

**государственное бюджетное учреждение социального обслуживания
Владимирской области
« Комплексный центр социального обслуживания населения
Юрьев-Польского района»**

П Р И К А З

«28 » августа 2023

№ 842 -о

*Об организации системы долговременного ухода
в ГБУСО ВО «Комплексный центр социального
обслуживания населения Юрьев-Польского района»
отделения милосердия для граждан пожилого
возраста и инвалидов (стационар) с.Небылое*

В соответствии с приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 15.12.2022 №781 «О реализации в отдельных субъектах Российской Федерации в 2023 году Типовой модели системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающихся в уходе» в целях реализации системы долговременного ухода (далее – СДУ) в ГБУСО ВО «Комплексный центр социального обслуживания населения Юрьев-Польского района» отделения милосердия для граждан пожилого возраста и инвалидов (стационар) с.Небылое, направленной на развитие долговременной помощи гражданам пожилого возраста и инвалидам, **п р и к а з ы в а ю :**

1. Утвердить Положение о системе долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в постороннем уходе в ГБУСО ВО «Комплексный центр социального обслуживания населения Юрьев-Польского района» отделения милосердия для граждан пожилого возраста и инвалидов (стационар) с.Небылое, согласно приложению №1 к настоящему приказу.
2. Утвердить Регламент ведения документации по уходу в ГБУСО ВО «Комплексный центр социального обслуживания населения Юрьев-Польского района» отделения милосердия для граждан пожилого возраста и инвалидов (стационар) с. Небылое в рамках реализации мероприятий системы долговременного ухода согласно приложению №2 к настоящему приказу.
3. Утвердить форму бланков для проведения типизации получения социальных услуг в стационарной форме, бланков ИПУ, содержание папки «История ухода», согласно приложению №3, к настоящему приказу.
4. Утвердить положение о мультидисциплинарной команде, согласно приложению №4 к настоящему приказу.

5. Назначить ответственными за организацию СДУ в отделении милосердия для граждан пожилого возраста и инвалидов (стационар) с.Небылое заведующего отделением милосердия для граждан пожилого возраста и инвалидов (стационар) с.Небылое Кошелеву И.А. и старшую медицинскую сестру социально-медицинского отделения 2 Данилову С.С. .
6. Утвердить комиссию по проведению типизации (перетипизации) в следующем составе:
Председатель комиссии:
Кошелева И.А. – заведующий отделением милосердия для граждан пожилого возраста и инвалидов (стационар) с.Небылое;
Члены комиссии:
Агеева С.С. – заведующий социально-медицинским отделением 2;
Башкатова С.А. – врач-терапевт;
Данилова С.С. – старшая медицинская сестра.
7. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя директора С.С.Бенцерович.

Директор

Ж.Н.Иванова

Приложение №1
к приказу ГБУСО ВО «Комплексный
центр социального обслуживания
населения Юрьев-Польского района»
от «28» августа 2023г. № 842-о

ПОЛОЖЕНИЕ

о системе долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в постороннем уходе в ГБУСО ВО «Комплексный центр социального обслуживания населения Юрьев-Польского района» отделения милосердия для граждан пожилого возраста и инвалидов (стационар) с.Небылое

1. Основные положения

1.1. Положение о системе долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в постороннем уходе, разработано в целях реализации национального проекта «Демография», регионального проекта «Разработка и реализация программы системной поддержки и повышения качества жизни граждан старшего поколения «Старшее поколение» от 13.12.2018 г., приказа министерства труда и социальной защиты РФ от 15.12.2022 №781 «О реализации в отдельных субъектах РФ в 2023 году Типовой модели системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в уходе», в рамках мероприятия по созданию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, как составной части мероприятий, направленных на развитие и поддержание функциональных способностей граждан, включающей социальное обслуживание и медицинскую помощь в стационарной форме.

1.2. В систему долговременного ухода включаются граждане, признанные нуждающимися в социальном обслуживании в соответствии с пунктом 1 части 1 статьи 15 Федерального закона от 28.12.2013 №442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации».

2. Цели и задачи по внедрению системы долговременного ухода.

2.1. Цель системы долговременного ухода – обеспечить гражданам, нуждающимся в посторонней уходе, поддержку их автономности, самореализации, здоровья, качества жизни в стационарной форме социального обслуживания.

2.2. Задачи по внедрению системы долговременного ухода:

- Совершенствование порядка выявления граждан, нуждающихся в постороннем уходе, включение данных граждан в систему долговременного ухода;

- Развитие и внедрение технологий социального обслуживания, используемые в системе долговременного ухода.
- Организация межведомственного взаимодействия в рамках системы долговременного ухода.

3. Участники системы долговременного ухода.

3.1. Участниками системы долговременного ухода в отделении милосердия для граждан пожилого возраста и инвалидов (стационар) с.Небылое сотрудники осуществляющие уход и получатели социальных услуг, нуждающиеся в уходе.

4. Принципы работы в системе долговременного ухода.

4.1. Основными принципами системы долговременного ухода в отделении милосердия для граждан пожилого возраста и инвалидов (стационар) с.Небылое являются:

- Обеспечение непрерывности предоставления необходимой помощи, преемственности и взаимосвязи всех ее составляющих, включая социальное обслуживание и медицинскую помощь (диагностику, уход, реабилитация, психологическая поддержка);
- Предоставление услуг с учетом личных предпочтений, сохранения самостоятельности, независимости и самореализации граждан, нуждающихся в постоянной посторонней помощи, обеспечение им более высокого качества жизни.

5. Определение индивидуальной потребности получателя социальных услуг в постороннем уходе

5.1. Определение индивидуальной потребности получателя социальных услуг в постороннем уходе в осуществлении основных жизненных потребностей и степени ограничений его жизнедеятельности, состояния здоровья, особенностей поведения, предпочтений, реабилитационного потенциала и иных имеющихся ресурсов («типизация») осуществляется комиссией по типизации и мультидисциплинарной командой.

