



**สภ.ภ.**  
กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น

# รายงานผล

## โครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลอื่นที่มีภาวะปัญญา การถดถอยหรือออทิสติกหรือออธออทิสติก ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (กลุ่มบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC)) ระยะเวลา 1 สิงหาคม 2568 ถึง 30 กันยายน 2568



สำนักปลัด

องค์การบริหารส่วนตำบลเขาพิงควาย  
หมู่ 2 ถนน สุราษฎร์-ตะกั่วป่า ต.เขาพิงควาย อ.พุนพิน จ. สุราษฎร์ธานี 84130

โทรศัพท์ : 077-319655 โทรสาร : 077-319655

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ : KAOHUAKHWACITY@HOTMAIL.COM



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ องค์การบริหารส่วนตำบลเขาหัวควาย สำนักปลัด

ที่ สฎ ๗๑๓๐๑/๕๖๔

วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๘

เรื่อง รายงานผลการดำเนินโครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ (กลุ่มบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC))

เรียน นายองค์การบริหารส่วนตำบลเขาหัวควาย

ตามที่ สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลเขาหัวควาย ได้รับการอนุมัติแผนสุขภาพชุมชน และอนุมัติให้ดำเนินโครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ (กลุ่มบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC)) จากกองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลเขาหัวควาย ตามมติการประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ เมื่อวันที่ ๑๐ มกราคม ๒๕๖๘ นั้น

บัดนี้ การดำเนินโครงการดังกล่าว ได้สำเร็จเรียบร้อยตามวัตถุประสงค์แล้ว จึงขอรายงานผลการดำเนินโครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ (กลุ่มบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC)) รายละเอียดตามที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(นางนิสภานันท์ นามมัน)

นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ

ความเห็นหัวหน้าสำนักปลัด

- เพื่อโปรดทราบ

(นางวรรณชนก มนต์เลี้ยง)

หัวหน้าสำนักปลัด

ความเห็นปลัดอบต.

- เพื่อโปรดทราบ

(นางสาวณัฐา ศรีแพรศรี)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลเขาหัวควาย

ความเห็นนายกอบต.

- ทราบ
- อนุมัติ



(นายสุเมธ เย็นมาก)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลเขาหัวควาย



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ องค์การบริหารส่วนตำบลเขาหัวควาย สำนักปลัด

ที่ สฎ ๗๑๓๐๑/๕๖๒

วันที่ ๒๙ กันยายน ๒๕๖๘

เรื่อง การขออนุมัติมอบผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ กรณีได้รับคืนจากผู้เสียชีวิต และผู้แจ้งย้ายออกจากพื้นที่

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลเขาหัวควาย

ตามที่ สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลเขาหัวควาย ได้กำหนดจัดทำโครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ ตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ ๒ พฤษภาคม ๒๕๖๕ และประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๕ สำหรับบริการผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองซับการถ่าย และผ้าอ้อมทางเลือก โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลเขาหัวควาย จำนวน ๒ โครงการ ดังนี้

๑. โครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ (กลุ่มบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้) และมีผู้ได้รับผ้าอ้อมฯ จำนวน ๗ ราย ซึ่งในระหว่างการดำเนินโครงการฯ ได้มีผู้ย้ายออกจากพื้นที่ตำบลเขาหัวควาย จำนวน ๑ ราย และ ผู้เสียชีวิตจำนวน ๒ ราย คือ

๑.๑ นายหล้า ชุมแก้ว ได้รับแจ้งทางโทรศัพท์จากญาติชื่อคุณนัฐชา ชุมแก้ว แจ้งว่าย้ายไปอยู่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ตั้งแต่เดือนมกราคม ๒๕๖๘ จึงมีผ้าอ้อม ไชส์ L ที่ไม่ได้เบิกจ่ายให้บุคคลรายดังกล่าว ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ - เดือนกันยายน ๒๕๖๘ จำนวน ๗๒๖ ชิ้น

๑.๒ นางจินดา เทพภิพา เสียชีวิตเมื่อวันที่ ๑๒ มกราคม ๒๕๖๘ จึงมีผ้าอ้อม ไชส์ L ที่ไม่ได้เบิกจ่ายให้บุคคลรายดังกล่าว ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ - เดือนกันยายน ๒๕๖๘ จำนวน ๗๒๖ ชิ้น

๑.๓ นางสุภาภรณ์ อินทโสธร เสียชีวิตเมื่อวันที่ ๕ มีนาคม ๒๕๖๘ จึงมีผ้าอ้อม ไชส์ M ที่ไม่ได้เบิกจ่ายให้บุคคลรายดังกล่าว ตั้งแต่เดือนเมษายน - เดือนกันยายน ๒๕๖๘ จำนวน ๕๔๔ ชิ้น

๒. โครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ (กลุ่มบุคคลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC)) และมีผู้ได้รับผ้าอ้อมฯ จำนวน ๙ ราย ซึ่งในระหว่างการดำเนินโครงการฯ ได้มีผู้เสียชีวิตจำนวน ๑ ราย คือ

๒.๑ นายสมปอง ชื่นสกุล เสียชีวิตเมื่อวันที่ ๔ สิงหาคม ๒๕๖๘ จึงมีผ้าอ้อม ไชส์ L ที่ญาติส่งคืน จำนวน ๘๔ ชิ้น และที่ ไม่ได้เบิกจ่ายให้บุคคลรายดังกล่าว ของเดือนกันยายน ๒๕๖๘ จำนวน ๙๐ ชิ้น รวมจำนวน ๑๗๔ ชิ้น

ดังนั้น จะมีจำนวนผ้าอ้อมที่ไม่ได้เบิกจ่ายและได้รับคืนดังนี้ ไชส์ M จำนวน ๕๔๔ ชิ้น ไชส์ L จำนวน ๑,๖๒๖ ชิ้น สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลเขาหัวควาย เห็นว่าควรมอบผ้าอ้อมฯ ตามจำนวนดังกล่าว ให้กับผู้ที่ได้รับผ้าอ้อมรายเก่าตามโครงการฯ เพื่อใช้ประโยชน์ในห้วงเวลาที่ยังมิได้มีการดำเนินโครงการของปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ จำนวน ๑๐ ราย คือ

๑. นางกิมซ็อง ปลอดภัย อายุ ๙๕ ปี อยู่บ้านเลขที่ ๑๘๔ หมู่ที่ ๔ ตำบลเขาหัวควาย ได้รับผ้าอ้อมไชส์ M จำนวน ๒๗๔ ชิ้น

๒. ด.ช.ชัชฌวงค์ เดชผล อายุ ๒๔ ปี อยู่บ้านเลขที่ ๓๒ หมู่ที่ ๔ ตำบลเขาหัวควาย ได้รับ  
ผ้าอ้อมไซส์ M จำนวน ๒๗๕ ชิ้น

๓. นางสาวสุรินทร์ จันทรัตน์ อายุ ๗๕ ปี อยู่บ้านเลขที่ ๒๕ หมู่ที่ ๒ ตำบลเขาหัวควาย ได้รับ  
ผ้าอ้อมไซส์ L จำนวน ๒๐๓ ชิ้น

๔. นายประสงค์ เบลูจกกาญจน์ อายุ ๙๘ ปี อยู่บ้านเลขที่ ๙๒ หมู่ที่ ๒ ตำบลเขาหัวควาย  
ได้รับผ้าอ้อมไซส์ L จำนวน ๒๐๓ ชิ้น

๕. นางสมปอง สังข์ช่วย อายุ ๗๕ ปี อยู่บ้านเลขที่ ๓๕/๑ หมู่ที่ ๑ ตำบลเขาหัวควาย ได้รับ  
ผ้าอ้อมไซส์ L จำนวน ๒๐๓ ชิ้น

๖. นางสาวสุรินทร์ ทองเอียง อายุ ๖๙ ปี อยู่บ้านเลขที่ ๑๖๗ หมู่ที่ ๑ ตำบลเขาหัวควาย  
ได้รับผ้าอ้อมไซส์ L จำนวน ๒๐๓ ชิ้น

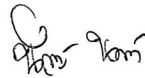
๗. นางเจียน เขาโพธิ์ อายุ ๙๒ ปี อยู่บ้านเลขที่ ๓๒ หมู่ที่ ๒ ตำบลเขาหัวควาย ได้รับ  
ผ้าอ้อมไซส์ L จำนวน ๒๐๓ ชิ้น

๘. นายวิรัช ศรีสุพรรณ อายุ ๕๓ ปี อยู่บ้านเลขที่ ๖๒/๑ หมู่ที่ ๒ ตำบลเขาหัวควาย ได้รับ  
ผ้าอ้อมไซส์ L จำนวน ๒๐๓ ชิ้น

๙. นางสาวจริยา เอกอินทร์ อายุ ๖๐ ปี อยู่บ้านเลขที่ ๙๖/๑ หมู่ที่ ๒ ตำบลเขาหัวควาย  
ได้รับผ้าอ้อมไซส์ L จำนวน ๒๐๓ ชิ้น

๑๐. นางเล็ก ชุมพินิจ อายุ ๘๐ ปี อยู่บ้านเลขที่ ๓๒ หมู่ที่ ๔ ตำบลเขาหัวควาย ได้รับผ้าอ้อม  
ไซส์ L จำนวน ๒๐๕ ชิ้น

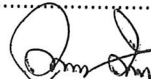
จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณา



(นางนิสภานันท์ นามมัน)  
นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ

ความเห็นหัวหน้าสำนักปลัด


- .....เพื่อโปรดทราบและพิจารณา



(นางวรรณชนก มนต์เลี้ยง)  
หัวหน้าสำนักปลัด

ความเห็นปลัดอบต.

