

## แบบฟอร์มการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ชื่อหน่วยบริการหรือเครือข่ายบริการปฐมภูมิ.....ชื่อ อบต./เทศบาล.....อำเภอ .....จังหวัด.....

จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบ่งเป็น ๔ กลุ่มตามความต้องการการบริการด้านสาธารณสุข			
ประเภทผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	ลำดับที่	ชื่อ - นามสกุล	เลขที่บัตรประชาชน
กลุ่มที่ ๑ เคลื่อนไหวได้บ้าง และอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง			
	รวม.....จำนวน (คน)		
กลุ่มที่ ๒ เหมือนกลุ่มที่ ๑ แต่มีภาวะสับสนทางสมอง			
	รวม.....จำนวน (คน)		
กลุ่มที่ ๓ เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่าย หรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง			
	รวม.....จำนวน (คน)		
กลุ่มที่ ๔ เหมือนกลุ่มที่ ๓ และมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต			
	รวม.....จำนวน (คน)		
รวมทั้งหมด.....จำนวน (คน)			

**หมายเหตุ**

รายงานตามแบบฟอร์มนี้ให้จัดเก็บเป็นฐานข้อมูลไว้ที่หน่วยบริการ เพื่อการติดตามประเมินผลการดำเนินงานในพื้นที่ต่อไป และ ส่งเป็นอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ให้กรมอนามัยและ สปสช. และ เทศบาล หรือ อบต.ที่เกี่ยวข้องภายในวันที่ ๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙ เพื่อ สปสช.จะได้จัดสรรงบประมาณให้กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ภายในเดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๕๙