5.2. При определении индивидуальной потребности гражданина в постороннем уходе учитываются:

- Данные о функциональной самостоятельности и когнитивных способностях получателя социальных услуг;
- Заключение врачебной комиссии медицинской организации, содержащее клинико-функциональные данные о гражданине;
- Результаты медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения;
- Результаты медико-социальной экспертизы получателя социальных услуг (при наличии у него инвалидности), устанавливающей структуру и степень ограничения жизнедеятельности получателя социальных услуг

и его реабилитационного потенциала, и определяющей нуждаемость по состоянию здоровья в постоянном постороннем уходе;

- Иная информация, полученная в том числе от участников системы долговременного ухода рамках межведомственного взаимодействия посредством информационного обмена сведениями, о получатели социального обслуживания, нуждающемся в постороннем уходе.
- Результатом определения индивидуальной потребности получателя социальных услуг, нуждающегося в постороннем уходе, является установление, в целях подбора получателю социальных услуг социальных услуг и оптимальных условий их предоставления, параметров нуждаемости в социальном обслуживании в рамках системы долговременного ухода, включающих:
 - Периодичность ухода – потребность ухода в неделю (от одного раза до нескольких раз);
 - Характер ухода – замещающие действия (действия получателя социальных услуг, нуждающегося в постороннем уходе, не способного самостоятельно или частично осуществлять самообслуживание, удовлетворять основные жизненные потребности или ассистирующие действия (действия, обеспечивающие поддержку действий и решений получателя социальных услуг, нуждающегося в постороннем уходе, по самообслуживанию и удовлетворению основных жизненных потребностей);
 - Интенсивность ухода – потребность в уходе в течение дня.

6. Предоставление услуг по долговременному уходу

6.1. Предоставление услуг по долговременному уходу в отделении милосердия для граждан пожилого возраста и инвалидов (стационар) с.Небылое осуществляется по установленному алгоритму в рамках индивидуального плана ухода, с учетом всех особенностей и потребностей получателя социальных услуг.

АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ ПЕРСОНАЛА В РАМКАХ СИСТЕМЫ ДОЛГОВРЕМЕННОГО УХОДА

Место проведения	Мероприятия	Ответственный	Сроки исполнения	Примечание
Карантин	1) Внесение изменений в ИПСУ с учетом функционального состояния	Заведующий отделением, Врач	В день поступления в Отделение	

	<p>получателя социальных услуг;</p> <p>2) Проведение функциональной диагностики (типизации) получателя социальных услуг с определением группы ухода (группы зависимости);</p> <p>3) Оформление информационно-титального листа;</p> <p>4) Сбор биографических данных;</p> <p>5) А) Определение нуждаемости в социально-бытовой реабилитации и ее интенсивность; Б) Определение наклонности/желания к досуговым мероприятиям, определение склонности к вопросам религии, пользования библиотекой, обеспечения печатной продукцией и т.д.</p>	<p>Комиссия по типизации</p> <p>Заведующий отделением Врач</p> <p>Заведующий отделением</p> <p>Врач</p> <p>Заведующий отделением Культурга затар</p>	<p>В первые 3 дня нахождения в карантинном отделении</p> <p>В день поступления в Отделение</p> <p>В течение 5 дней</p> <p>В течение 3 дней</p> <p>В течение 5 дней</p>	<p>С последующим включением в план досуговых мероприятий.</p>
--	--	--	--	---

По окончании пребывания в карантине должны быть даны рекомендации психолога и врача по подбору жилого помещения (отделение, этаж, комната).

Место проведения	Мероприятия	Ответственный	Сроки исполнения	Примечание
Отделение постоянного проживания	1) Формирование папки по уходу;	Старшая медицинская сестра	В день перевода в отделение	Заполнение регулирует старшая м/с
	2) Заполнение персонального плана ухода;	Заведующий отделением Врач-терапевт	В течение 10 дней после поступления	
	3) Ведение папок по уходу;	Сиделка (помощник по уходу) санитарка	Ежедневно	
	4) Контроль за качеством ведения персонального плана ухода, достоверностью представленной информации с отметкой о выполнении;	Врач-терапевт	Ежедневно	
	5) Контроль за ведением документации (с отражением динамики в состоянии получателя социальных услуг);	Врач-терапевт старшая медицинская сестра	Не реже 1 раза в месяц	

	<p>6) Коррекция планов ухода:</p> <p>А) Плановая коррекция;</p> <p>Б) Внеплановая коррекция плана с учетом изменившегося функционального состояния проживающего;</p> <p>7) Привлечение специалистов (психолог, соцработники, культторги) для решения вновь возникающих проблем;</p>	<p>Врач - терапевт Старшая медицинская сестра</p>	<p>Не реже 1 раза в квартал</p> <p>Не реже 1 раза в квартал</p> <p>При необходимости (внезапное ухудшение состояния здоровья, ОНМК, ОИМ и т.д.);</p> <p>При необходимости в течение 2 рабочих дней, планово – не реже 1 раза в месяц</p>	
--	---	---	--	--

Всем специалистам отражать свое мнение по дальнейшему ведению получателя социальных услуг в истории ухода.

7. Контроль качества предоставления социальных услуг получателям социальных услуг, нуждающихся в постороннем уходе.

7.1. Контроль качества предоставления социальных услуг получателям социальных услуг, нуждающихся в постороннем уходе – система мероприятий, осуществляемых в целях проверки результата реализации индивидуальной программы и планов индивидуального ухода.

**Регламент ведения документации по уходу
в ГБУСО ВО «Комплексный центр социального обслуживания
населения Юрьев-Польского района» отделении милосердия для
граждан пожилого возраста и инвалидов (стационар) с. Небылое
в рамках реализации мероприятий системы долговременного ухода**

1. Общие положения

1.1. Настоящий регламент определяет порядок ведения документации по уходу в отделении милосердия для граждан пожилого возраста и инвалидов (стационар) с. Небылое (далее – Отделение), предоставляющие социальные услуги в стационарной форме социального обслуживания в рамках реализации мероприятий системы долговременного ухода.

1.2. Область применения: сотрудники Отделения.

1.3. Нормативные документы:

Федеральный закон от 28.12.2013 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации»;

Постановление Департамента социальной защиты населения Владимирской области от 20.05.2021 №16 «О порядке предоставления социальных услуг поставщиками социальных услуг во Владимирской области»

национальный стандарт РФ ГОСТ Р 53060-2008 «Социальное обслуживание населения. Документация учреждений социального обслуживания» (утвержденным и введенным в действие приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 17.12.2008 № 437-ст);

методические рекомендации «Уход за ослабленными пожилыми людьми», разработанные министерством здравоохранения Российской Федерации, министерством труда и социальной защиты Российской Федерации, федеральным государственным бюджетным образовательным учреждением высшего образования «Российский национальный

исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова», министерством здравоохранения Российской Федерации, обособленным структурным подразделением «Российский геронтологический научно-клинический центр», обществом с ограниченной ответственностью «Желтый Крест», общероссийской общественной организацией «Российский Красный Крест», общероссийской общественной организации «Российская ассоциация геронтологов и гериатров».