- .....




(นางสาวนุฎฐา ศรีแพรศรี)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลเขาหัวควาย

ความเห็นนายกอบต.

- ทราบ
- อนุมัติ
- .....



(นายสุเมธ เย็นมาก)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลเขาหัวควาย



คำร้องที่ 412/2568

## มรณบัตร

สำนักทะเบียน อำเภอพุนพิน

เลขที่ 02-84177659

1. ผู้ตาย	1.1 ชื่อตัว - ชื่อสกุล นางจินดา เทพกีฬา	1.2 เลขประจำตัวประชาชน 3-8417-00221-41-5	1.3 เพศ หญิง	1.4 อายุ 66 ปี
	1.5 สัญชาติ ไทย	1.6 อาชีพ ทำสวน	1.7 สถานภาพการสมรส สมรส	
	1.8 ที่อยู่ 53 หมู่ที่ 2 ต.เขาหัวควาย อ.พุนพิน จ.สุราษฎร์ธานี			
2. รายการตาย	2.1 ตายเมื่อ 12 มกราคม 2568 เวลา 09:55 น.	2.2 ผู้รักษาก่อนตาย ไม่มี		
	2.3 หนังสือรับรองการตาย ไม่มี	2.4 สาเหตุการตาย มะเร็งปอด		
3. สถานที่ตาย	3.1 ชื่อสถานที่ ที่อยู่ บ้าน 53 หมู่ที่ 2 ต.เขาหัวควาย อ.พุนพิน จ.สุราษฎร์ธานี		3.2 พักอยู่สถานที่ตายนาน 45 ปี - เดือน - วัน	
4. มารดาบิดาของผู้ตาย	4.1 ชื่อตัว - ชื่อสกุล นางกิมเลี่ยน		4.2 เลขประจำตัวประชาชนมารดา —	
	4.3 ชื่อตัว - ชื่อสกุล นายชม		4.4 เลขประจำตัวประชาชนบิดา —	
5. ผู้แจ้งการตาย	5.1 ชื่อตัว - ชื่อสกุล นายไกรภพ เทพกีฬา		5.2 เลขประจำตัวประชาชน 3-8417-00225-57-7	
	5.3 ที่อยู่ 53 หมู่ที่ 2 ต.เขาหัวควาย อ.พุนพิน จ.สุราษฎร์ธานี		5.4 ความสัมพันธ์เป็น บุตร	
6. ศพ	6.1 จัดการศพโดย เผา	6.2 สถานที่ วัดสันติคีรีรมย์ ต.เขาหัวควาย อ.พุนพิน จ.สุราษฎร์ธานี		
ในรับแจ้งการตาย มี เลขที่ 26/2568		8. วันที่รับแจ้งการตาย 17 มกราคม 2568		
ลงชื่อ ไกรภพ เทพกีฬา (นายไกรภพ เทพกีฬา) ผู้แจ้งการตาย		ลงชื่อ ..... (น.ส.บุญทริกา มั่งมี) เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน		ลงชื่อ ..... (นายประเสริฐ พรไชย) นายทะเบียนผู้รับแจ้งการตาย
การเปลี่ยนแปลงการจัดการศพ		ลงชื่อ ..... นายทะเบียน ..... ผู้รับแจ้งการเปลี่ยนแปลง		

26/68 bmt



สำนักทะเบียน อำเภอพุนพิน

มรณบัตร

เลขที่ 02-84177727

1. ผู้ตาย	1.1 ชื่อตัว - ชื่อสกุล นางสุภาภรณ์ อินทโสธร	1.2 เลขประจำตัวประชาชน 3-8417-00403-29-7	1.3 เพศ หญิง	1.4 อายุ 59 ปี
	1.5 สัญชาติ ไทย	1.6 อาชีพ ไม่ได้ทำงาน	1.7 สถานภาพการสมรส หย่า	
	1.8 ที่อยู่ 214 หมู่ที่ 4 ต.เขาหัวควาย อ.พุนพิน จ.สุราษฎร์ธานี			
2. รายการตาย	2.1 ตายเมื่อ 5 มีนาคม 2568 เวลา 04:00 น.	2.2 ผู้รักษาก่อนตาย แพทย์แผนปัจจุบัน		
	2.3 หนังสือรับรองการตาย มี เลขที่ 21/68	2.4 สาเหตุการตาย แผลกดทับติดเชื้อบริเวณก้นกบ		
3. สถานที่ตาย	3.1 ชื่อสถานที่ ที่อยู่ บ้าน 214 หมู่ที่ 4 ต.เขาหัวควาย อ.พุนพิน จ.สุราษฎร์ธานี		3.2 พักอยู่สถานที่ตายนาน - ปี - เดือน 1 วัน	
4. มารดา บิดา ของผู้ตาย	4.1 ชื่อตัว - ชื่อสกุล กิมเสียน	4.2 เลขประจำตัวประชาชนมารดา 3-8417-00403-27-1		
	4.3 ชื่อตัว - ชื่อสกุล เนียม	4.4 เลขประจำตัวประชาชนบิดา 3-8417-00403-26-2		
5. ผู้แจ้งการตาย	5.1 ชื่อตัว - ชื่อสกุล นายกิตติพันธ์ เศรษฐภักดิ์	5.2 เลขประจำตัวประชาชน 1-8401-00403-53-1		
	5.3 ที่อยู่ 121/491 หมู่ที่ 13 ต.ประสงค์ อ.ท่าชนะ จ.สุราษฎร์ธานี		5.4 ความเกี่ยวพันเป็นบุตร	
6. ศพ	6.1 จัดการศพโดย เผา	6.2 สถานที่ เมรุวัดสันติคีรีรมย์ หมู่ที่ 2 ต.เขาหัวควาย อ.พุนพิน จ.สุราษฎร์ธานี		

7. ใบรับแจ้งการตาย ไม่มี 8. วันที่รับแจ้งการตาย 6 มีนาคม 2568

ลงชื่อ กิตติพันธ์ เศรษฐภักดิ์ (นายกิตติพันธ์ เศรษฐภักดิ์) ผู้แจ้งการตาย	ลงชื่อ [Signature] (นางปิ่นทชชนิด ขาดิรักษา) เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน	ลงชื่อ [Signature] (นายประเสริฐ พรไชย) นายทะเบียนผู้รับแจ้งการตาย
---	---	---

การเปลี่ยนแปลงการจัดการศพ

ลงชื่อ ..... นายทะเบียน .....

ผู้รับแจ้งการเปลี่ยนแปลง

5 สิงหาคม 2568

กิตติพันธ์ เศรษฐภักดิ์



คำร้องที่ 5066/2568

มรณบัตร

สำนักทะเบียน อำเภอพุนพิน

เลขที่ 02-84177920

1. ผู้ตาย	1.1 ชื่อตัว - ชื่อสกุล นายสมปอง ชื่นสกุล	1.2 เลขประจำตัวประชาชน 3-7706-00103-56-9	1.3 เพศ ชาย	1.4 อายุ 80 ปี
	1.5 สัญชาติ ไทย	1.6 อาชีพ ข้าราชการบำนาญ	1.7 สถานภาพการสมรส หม้าย	
	1.8 ที่อยู่ 75/1 หมู่ที่ 2 ต.เขาหัวควาย อ.พุนพิน จ.สุราษฎร์ธานี			
2. รายการตาย	2.1 ตายเมื่อ 4 สิงหาคม 2568 เวลา 03:00 น.		2.2 ผู้รักษาก่อนตาย ไม่มี	
	2.3 หนังสือรับรองการตาย ไม่มี		2.4 สาเหตุการตาย สมองวัยชรา	
3. สถานที่ตาย	3.1 ชื่อสถานที่ ที่อยู่ บ้าน 75/1 หมู่ที่ 2 ต.เขาหัวควาย อ.พุนพิน จ.สุราษฎร์ธานี		3.2 พักอยู่สถานที่ตายนาน 20 ปี - เดือน - วัน	
4. มารดา บิดา ของผู้ตาย	4.1 ชื่อตัว - ชื่อสกุล นางหยิบ <i>เสี้ยวคันธ์ จันทร์ภา</i>		4.2 เลขประจำตัวประชาชนมารดา 3-7706-00103-54-2	
	4.3 ชื่อตัว - ชื่อสกุล นายอ่อน		4.4 เลขประจำตัวประชาชนบิดา —	
5. ผู้แจ้งการตาย	5.1 ชื่อตัว - ชื่อสกุล นายณรินทร์ สายรินทร์		5.2 เลขประจำตัวประชาชน 3-8417-00524-74-4	
	5.3 ที่อยู่ 75/3 หมู่ที่ 2 ต.เขาหัวควาย อ.พุนพิน จ.สุราษฎร์ธานี		5.4 ความเกี่ยวพันเป็น ญาติ (หลาน)	
6. ศพ	6.1 จัดการศพโดย เผา	6.2 สถานที่ วัดสันติคีรีมรณีย์ ต.เขาหัวควาย อ.พุนพิน จ.สุราษฎร์ธานี		
ใบรับแจ้งการตาย มี เลขที่ 292/2568		8. วันที่รับแจ้งการตาย 6 สิงหาคม 2568		
ชื่อ ..... <i>ณรินทร์ สายรินทร์</i> ..... (นายณรินทร์ สายรินทร์) ผู้แจ้งการตาย		ลงชื่อ ..... <i>[Signature]</i> ..... (นายนพดล แสงจำนงค์) เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน		ลงชื่อ ..... <i>[Signature]</i> ..... (นางแพรวพรรณ อ่วมทองดี) นายทะเบียนผู้รับแจ้งการตาย
การเปลี่ยนแปลงการจัดการศพ		ลงชื่อ ..... นายทะเบียน ..... ผู้รับแจ้งการเปลี่ยนแปลง		



