

ฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

องค์การบริหารส่วนตำบลเมืองเก่า อำเภออินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	อายุ	วัน/เดือน/ปี	บ้านเลขที่	เลขที่บัตรประชาชน	คะแนน ADL
๑	นายกรัยแก้ว ทาบล	๖๙	๐๔/๐๒/๒๕๔๔	๒๕/๑ ม.๑๕	๓๒๕๐๒๐๐๓๓๙๐๓๙	๒
๒	นางกลม คำจันทร์	๘๗	๑๖/๐๒/๒๕๗๖	๗๒ ม.๑๐	๓๒๕๐๒๐๐๓๑๒๒๐๓	๗
๓	นางกลม ลบศรี	๗๑	๐๑/๐๗/๒๕๙๒	๓๕ ม.๖	๓๒๕๐๒๐๐๒๕๕๖๐๙	๑๑
๔	นางกอนสี แนนอน	๗๘	๐๑/๐๘/๒๕๘๕	๓๑/๒ ม.๑๘	๓๒๕๐๒๐๐๒๕๙๕๓๑	๓
๕	นางกอยใจ ดิปะยานนท์	๗๙	๑๘/๐๗/๒๕๘๔	๕๖ ม.๖	๓๒๕๐๒๐๐๒๕๖๖๘๑	๐
๖	นายกัญหา งอพา	๘๓	๐๑/๐๑/๒๕๘๐	๖๙/๑ ม.๕	๓๒๕๐๓๐๐๒๔๘๒๖๔	๐
๗	นางจงดี ดีดีสี	๖๐	๒๖/๐๗/๒๕๐๓	๑๗๕ ม.๒๐	๓๒๕๐๒๐๐๔๘๘๐๙๓	๒
๘	นายเจริญ เล็กสอน	๖๖	๒๖/๐๔/๒๕๙๗	๑๔ ม.๓	๓๑๘๐๖๐๐๕๗๙๐๐๓	๔
๙	นายจรูญ ปันงาม	๖๑	๐๗/๐๑/๒๕๐๒	๒๕/๓ ม.๒	๓๒๕๐๒๐๐๒๑๓๐๒๗	๒
๑๐	นายจวง จันทร์แขกหล้า	๖๘	๑๕/๐๔/๒๕๙๕	๗๑/๓ ม.๒๑	๓๒๕๐๒๐๐๒๖๒๔๙๔	๐
๑๑	นายเฉลย เฉลิมจิตร	๖๗	๑๓/๐๗/๒๕๙๖	๔๗ ม.๑๗	๓๒๕๐๒๐๐๑๗๑๙๖๒	๐
๑๒	นายเฉลียว มาโค	๖๕	๐๗/๑๒/๒๕๙๘	๓๘ ม.๒๒	๓๒๕๐๒๐๐๒๒๗๘๔๒	๑๐
๑๓	นางตม ลบศรี	๘๘	๐๑/๑๐/๒๕๗๕	๑๖๙ ม.๒๑	๓๒๕๐๒๐๐๒๖๙๙๐๑	๐
๑๔	นางด้วง เงินสา	๗๖	๒๗/๐๖/๒๕๘๔	๑๘๓/๓ ม.๔	๓๒๕๐๒๐๐๒๓๗๖๘๖	๐
๑๕	นายทองแดง เกตุเพ็ง	๘๕	๒๕/๐๕/๒๕๗๘	๑๓ ม.๑๒	๓๒๕๐๒๐๐๒๒๕๘๑๕	๗
๑๖	นายทองแดง สาระวัน	๗๒	๐๑/๐๑/๒๕๙๑	๑๐๔ ม.๑๗	๓๒๕๐๒๐๐๒๘๒๒๑๔๒	๗
๑๗	นายนิยม เพ็งสังข์	๗๑	๐๑/๐๑/๒๕๙๒	๒๑๓ ม.๒	๓๒๕๐๒๐๐๒๓๙๑๗๔	๐
๑๘	นางเนาว์ วงษ์บาท	๘๑	๐๗/๐๕/๒๕/๘๒	๔๔ ม.๑๕	๓๒๕๐๒๐๐๓๔๐๕๗๖	๒
๑๙	นายบรรจง ด้วงนาง	๖๔	๒๑/๐๖/๒๕๙๙	๘๗ ม.๒๐	๓๒๕๐๒๐๐๒๑๓๗๘๗	๒