2. Термины, определения, сокращения

Получатель социальных услуг – гражданин, который признан нуждающимся в социальном обслуживании и которому предоставляется социальная услуга или социальные услуги;

получатель долговременного ухода – гражданин, имеющий установленные в процессе типизации стойкие ограничения жизнедеятельности, получающий социальные услуги, а также, при установленной необходимости, медицинскую помощь и (или) иные виды помощи, согласно имеющемуся у него на это праву по направлениям Комплекса федерального законодательства СДУ;

стационарная организация социального обслуживания – юридическое лицо, независимо от его организационно-правовой формы, и (или) индивидуальный предприниматель, осуществляющие социальное обслуживание получателей социальных услуг при постоянном, временном (на срок, определенный индивидуальной программой) или пятидневном (в неделю) круглосуточном проживании;

индивидуальный план ухода (ИПУ) – детальный план предоставления долговременного ухода, осуществляемый всеми участниками СДУ, вовлеченными в работу с получателем долговременного ухода, и содержащий цели работы каждого участника СДУ с получателем долговременного ухода, перечень мероприятий, кратность, объем и особенности их проведения;

типизация (Типизация ограничений жизнедеятельности) – процесс определения объема необходимой помощи, позволяющей компенсировать стойкие ограничения жизнедеятельности, получателю долговременного ухода или потенциальному получателю долговременного ухода, в зависимости от степени данных ограничений. Типизация бывает первичная (при первом обращении), плановая и внеплановая (в соответствии с методическими рекомендациями).

группа типизации устанавливает необходимый объем помощи человеку, в зависимости от степени ограничений его жизнедеятельности.

папка «История ухода» – комплект документов по контролю объёма и качества социальной помощи;

мультидисциплинарная команда (консилиум) – группа работников участников СДУ, сформированная на постоянной или временной основе с целью предоставления долговременного ухода в отношении каждого получателя долговременного ухода;

3. Описание процессов

В рамках реализации мероприятий системы долговременного ухода необходимо вести указанную ниже документацию для определения тенденции, динамики и качества ухода. Собранная в одном месте информация позволит обеспечить своевременное и качественное наблюдение за состоянием получателей долговременного ухода всеми членами мультидисциплинарной команды, давать объективную оценку изменений состояния получателей долговременного ухода. Кроме того, предлагаемая документация является подтверждением исполнения персоналом по уходу и иными специалистами организаций социального обслуживания мероприятий по уходу, с личной подписью персонала.

С этой целью в Отделении, необходимо на каждого получателя долговременного ухода вести социальную карту проживающего (история ухода).

3.1. Социальная карта проживающего (история ухода)

Социальная карта проживающего (история ухода) является локальным документом организации, все записи в ней должны быть четкими, легко читаемыми. Сведения, внесенные в историю ухода, должны быть достоверными, в полной мере отражающими факты и результат деятельности сотрудников организации, точными и в соответствии с хронологическим порядком оформленными, а также не подвергшимися изменениям. Исправления возможны в исключительных случаях, при этом нельзя использовать забеливающие средства – неверная информация зачеркивается и пишется рядом верная с подписью должностного лица и указанием «исправленному верить».

Все сотрудники Отделения, вносящие данные в социальную карту проживающего (история ухода) несут персональную ответственность за достоверность и своевременность вносимой информации. Данная ответственность закреплена в должностных обязанностях вышеуказанного персонала.

Социальная карта проживающего (история ухода) включает в себя бланки согласно приложению № 3 к настоящему регламенту.

Бланки социальной карты проживающего (история ухода) заполняются ответственными лицами Отделения, должностными обязанностями которых предусмотрено ведение соответствующих бланков из числа медицинского персонала, психологов; персонала по уходу и организации дневной занятости.

Формирование социальной карты проживающего (история ухода) в Отделении происходит в несколько последовательных этапов:

а) на первом этапе собирается информация о получателе долговременного ухода и заполняется бланк « Общие сведения о получатели социальных услуг».

В зависимости от состояния получателя долговременного ухода, информация предоставляется непосредственно им самим, родственниками или другими сопровождающими лицами. Кроме того, изучается и анализируется сопроводительная документация (акты обследований, медицинская документация);

б) на этапе сбора информации заполняется бланк «Биография». Информация для заполнения этого бланка собирается из всех возможных источников: опрос получателя социальных услуг, при его когнитивной сохранности; его родственников, соседей, друзей. При отсутствии возможности заполнить достоверно все пункты биографии, некоторые графы заполняются по наблюдению персонала (те, что касаются процесса ухода и привычек);

в) диагностический этап проводится для выявления проблем получателя долговременного ухода и разработки индивидуального плана ухода. Заполняются листы наблюдения для оценки текущего состояния проживающих и проводится диагностический этап, во время которого проводится разносторонняя оценка состояния получателя социальных услуг с использованием диагностических шкал:

- шкала Нортон – оценка риска возникновения пролежней;
- шкала Морсе – оценка риска падения;
- шкала VAS или шкала гримас Вонг-Бейкера – оценка наличия болевого синдрома;
- индекс массы тела (ИМТ) – оценка риска развития синдрома мальнотриции или наличия избыточной массы тела;

- тест «Мини-Ког» (Mini-Cog) – оценка психического состояния.

При выявленных рисках возникновения осложнений, в индивидуальных планах ухода указывается проведение необходимых профилактик.

г) на этапе разработки индивидуального плана ухода составляется индивидуальный план ухода для каждого получателя услуг длительного ухода, в котором учитываются выявленные проблемы получателя социальных услуг, его ресурсы, определяются цели ухода, составляется набор мероприятий, необходимых для обеспечения качества ухода, определяются исполнители этих мероприятий. Невозможно планирование большего количества мероприятий, чем то, что предусмотрено и соответствует группе типизации получателя социальных услуг и ИППСУ. При проверке качества ухода, необходимо проводить соответствия группы типизации и индивидуального плана ухода.

3.1.1. Бланк « Общие сведения о получателе социальных услуг»

1) Бланк «Общие сведения о получателе социальных услуг» заполняется при поступлении получателя социальных услуг в Отделение.

2) При первичном знакомстве подробно отражаются сведения о пользовании получателем социальных услуг средствами связи, коммуникации и реабилитации:

- наличие очков, зубных протезов, слуховых аппаратов;

- пользование получателем социальных услуг техническими средствами передвижения и реабилитации.