ใบลงลายมือชื่อผู้รับมอบผ้าอ้อมฯ กรณีได้รับคืนจากผู้เสียชีวิต และผู้ย้ายออกจากพื้นที่ตำบลเขาหัวควาย  
โครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงและ  
บุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้

๑. นางกิมซ็อง ปลอดภัย อายุ ๙๕ ปี อยู่บ้านเลขที่ ๑๘๔ หมู่ที่ ๔ ตำบลเขาหัวควาย ได้รับผ้าอ้อมไซส์ M จำนวน ๒๗๔ ชิ้น ลงชื่อ กิมซ็อง ปลอดภัย ผู้รับมอบ
๒. ด.ช.ชัชฎวงค์ เดชผล อายุ ๒๔ ปี อยู่บ้านเลขที่ ๓๒ หมู่ที่ ๔๒ ตำบลเขาหัวควาย ได้รับผ้าอ้อมไซส์ M จำนวน ๒๗๕ ชิ้น ลงชื่อ ด.ช. พงศา วัฒน ผู้รับมอบ
๓. นางสาวรินทร์ จันทรัตน์ อายุ ๗๕ ปี อยู่บ้านเลขที่ ๒๕ หมู่ที่ ๒ ตำบลเขาหัวควาย ได้รับผ้าอ้อมไซส์ L จำนวน ๒๐๓ ชิ้น ลงชื่อ สุวิทย์ งาม ผู้รับมอบ
๔. นายประสงค์ เบญจกาญจน์ อายุ ๙๘ ปี อยู่บ้านเลขที่ ๙๒ หมู่ที่ ๒ ตำบลเขาหัวควาย ได้รับผ้าอ้อมไซส์ L จำนวน ๒๐๓ ชิ้น ลงชื่อ ประสงค์ เบญจกาญจน์ ผู้รับมอบ
๕. นางสมปอง สัจช่วย อายุ ๗๕ ปี อยู่บ้านเลขที่ ๓๕/๑ หมู่ที่ ๑ ตำบลเขาหัวควาย ได้รับผ้าอ้อมไซส์ L จำนวน ๒๐๓ ชิ้น ลงชื่อ สมปอง สัจช่วย ผู้รับมอบ
๖. นางสาวสุรินทร์ ทองเอียง อายุ ๖๙ ปี อยู่บ้านเลขที่ ๑๖๗ หมู่ที่ ๑ ตำบลเขาหัวควาย ได้รับผ้าอ้อมไซส์ L จำนวน ๒๐๓ ชิ้น ลงชื่อ สุรินทร์ ทองเอียง ผู้รับมอบ
๗. นางเจียน เขาโพธิ์ อายุ ๙๒ ปี อยู่บ้านเลขที่ ๓๒ หมู่ที่ ๒ ตำบลเขาหัวควาย ได้รับผ้าอ้อมไซส์ L จำนวน ๒๐๓ ชิ้น ลงชื่อ เจียน เขาโพธิ์ ผู้รับมอบ
๘. นายวิรัช ศรีสุพรรณ อายุ ๕๓ ปี อยู่บ้านเลขที่ ๖๒/๑ หมู่ที่ ๒ ตำบลเขาหัวควาย ได้รับผ้าอ้อมไซส์ L จำนวน ๒๐๓ ชิ้น ลงชื่อ วิรัช ศรีสุพรรณ ผู้รับมอบ
๙. นางสาวจรรยา เอกอินทร์ อายุ ๖๐ ปี อยู่บ้านเลขที่ ๙๖/๑ หมู่ที่ ๒ ตำบลเขาหัวควาย ได้รับผ้าอ้อมไซส์ L จำนวน ๒๐๓ ชิ้น ลงชื่อ จรรยา เอกอินทร์ ผู้รับมอบ
๑๐. นางเล็ก ชุมพินิจ อายุ ๘๐ ปี อยู่บ้านเลขที่ ๓๒ หมู่ที่ ๔ ตำบลเขาหัวควาย ได้รับผ้าอ้อม ไซส์ L จำนวน ๒๐๕ ชิ้น ลงชื่อ น.ส. พงศา วัฒน ผู้รับมอบ

ภาพกิจกรรมส่งมอบผ้าอ้อมสำเร็จรูป  
กรณีได้รับคืนจากผู้เสียชีวิตและผู้ที่ย้ายออกจากพื้นที่ตำบลเขาหัวควาย  
โครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่  
สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้



นางสุรินทร์ จันทร์ตัน  
๒๕ หมู่ที่ ๒ ต.เขาหัวควาย



นายประสงค์ เเบญจกาญจน์  
๙๒ หมู่ที่ ๒ ต.เขาหัวควาย



นางกิมซ็อง ปลอดภัย  
๑๘๔ หมู่ที่ ๔ ต.เขาหัวควาย

ภาพกิจกรรมส่งมอบผ้าอ้อมสำเร็จรูป  
กรณีได้รับคืนจากผู้เสียชีวิตและผู้ที่ย้ายออกจากพื้นที่ตำบลเขาหัวควาย  
โครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่  
สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้  
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568  
(กลุ่มบุคคลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC))



นางสมปอง สังข์ช่วย  
๓๕/๑ หมู่ที่ ๑ ต.เขาหัวควาย



น.ส.สุรินทร์ ทองเอียง  
๑๖๗ หมู่ที่ ๑ ต.เขาหัวควาย



นางเจียน เขาโพธิ์  
๓๒ หมู่ที่ ๒ ต.เขาหัวควาย



นายวิรัช ศรีสุพรรณ  
๖๒/๑ หมู่ที่ ๒ ต.เขาหัวควาย



น.ส.จรรยา เอกอินทร์  
๕๖/๑ หมู่ที่ ๒ ต.เขาหัวควาย



นางเล็ก ชุมพินิจ  
ด.ช.ชิษณุวงศ์ เดชผล  
๓๒ หมู่ที่ ๔ ต.เขาหัวควาย



## ใบลงลายมือชื่อผู้รับมอบผ้าอ้อมสำเร็จรูป

โครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่

สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลืนปัสสาวะหรือจากระมัดไม่ได้

ระยะเวลา 1 สิงหาคม 2568 ถึง 30 กันยายน 2568 (จำนวน 61 วัน กำหนดให้ 3 ขึ้นต่อวัน)

ประจำเดือน ..... สิงหาคม... 2568 จำนวน ...31 ...วัน

วันที่รับมอบ ...31..... เดือน..... กรกฎาคม..... พ.ศ. 2568

นางสมบอง สิงช่วย (วันที่รับมอบ 31 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2568)

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	อายุ (ปี)	ที่อยู่	ไซส์ผ้าอ้อม	จำนวน (ชิ้น)	ลายมือชื่อผู้รับ	หมายเลข
1	นางสมบอง สิงช่วย (9)	75	35/1 หมู่ที่ 1 ตำบลเขาหัวควาย	L	93	สมบอง	098-2837010
2	น.ส.สุรินทร์ ทองเอียง (8)	69	167 หมู่ที่ 1 ตำบลเขาหัวควาย	L	93	สุรินทร์ (1/1/2)	098-0498262
3	นางเจียน เขาโพธิ์ (10)	92	32 หมู่ที่ 2 ตำบลเขาหัวควาย	L	93	เจียน	082-2707607
4	นายวีรัช ศรีสุพรรณ (5)	53	62/1 หมู่ที่ 2 ตำบลเขาหัวควาย	L	93	วีรัช	065-4028110
5	นายสมบอง ชื่นสกุล (6)	80	75/1 หมู่ที่ 2 ตำบลเขาหัวควาย	L	93	ชื่นสกุล	084-0528501
6	น.ส.จิริยา เอกอินทร์ (4)	60	96/1 หมู่ที่ 2 ตำบลเขาหัวควาย	L	93	จิริยา	089-5947743
7	นางเล็ก ชุมพินิจ (6)	80	32 หมู่ที่ 4 ตำบลเขาหัวควาย	L	93	เล็ก	089-5904235
8	ด.ช.ชัชฌวงค์ เดชผล	24	32 หมู่ที่ 4 ตำบลเขาหัวควาย	M	93	ชัชฌวงค์	089-5304235
9	ด.ญ.ธัญญาภรณ์ พ่วงโสม (6)	5	72/4 หมู่ที่ 4 ตำบลเขาหัวควาย	L เด็ก	93	ธัญญาภรณ์	082-3487414
				รวม	837		