๒๐	นางบุญมา จงชิต	๗๙	๑๗/๐๓/๒๔๘๔	๑๑๓/๑ มี.๑๐	๓๒๕๐๒๐๐๓๑๕๕๗๔	๑๐
๒๑	นางบุญเลี้ยง ไพรหาญ	๖๕	๐๑/๐๑/๒๔๘๘	๑๘๑ มี.๒๐	๓๒๕๑๐๐๕๗๗๓๙๙	๑๐
๒๒	นายประสิทธิ์ เงินสา	๖๒	๐๙/๐๖/๒๕๐๑	๒๓/๑ มี.๑	๓๒๕๐๒๐๐๒๐๗๘๑๗	๐
๒๓	นางผิน พีชเพียร	๘๔	๐๑/๐๑/๒๔๗๙	๑๒๗ มี.๗	๓๒๕๐๒๐๐๒๖๖๕๕๖	๐
๒๔	นายพงษ์ศักดิ์ บุญทอง	๖๘	๐๑/๐๔/๒๔๙๕	๖๙ มี.๙	๓๑๐๑๐๕๐๐๐๘๒๒๓๐	๓
๒๕	นายพิชัย ใจแจ่ม	๖๓	๑๑/๐๓/๒๕๐๐	๕๕/๒ มี.๕	๓๒๕๐๒๐๐๖๘๘๔๒๔	๓
๒๖	นางสาวแพง แพงพรหม	๗๑	๑๐/๐๖/๒๔๙๒	๒๔ มี.๙	๓๒๕๐๒๐๐๒๖๖๙๑๓	๒
๒๗	นางรุ่งทิพย์ ดวงเครือ	๖๖	๑๐/๐๑/๒๔๙๗	๓๖ มี.๑๔	๓๒๕๐๒๐๐๓๓๗๑๔๑	๐
๒๘	นายวินัส รัตสละ	๖๕	๐๑/๐๑๒๔๙๘	๒๒/๑ มี.๑๙	๓๒๕๐๒๐๐๒๔๐๗๓๓	๐
๒๙	นายสมชาย เพ็งกำแหง	๖๔	๑๘/๐๒/๒๔๙๙	๑๙ มี.๒	๓๒๕๐๒๐๐๒๑๒๓๗๓	๐
๓๐	นางสมัย คำขจร	๗๓	๓๐/๐๓/๒๔๙๐	๙๔ มี.๑๐	๓๒๕๐๒๐๐๓๓๔๐๗๙	๒
๓๑	นายเที่ยง พุ่มเจาะ	๘๑	๐๑/๐๑/๒๔๘๒	๒๐ มี.๑๓	๓๒๕๐๒๐๐๖๖๑๐๓๐	๐
๓๒	นางก้อน รัตนวัชรากร	๙๑	๐๑/๐๑/๒๔๗๒	๗ มี.๑๒	๓๒๕๐๒๐๐๓๒๓๓๑๑	๒

ลงชื่อ.....ผู้จัดทำ

(นายชำนาญ ทวีเดช)

นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(นายสมพงษ์ ออทอลาน)

หัวหน้าสำนักปลัด

แบบรายงานฐานข้อมูลจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงขององค์การบริหารส่วนตำบลเมืองเก่า
 ตามแบบประเมินความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน Bartel ADL index ของผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕
 ขององค์การบริหารส่วนตำบลเมืองเก่า อำเภออินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี

ลำดับ ที่	ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน	ตำบล	จำนวนผู้สูงอายุ ๖๐ ปี ขึ้นไป ในพื้นที่ (เกิดก่อน พ.ศ. ๒๕๐๔)			จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำแนกตามเกณฑ์ประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิต				หมายเหตุ
			ชาย (คน)	หญิง (คน)	รวม(คน)	กลุ่มที่ ๑ ผู้สูงอายุที่อยู่ใน ภาวะพึ่งพิงผู้อื่นทั้งหมด ADL อยู่ในช่วง ๐-๔ คะแนน	กลุ่มที่ ๒ ผู้สูงอายุที่ อยู่ในภาวะพึ่งพิง ผู้อื่นส่วนมาก ADL อยู่ในช่วง ๕-๘ คะแนน	กลุ่มที่ ๓ ผู้สูงอายุ ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ผู้อื่นเป็นส่วนกลาง ALD อยู่ในช่วง ๙- ๑๑ คะแนน	กลุ่มที่ ๔ ผู้สูงอายุที่ อยู่ในภาวะพึ่งพิง ผู้อื่นเพียงเล็กน้อย ADL อยู่ในช่วง ๑๒ คะแนน	
๑	บ้านเหนือ	เมืองเก่า	๓๗	๔๐	๗๗	๐	๐	๐	๐	
๒	บ้านกลาง	เมืองเก่า	๒๗	๓๗	๖๔	๐	๐	๐	๐	
๓	บ้านกลาง	เมืองเก่า	๔๐	๔๔	๘๔	๓	๐	๒	๐	

๔	บ้านเลียบ ๒	เมืองเก่า	๔๓	๗๖	๑๑๙	๑	๐	๕	๐	
๕	หนองรี ๑	เมืองเก่า	๓๕	๔๖	๘๑	๔	๐	๐	๐	
๖	บ้านโนนแดง	เมืองเก่า	๓๔	๔๗	๘๑	๔	๐	๒	๐	
๗	บ้านม่วง ๑	เมืองเก่า	๙	๒๙	๓๘	๒	๐	๐	๐	
๘	บ้านไผ่	เมืองเก่า	๒๕	๔๒	๖๗	๑	๑	๐	๐	

๙	บ้านถนนทอง	เมืองเก่า	๒๗	๓๔	๖๑	๒	๐	๒	๐	
๑๐	บ้านเมืองใหม่	เมืองเก่า	๓๙	๕๕	๙๔	๓	๒	๒	๐	
๑๒	บ้านโคกหอม	เมืองเก่า	๓๓	๓๗	๗๐	๓	๐	๓	๑	
๑๓	บ้านหนองกุลา	เมืองเก่า	๔๒	๖๖	๑๐๘	๒	๐	๑	๐	
๑๔	บ้านท่าข่อย	เมืองเก่า	๓๗	๖๐	๗๗	๐	๐	๐	๐	

๑๕	บ้านวังห้าง	เมืองเก่า	๒๗	๓๗	๖๔	๐	๑	๒	๐	
๑๖	บ้านนครกบินทร์	เมืองเก่า	๔๐	๔๔	๘๔	๓	๐	๒	๐	
๑๗	บ้านโนน	เมืองเก่า	๔๓	๗๖	๑๑๙	๑	๐	๕	๐	
๑๘	บ้านม่วง ๒	เมืองเก่า	๓๕	๔๖	๘๑	๔	๐	๐	๐	
๑๙	บ้านหนองรี ๒	เมืองเก่า	๙	๒๙	๓๘	๒	๐	๐	๐	

๒๐	บ้านถนนทอง ๒	เมืองเก่า	๒๕	๔๒	๖๗	๑	๑	๐	๐	
๒๑	บ้านโนนพัฒนา	เมืองเก่า	๓๙	๕๕	๙๔	๓	๒	๒	๐	
๒๒	บ้านเรียบ ๒	เมืองเก่า	๓๓	๓๗	๗๐	๓	๐	๓	๑	
รวม						๔๒	๗	๓๑	๒	

