**แบบบันทึกข้อมูลการขอรับการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์ ไปใช้ที่บ้าน**
**กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดสระบุรี**

๑. ชื่อผู้ขอรับ.....สกุล.....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐

สิทธิการรักษาพยาบาล ..... โทรศัพท์.....

ที่อยู่.....

๒. ชื่อผู้ดูแล.....สกุล.....อายุ.....ปี

ความสัมพันธ์..... โทรศัพท์.....

ที่อยู่.....

๓. หน่วยงานด้านสาธารณสุขใกล้บ้าน (รพศ./รพท./รพช./รพ.สต).....

อำเภอ.....เจ้าหน้าที่ผู้ประสานงาน.....โทรศัพท์.....

๔. กลุ่มเป้าหมาย

☐ คนพิการ (ท.๗๔/พมจ.) ☐ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ☐ ผู้สูงอายุ ☐ ผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care)

☐ ผู้ป่วยที่ต้องดูแลระยะยาว (Long Term Care) ☐ ผู้ป่วยที่ต้องดูแลระยะสุดท้าย (Palliative Care)

๕. การวินิจฉัยโรค

☐ โรคหลอดเลือดสมอง ☐ บาดเจ็บไขสันหลัง (Spinal cord injury) ☐ บาดเจ็บที่เนื้อสมองและศีรษะ (Traumatic brain injury)

☐ โรคข้อเข่าเสื่อม ☐ โรคเรื้อรังทางอายุรกรรม (ความดัน เบาหวาน ไขมันสูง) ☐ โรคข้อสะโพกเสื่อม/ผ่าตัดข้อสะโพก

☐ โรคปวดหลังเรื้อรัง ☐ โรคพิการทางการเคลื่อนไหวแต่กำเนิด ☐ อื่นๆ โปรดระบุ .....

**๖. อุปกรณ์ที่ต้องการขอรับการสนับสนุน**

เครื่องผลิตออกซิเจน: ☐ 3 ลิตร ☐ 5 ลิตร ☐ 8 ลิตร ☐ ชุดถังออกซิเจน

☐ เครื่องดูดเสมหะ ☐ เครื่องพ่นยา ☐ ที่นอนลม

**เตียงนอน:**

☐ เตียงไม้เตี้ย มีราวกั้น ☐ เตียงผู้ป่วยชนิด 2 ไกร์ ☐ เตียงผู้ป่วยชนิด 3 ไกร์

**อุปกรณ์ช่วยเดิน:**

☐ อุปกรณ์ช่วยเดินแบบมีล้อและมีเบาะนั่ง (Rollator) ☐ Posterior wheel walker ระบุ (เด็ก/ผู้ใหญ่).....

☐ Walker แบบ **พับได้** ☐ Walker แบบ **พับไม่ได้** ☐ Anterior wheel walker ระบุ (เด็ก/ผู้ใหญ่).....

☐ ไม้เท้าสามจุด (Tripod cane) ☐ ไม้เท้าสี่จุด (Four point cane) ☐ ไม้เท้าหนึ่งจุด (Single cane)

☐ ไม้ค้ำยันอะลูมีเนียม (Crutches)

**อุปกรณ์ในการเคลื่อนย้ายตัวเอง:**

☐ รถเข็นนั่งแบบมาตรฐาน ☐ รถเข็นนั่งแบบปรับเอนนอนได้ ☐ รถเข็นนั่งอาบน้ำนั่งถ่ายได้ ☐ สามล้อโยก

☐ รถเข็นนั่งแบบปรับเอนนอน อาบน้ำ และนั่งถ่ายได้ ☐ รถเข็นนั่งสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังระดับล่าง (Paraplegia)

**อุปกรณ์ออกกำลังกาย**

☐ ถุงทราย 0.5 Kg. ☐ ถุงทราย 1.0 Kg. ☐ ถุงทราย 1.5 Kg. ☐ ถุงทราย 2.0 Kg. ☐ ถุงทราย 2.5 Kg. ☐ รอกออกกำลังกาย

☐ อุปกรณ์ออกกำลังกล้ามเนื้อเหยียดแขน (Push up block) ☐ อุปกรณ์ออกกำลังกล้ามเนื้อต้นขา (Quadriceps board)

**อุปกรณ์อื่นๆ**

☐ จุกยางสวมไม้ค้ำยัน ☐ จุกยางสวม walker หรือไม้เท้าสามจุด/หนึ่งจุด

☐ เข็มขัดพยุงตัวผู้ป่วย (Safety belt) ☐ เก้าอี้นั่งถ่าย

☐ อุปกรณ์พยุงข้อไหล่ (Bobath sling) ระบุ size (S, M, L) .....

☐ อุปกรณ์พยุงข้อเท้า (Plastic AFOs) ระบุข้างของเท้า และ size (S, M, L) .....

☐ บัตรคำเพิ่มศักยภาพทางภาษาและการพูด ☐ โต๊ะคร่อมเตียง (Over bed)

**๗. ระยะเวลาที่ขอรับการสนับสนุน**

☐ 3 เดือน ☐ 6 เดือน ☐ 1 ปี ☐ มากกว่า 1 ปี ☐ ตลอดชีพ

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นแบบคำขอ ลงชื่อ.....ผู้รับเรื่อง

(.....) (.....)

วันที่...../...../..... วันที่...../...../.....

**กองทุนฯ/หน่วยงาน ที่ให้การสนับสนุน**

☐ กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดสระบุรี

☐ กองทุนธารน้ำใจ คนสระบุรี ไม่ทอดทิ้งกัน

**วัสดุ/อุปกรณ์ ที่ได้รับการสนับสนุนเป็นสมบัติของกองทุนฯ ห้ามนำไปขายหรือแลกเปลี่ยน หากมีการสูญหาย ผู้ขอรับการสนับสนุนต้องเป็นผู้รับผิดชอบหรือซื้อคืนให้กับกองทุนฯ และ<u>ให้ใช้สำหรับผู้ป่วยรายนี้เท่านั้น กรณีไม่มีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ ห้ามส่งต่อโดยไม่ได้รับอนุญาต ให้โทรแจ้งเจ้าหน้าที่ กองทุน ฯ โทร. 036 - 212188</u>**

**กำหนดนัดตรวจสอบวัสดุ/อุปกรณ์ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....**

**ความคิดเห็นของผู้รับรอง (รพศ./รพท./รพช./รพ.สต)**

☐ เห็นควรได้รับอุปกรณ์

☐ ไม่เห็นควรได้รับอุปกรณ์ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่...../...../.....

**<u>เอกสารประกอบการขอรับสนับสนุนฯ</u>**

**๑. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ**

**๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ**

**๓. สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ (ถ้ามี) จำนวน ๑ ฉบับ**

**๔. รูปถ่ายผู้ป่วย จำนวน ๑ รูป**

**<u>เอกสารสำหรับผู้มารับอุปกรณ์</u>**

**สำเนาบัตรประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ**

***กรุณานำเอกสารมาในวันที่นัดมารับอุปกรณ์**