ภาพกิจกรรมส่งมอบผ้าอ้อมสำเร็จรูป  
 โครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่  
 สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้  
 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568  
 (กลุ่มบุคคลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC))  
 ประจำเดือนสิงหาคม ๒๕๖๘



นางสมปอง สິงษ์ช่วย  
 ๓๕/๑ หมู่ที่ ๑ ต.เขาหัวควาย



น.ส.สุรินทร์ ทองเอียง  
 ๑๖๗ หมู่ที่ ๑ ต.เขาหัวควาย



นางเจียน เขาโพธิ์  
 ๓๒ หมู่ที่ ๒ ต.เขาหัวควาย



นายวิรัช ศรีสุพรรณ  
 ๖๒/๑ หมู่ที่ ๒ ต.เขาหัวควาย



นายสมปอง ชื่นสกุล  
๗๕/๑ หมู่ที่ ๒ ต.เขาหัวควาย



น.ส.จริญญา เอกอินทร์  
๙๖/๑ หมู่ที่ ๒ ต.เขาหัวควาย



นางเล็ก ชุมพินิจ  
ด.ช.ชัชฌวงค์ เดชผล  
๓๒ หมู่ที่ ๔ ต.เขาหัวควาย



ด.ญ.ธัญญาภรณ์ พ่วงโสม  
๗๒/๔ หมู่ที่ ๔ ต.เขาหัวควาย



## ใบลงลายมือชื่อผู้รับมอบผ้าอ้อมสำเร็จรูป

โครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่

สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลที่มีภาวะปัญญาอ่อนหรือออทิสติก (กลุ่มบุคคลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC))  
ระยะเวลา 1 สิงหาคม 2568 ถึง 30 กันยายน 2568 (จำนวน 61 วัน กำหนดให้ 3 ซัปดาห์)

ประจำเดือน ..... กันยายน... 2568 จำนวน ...30 ...วัน

วันที่รับมอบ ....29..... เดือน.....สิงหาคม..... พ.ศ. 2568

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	อายุ (ปี)	ที่อยู่	ไซส์ผ้าอ้อม	จำนวน (ชิ้น)	ลายมือชื่อผู้รับ	หมายเลข
1	นางสมปอง สังข์ช่วย	75	35/1 หมู่ที่ 1 ตำบลเขาหัวควาย	L /	90	ภ.จอน	098-2837010
2	น.ส.สุรินทร์ ทองเอียง	69	167 หมู่ที่ 1 ตำบลเขาหัวควาย	L /	90	ต.พิน	098-0498262
3	นางเจียน เขียวโพธิ์	92	32 หมู่ที่ 2 ตำบลเขาหัวควาย	L /	90	น.น.ค.	082-2707607
4	นายวิรัช ศรีสุพรรณ	53	62/1 หมู่ที่ 2 ตำบลเขาหัวควาย	L /	90	ว.ว.ค.	065-4028110
5	นายสมปอง ชื่นสกุล	80	75/1 หมู่ที่ 2 ตำบลเขาหัวควาย	L /	90	บ.บ.ค. ๕.๖.๗.๘.	084-0528501
6	น.ส.จิริยา เอกอินทร์	60	96/1 หมู่ที่ 2 ตำบลเขาหัวควาย	L /	90	อ.ว.ค.	089-5947743
7	นางเล็ก ชุมพินิจ	80	32 หมู่ที่ 4 ตำบลเขาหัวควาย	L /	90	ข.ข.ค. ๕.๖.๗.๘.	089-5904235
8	ด.ช.ชัชฌวงศ์ เดชผล	24	32 หมู่ที่ 4 ตำบลเขาหัวควาย	M	90	ข.ข.ค. ๕.๖.๗.๘.	089-5304235
9	ด.ญ.ธัญญาภรณ์ พ่วงโสม	5	72/4 หมู่ที่ 4 ตำบลเขาหัวควาย	L เด็ก	90	ข.ข.ค. ๕.๖.๗.๘.	082-3487414
				รวม	810		

ภาพกิจกรรมส่งมอบผ้าอ้อมสำเร็จรูป  
โครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่  
สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้  
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568  
(กลุ่มบุคคลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC))  
ประจำปีเดือนกันยายน ๒๕๖๘



นางสมปอง สังข์ช่วย  
๓๕/๑ หมู่ที่ ๑ ต.เขาหัวควาย



น.ส.สุรินทร์ ทองเอียง  
๑๖๗ หมู่ที่ ๑ ต.เขาหัวควาย



นางเจียน เขาโพธิ์  
๓๒ หมู่ที่ ๒ ต.เขาหัวควาย



นายวิรัช ศรีสุพรรณ  
๖๒/๑ หมู่ที่ ๒ ต.เขาหัวควาย



น.ส.จรรยา เอกอินทร์  
๙๖/๑ หมู่ที่ ๒ ต.เขาหัวควาย



นางเล็ก ชุมพินิจ  
ด.ช.ชัชฌวงค์ เดชผล  
๓๒ หมู่ที่ ๔ ต.เขาหัวควาย



ด.ญ.ธัญญาภรณ์ พวงโสม  
๗๒/๔ หมู่ที่ ๔ ต.เขาหัวควาย



แบบรายงานผลการดำเนินงาน/โครงการ/กิจกรรม  
 กองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลเขาหัวควาย รหัส กปท. L5853  
 อำเภอ พุนพิน จังหวัด สุราษฎร์ธานี

1.ชื่อ  แผนงาน  โครงการ  กิจกรรม

...โครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (กลุ่มบุคคลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC)).....

2.ผลการดำเนินงาน

...ได้มอบผ้าอ้อมผู้ใหญ่ สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงและมีค่าบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง และมีค่าคะแนนระดับความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า 6 คะแนน ตามแผนการดูแลรายบุคคลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Plan) จำนวน 5 คน และบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ จำนวน 4 คน ระยะเวลาดำเนินการ ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2568 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2568 รวมจำนวนผ้าอ้อมทั้งสิ้น 1,647 ชิ้น

3.ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์

- บรรลุตามวัตถุประสงค์  
 ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ เพราะ

.....  
 .....  
 .....

4.การเบิกจ่ายงบประมาณ

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ	15,646.50	บาท	
งบประมาณเบิกจ่ายจริง	15,646.50	บาท	คิดเป็นร้อยละ .....100.....
งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุน	0.00	บาท	คิดเป็นร้อยละ .....0.....



## 5. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

 ไม่มี มี

ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ) .....

.....

แนวทางการแก้ไข (ระบุ) .....

.....

## 6. เอกสารประกอบการรายงานผลการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

 สำเนาหลักฐานการจ่ายเงิน (กรณีคณะกรรมการ กปท. ต้องการทราบรายละเอียด) ภาพถ่ายหรือวีดิทัศน์ภาพการดำเนินการจริง อื่น ๆ .....ใบลงชื่อผู้รับมอบผ้าอ้อมมา.....

## 7. บุคคลอ้างอิง/ตัวแทนผู้รับประโยชน์จากการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (อย่างน้อย 3 คน ขึ้นไป)

1. ชื่อ...นางสมปอง สังข์ช่วย.....หมายเลขโทรศัพท์...098-2837010.....

2. ชื่อ...นางสาวจรรยา เอกอินทร์.....หมายเลขโทรศัพท์...089-5947743.....

3. ชื่อ...นางเล็ก ชุมพินิจ.....หมายเลขโทรศัพท์...089-5904235.....

ลงชื่อ.....หัวหน้าหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน

(นางสาวณัฐรา ศรีแพรศรี)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลเขาหัวควาย

วันที่ 30 เดือนกันยายน พ.ศ. 2568





แบบอนุมัติแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม  
 กองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.เขาหัวควาย รหัส กปท. L5853  
 อำเภอ พุนพิน จังหวัด สุราษฎร์ธานี

ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

ตามมติการประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ครั้งที่ 1/2568 เมื่อวันที่ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2568 สรุปผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ... โครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (กลุ่มบุคคลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC))...ดังนี้

1.ความสอดคล้องกับแผนสุขภาพชุมชน

- สอดคล้อง  ไม่สอดคล้อง  
 ความเห็นเพิ่มเติม

2.ความซ้ำซ้อนของงบประมาณกองทุน ฯ กับงบประมาณจากแหล่งอื่น

- ซ้ำซ้อน  ไม่ซ้ำซ้อน  
 ความเห็นเพิ่มเติม

3.ความเสี่ยงจากผลประโยชน์ทับซ้อน **จากการอนุมัติของคณะกรรมการฯ**

- เสี่ยง  ไม่เสี่ยง  
 ความเห็นเพิ่มเติม

4.เป็นหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน ที่มีสิทธิขอรับงบประมาณ (ตามประกาศ ฯ พ.ศ. 2567 ข้อ 10)

(เลือกเพียง 1 ข้อ)

2. อบต.