Оцениваются и фиксируются в общих сведениях о получателе социальных услуг:

- антропометрические данные при поступлении (вес, рост), индекс массы тела (ИМТ).

- степень мобильности;

- возможность выполнения гигиенических процедур;

- возможность приема пищи;

- степень и проблемы коммуникации;

- функция выделения и опорожнения.

3.1.2. Бланк «Биография»

1. Важная роль в составлении плана ухода принадлежит изучению и заполнению бланка «Биография».

Это описание жизненного пути человека, его восприятие прошлой и настоящей жизни, взаимоотношения с близкими людьми, окружающим миром.

2. Биография является источником информации, позволяющей определить особенности личности человека, оценить его интересы, привычки в области гигиены, привычек питания, привычный ритм жизни, сна, отдыха, пережитых трудностях и достижениях, потерях и страхах, необходимость и разнообразность досуга и занятости, предпочтения в удовлетворении основных потребностей организма.
3. Работа с биографией пожилого человека или инвалида позволяет обеспечить индивидуальный подход в организации ухода, реализовать основные принципы ухода и составить Индивидуальный план ухода. Облегчить уход при развитии деменции.

3.1.3. Оценка риска падений (шкала Морсе)

1. Шкала Морсе (Morse Fall Scale) получила наибольшее распространение как метод оценки риска падений. Расчеты величины риска падений по данной шкале чрезвычайно просты и не требуют длительного обследования подопечного.
2. Проводится оценка наличия факта падения в анамнезе, количество острых и хронических заболеваний, психическое состояние, использование внутривенных катетеров, оценивается функция ходьбы и пользование техническими средствами реабилитации.
3. Оценка параметров проводится в баллах от 0 до 30, в зависимости от показателя. Затем определяется общая сумма баллов.

Суммарный балл 0-4 свидетельствует об отсутствии риска падений, 5-20 баллов – о низком риске падений, однако в обоих случаях рекомендуется тщательный основной уход, 21-45 баллов – это средний уровень риска падений, при этом рекомендуется внедрение стандартизированных мер для профилактики падений, выше 45 баллов – высокий уровень возникновения падений, рекомендуется внедрение специфических мер, направленных на профилактику падений.

3.1.4. Оценка боли

1. В практической работе для оценки боли используют различные варианты интервью и опросников.

Наиболее доступными и распространенными являются Цифровая рейтинговая шкала оценки боли и Рейтинговая шкала оценки боли по изображению лица Вонга–Бейкера ВАШ (VAS).

2. Цифровая рейтинговая шкала оценки боли предназначена для самооценки получателя социальных услуг и состоит из десяти делений. Получатель социальных услуг должен сам оценить боль, выбрав числовое значение, которое соответствует интенсивности боли, где 0 означает «боли нет», 10 – «боль невыносимая».
3. Рейтинговая шкала оценки боли по изображению лица Вонга–Бейкера (ВАШ - VAS) предназначена для самооценки получателя социальных услуг и состоит из шести лиц-гримас, начиная от смеющегося лица (нет боли), до плачущего (боль невыносимая).

3.1.5. Оценка психического состояния

1. В настоящее время наиболее простым, доступным и менее затратным по времени при оценке психического статуса получателей социальных услуг считается проведение теста «Мини-Ког» (Mini-Cog).
2. Оценивается способность человека запоминать и повторять слова (три слова) и способность выполнить тест рисования часов (приложение № 5).
3. За каждое воспроизведенное слово ставится 1 балл (максимально – 3 балла за три слова), за правильно нарисованные часы – 2 балла. Неспособность правильно нарисовать часы – 0 баллов.

Общий балл равен сумме баллов: баллы за воспроизведение слов и баллы за рисование часов. Максимальный балл – 5, при результате менее 3 баллов, необходима консультация специалиста.

3.1.6. Бланк «Протокол систематического наблюдения «Определение ресурсов и проблем»

1. С целью динамического наблюдения за получателем долговременного ухода, а также необходимостью оценки эффективности мероприятий долговременного ухода, заполняется бланк «Протокол систематического наблюдения «Определение ресурсов и проблем».

2. Документированию в бланке «Протокол систематического наблюдения «Определение ресурсов и проблем»» подлежит все, что непосредственно касается изменений функционирования получателя долговременного ухода по следующим направлениям:

- коммуникация, возможность поддерживать и развивать социальные контакты, связи и области;

- мобилизация, возможность ухаживать за собой, переодевание, ощущение своей индивидуальности

Сотрудники Отделения (врач, старшая медицинская сестра, медицинская сестра) включая ухаживающий персонал, вносят отметки в лист наблюдения Отделения соответствующие текущему состоянию получателя долговременного ухода.

3. Оценка текущего состояния проживающих проводится при их поступлении в Отделение. В дальнейшем оценка проводится по мере необходимости (при выявлении или возникновении новых обстоятельств, положительно или отрицательно влияющих на проживающего), но не менее 1 раза в год.

4. Содержание листов наблюдения используется при формировании и корректировки индивидуального плана ухода.

3.1.7. Бланк «Контроль витальных показаний»

1. Обязательным при осуществлении ухода в Отделении является оценка показателей жизнедеятельности получателя долговременного ухода, наблюдение за ними в динамике.

2. С этой целью заполняется бланк «Контроль витальных показаний», в котором регистрируются параметры, связанные со здоровьем: измерение артериального давления, температуры, пульса, контроль глюкозы крови и веса. Данные записи хранятся в истории болезни проживающих.

3. Частота и время измерения данных показателей конкретному получателю социальных услуг указываются в Индивидуальном плане ухода в разделе «Контроль витальных показаний».

3.1.8. Бланк «Контроль основного ухода»

1. В данном бланке фиксируется выполнение всех запланированных мероприятий в индивидуальном плане ухода (ежедневные гигиенические процедуры, проведение необходимых профилактик, кормление не

способных самостоятельно принимать пищу, транспортировка не способных самостоятельно перемещаться, передвигаться).