ลงชื่อ.....ผู้จัดทำรายงาน

(นายชำนาญ ทวีเดช)

นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ

(นายสมพงษ์ ออทองลาน)

หัวหน้าสำนักปลัดฯ

คำชี้แจง ให้ใส่ และตัวเลข หน้าหัวข้อรายการที่ต้องการที่ตรงกับสภาพผู้สูงอายุ

<p>ชื่อผู้สูงอายุ : พนมรัตน์ จักพิณ เลขบัตรประจำตัวประชาชน : ๙๕๒๘๒๐๐๙๙๙๐๐๖ วันเดือนปีเกิด : ๒๕ ก.ย. ๑๙๖๖ อายุ : ๕๖ ปี</p>	<p>ที่อยู่ : ๗๒ ม. ๒๐๓ หมู่ ๗ ต.บ้านใหม่ เบอร์โทรศัพท์ : ๐๙๖ - ๐๐๖๖ ๒๙๖</p>	<p>วินิจฉัย : ADL= ๕ TAI= ๒.5 กลุ่มที่ : / ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :</p>
<p>แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต</p> <p>ผู้สูงอายุ :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี <input checked="" type="checkbox"/> อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ <input type="checkbox"/> อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม <input checked="" type="checkbox"/> อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า <input checked="" type="checkbox"/> อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง <input type="checkbox"/> อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น <p>ญาติ :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล <input checked="" type="checkbox"/> อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น <input checked="" type="checkbox"/> อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลลดเปลี่ยนแปลง <input type="checkbox"/> อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่ <input checked="" type="checkbox"/> อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น/กายอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ผ้าอ้อม ชุดทำแผล เตียง ที่นอนลม..... 	<p>แนวนโยบายการได้ความร่วมมือช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> กินอาหารเองได้/จับถ้ำเองได้ <input checked="" type="checkbox"/> ญาติสามารถดูแลผู้ช่วยได้อย่างถูกต้อง <input type="checkbox"/> ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ <input checked="" type="checkbox"/> ที่อยู่อาศัยเหมาะสม <input type="checkbox"/> มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ <input type="checkbox"/> เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ <input type="checkbox"/> ไม่มีภาวะซึมเศร้า <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ <input type="checkbox"/> ไม่เกิดแผลกดทับ 	<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> การกินอาหาร/สำลักอาหาร <input type="checkbox"/> การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย <input type="checkbox"/> การพลัดตกหกล้ม <input type="checkbox"/> การทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา / การแพ้ยา <input type="checkbox"/> การหลงทาง <input type="checkbox"/> ข้อติด/หรือข้อเท้าตก <input type="checkbox"/> ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ <input type="checkbox"/> ผู้สูงอายุถูกทำร้าย <input type="checkbox"/> อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ

ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต	เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้นเดือน	บริการนอกเหนือรายลับคำศัพท์(รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ informal) * อุปกรณ์ทางการแพทย์																																										
<input type="checkbox"/> กลืนปัสสาวะไม่ได้ <input type="checkbox"/> กลืนลำบาก <input type="checkbox"/> ความสามารถในการมองเห็น <input type="checkbox"/> ความสามารถในการได้ยิน <input type="checkbox"/> ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต <input checked="" type="checkbox"/> ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ <input type="checkbox"/> ช่องปากไม่สะอาด <input type="checkbox"/> ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ <input type="checkbox"/> มีความอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขน ขา <input type="checkbox"/> มีความเจ็บปวดบริเวณพื้นและเหงือกปากแห้ง <input type="checkbox"/> รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา <input type="checkbox"/> สามใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ <input type="checkbox"/> ลักษณะที่อยู่อาศัย <input type="checkbox"/> ไม่สามารถทานอาหารเองได้ <input checked="" type="checkbox"/> ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ <input checked="" type="checkbox"/> ไม่สามารถเดินได้โดยลำพังต้องมีคนช่วยพยุง	<input type="checkbox"/> ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน <input checked="" type="checkbox"/> พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน <input type="checkbox"/> แผลหาย ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน <input type="checkbox"/> ไม่มีแผลกดทับ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน <input type="checkbox"/> ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน.....ว/ส/ด <input type="checkbox"/> การได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน <input type="checkbox"/> การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน <input type="checkbox"/> ไม่เกิดการติดเชื้อของแผล/ระบบทางเดินปัสสาวะ/ระบบทางเดินหายใจ ภายใน.....ว/ส/ด <input type="checkbox"/> อาการหลงลืมดีขึ้นภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน <input checked="" type="checkbox"/> ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน <input checked="" type="checkbox"/> ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ทานข้าวเองได้ขับถ่ายเองได้ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน <input type="checkbox"/> ประสานพันบุคคลากรในพื้นที่ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Syring</td> <td><input type="checkbox"/> เติง</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Urine bag</td> <td><input type="checkbox"/> ที่นอนลม</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> สาย NG tube</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> สาย Foley's cath</td> <td>.....</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> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">* กายอุปกรณ์</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> กระจกนบริหารข้อเข่า</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> กระจกนล้อเลื่อน</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ดัมเบลยกน้ำหนัก</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input 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"/> ไม้ยึดบ่อน</td> <td><input type="checkbox"/> เติงฝึกยืน</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>.....</td> <td>.....</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Syring	<input type="checkbox"/> เติง	<input type="checkbox"/> Urine bag	<input type="checkbox"/> ที่นอนลม	<input type="checkbox"/> สาย NG tube	<input type="checkbox"/> สาย Foley's cath	<input type="checkbox"/> เครื่องผลิตออกซิเจน		<input type="checkbox"/> เครื่องพ่นยา		<input type="checkbox"/> อุปกรณ์ทำแผล		<input type="checkbox"/> เครื่องดูดเสมหะ		* กายอุปกรณ์		<input type="checkbox"/> กระจกนบริหารข้อเข่า		<input type="checkbox"/> กระจกนล้อเลื่อน		<input type="checkbox"/> ดัมเบลยกน้ำหนัก		<input type="checkbox"/> ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก		<input type="checkbox"/> รถเข็นนั่ง		<input type="checkbox"/> ไม้ค้ำยัน		<input type="checkbox"/> ไม้เท้าช่วยพยุง		<input type="checkbox"/> ไม้ฝึกกำลังแขน		<input type="checkbox"/> ไม้ยึดบ่อน	<input type="checkbox"/> เติงฝึกยืน	<input type="checkbox"/> รอกเคลื่อนไหว	<input type="checkbox"/> เครื่องช่วยฟัง	<input type="checkbox"/> ราวฝึกยืนและเดิน	<input type="checkbox"/> แวนสายตา
<input type="checkbox"/> Syring	<input type="checkbox"/> เติง																																											
<input type="checkbox"/> Urine bag	<input type="checkbox"/> ที่นอนลม																																											
<input type="checkbox"/> สาย NG tube																																											
<input type="checkbox"/> สาย Foley's cath																																											
<input type="checkbox"/> เครื่องผลิตออกซิเจน																																												
<input type="checkbox"/> เครื่องพ่นยา																																												
<input type="checkbox"/> อุปกรณ์ทำแผล																																												
<input type="checkbox"/> เครื่องดูดเสมหะ																																												
* กายอุปกรณ์																																												
<input type="checkbox"/> กระจกนบริหารข้อเข่า																																												
<input type="checkbox"/> กระจกนล้อเลื่อน																																												
<input type="checkbox"/> ดัมเบลยกน้ำหนัก																																												
<input type="checkbox"/> ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก																																												
<input type="checkbox"/> รถเข็นนั่ง																																												
<input type="checkbox"/> ไม้ค้ำยัน																																												
<input type="checkbox"/> ไม้เท้าช่วยพยุง																																												
<input type="checkbox"/> ไม้ฝึกกำลังแขน																																												
<input type="checkbox"/> ไม้ยึดบ่อน	<input type="checkbox"/> เติงฝึกยืน																																											
<input type="checkbox"/> รอกเคลื่อนไหว	<input type="checkbox"/> เครื่องช่วยฟัง																																											
<input type="checkbox"/> ราวฝึกยืนและเดิน	<input type="checkbox"/> แวนสายตา																																											
.....																																											
บริการอื่นๆ <input checked="" type="checkbox"/> ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงิน <input checked="" type="checkbox"/> พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชนเช่นชมรมผู้สูงอายุ/ โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศูนย์พัฒนาและฝึกอาชีพผู้สูงอายุ <input type="checkbox"/> รถรับส่งไปสถานบริการ(ให้มีตัวเล็กระหว่าง สส./อปท./อื่นๆ) <input type="checkbox"/> ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม <input type="checkbox"/> ได้รับการส่งเสริมอาชีพ <input checked="" type="checkbox"/> ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน																																												