5.ประเภทการสนับสนุน (ตามประกาศ ฯ พ.ศ. 2567 ข้อ 10)

(เลือกเพียง 1 ข้อ)

7. สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



6.งบประมาณที่เสนอ จำนวน 15,646.50 บาท

- ✓ อนุมัติงบประมาณ เนื่องจากแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม
- ✓ ประชาชนได้รับผลประโยชน์ ✓ ตรงตามวัตถุประสงค์ของกองทุน ฯ
  - ✓ ผู้รับผิดชอบงานมีศักยภาพ ✓ ค่าใช้จ่ายมีความเหมาะสมกับวิธีดำเนินการ

จึงเห็นควรสนับสนุน เป็นเงิน จำนวน 15,646.50 บาท

ความเห็นเพิ่มเติม

ไม่อนุมัติงบประมาณ

เพราะ.....

- ✓ ให้รายงานผลการดำเนินงานแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

ภายในวันที่ 10 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2568 (ตามแบบฟอร์ม ฯ กปท.10)

- ✓ ให้ อปท. แจ้งผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ทราบผล เพื่อดำเนินการ ต่อไป

ลงชื่อ .....

(.....นางสาวณัฐภา ศรีแพรศรี.....)

ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบการประชุม

วันที่-เดือน-พ.ศ. ....10 มกราคม 2568.....

ลงชื่อ .....

(.....นายสุเมธ เย็นมาก.....)

ตำแหน่ง ประธานคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ .....

วันที่-เดือน-พ.ศ. ....10 มกราคม 2568.....





แบบเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม  
 กองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลเขาหัวควาย รหัส กปท. L5853  
 อำเภอ พุนพิน จังหวัด สุราษฎร์ธานี

วัน 24 เดือนธันวาคม พ.ศ. 2567

เรื่อง ขอเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ประจำปีงบประมาณ 2568

เรียน ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลเขาหัวควาย

เอกสารแนบ แบบจัดทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (แบบ กปท.7) จำนวน 1 ชุด

ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ.2567 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ข้อ 10 “เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพตามข้อ 7 ให้ใช้จ่ายเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมเป็นค่าใช้จ่ายตามแผนงาน โครงการ กิจกรรม หรือแผนการดูแลรายบุคคลที่คณะกรรมการกองทุนอนุมัติ” นั้น

หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน ...สำนักปลัด อบต.ตำบลเขาหัวควาย...ได้ดำเนินการจัดทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ...โครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลที่มีภาวะปัญหาถลัน ปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (กลุ่มบุคคลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC))... มาเพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณ กปท. ตามเอกสารแนบ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

ลงชื่อ.....หัวหน้าหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่ม

(นางสาวณัฐรา ศรีแพรศรี)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลเขาหัวควาย

วันที่ 24 เดือนธันวาคม พ.ศ. 2567





แบบจัดทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

กองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลเขาหัวควาย รหัส กปท. L5853

อำเภอ พุนพิน จังหวัด สุราษฎร์ธานี

ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ.2567 ข้อ 17 (2) “พิจารณาอนุมัติแผนงาน โครงการ กิจกรรม หรือแผนการดูแลรายบุคคล ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพตามข้อ 10”

อาศัยอำนาจของประกาศ ฯ ข้อ 10 “เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพตามข้อ 7 ให้ใช้จ่ายเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมเป็นค่าใช้จ่ายตามแผนงาน โครงการ กิจกรรมหรือแผนการดูแลรายบุคคลที่คณะกรรมการกองทุนอนุมัติ” จึงได้จัดทำแผนงาน โครงการ หรือกิจกรรม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1.ชื่อ  แผนงาน  โครงการ  กิจกรรม

โครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (กลุ่มบุคคลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC))

2.ชื่อ  หน่วยงาน  องค์กร  กลุ่มประชาชน

สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลเขาหัวควาย

### 3.หลักการเหตุผล

บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงโดยเฉพาะในรายที่จำเป็นต้องใช้ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ เพื่อนำไปใช้ในการดำรงชีวิตประจำวัน จัดได้ว่าเป็นกลุ่มที่ควรให้การสนับสนุนเพื่อให้บุคคลดังกล่าวได้รับการดูแลและเข้าถึงบริการสาธารณสุขในชุมชนอย่างทั่วถึงมากยิ่งขึ้น คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงมีมติให้ผ้าอ้อมผู้ใหญ่เป็นสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงตามแผนการดูแลรายบุคคลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Plan) และบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ได้รับการดูแลและเข้าถึงบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึงและเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น งบประมาณที่มีอยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ จึงมีความสำคัญยิ่งในการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายดังกล่าว สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลเขาหัวควาย จึงจัดทำโครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ เพื่อเสนอขอรับสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น องค์การบริหารส่วนตำบลเขาหัวควาย



4. วัตถุประสงค์ (เพื่อการจัดการบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค พิ้นฟูสมรรถภาพ และรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุก รวมถึง การจัดการกระบวนการหรือกิจกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค)

1. เพื่อให้บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง และมีค่าคะแนนระดับความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันตาม ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า 6 คะแนน ตามแผนการดูแลรายบุคคลระยะยาว ด้านสาธารณสุข (Care Plan) ได้รับการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่เพิ่มเติมตามสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ
2. เพื่อให้บุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ตามผลการประเมิน หรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ได้รับการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ และเข้าถึงบริการสาธารณสุข ตามสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ

5. วิธีดำเนินการ (ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ตามข้อ 4)

1. สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลเขาหัวควาย จัดทำโครงการเสนอขอรับสนับสนุนงบประมาณ จากกองทุนฯ โดยมีรายละเอียดการดำเนินงานดังนี้

1.1 สำรวจ/ค้นหา/คัดกรอง กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ โดยผู้จัดการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care manager) และหรือบุคลากรสาธารณสุขสำรวจตามรอบประเมินผลการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคลของ ชุดสิทธิประโยชน์การบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) เพื่อ จำแนกบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีค่าคะแนนระดับความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า 6 คะแนน ( $ADL \leq 6$ ) รายที่จำเป็นต้องสนับสนุนค่าใช้จ่ายสำหรับผ้าอ้อมผู้ใหญ่เพิ่มเติมจากงบกองทุนตำบล

1.2 กรณีพบบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงฯ  $ADL \leq 6$  แต่ไม่มีแผนการดูแลรายบุคคลฯ ตามชุดสิทธิประโยชน์ LTC ให้ผู้จัดการดูแลระยะยาวฯ และหรือบุคลากรสาธารณสุข จัดทำแผนการดูแลรายบุคคลฯ ตามชุดสิทธิประโยชน์ LTC ให้เรียบร้อยก่อนและนำเฉพาะรายการค่าใช้จ่ายสำหรับผ้าอ้อมผู้ใหญ่ มาสนับสนุนจากงบกองทุนตำบล

1.3 สำรวจ/ค้นหา/คัดกรอง กลุ่มเป้าหมาย ในพื้นที่ ซึ่งเป็นบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรือ อูจจาระไม่ได้ ในพื้นที่ โดยพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเวชปฏิบัติ ผู้จัดการดูแลระยะยาวฯ หรือบุคลากรสาธารณสุขทำ การประเมินหรือใช้ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ประกอบการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่

1.4 กรณีพบกลุ่มเป้าหมายหรือได้รับประสานติดต่อจากกลุ่มเป้าหมาย ญาติ ประชาชน สปสช.เขต หรือสายด่วน 1330 แจ้งขอรับผ้าอ้อมฯ ในพื้นที่ งานบริหารสาธารณสุขรับเรื่อง และดำเนินการจำแนกกลุ่มเป้าหมาย ตามวิธีการข้างต้นเพื่อสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่

1.5 สรุปจำนวนกลุ่มเป้าหมาย/จำนวนชิ้น/จำนวนวัน ที่สนับสนุนให้กับกลุ่มเป้าหมายและจำนวน งบประมาณที่ใช้ในการสนับสนุนทั้งหมด

2. สำนักปลัดดำเนินการจัดหาและนำส่งผ้าอ้อมผู้ใหญ่ให้กับกลุ่มเป้าหมาย พร้อมจัดทำหลักฐานการรับ ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ที่สนับสนุนให้กับกลุ่มเป้าหมาย



3. จัดทำรายงานสรุปผลการดำเนินงานตามโครงการ พร้อมจัดส่งรายงานผลการดำเนินงานให้คณะกรรมการกองทุนทราบเมื่อเสร็จสิ้นโครงการ

หมายเหตุ : รายละเอียดตามแนวทางการดำเนินงานโครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้

#### 6.กลุ่มเป้าหมาย และกิจกรรม

(เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

6.1. กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด จำนวน.....คน

- 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
- 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพก่อนคลอดและหลังคลอด
- 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- 5. การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
- 6. การคัดกรองและดูแลรักษาแม่เรื้อรังปากมดลูกและมะเร็งเต้านม
- 7. การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก
- 8. อื่น ๆ (ระบุ) .....

