

# ด่วนที่สุด

ที่ กบ ๐๐๒๓.๓/ว ๕๐๗๒



ศาลากลางจังหวัดกระบี่

๙/๑๐ ถนนอุตรกิจ กบ ๘๑๐๐๐

พฤศจิกายน ๒๕๖๓

เรื่อง แนวทางการดำเนินโครงการอาสาสมัครบริหารท้องถิ่น เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพิ่มเติม

เรียน นายอำเภอ ทุกอำเภอ

อ้างถึง หนังสือจังหวัดกระบี่ ที่ กบ ๐๐๒๓.๓/ว ๕๐๗๒ ลงวันที่ ๑๖ ตุลาคม ๒๕๖๓

สิ่งที่ส่งมาด้วย แผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) จำนวน ๑ ชุด

ตามที่จังหวัดได้แจ้งแนวทางการดำเนินโครงการอาสาสมัครบริหารท้องถิ่น เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อแจ้งให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตพื้นที่ทราบและดำเนินการ รายละเอียดตามหนังสือที่อ้างถึงนั้น

จังหวัดได้รับแจ้งจากกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นว่า ได้รับแจ้งจากสำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดแนวทางการฝึกอบรมและการจ่ายค่าตอบแทนอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นตามแนวทางที่กำหนดไว้ว่าไม่มีความคล่องตัวและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ เพื่อให้การปฏิบัติงานของจังหวัดเป็นไปด้วยความเรียบร้อย จึงปรับปรุงแนวทางการดำเนินโครงการดังกล่าว เพิ่มเติม ดังนี้

## ๑. แนวทางการจ่ายค่าตอบแทนอาสาสมัครบริหารท้องถิ่น

ข้อ ๓.๑ วรรคท้าย เมื่อคำนวณเงินค่าตอบแทนแล้วเสร็จ ให้รายงานเสนอต่อปลัดเทศบาลหรือปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อรับรองเอกสารหลักฐานดังกล่าว เพื่อขอเบิกจ่ายเงินค่าตอบแทนอาสาสมัครบริหารท้องถิ่น แก่ไขเป็น เมื่อคำนวณเงินค่าตอบแทนแล้วเสร็จ ให้รายงานเสนอต่อปลัดเทศบาลหรือปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อรับรองเอกสารหลักฐานดังกล่าว และจัดทำเป็นหนังสือส่งให้สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด เพื่อดำเนินการเบิกจ่ายเงินค่าตอบแทนให้แก่อาสาสมัครบริหารท้องถิ่น

ข้อ ๓.๒ การเบิกจ่ายเงินให้แก่อาสาสมัครบริหารท้องถิ่น ให้เทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบล ขอเบิกเงินค่าตอบแทนที่ได้คำนวณไว้ตามข้อ ๔.๑ แก่ไขเป็น การเบิกจ่ายเงินให้แก่อาสาสมัครบริหารท้องถิ่น ให้เทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบล รับรองเอกสารหลักฐานค่าตอบแทนที่ได้คำนวณไว้ ตามข้อ ๔.๑ พร้อมสำเนาเอกสารหลักฐานบัญชีการลงเวลาการปฏิบัติหน้าที่

/๒.การจัดทำ...

๒. การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ให้คณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ดำเนินการตามแนวทางการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) รายละเอียดสิ่งที่ส่งมาด้วย สามารถดาวน์โหลดได้ที่เว็บไซต์ <https://qr.go.page.link/A&mZC> หรือ QR code ท้ายหนังสือนี้

ทั้งนี้ ขอให้แจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดส่งเอกสารประกอบการเบิกจ่ายเงิน ประกอบด้วย สำเนาแบบรายงานผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น และสำเนาเอกสารหลักฐานบัญชีการลงเวลาการปฏิบัติหน้าที่ ให้จังหวัดภายในวันที่ ๒๖ ของทุกเดือน

จึงเรียนมาเพื่อทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ



(นายสาโรจน์ ไชยมาตร)

ท้องถิ่นจังหวัดกระบี่ ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดกระบี่



สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด

กลุ่มงานส่งเสริมและพัฒนาท้องถิ่น

โทร/โทรสาร ๐ ๗๕๖๑ ๑๘๙๙

ตัวอย่าง-

การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่ภาวะพึ่งพิง (Care Plan) โดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

ข้อมูลผู้สูงอายุ : ชื่อ-สกุล ..... อายุ ..... ปี  
ที่อยู่ปัจจุบัน ..... ADL = .....  
ข้อมูลอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น : ชื่อ-สกุล ..... หมายเลขโทรศัพท์ ..... วัน/สัปดาห์ทำงาน .....  
ญาติผู้ดูแลประจำบ้าน ..... หมายเลขโทรศัพท์ ..... สิ่งที่ต้องการงาน .....

หมวด	กิจกรรม	เวลา	ความถี่
1. การดูแลกิจวัตรประจำวัน	<input type="radio"/> การอาบน้ำ อาบน้ำตามขอต่อร่างกายกับการนวดตัว <input type="radio"/> การช่วยยกล้อเคลื่อนย้าย หรือการพลิกคนเตียง	<input type="radio"/> ก่อนเวลา 08.00 น. <input type="radio"/> 08.00 - 09.00 น. <input type="radio"/> 09.00 - 10.00 น. <input type="radio"/> 10.00 - 11.00 น.	จำนวน ..... วัน/สัปดาห์
		<input type="radio"/> 11.00 - 12.00 น. <input type="radio"/> 12.00 - 13.00 น. <input type="radio"/> 13.00 - 14.00 น. <input type="radio"/> 14.00 - 15.00 น.	
		<input type="radio"/> 15.00 - 16.00 น. <input type="radio"/> หลังเวลา 16.00 น.	
		<input type="radio"/> ก่อนเวลา 08.00 น. <input type="radio"/> 08.00 - 09.00 น. <input type="radio"/> 09.00 - 10.00 น. <input type="radio"/> 10.00 - 11.00 น.	
<input type="radio"/> การช่วยเหลือรับประทานอาหาร	<input type="radio"/> การช่วยยกล้อเคลื่อนย้าย	<input type="radio"/> 11.00 - 12.00 น. <input type="radio"/> 12.00 - 13.00 น. <input type="radio"/> 13.00 - 14.00 น. <input type="radio"/> 14.00 - 15.00 น.	จำนวน ..... วัน/สัปดาห์
		<input type="radio"/> 15.00 - 16.00 น. <input type="radio"/> หลังเวลา 16.00 น.	
		<input type="radio"/> ก่อนเวลา 08.00 น. <input type="radio"/> 08.00 - 09.00 น. <input type="radio"/> 09.00 - 10.00 น. <input type="radio"/> 10.00 - 11.00 น.	
		<input type="radio"/> 11.00 - 12.00 น. <input type="radio"/> 12.00 - 13.00 น. <input type="radio"/> 13.00 - 14.00 น. <input type="radio"/> 14.00 - 15.00 น.	
<input type="radio"/> การช่วยเหลือการขับถ่าย	<input type="radio"/> การช่วยยกล้อเคลื่อนย้าย	<input type="radio"/> 15.00 - 16.00 น. <input type="radio"/> หลังเวลา 16.00 น.	จำนวน ..... วัน/สัปดาห์
		<input type="radio"/> ก่อนเวลา 08.00 น. <input type="radio"/> 08.00 - 09.00 น. <input type="radio"/> 09.00 - 10.00 น. <input type="radio"/> 10.00 - 11.00 น.	
		<input type="radio"/> 11.00 - 12.00 น. <input type="radio"/> 12.00 - 13.00 น. <input type="radio"/> 13.00 - 14.00 น. <input type="radio"/> 14.00 - 15.00 น.	
		<input type="radio"/> 15.00 - 16.00 น. <input type="radio"/> หลังเวลา 16.00 น.	
2. การดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน	<input type="radio"/> การพยาบาลขั้นพื้นฐาน	<input type="radio"/> ก่อนเวลา 08.00 น. <input type="radio"/> 08.00 - 09.00 น. <input type="radio"/> 09.00 - 10.00 น. <input type="radio"/> 10.00 - 11.00 น.	จำนวน ..... วัน/สัปดาห์
		<input type="radio"/> 11.00 - 12.00 น. <input type="radio"/> 12.00 - 13.00 น. <input type="radio"/> 13.00 - 14.00 น. <input type="radio"/> 14.00 - 15.00 น.	
		<input type="radio"/> 15.00 - 16.00 น. <input type="radio"/> หลังเวลา 16.00 น.	
		<input type="radio"/> ก่อนเวลา 08.00 น. <input type="radio"/> 08.00 - 09.00 น. <input type="radio"/> 09.00 - 10.00 น. <input type="radio"/> 10.00 - 11.00 น.	







