input type="checkbox"/> พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชนเช่นชมรมผู้สูงอายุ/ โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศูนย์พัฒนาและฝึกอาชีพผู้สูงอายุ</p> <p><input type="checkbox"/> รถรับส่งไปสถานบริการ(ให้มีตัวเลือกระหว่าง สธ./อปท./อื่นๆ)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม</p> <p><input type="checkbox"/> ได้รับการส่งเสริมอาชีพ</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

| กิจกรรมการดูแล(ต่อ) | ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ) | |
|--|---|--|
| การบริการรับ-ส่งยา รวมทั้งนำผลการตรวจเข้าพบแพทย์/จนท.สาสุข | 9 | |
| การบริการเบิก-จ่ายวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ให้ผู้สูงอายุ เช่น ชุดทำแผล..... | - | |
| การบริการพาหนะรับส่งผู้สูงอายุ | - | |
| การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ | 7 | |
| การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมป้องกันอุบัติเหตุ | 1 | |
| การเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาล | 9 | |
| การจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุระยะสุดท้าย | 9 | |
| การสงเคราะห์ในการจัดงานศพผู้สูงอายุ | - | |
| กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต <input checked="" type="checkbox"/> ที่นอน <input checked="" type="checkbox"/> ล้างหน้า <input checked="" type="checkbox"/> ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเข้าเที่ยงและเย็นโดยญาติ <input type="checkbox"/> ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเข้าเที่ยงและเย็น โดย <input type="checkbox"/> อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น <input checked="" type="checkbox"/> ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยญาติ <input type="checkbox"/> ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น <input type="checkbox"/> การทำกายภาพบำบัดโดยญาติ <input checked="" type="checkbox"/> การทำกายภาพบำบัดโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น <input checked="" type="checkbox"/> การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ <input checked="" type="checkbox"/> การสวมถุงมือ <input checked="" type="checkbox"/> การนอนหลับ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | <p>ผู้จัดทำ : (นางสาวประภัสสร ยศปัญญา) คณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) องค์กรบริหารส่วนตำบลเขากระปุก</p> <p>ผู้รับผิดชอบ : (นางนงค์นุช อินทร์พราหมณ์) อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น</p> <p>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan ฉบับนี้</p> <p>1) ลงชื่อ (ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันเดือนปี :</p> <p>2) ลงชื่อ (ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันเดือนปี :</p> |

หมายเหตุ Care Plan ได้รับความร่วมมือจากกรมอนามัยและนำมาปรับปรุงเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกให้คณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลฯ เพื่อใช้ในการควบคุมการทำงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