6.2. กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน จำนวน.....คน

- 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
- 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
- 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- 5. การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์
- 6. การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย
- 7. การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก
- 8. อื่น ๆ (ระบุ) .....

6.3. กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน จำนวน.....คน

- 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
- 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
- 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- 5. การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์
- 6. การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย
- 7. การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม



- 8. การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- 9. อื่น ๆ (ระบุ) .....

6.4. กลุ่มวัยทำงาน จำนวน.....คน

- 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
- 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
- 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- 5. การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานและการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในการทำงาน
- 6. การส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตแก่กลุ่มวัยทำงาน
- 7. การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม
- 8. การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- 9. อื่น ๆ (ระบุ) .....

6.5. กลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน.....คน

- 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
- 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
- 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- 5. การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ
- 6. การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า
- 7. การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม
- 8. อื่น ๆ (ระบุ) .....

6.6 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน.....คน

- 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
- 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
- 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- 5. การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
- 6. การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ
- 7. การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- 8. การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง
- 9. อื่น ๆ (ระบุ) .....



- 6.7. กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ จำนวน.....คน
- 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
  - 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
  - 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
  - 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
  - 5. การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ
  - 6. การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า
  - 7. การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม
  - 8. อื่น ๆ (ระบุ) .....
- 6.8. กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง จำนวน.....คน
- 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
  - 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
  - 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
  - 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
  - 5. การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ
  - 6. อื่น ๆ (ระบุ) .....
- 6.9. กลุ่มพระสงฆ์ หรือนักบวช ในศาสนาต่าง ๆ จำนวน.....คน
- 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
  - 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
  - 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
  - 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
  - 5. การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ
  - 6. อื่น ๆ (ระบุ) .....
- 6.10. กลุ่มผู้ต้องขัง จำนวน.....คน
- 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
  - 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
  - 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
  - 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
  - 5. การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ
  - 6. อื่น ๆ (ระบุ) .....
- 6.11. สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 10 (4)]
- 1. ค่าใช้จ่ายในการประชุม



- 2. ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง
- 3. ค่าใช้จ่ายในการอบรม/พัฒนาศักยภาพ
- 4. ค่าวัสดุ/ครุภัณฑ์
- 5. ค่าใช้จ่ายอื่น (ระบุ) .....

6.12. กลุ่มอื่น ๆ (ระบุ)..กลุ่มบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้...จำนวน.....9.....คน

1. อื่น ๆ (ระบุ) .....

1.1 บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง และมีค่าคะแนนระดับความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า 6 คะแนน ตามแผนการดูแลรายบุคคลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Plan) จำนวน ....5 ... คน

1.2 บุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ จำนวน ....4... คน

7.ระยะเวลาดำเนินการ (ควรระบุตามการดำเนินงานจริง)

...วันที่ 1 สิงหาคม 2568 ถึง วันที่ 30 กันยายน 2568.....

8.สถานที่ดำเนินการ

...พื้นที่รับผิดชอบของกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลเขาหัวควาย.....

9.งบประมาณ (ให้สอดคล้องกับวิธีดำเนินการ ที่ตั้งไว้ตามข้อ 5)

จำนวน .....15,646.50..... บาท (หนึ่งหมื่นห้าพันหกร้อยสี่สิบบาทห้าสิบบาทห้าสิบบาทห้าสิบบาทห้าสิบบาท) รายละเอียด ดังนี้

- ค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่แบบเทปกาว ไชส์ L จำนวน 7 คน คนละ 3 ชิ้นต่อวัน จำนวน 61 วัน ราคาชิ้นละ 9.50 บาท รวมจำนวน 1,281 ชิ้น เป็นเงิน ....12,169.50....บาท
- ค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่แบบเทปกาว ไชส์ M จำนวน 1 คน คนละ 3 ชิ้นต่อวัน จำนวน 61 วัน ราคาชิ้นละ 9.50 บาท รวมจำนวน 183 ชิ้น เป็นเงิน ....1,738.50....บาท
- ค่าผ้าอ้อมสำเร็จรูป ไชส์ L เด็ก จำนวน 1 คน คนละ 3 ชิ้นต่อวัน จำนวน 61 วัน ราคาชิ้นละ 9.50 บาท รวมจำนวน 183 ชิ้น เป็นเงิน ....1,738.50....บาท

หมายเหตุ : อัตราราคาและจำนวนที่ใช้ต่อวันตามแนวทางการดำเนินงานโครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้

10.ผลที่คาดว่าจะได้รับ (ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ตามข้อ 4)

1. บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง และมีค่าคะแนนระดับความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล(Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า 6 คะแนน ตามแผนการดูแลรายบุคคลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Plan) ได้รับการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ เพิ่มเติมตามสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



2. บุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ได้รับการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่และเข้าถึงบริการสาธารณสุขตามสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

### 11. คำรับรองความซ้ำซ้อนของงบประมาณ

ข้าพเจ้า.....นางนิสภานันท์ นามมัน.....ตำแหน่ง.....นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ.....  
 หน่วยงาน.....สำนักปลัด.....องค์การบริหารส่วนตำบลเขาหัวควาย.....หมายเลขโทรศัพท์.....077 319655.....ในฐานะของ  
 ผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

ขอรับรองว่า แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ที่เสนอขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ ในครั้งนี้

- ✓ ไม่ได้ซ้ำซ้อนกับงบประมาณที่ได้รับจากแหล่งอื่น
- ✓ สอดคล้องกับแผนสุขภาพชุมชน ของ กปท.
- ✓ รับผิดชอบต่อ กฎ ระเบียบ ข้อบังคับ และวิธีการดำเนินงานตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ.2567 แล้ว

ลงชื่อ..........ผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

(นางนิสภานันท์ นามมัน)

นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ

วันที่ 24 เดือนธันวาคม พ.ศ. 2567

- เห็นชอบ
- ให้เสนอขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ

ลงชื่อ..........หัวหน้าหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน

(นางสาวณัฐฐา ศรีแพรศรี)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลเขาหัวควาย

วันที่ 24 เดือนธันวาคม พ.ศ. 2567



รายชื่อบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองขับถ่าย

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

ลำดับ	เลขบัตรประชาชน	ชื่อ-สกุล	อายุ	ADL	กลุ่มผ้าอ้อม	ฐานข้อมูล	ความเห็นผู้ประเมิน	จำนวนวัน (ส.ค. - ก.ย. 68)	จำนวน (ชิ้น) ผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ	จำนวนเงิน (บาท)	หมายเหตุ
1	38417-0022090-7	น.ส.สุรินทร์ ทองเอียง ✓	69	0	ก	สปสช.	ผ้าอ้อมสำเร็จรูป ไซส์ L ✓	61	183	1,738.50	
2	38415-0031283-2	นางสมบอง สังข์ช่วย ✓	75	9	ข	ลงทะเบียนเอง	ผ้าอ้อมสำเร็จรูป ไซส์ L ✓	61	183	1,738.50	
3	38417-0022448-1	นางเจียน เขาโพธิ์ ✓	92	9	ข	ลงทะเบียนเอง	ผ้าอ้อมสำเร็จรูป ไซส์ L ✓	61	183	1,738.50	
4	18499-0143314-3	ด.ช.ชัชฌวงค์ เดชผล ✓	24	4	ก	สปสช.	ผ้าอ้อมสำเร็จรูป ไซส์ M ✓	61	183	1,738.50	
5	38417-0055892-8	น.ส.จริยา เอกอินทร์ ✓	60	0	ก	สปสช.	ผ้าอ้อมสำเร็จรูป ไซส์ L ✓	61	183	1,738.50	
6	18499-0290741-6	ด.ญ.ธัญญาภรณ์ พ่วงโสม ✓	5	5	ก	สปสช.	ผ้าอ้อมสำเร็จรูป ไซส์ L เด็ก ✓	61	183	1,738.50	
7	37706-0010356-9	นายสมบอง ชื่นสกุล ✓	80	7	ข	ลงทะเบียนเอง	ผ้าอ้อมสำเร็จรูป ไซส์ L ✓	61	183	1,738.50	
8	38417-0022662-0	นายวิรัช ศรีสุพรรณ ✓	53	2	ก	สปสช.	ผ้าอ้อมสำเร็จรูป ไซส์ L ✓	61	183	1,738.50	
9	38417-0039558-8	นางเล็ก ชุมพินิจ ✓	80	7	ข	ลงทะเบียนเอง	ผ้าอ้อมสำเร็จรูป ไซส์ L ✓	61	183	1,738.50	
									1,647	15,646.50	