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

กิจกรรมการดูแล(ต่อ)	ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล จากหมายเหตุ)
การบริการรับ-ส่งยา รวมทั้งนำผลการตรวจเข้าพบแพทย์/จนท.สาสุข	
การบริการเบิก-จ่ายวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ให้ผู้สูงอายุ เช่น ชุดทำแผล.....	
การบริการพาหนะรับส่งผู้สูงอายุ	
การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ	
การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมป้องกันอุบัติเหตุ	
การเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาล	
การจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุระยะสุดท้าย	
การสงเคราะห์ในการจัดงานศพผู้สูงอายุ	
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต	
<input type="checkbox"/> ตื่นนอน <input type="checkbox"/> ล้างหน้า <input type="checkbox"/> ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเข้าเที่ยงและเย็นโดยญาติ <input type="checkbox"/> ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเข้าเที่ยงและเย็น โดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น <input type="checkbox"/> ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยญาติ <input type="checkbox"/> ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น <input type="checkbox"/> การทำกายภาพบำบัดโดยญาติ <input type="checkbox"/> การทำกายภาพบำบัดโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น <input type="checkbox"/> การออกกำลังกาย <input type="checkbox"/> การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ <input type="checkbox"/> การสวมคัมถ์ <input type="checkbox"/> การนอนหลับ 	<p>(<u>อ.จิตร ตรีกรทผล</u>) บุคลากรด้านสุขภาพ (ชื่อ อปท. (ที่ อปท. แต่งตั้ง)).....</p> <p>ผู้รับผิดชอบ : (.....) อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น (ชื่อ เทศบาล / อบต.....)</p> <p>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติดูแล Care Plan ฉบับนี้</p> <p>1) ลงชื่อ <u>อ.อ. อ.อ. อ.อ.</u> (ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันเดือนปี :</p> <p>2) ลงชื่อ..... (ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันเดือนปี :</p> <p>.....</p>

- หมายเหตุ ๑. ใช้ข้อมูล Care Plan ในพื้นที่ และนำมาปรับปรุงเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกให้คณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลา เพื่อใช้ในการควบคุมการทำงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น โดยสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสม และให้แนบมาพร้อมกับแบบรายงานผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
๒. ผู้สูงอายุ ๑ คน ต่อ ๑ ชุด/๑ เดือน (จัดทำ ๒ ชุด เก็บไว้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ๑ ชุด ส่งให้สำนักงานส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดระยอง ๑ ชุด เพื่อเบิกค่าตอบแทน)
๓. ในการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นในพื้นที่ สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสมขึ้นอยู่ด้วยคำปรึกษาถึงสภาวะของผู้รับบริการดูแลเป็นสำคัญ