2. Ежедневному обязательному документированию в бланке «Контроль основного ухода» подлежит факт выполнения таких мероприятий по уходу, как:
 - проведение утреннего/вечернего туалета: умывание, бритье, смена нательного белья, уход за волосами, уход за интимной областью;
 - помощь при опорожнении: смена подгузника, помощь в пользовании судном, мочеприемником, уход за уринальным катетером, колостомой;
 - помощь при перемещении: перемещение на край кровати (перемещение – поворот на бок из положения на спине), перемещение на край кровати (подтянуть к изголовью кровати, на середину или на другой край кровати), позиционирование в кровати (физиологичное положение тела в кровати), перемещение из кровати в кресло-коляску (стул), сопровождение при ходьбе, сопровождение на кресле-коляске;
 - гигиенические процедуры: мытье получателя долговременного ухода в кровати, полное купание в душе или ванной комнате, уход за ногтями рук, уход за ногтями ног;
 - принятие пищи, питьевой режим: подача и прием пищи, кормление, помощь в соблюдении питьевого режима;
 - проведение необходимых профилактических мероприятий, позволяющих предупредить риск возникновения острых состояний у получателей социальных услуг с недостаточностью самостоятельного ухода, снизить риск развития осложнений хронических заболеваний.

3.1.9. Бланки «Контроль за изменением положения тела, проживающего», «Контроль лечения пролежней»

1. В соответствии с ГОСТ Р 56819-2015 «Надлежащая медицинская практика. Информационная модель. Профилактика пролежней», обязательным условием при осуществлении ухода за получателем социальных услуг является проведение мероприятий по профилактике пролежней.

2. Мероприятия по профилактикам пролежней необходимо проводить получателям социальных услуг с высоким риском и наличием опасности образования пролежней.
3. В Индивидуальном плане ухода отмечаются мероприятия по профилактике пролежней, в том числе, по изменению положения тела получателя социальных услуг, в зависимости от заболевания и состояния.
4. Персоналом по уходу заполняется бланк «Контроль за изменением положения тела проживающего».
5. По расширенной шкале Нортона определяется статус получателей социальных услуг, опасность развития пролежней имеет место при сумме в 25 баллов и меньше. В этом случае следует немедленно распланировать и провести профилактические мероприятия.

3.1.10. Бланк «Контроль соблюдения водного режима»

1) Определение количества выпитой жидкости в сутки позволяет контролировать соотношение между количеством введенной в организм жидкости в течение суток.

2) Этот показатель необходимо оценивать с целью определения динамики отеков у получателей социальных слуг при сердечной недостаточности, заболеваниях почек, оценке эффективности назначенных врачом препаратов, в том числе – мочегонных.

3) В бланке заполняется дата, время приема или введения любой жидкости, фиксируется количество принятой жидкости.

4) Данный бланк находится в непосредственной близости в комнате проживания немобильного и маломобильного проживающего, нуждающегося в таком контроле.

3.1.11. Бланк «Контроль дефекации»

1) Контроль физиологических выделений человека является важным показателем работы организма. Опорожнение кишечника (дефекация) должно проходить регулярно, безболезненно и в должном объеме.

2) Контроль за актом дефекации, видом стула, отклонениями от нормы должен осуществляться только в отношении тех немобильных и маломобильных проживающих, которые сами не могут осуществлять контроль физиологических выделений.

3) Данный бланк находится в непосредственной близости в комнате проживания немобильного и маломобильного проживающего, нуждающегося в таком контроле.

3.1.12. Бланк «Протокол падения»

1) Профилактика падений – это стратегия уменьшения риска падений. Она должна быть: всесторонней и многоплановой, поддерживать политику по созданию более безопасной окружающей среды и снижению факторов риска.

2) Все случаи падений, произошедшие в стационарной и полустационарной организации социального обслуживания, подлежат обязательной регистрации и анализу.

Для этого заполняется бланк «Протокол падения».

На основании полученных данных разрабатывается стратегия по снижению риска падений среди получателей социальных услуг.

3.1.13. Бланк «Контроль наличия болей»

1) Наличие болевого синдрома, выявленного с помощью специальных оценочных шкал, подлежит обязательному контролю, анализу, принятию мер по купированию боли.

2) Получатели социальных услуг, испытывающие боль, должны наблюдаться специалистами, осуществляющими уход. Итоги наблюдения заполняются в бланке «Контроль наличия болей».

3) в бланке отмечаются: жалобы проживающего на боль; ее локализация, иррадиация; действия, провоцирующие болевой приступ (движение, прикосновение, перемещение и др.); что предпринято в каждом конкретном случае.

4) О всяком случае неэффективности принятых мер по купированию болевого синдрома в обязательном порядке необходимо сообщить медицинской сестре или врачу.

3.1.14. Бланк «Лист для посещения лечащего врача»

1. Данный бланк заполняется с одной стороны любым немедицинским персоналом, участвующим в реализации индивидуального плана ухода, с другой стороны, как лечащим штатным врачом Отделения, в которой проживает получатель долговременного ухода, так и лечащим врачом Отделения.

Немедицинский персонал в бланке описывает любые жалобы и изменения, но которые необходимо обратить внимание лечащему врачу. Со своей стороны, лечащий врач описывает рекомендации, как продолжать работать с проживающим.

3.2. Индивидуальный план ухода

1. Общие положения.

Индивидуальный план ухода (далее – ИПУ) является неотъемлемой частью социальной карты проживающего (история ухода).

ИПУ разрабатывается на основании ИППСУ, ИПРА, результатов типизации получателя долговременного ухода.

ИПУ разрабатывается в течение 10 дней недель пребывания получателя долговременного ухода в Отделении, показателей здоровья, интегрирования в процесс ухода назначенной терапии, результатов специальной диагностики по шкалам оценки рисков осложнений, наблюдений персоналом по уходу, способностей, особенностей биографии и других характеристик получателя социальных услуг.

В ИПУ учитываются стойкие ограничения жизнедеятельности, приводящие к зависимости от посторонней помощи получателя долговременного ухода, его индивидуальные ресурсы и возможные проблемы. Кроме того, в ИПУ могут быть учтены реальные ресурсы членов семьи, круга друзей получателя долговременного ухода.

Разработка индивидуального плана ухода (ИПУ) осуществляется в рамках деятельности мультидисциплинарной команды и междисциплинарного взаимодействия специалистов организации.

ИПУ содержит следующие разделы:

1. Коммуникация. Возможность поддерживать и развивать социальные контакты.
2. Мобилизация, возможность ухаживать за собой, переодевание, ощущение своей индивидуальности.
3. Питание/питьевой режим, опорожнение.
4. Контроль жизненных (витальных) показателей.
5. Соблюдение режима сна и отдыха, организация досуга.

6. Создание безопасного окружения, способность переживать жизненные события.