หมายเหตุ 1. อัตราราคาผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองขับถ่าย วิธีการและปริมาณการใช้ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองขับถ่าย เป็นต้นตามแนวทางกรดำเนินการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ดังนี้

1.1 อัตราราคาผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองขับถ่าย และแผ่นเสริมซึมซับ สำหรับดำเนินการตามโครงการฯ จำนวนไม่เกิน 30 บาทต่อคนต่อวัน

1.1.1 ราคาผ้าอ้อมผู้ใหญ่ 9.50 บาทต่อชิ้น

1.1.2 ราคาแผ่นรองขับถ่าย 6 บาทต่อชิ้น

1.1.3 ราคาแผ่นเสริมซึมซับ 4.70 บาทต่อชิ้น

1.2 กรณีสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่หรือแผ่นรองขับถ่าย ให้กับกลุ่มเป้าหมายอย่างไร้โดยทั้งหมด ปริมาณการใช้ต่อคนต่อวัน ดังนี้

1.2.1 ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น

1.2.2 แผ่นรองขับถ่าย จำนวน 5 ชิ้น

1.3 กรณีสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ร่วมกับแผ่นรองขับถ่าย หรือแผ่นเสริมซึมซับ ให้กับกลุ่มเป้าหมายปริมาณการใช้ต่อคนต่อวัน ดังนี้

1.3.1 ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 1 ชิ้น ร่วมกับแผ่นรองขับถ่าย จำนวน 3 ชิ้น

1.3.2 ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 1 ชิ้น ร่วมกับแผ่นเสริมซึมซับ จำนวน 4 ชิ้น

1.3.3 ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 2 ชิ้น ร่วมกับแผ่นเสริมซึมซับ จำนวน 2 ชิ้น

แผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีค่าคะแนน ADL เท่ากับหรือน้อยกว่า 6 คะแนน  
สำหรับสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ชื่อ น.ส.จรรยา เอกอินทร์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3841700589218	ที่อยู่ 96/1 ม.2 ต.เขาหัวควาย อ.พุนพิน จ.สุราษฎร์ธานี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0895947743	วันที่จัดทำ 13 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 10 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2507 (อายุ 60 ปี)	วินิจฉัย : ADL=0, TAI=I1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ นอนติดเตียง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 10,442 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้</li> <li>- กลืนลำบาก</li> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา</li> <li>- สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้</li> <li>- ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้</li> </ul>	<b>การดูแลพยาบาลทั่วไป</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)</li> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป</li> <li>- โภชนาการ</li> </ul> <b>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ช่องปาก (oral)</li> <li>- บริการพิเศษอื่นๆ</li> <li>- อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs)</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 3 ชั้น/วัน	มีภาวะกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้	
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การพลัดตกหกล้ม</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> </ul>	<b>ระยะสั้น</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน</li> <li>- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน</li> </ul> <b>ระยะยาว</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ</li> <li>- ไม่เกิดแผลกดทับ</li> </ul>	
ผู้จัดทำ Care plan นางอารียา ชลรัตน์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

**แบบประเมิน**  
**บุคคลที่มีภาวะปัญหากลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์**  
**สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่**

<p>ชื่อ นายสมปอง ชื่นสกุล หมายเลขโทรศัพท์ 0840528501</p>	<p>เกิดวันที่ 30 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2487 อายุ 80 ปี</p>	<p>ที่อยู่ 75/1 ม.2 ต.เขาหัวควาย อ.พุนพิน จ.สุราษฎร์ธานี</p>
<p>ADL : 7 วันที่ประเมิน : 18 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2567</p>	<p><b>ผลการประเมิน</b></p> <p><input type="checkbox"/> มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่ได้</p> <p><input type="checkbox"/> มีภาวะกลืนอุจจาระไม่ได้</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> มีภาวะกลืนปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้</p>	<p><b>ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์/ปัญหาตาม CARE PLAN (ควรมีอย่างน้อย 2 ใน 3 ข้อ)</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> มีประวัติกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ตรวจร่างกายพบระบบประสาทบกพร่อง (ขา ทวารหนัก อุ้งเชิงกราน สมอง ฯลฯ) หรือมีภาวะ อุ้งเชิงกรานหย่อน หรือมีน้ำปัสสาวะค้างในช่อง คลอด หรือมีความผิดปกติของการขับถ่าย อุจจาระทางทวารหนัก</p> <p><input type="checkbox"/> มีใบรับรองแพทย์/มีผลการตรวจจากแพทย์ อย่างเป็นทางการหนึ่ง (การตรวจทางรังสี, ส่อง กล้องทางเดินปัสสาวะ, ตรวจทางปัสสาวะ พัลศาสตร์, ตรวจวัดการทำงานของลำไส้ใหญ่ และหูรูดทวารหนัก)</p>
<p><b>ผู้ประเมิน :</b> ชื่อ สกุล : นางอารียา ชลรัตน์</p>	<p>ความเห็นของผู้ประเมินควรได้รับผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองซับการขับถ่าย แผ่นเสริมซึมซับ และผ้า อ้อมทางเลือก</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 : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาหัวควาย</p>

**แผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีค่าคะแนน ADL เท่ากับหรือน้อยกว่า 6 คะแนน  
สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่**

ชื่อ น.ส.สุรินทร์ ทองเอียง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3841700220907	ที่อยู่ 167 ม.1 ต.เขาหัวควาย อ.พุนพิน จ.สุราษฎร์ธานี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0980498262	วันที่จัดทำ 13 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 09 เดือน เมษายน พ.ศ. 2498 (อายุ 69 ปี)	วินิจฉัย : ADL=0, TAI=I1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ นอนติดเตียง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 10,442 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้</li> <li>- กลืนลำบาก</li> <li>- สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้</li> <li>- ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้</li> <li>- อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย</li> </ul>	<b>การดูแลพยาบาลทั่วไป</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)</li> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป</li> <li>- โภชนาการ</li> </ul>
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้	<b>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</b>	
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน	มีภาวะกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้	<ul style="list-style-type: none"> <li>- คอ (throat)</li> <li>- จมูก (nose)</li> <li>- บริการพิเศษอื่นๆ</li> </ul>
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	<b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การพลัดตกหกล้ม</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> </ul>	<b>ระยะสั้น</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 3 เดือน</li> <li>- ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน</li> <li>- ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนและการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ภายใน 1 เดือน</li> </ul> <b>ระยะยาว</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ</li> <li>- ไม่เกิดแผลกดทับ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>
ผู้จัดทำ Care plan นางอารีญา ชลรัตน์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

**แบบประเมิน**  
**บุคคลที่มีภาวะปัญหาทกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์**  
**สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่**

<p>ชื่อ นางเจ็ยน์ เขาโพธิ์          หมายเลขโทรศัพท์ 0822707607</p>	<p>เกิดวันที่ 01 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2475          อายุ 92 ปี</p>	<p>ที่อยู่ 32 ม.2 ต.เขาหัวควาย อ.พุนพิน          จ.สุราษฎร์ธานี</p>
<p>ADL : 9          วันที่ประเมิน : 25 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2567</p>	<p><b>ผลการประเมิน</b></p> <p><input type="checkbox"/> มีภาวะทกลั้นปัสสาวะไม่ได้</p> <p><input type="checkbox"/> มีภาวะทกลั้นอุจจาระไม่ได้</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> มีภาวะทกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้</p>	<p><b>ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์/ปัญหาตาม CARE PLAN (ควรมีอย่างน้อย 2 ใน 3 ข้อ)</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> มีประวัติทกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ตรวจร่างกายพบระบบประสาททบกพร่อง [ขา ทวารหนัก อุ้งเชิงกราน สมอ่ง ฯลฯ] หรือมีภาวะ อุ้งเชิงกรานหย่อน หรือมีน้ำปัสสาวะคั่งในช่อง คลอด หรือมีความผิดปกติของการขับถ่าย อุจจาระทางทวารหนัก</p> <p><input type="checkbox"/> มีใบรับรองแพทย์/มีผลการตรวจจากแพทย์ อย่างใดอย่างหนึ่ง [การตรวจทางรังสี, ส่อง กล้องทางเดินปัสสาวะ, ตรวจทางปัสสาวะ พัลสาสตร์, ตรวจวัดการทำงานของลำไส้ใหญ่ และหูดทวารหนัก]</p>
<p><b>ผู้ประเมิน :</b>          ชื่อ สกุล : นางอารีญา ชลรัตน์</p>	<p><b>ความเห็นของผู้ประเมินควรได้รับผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองซับการขับถ่าย แผ่นเสริมซึมซับ และผ้า อ้อมทางเลือก</b></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><b>ชื่อหน่วยงานของผู้ประเมิน :</b> โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาหัวควาย</p>

**แบบประเมิน**  
**บุคคลที่มีภาวะปัญญาทึบหรือออทิสติก ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์**  
**สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่**