หมวด	กิจกรรม	เวลา	ความถี่
<input type="radio"/> ฝึกอบรมด้านคุณภาพของสินค้าและบริการ <input type="radio"/> การพัฒนาแพทย์ <input type="radio"/> ประสานความร่วมมือช่วยเหลือและถวายเป็น หน่วยงานต่างๆ	<input type="radio"/> กทมเวลา 08.00 น. <input type="radio"/> 11.00 - 12.00 น. <input type="radio"/> 15.00 - 16.00 น. <input type="radio"/> เชียงใหม่เวลา 08.00 น. <input type="radio"/> 11.00 - 12.00 น. <input type="radio"/> 15.00 - 16.00 น. <input type="radio"/> นครราชสีมาเวลา 08.00 น. <input type="radio"/> 11.00 - 12.00 น. <input type="radio"/> 15.00 - 16.00 น. <input type="radio"/> อื่นๆ เช่น.....	<input type="radio"/> 08.00 - 09.00 น. <input type="radio"/> 12.00 - 13.00 น. <input type="radio"/> 16.00 น. <input type="radio"/> 09.00 - 09.00 น. <input type="radio"/> 12.00 - 13.00 น. <input type="radio"/> 16.00 น. <input type="radio"/> 08.00 - 09.00 น. <input type="radio"/> 12.00 - 13.00 น. <input type="radio"/> 15.00 - 16.00 น. <input type="radio"/> 08.00 - 09.00 น. <input type="radio"/> 12.00 - 13.00 น. <input type="radio"/> 15.00 - 16.00 น. <input type="radio"/> 08.00 - 09.00 น. <input type="radio"/> 12.00 - 13.00 น. <input type="radio"/> 15.00 - 16.00 น. <input type="radio"/> 08.00 - 09.00 น. <input type="radio"/> 12.00 - 13.00 น. <input type="radio"/> 15.00 - 16.00 น. <input type="radio"/> 09.00 - 10.00 น. <input type="radio"/> 10.00 - 11.00 น. <input type="radio"/> 13.00 - 14.00 น. <input type="radio"/> 14.00 - 15.00 น. <input type="radio"/> 10.00 - 11.00 น. <input type="radio"/> 11.00 - 12.00 น. <input type="radio"/> 13.00 - 14.00 น. <input type="radio"/> 14.00 - 15.00 น. <input type="radio"/> 16.00 น. <input type="radio"/> 16.00 น.	<input type="radio"/> จำนวน..... วัน/สัปดาห์ <input type="radio"/> จำนวน..... วัน/สัปดาห์ <input type="radio"/> จำนวน..... วัน/สัปดาห์
			<input type="radio"/> จำนวน..... วัน/สัปดาห์

หมายเหตุ การดำเนินการขอเสนอผู้สำเร็จการศึกษาที่จะเข้าเป็นต้นแบบโครงการบริการสุขภาพแก่คนในสถานศึกษาตามภาคส่วน เช่น นักวิทยาศาสตร์ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (Nurse) Care giver ฯลฯ ในตัวโรงเรียนหรือสถานศึกษาอื่น ๆ เป็นต้น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นจำเป็นต้องประสานความร่วมมือกับหน่วยงานสาธารณสุขหรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การจัดทำแผนการดูแล (Care Plan) และการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่ด้อยความสามารถจะเป็นไปได้อย่างดีเยี่ยม