2. Этапы составления и реализации ИПУ, их взаимосвязь и содержание каждого этапа.

Первый этап - обследование или оценка ситуации для определения потребностей получателя долговременного ухода и необходимых для организации долговременного ухода ресурсов.

Сбор информации о получателе социальных услуг:

субъективных данных - опрос, наблюдение, заполнение биографического опросника, заполнение листов наблюдения. Данный метод сбора информации позволяет самому получателю социальных услуг (где это возможно) донести до сотрудника Отделения сведения об ощущениях самого себя, и дает возможность составить представление о личности получателя социальных услуг, в том числе о его физиологических, психологических, социальных данных, жалоб в настоящее время.

Эта информация в дальнейшем обсуждается всеми членами мультидисциплинарной команды для принятия объективного решения.

Объективных данных - результаты проведённых измерений, наблюдений, осмотров получателей социальных услуг с использованием специальных методов диагностической оценки. Данный метод в том числе позволяет определиться с факторами риска, влияющие на состояние здоровья получателя социальных услуг, динамикой эмоциональной сферы.

Второй этап - анализ проведенных обследований и наблюдений.

Вся собранная информация подлежит обязательному анализу с целью определения (выявления):

- настоящих (явных) и потенциальных (скрытых) проблем (П) получателя социальных услуг (его семья) и его потребности в уходе.
- ресурсов (Р), которые в той или иной мере сохранены (имеются) у получателя социальных услуг;
- возможностей для поддержания (развития) сохраненных (имеющихся) ресурсов;
- первоочередных задач долговременного ухода.

- обсуждения с получателем социальных услуг, где это возможно, его выявленных проблем, неудовлетворенных потребностей и намеченных приоритетов.

Третий этап – постановка целей

Правильно поставленные цели позволяют наиболее эффективно определить мероприятия индивидуального плана ухода и их степень эффективности. Цели должны быть реальными, достижимыми. Необходимо установить конкретные сроки достижения каждой цели. Получатель социальных услуг (где это возможно) должен участвовать в обсуждении каждой цели.

По срокам в индивидуальном плане ухода можно выделить два вида целей:

- краткосрочные, достижение которых осуществляется в течение одной недели;

- долгосрочные, которые достигаются в течение длительного периода, более недели.

В ходе реализации третьего этапа:

1. Устанавливаются цели (краткосрочные, долгосрочные)
2. Совместно с получателем долговременного ухода (где это возможно) определяются желаемые результаты (постановка целей).

Четвертый этап планирование необходимой помощи получателю долговременного ухода.

Планирование необходимой помощи включает в себя процесс формирования целей (желаемых результатов от проводимых мероприятий в системе долговременного ухода) и определения видов помощи, с учетом социальных услуг, определенных ИППСУ и мероприятий, определенных ИПРА. При этом с учетом ограничения жизнедеятельности данные виды помощи могут быть как полностью - компенсирующие, частично - компенсирующие, консультативные (поддерживающие).

Планирование видов помощи осуществляется на основе определения неудовлетворенных потребностей получателя долговременного ухода.

1. Определение видов помощи, необходимых получателю социальных услуг.

2. Планирование по срокам видов помощи.
3. Обсуждение с получателем социальных услуг индивидуального плана ухода.
4. Знакомство с индивидуальным планом ухода тех, кто участвует в реализации мероприятий индивидуального плана ухода.

Пятый этап – непосредственное выполнение запланированных мероприятий

Все мероприятия, определенные индивидуальным планом ухода должны выполняться персоналом по единой схеме, своевременно и качественно, с введением необходимой документации бланков папки «История ухода» для создания единой картины и прослеживания динамики состояния получателя социальных услуг.

Принципы ведения документации:

1. Четкость в выборе слов и в самих записях.
2. Краткое и недвусмысленное изложение информации.
3. Охват всей основной информации.
4. Использование только общепринятых сокращений.
5. Каждой записи должны предшествовать дата и время, а в конце записи стоять подпись ответственного лица, составляющей отчет.

Шестой этап - оценка результатов (итоговая оценка реализации мероприятий долговременного ухода). Оценка эффективности представленного ухода и его коррекция в случае необходимости.

Аспекты оценки:

- достижение цели, определение качества ухода;
- реакция получателя социальных услуг при реализации мероприятий индивидуального плана ухода;
- активный поиск и оценка новых проблем, потребностей получателей социальных услуг в уходе.

4. Ответственность

4.1. Неисполнение ответственными лицами требований настоящего регламента может служить основанием для наложения дисциплинарных взысканий, в соответствии с требованиями Трудового кодекса Российской Федерации.

5. Контроль

5.1. Контроль за исполнением настоящего регламента возлагается на заместителя директора по медицинской части, курирующего вопросы долговременного ухода.

Приложение №4
к приказу ГБУСО ВО «Комплексный
центр социального обслуживания
населения Юрьев-Польского района»
от _____ № _____

**Положение о мультидисциплинарной команде в ГБУСО ВО
«Комплексный центр социального обслуживания населения Юрьев-
Польского района» отделения милосердия для граждан пожилого
возраста и инвалидов (стационар) с.Небылое**

I. Общие положения

1. Положение о мультидисциплинарной команде регламентирует деятельность мультидисциплинарной команды.

2. Термины и определения, используемые в настоящем положении.

Граждане, нуждающиеся в посторонней помощи (уходе) (далее-проживающие) - граждане пожилого возраста и инвалиды, признанные в установленном порядке нуждающимися в социальном обслуживании по причине полной или частичной утраты способности либо возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, обеспечивать основные жизненные потребности в силу заболевания, травмы, возраста или наличия инвалидности.

Уход - совокупность действий по обслуживанию граждан, нуждающихся в посторонней помощи (уходе), с учётом их индивидуальных потребностей, структуры и степени ограничений жизнедеятельности, состояния здоровья, психофизических особенностей, предпочтений, реабилитационного потенциала и иных имеющихся ресурсов с целью обеспечения оптимальных условий для комфортной и безопасной жизни, поддержки их здоровья и самостоятельности (стимулирование к самообслуживанию, самостоятельному удовлетворению основных жизненных потребностей, самоопределению во всех вопросах жизни, физической активности, вертикализации, посильной дневной занятости, общению с родными и близкими), способствующих благоприятному течению жизни, предотвращению возможных неблагоприятных ситуаций, выполнению медицинских рекомендаций и назначений, основанных на соблюдении прав человека и гражданина, уважении личности и не допущении унижения чести и достоинства человека.