<p>ชื่อ นางสาวปอง สังข์ช่วย หมายเลขโทรศัพท์ 0982837010</p>	<p>เกิดวันที่ 12 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2492 อายุ 75 ปี</p>	<p>ที่อยู่ 35/1 ม.1 ต.เขาหัวควาย อ.พุนพิน จ.สุราษฎร์ธานี</p>
<p>ADL : 9 วันที่ประเมิน : 18 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2567</p>	<p><b>ผลการประเมิน</b></p> <p><input type="checkbox"/> มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้</p> <p><input type="checkbox"/> มีภาวะกลั้นอุจจาระไม่ได้</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> มีภาวะกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้</p>	<p><b>ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์/ปัญหาตาม CARE PLAN (ควรมีอย่างน้อย 2 ใน 3 ข้อ)</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> มีประวัติกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ตรวจร่างกายพบระบบประสาทบกพร่อง (ขา ทวารหนัก อุ้งเชิงกราน สมอ ฯลฯ) หรือมีภาวะ อุ้งเชิงกรานหย่อน หรือมีน้ำปัสสาวะค้างในช่องคลอด หรือมีความผิดปกติของการขับถ่าย อุจจาระทางทวารหนัก</p> <p><input type="checkbox"/> มีใบรับรองแพทย์/มีผลการตรวจจากแพทย์ ใดๆอย่างหนึ่ง (การตรวจทางรังสี, ส่องกล้องทางเดินปัสสาวะ, ตรวจทางปัสสาวะ พัลสาสตร์, ตรวจวัดการทำงานของลำไส้ใหญ่ และหูรูดทวารหนัก)</p>
<p><b>ผู้ประเมิน :</b> ชื่อ สกุล : นางอารียา ชลรัตน์</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 : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาหัวควาย</p>

แผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีค่าคะแนน ADL เท่ากับหรือน้อยกว่า 6 คะแนน  
สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่

ชื่อ ด.ญ.ธัญญาภรณ์ พ่วงโสม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1849902907416	ที่อยู่ 72/4 ม.4 ต.เขาหัวควาย อ.พุนพิน จ.สุราษฎร์ธานี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0823487414	วันที่จัดทำ 13 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 03 เดือน มกราคม พ.ศ. 2562 (อายุ 5 ปี)	วินิจฉัย : ADL=5, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ มีภาวะผิดปกติทางสมองแต่กำเนิด	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 10,442 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้</li> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา</li> <li>- สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้</li> <li>- ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้</li> <li>- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้</li> </ul>	<b>การดูแลพยาบาลทั่วไป</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป</li> </ul> <b>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- บริการพิเศษอื่นๆ</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> <li>- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>
<b>การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้</b>		
มีความต้องการ/ควรได้รับ  - ผ้าอ้อมทางเลือก จำนวน 3 ชิ้น/วัน	มีภาวะกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้	
<b>ข้อควรระวังในการให้บริการ</b>	<b>เป้าหมายการดูแล</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การพลัดตกหกล้ม</li> <li>- การกินอาหาร/สำลักอาหาร</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> </ul>	<b>ระยะสั้น</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- พื้นฟูสภาพของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 6 เดือน</li> <li>- ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่ ภายใน 3 เดือน</li> <li>- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน</li> <li>- การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน</li> </ul> <b>ระยะยาว</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> </ul>	
ผู้จัดทำ Care plan นางอารีญา ชลรัตน์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีค่าคะแนน ADL เท่ากับหรือน้อยกว่า 6 คะแนน สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่

<p>ชื่อ นายวิรัช ศรีสุพรรณ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3841700226620</p>	<p>ที่อยู่ 62/1 ม.2 ต.เขาหัวควาย อ.พุนพิน จ.สุราษฎร์ธานี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0654028110</p>	<p>วันที่จัดทำ 13 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2567</p>
<p>เกิดวันที่ 01 เดือน เมษายน พ.ศ. 2514 (อายุ 53 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : ADL=2, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ นอนติดเตียง</p>	
<p>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>การดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้</li> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้</li> <li>- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้</li> </ul>	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)</li> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป</li> <li>- โภชนาการ</li> </ul>
<p>การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้</p>		<p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- บริการพิเศษอื่นๆ</li> </ul>
<p>มีความต้องการ/ควรได้รับ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผ้าอ้อมทางเลือก จำนวน 3 ชั้น/วัน</li> </ul>	<p>มีภาวะกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้</p>	<p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> </ul>
<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p>	<p>เป้าหมายการดูแล</p>	<p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การพลัดตกหกล้ม</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> </ul>	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน</li> <li>- พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน</li> <li>- ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่ ภายใน 3 เดือน</li> <li>- การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน</li> </ul> <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ</li> <li>- ไม่เกิดแผลกดทับ</li> </ul>	
<p>ผู้จัดทำ Care plan นางอารีญา ชลรัตน์</p>	<p>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</p>	

แผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีค่าคะแนน ADL เท่ากับหรือน้อยกว่า 6 คะแนน สำหรับสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ชื่อ ด.ช. ชัยณรงค์ เดชผล เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1849901433143	ที่อยู่ 32 ม.4 ต.เขาหัวควาย อ.พุนพิน จ.สุราษฎร์ธานี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0895904235	วันที่จัดทำ 13 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 03 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2543 (อายุ 24 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ มีภาวะผิดปกติทางสมองแต่กำเนิด	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 10,442 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กลืนปัสสาวะไม่ได้</li> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา</li> <li>- สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้</li> <li>- ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้</li> <li>- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้</li> </ul>	<b>การดูแลพยาบาลทั่วไป</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)</li> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)</li> <li>- การอาบน้ำ</li> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป</li> <li>- โภชนาการ</li> </ul>
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		<b>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ช่องปาก (oral)</li> <li>- สมอง (Brain)</li> </ul>
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 3 ชั่วโมง/วัน	มีภาวะกลืนปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้	<b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> </ul>
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	<b>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การพลัดตกหกล้ม</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> </ul>	<b>ระยะสั้น</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน</li> <li>- ประสานพันบุคคลากรในพื้นที่ ภายใน 3 เดือน</li> <li>- การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ภายใน 3 เดือน</li> </ul> <b>ระยะยาว</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> </ul>	
ผู้จัดทำ Care plan นางอารียา ชลรัตน์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

**แบบประเมิน**  
**บุคคลที่มีภาวะปัญหากลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์**  
**สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่**

<p>ชื่อ นางเล็ก ชุมพินิจ          หมายเลขโทรศัพท์ 0895904235</p>	<p>เกิดวันที่ 12 เดือน เมษายน พ.ศ. 2487          อายุ 80 ปี</p>	<p>ที่อยู่ 32 ม.4 ต.เขาหัวควาย อ.พุนพิน          จ.สุราษฎร์ธานี</p>
<p>ADL : 8          วันที่ประเมิน : 03 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2567</p>	<p>ผลการประเมิน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่ได้</li> <li><input type="checkbox"/> มีภาวะกลืนอุจจาระไม่ได้</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> มีภาวะกลืนปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้</li> </ul>	<p>ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์/ปัญหาตาม CARE PLAN (ควรมีอย่างน้อย 2 ใน 3 ข้อ)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> มีประวัติกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> ตรวจร่างกายพบระบบประสาทบกพร่อง (ขา ทวารหนัก อุ้งเชิงกราน สมอง ฯลฯ) หรือมีภาวะ อุ้งเชิงกรานหย่อน หรือมีน้ำปัสสาวะค้างในช่องคลอด หรือมีความผิดปกติของการขับถ่าย อุจจาระทางทวารหนัก</li> <li><input type="checkbox"/> มีใบรับรองแพทย์/มีผลการตรวจจากแพทย์ ใดๆอย่างหนึ่ง (การตรวจทางรังสี, ส่องกล้องทางเดินปัสสาวะ, ตรวจทางปัสสาวะ พัลสาดอร์, ตรวจวัดการทำงานของลำไส้ใหญ่ และหูรูดทวารหนัก)</li> </ul>
<p>ผู้ประเมิน :          ชื่อ สกุล : นางอารียา ชลรัตน์</p>	<p>ความเห็นของผู้ประเมินควรได้รับผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองซับการขับถ่าย แผ่นเสริมซึมซับ และผ้าอ้อมทางเลือก</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน</li> <li><input type="checkbox"/> แผ่นรองซับการขับถ่าย</li> <li><input type="checkbox"/> แผ่นเสริมซึมซับ</li> <li><input type="checkbox"/> ผ้าอ้อมทางเลือก</li> </ul>	<p>ชื่อหน่วยงานของผู้ประเมิน : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาหัวควาย</p>

ตารางการจัดส่งผ้าอ้อมผู้ใหญ่ ของกลุ่ม LTC

ลำดับ	จำนวนวัน	ไซส์ผ้าอ้อม (ชิ้น)			ราคาต่อชิ้น	รวมจำนวนผ้าอ้อม	รวมจำนวนเงิน	หมายเหตุ
		M	L	L (เด็ก)				
1	61 วัน (เดือนสิงหาคม - กันยายน 2568)	183	1,281	183	บาท 9.50	1,647	บาท 15,646.50	ส่งภายในวันที่ 29 กรกฎาคม 2568
	รวมทั้งหมด	183	1,281	183		1,647	15,646.50	