พื้นที่ องค์การบริหารส่วนตำบล (เทศบาล / อบต.) ชื่อ..... อำเภอ..... จังหวัดกระบี่

คำชี้แจง ให้ใส่ ✓ และตัวเลข หน้าหัวข้อรายการที่ต้องการตรงกับสภาพผู้สูงอายุ

ชื่อผู้สูงอายุ : เลขบัตรประจำตัวประชาชน : วันเดือนปีเกิด : อาศัย :	ที่อยู่ : เบอร์โทรศัพท์ :	ภูมิลำเนา : ADL=      TAI=      กลุ่มที่ : ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ : ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ตั้งต้นจากที่เป็นอยู่ อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น	แนวนโยบายการใช้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) <input type="checkbox"/> กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ <input type="checkbox"/> ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง <input type="checkbox"/> ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ <input type="checkbox"/> ที่อยู่อาศัยเหมาะสม <input type="checkbox"/> มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ <input type="checkbox"/> เงินได้โดยไม่ใช่อุปกรณ์ <input type="checkbox"/> ไม่มีภาวะซึมเศร้า <input type="checkbox"/> ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ <input type="checkbox"/> ไม่เกิดแผลกดทับ	ข้อควรระวังในการให้บริการ <input type="checkbox"/> การกินอาหาร/สำลักอาหาร <input type="checkbox"/> การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย <input type="checkbox"/> การพลัดตกหกล้ม <input type="checkbox"/> การทำอันตราย/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา <input type="checkbox"/> /การแพ้ยา <input type="checkbox"/> การหลงทาง <input type="checkbox"/> ซัดขีด/หรือข้อเท้าตก <input type="checkbox"/> บ่อน้ำหรือภาชนะแตกชำรุดอื่น ๆ <input type="checkbox"/> ผู้สูงอายุถูกทำร้าย <input type="checkbox"/> อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ฆมน้ำ
ญาติ : อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเป็นไปของผู้สูงอายุที่ดูแล อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลเปลี่ยน อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่ อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น/กายอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ฝักอ้อม ชุดทำแผล เตียง ที่นอนลม.....		

**ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต**

<input type="checkbox"/>	กลิ่นับสภาวะไม่ได้
<input type="checkbox"/>	กลิ่นลำบาก
<input type="checkbox"/>	ความสามารถในการมองเห็น
<input type="checkbox"/>	ความสามารถในการได้ยิน
<input type="checkbox"/>	ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต
<input type="checkbox"/>	ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ
<input type="checkbox"/>	ช่องปากไม่สะอาด
<input type="checkbox"/>	ปัญหาด้านความเจ็บ/ทรมาน/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ
<input type="checkbox"/>	มีความอ่อนแอของกำลังแขนขา
<input type="checkbox"/>	มีความเจ็บปวดบริเวณพื้นและเหนือปากบวมแห้ง
<input type="checkbox"/>	รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา
<input type="checkbox"/>	สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้
<input type="checkbox"/>	ลักษณะที่อยู่อาศัย
<input type="checkbox"/>	ไม่สามารถทานอาหารเองได้
<input type="checkbox"/>	ไม่สามารถอาบน้ำเองได้
<input type="checkbox"/>	ไม่สามารถเดินได้โดยลำพังต้องมีคนช่วยพยุง

**บริการอื่นๆ**

<input type="checkbox"/>	ครอบครัวให้การช่วยเหลือถึงจุดบรรจบประจำวัน/คำวินิจฉัย/คำการวินิจฉัย
<input type="checkbox"/>	พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดขึ้นชุมชนเช่นชมรมผู้สูงอายุ/
<input type="checkbox"/>	โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศูนย์พัฒนาและฝึกอบรมผู้สูงอายุ

<input type="checkbox"/>	รถรับส่งไปสถานบริการ(ให้มีตัวเล็กรถระหว่าง สธ./อปท./อื่นๆ)
<input type="checkbox"/>	ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดลอมที่เหมาะสม
<input type="checkbox"/>	ได้รับการส่งเสริมอาชีพ
<input type="checkbox"/>	ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมสหวิชาชีพภาครัฐและเอกชน

**เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น 3 เดือน**

<input type="checkbox"/>	ได้รับการดูแลอาหารถูกต้องและครบถ้วน
<input type="checkbox"/>	ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
<input type="checkbox"/>	ฟื้นฟูสภาพของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น 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/ศ
<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/ศ
<input type="checkbox"/>	อาการหลังถึงขั้นภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
<input type="checkbox"/>	ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
<input type="checkbox"/>	ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ทานข้าวเองได้ขับถ่ายเองได้ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
<input type="checkbox"/>	ประสานงานกับบุคลากรในพื้นที่ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน
<input type="checkbox"/>	.....
<input type="checkbox"/>	.....

**บริการนอกเหนือรายการสัปดาห์(รวมการช่วยเหลือ)**

**ของศรอปครัวและ Informal )**

<b>* อุปกรณ์ทางการแพทย์</b>		
Syrings	<input type="checkbox"/>	เตียง
Urine bag	<input type="checkbox"/>	ที่นอนลม
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	<input type="checkbox"/>	.....

**\* กายอุปกรณ์**

<input type="checkbox"/>	กระดานบริหารข้อเท้า
<input type="checkbox"/>	กระดานข้อเลื่อน
<input type="checkbox"/>	ตุ้มเบลยกน้ำหนัก
<input type="checkbox"/>	ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก
<input type="checkbox"/>	รถเข็นนั่ง
<input type="checkbox"/>	ไม้เท้ายัน
<input type="checkbox"/>	ไม้เท้าช่วยพยุง
<input type="checkbox"/>	ไม้ฝึกกำลังแขน
<input type="checkbox"/>	ไม้ยืนค้ำ
<input type="checkbox"/>	รถเข็นล้อสามล้อ
<input type="checkbox"/>	ราวฝึกยืนและเดิน
<input type="checkbox"/>	.....
<input type="checkbox"/>	.....

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



<b>กิจกรรมการดูแล(ต่อ)</b>		<b>ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)</b>
การบริการรับ-ส่งยา รวมทั้งนำผลการตรวจเข้าพบแพทย์/จนท.สาสุข		
การบริการปรึกษา-จ่ายวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ให้ผู้ป่วย เช่น ชุดผ้าแผล.....		
การบริการพาหนะรับส่งผู้ป่วย		
การส่งเครื่องช่วยการดูแลผู้ป่วย		
การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแกดล้อมให้เหมาะสมป้องกันอุบัติเหตุ		
การเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาล		
การจัดอาหารการบริโภคน้ำในผู้ป่วยระยะสุดท้าย		
การส่งตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา		
<b>กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต</b>		
พักผ่อน		
ล้างหน้า		
ดูแลเตรียมอาหาร บ้วน/ให้อาหารทางสายยางเข้าเพียงและเย็นโดยญาติ		
ดูแลเตรียมอาหาร บ้วน/ให้อาหารทางสายยางเข้าเพียงและเย็น โดย		
อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น		
ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยญาติ		
ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น		
การทำกายภาพบำบัดโดยญาติ		
การทำกายภาพบำบัดโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น		
การออกกำลังกาย		
การออกกำลังกายโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น		
การออกกำลังกาย		
การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ		
การสวนมดต์		
การนอนหลับ		
.....		

**ผู้จัดทำ :**  
(.....)

เลขที่คณะกรรมการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)  
(ใส่ชื่อเทศบาล/อบต.)

**ผู้รับผิดชอบ :**  
(.....)

อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น  
(ใส่ชื่อ เทศบาล / อบต.)

**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan ฉบับนี้**  
1)ลงชื่อ.....(ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันที่.....  
2)ลงชื่อ.....(ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันที่.....

หมายเหตุ Care Plan ได้รับความร่วมมือจากกรรมการอนามัยและแนะนำมาปรับปรุงเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกให้คณะกรรมการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลฯ เพื่อให้ในการดูแลสุขภาพของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น