Маршрутизация - это процесс определения потребностей нуждающегося человека и путей их удовлетворения с помощью создания единой индивидуальной программы оказания ему социальных, медицинских, реабилитационных и иных услуг, а также содействие в их предоставлении (социальное сопровождение).

Маршрутизация в Отделении реализуется через создание мультидисциплинарной команды из числа специалистов самого Отделения с привлечением при необходимости внешних ресурсов.

Индивидуальный план ухода и социально-реабилитационных мероприятий (ИПУ) – детальный план предоставления долговременного ухода, осуществляемый всеми участниками СДУ, вовлеченными в работу с получателем долговременного ухода, и содержащий: цели работы каждого участника СДУ с получателем долговременного ухода, перечень мероприятий, кратность, объем и особенности их проведения.

ИПУ является письменным оформлением маршрутизации, проведенной мультидисциплинарной командой и представляет собой письменное руководство по уходу за получателем социальных услуг, в форме подробного перечня специальных действий.

Мультидисциплинарная команда (далее МДК) - это группа специалистов, сформированная на постоянной или временной основе, которые объединены достижением одной цели в решении медицинских, психологических и социальных проблем получателя услуг на совместно согласованных принципах и взаимной ответственности для реализации общих задач.

Специалист мультидисциплинарной команды – специалист из числа штатных сотрудников организации или привлеченный специалист иной организации, осуществляющий профессиональную деятельность в системе долговременного ухода и разделяющий принципы деятельности мультидисциплинарной команды.

Социальная карта проживающего «История ухода» – комплект документов по контролю объёма и качества ухода, включающая в себя следующие бланки: информационно-титульный лист; биография; листы наблюдения для оценки текущего состояния проживающих; контроль ухода за проживающим; контроль жизненных показателей; контроль соблюдения водного режима; контроль дефекации; контроль за изменением положения тела получателя долговременного ухода; лист для посещения лечащего врача; контроль наличия болей; контроль протекания лечения пролежней; контроль лечения пролежней; оценка рисков; организация дневной занятости; непосредственно ИПУ.

II. Состав МДК

1. Состав мультидисциплинарной команды для решения организационных вопросов в рамках СДУ в ГБУСО ВО «Комплексный центр социального обслуживания населения Юрьев-Польского района» отделения милосердия для граждан пожилого возраста и инвалидов (стационар) с.Небылое» :

1. Заведующий отделением
3. Врач-терапевт
4. Старшая медицинская сестра
5. Медицинские сестры
6. Психолог
7. Сиделки (помощники по уходу)
19. Санитарки

III. Основные направления деятельности и права МДК

1. МДК создается в целях разработки и реализации ИПУ, направленной на создание целостной системы, обеспечивающей оптимальные условия для проживающих, в том числе проведение реабилитационных мероприятий, способствующих поддержанию их самостоятельности и независимости в повседневной жизни и в целом качества жизни:

1.1. обследование или оценка ситуации для определения потребностей проживающих и необходимых для организации ухода ресурсов;

1.2. обеспечение выявления потребности проживающих в тех или иных видах ухода и реабилитационных мероприятиях;

1.3. планирование комплекса мероприятий, направленных на достижение целей, сформулированных в ИПУ, а также оказание содействия в осуществлении ухода и реабилитационных мероприятий проживающих;

1.4. оценка эффективности реализации мероприятий;

1.5. осуществление динамического контроля за процессом ухода и реабилитации проживающих;

1.6. уточнение или изменение ранее данных рекомендаций;

1.7. консультирование в ходе разрешения сложных случаев;

1.8. непосредственное ведение документации, обеспечивающих преемственность в передаче информации (социальная карта проживающего).

2. При необходимости разбора сложных случаев в состав МДК могут входить специалисты сторонних организаций (образовательные организации, физкультурно-спортивные организации, организации здравоохранения, социального обслуживания, науки, культуры, иные организации). Включение в состав МДК сторонних специалистов осуществляется по согласованию как с руководителем организации, так и с руководителями сторонних организаций.

3. Организационной формой работы МДК является заседание МДК, которое проходит в форме обсуждения. Проживающий и его законные представители могут быть активными участниками заседания МДК в целях

повышения качества предоставления услуг, повышения удовлетворенности ухода. Решение МДК целесообразно согласовывать с получателем услуг, его законным представителем.

Каждый специалист МДК в рамках своих компетенций дает заключение об особенностях жизнедеятельности и функционирования проживающего. Каждый специалист МДК является ответственным за принятые решения в рамках своих компетенций. Любые разногласия и споры в рамках обсуждения случая на заседании МДК решаются в пользу проживающего.

4. Специалисты, включенные в МДК, выполняют работу в рамках основного рабочего времени, в соответствии с реальным запросом организации.

5. Коллегиальное заключение МДК формулируется в ИПУ.

6. Формы организации работы МДК могут различаться по степени вовлечения специалистов МДК в работу комиссии:

6.1. Представители различных профессий приглашаются для того, чтобы обсудить проблему, поделиться информацией, которой они обладают в рамках своего профессионального опыта, найти пути решения данной проблемы. Специалисты группы могут быть созваны вновь для обсуждения достигнутого прогресса в решении данной проблемы, а также определения дальнейших действий в рамках конкретного случая.

6.2. Специалисты МДК не участвуют в систематических совещаниях, а используют телефонные переговоры или консультации между двумя-тремя профессионалами (при привлечении внешних специалистов).

7. МДК имеет право:

7.1. запрашивать у сотрудников организации, проживающих и представителей проживающих (родственники, друзья, коллеги по работе и т.д.), сведения, необходимые для осуществления своей деятельности;

7.2. осуществлять мониторинг исполнения ИПУ;

Протокол систематического наблюдения
«Определение ресурсов и проблем»
(информация для разработки ИПУ)

1. КОММУНИКАЦИЯ, ВОЗМОЖНОСТЬ ПОДДЕРЖИВАТЬ И РАЗВИВАТЬ СОЦИАЛЬНЫЕ КОНТАКТЫ, СВЯЗИ И ОБЛАСТИ				
№ п/п	Активность (указать: да, нет; возможны примечания)	Период наблюдения		
1.1	Реагирует на обращённую речь			
1.2	Понимает сообщения, инструкции			
1.3	Выражает согласие/несогласие			
1.4	Произносит звуки			
1.5	Произносит слова			
1.6	Произносит предложения			
1.7	Поддерживает диалог, задаёт вопросы			
1.8	Общается при помощи мимики, жестов, указывая на предмет (при отсутствии речи)			
1.9	Общается при помощи карточек, фотографий (при отсутствии речи)			
1.10	Умеет писать			
1.11	Умеет читать			
1.12	Использует технические средства для коммуникации (телефон, компьютер и др.)			
1.13	Узнает ближайшее окружение			
1.14	Ориентируется на месте			
1.15	Вспоминает о значительных событиях			
1.16	Сообщает о потребностях			
1.17	Ориентируется во времени			
1.18	Самостоятельно готовится ко сну			
1.19	Самостоятельно контролирует время пробуждения			
1.20	Имеет непрерывный ночной сон			
1.21	Соблюдает суточный ритм (день/ночь)			
1.22	Заботится о своём здоровье (следует медицинским рекомендациям, своевременно принимает лекарства, обеспечивает физический комфорт, использует технические средства реабилитации и др.)			

1.23	Определяет опасность и предпринимает действия, направленные на самосохранение			
1.24	При необходимости может обратиться за помощью к окружающим			
1.25	Понимает риски осложнения своих заболеваний			
1.26	Понимает риски осложнения маломобильности			
1.27	Проявляет подавленность, замкнутость, пассивность, сниженный эмоциональный фон, в дневное время находится в основном в кровати			
1.28	Проявляет печаль, слезливость			
1.29	Проявляет беспокойство, навязчивые мысли, движения			
1.30	Центрируется на собственных проблемах, старении			
1.31	Стремится к установлению тесных дружеских отношений и образованию новых контактов			
1.32	При возможности помогает другим, проявляет сочувствие			
1.33	Позитивная адаптация к изменениям (резильентность)			
1.34	Имеет страхи (беспомощности, одиночества, смерти) <i>(нужное подчеркнуть)</i>			
1.35	Имеет нерешенные семейные (иные) конфликты			
2. МОБИЛИЗАЦИЯ, ВОЗМОЖНОСТЬ УХАЖИВАТЬ ЗА СОБОЙ, ПЕРЕОДЕВАНИЕ, ОЩУЩЕНИЕ СВОЕЙ ИНДИВИДУАЛЬНОСТИ				
№ п/п	Активность (указать: да, нет; возможны примечания)	Период наблюдения		
2.1	Двигает рукой (-ами), может оттолкнуть и притянуть предмет			
2.2	Захватывает и удерживает предметы			
2.3	Отпускает предметы			
2.4	Манипулирует предметами (пересыпание, складывание, вставление, нанизывание, вращение, сжатие и др.)			
2.5	Изменяет положение тела в позе лёжа (переворачивается)			
2.6	Садится самостоятельно			
2.7	Сидит уверенно и безопасно			
2.8	Встает/ложится самостоятельно			
2.9	Стоит самостоятельно			
2.10	Перемещается при помощи ползания, перекатов <i>(нужное подчеркнуть)</i>			

2.11	Перемещается с использованием технических средств (ходунки, кресло-коляска) самостоятельно (<i>нужное подчеркнуть</i>)			
2.12	Ходит самостоятельно			
2.13	Поднимается / спускается по лестнице самостоятельно			
2.14	Ориентируется и перемещается в пределах учреждения и прилегающей территории			
2.15	Ориентируется и перемещается за пределами территории учреждения			
2.16	Использует общественный транспорт, ориентируется в населенном пункте проживания			
2.17	Наличие боли при передвижении			
2.18	Наличие страха падения			
2.19	Моется (все части тела) самостоятельно			
2.20	Чистит зубы самостоятельно			
2.21	Поддерживает гигиену носа			
2.22	Поддерживает гигиену ушей			
2.23	Подстригает ногти на руках			
2.24	Подстригает ногти на ногах			
2.25	Расчесывается			
2.26	Поддерживает гигиену при менструации (для женщин)			
2.27	Выбирает соответствующую одежду, обувь (с учетом своего пола, размера, климатических условий, ситуации и т.п.)			
2.28	Поддерживает опрятность (при загрязнении одежды переодевается или сообщает персоналу)			
2.29.	Снимает одежду с верхней части тела			
2.30	Снимает одежду, обувь с нижней части тела			
2.31	Надевает одежду на верхнюю часть тела			
2.32	Надевает одежду, обувь на нижнюю часть тела			
2.33	Застегивает пуговицы			
2.34	Застегивает молнию			
2.35	Завязывает шнурки			
2.36	Застегивает ленту-контакт («липучки»)			
2.37	Стирает и сушит белье			
2.38	Гладит белье			

2.39	Убирает помещения			
2.40	Использует бытовые приборы (чайник, электроплита, утюг, стиральная машина, пылесос и др.)			
2.41	Приобретает товары и услуги			
2.42	Распоряжается денежными средствами			
2.43	Шьет и ремонтирует одежду			
2.44	Ремонтирует вспомогательные устройства для ведения хозяйства и самообслуживания			
2.45	Занимается садоводством			
2.46	Помогает другим в самообслуживании (в приеме пищи, переодевании и т.п.)			

3. Питание/питьевой режим, опорожнение

№ п/п	Активность (указать: да, нет; возможны примечания)	Период наблюдения		
3.1	Принимает пищу			
3.2	Набирает в ложку			
3.3	Подносит ложку ко рту			
3.4	Пользуется вилок/ножом			
3.5	Пьет из бутылочки/трубочки (<i>нужное подчеркнуть</i>)			
3.6	Пьет из поильника (<i>нужное подчеркнуть</i>)			
3.7	Пьет из кружки/стакана (<i>нужное подчеркнуть</i>)			
3.8	Поддерживает гигиену во время приема пищи/питья (моет руки перед едой, пользуется салфеткой и др.)			
3.9	Принимает пищу, совместно с другими проживающими, в комнате для приема пищи			
3.10	Имеет адекватные манеры поведения за столом			
3.11	Готовит простые блюда (с небольшим числом компонентов)			
3.12	Готовит сложные блюда			
3.13	Контролирует мочеиспускание (сообщает или сигнализирует о потребности) в дневное время			
3.14	Контролирует мочеиспускание (сообщает или сигнализирует о потребности) в ночное время			
3.15	Использует туалет для мочеиспускания (находит подходящее место, принимает нужное положение, снимает и надевает одежду) (<i>нужное подчеркнуть</i>)			
3.16	Использует судно, мочеприемник (<i>нужное подчеркнуть</i>)			

3.17	Использует подгузники (<i>нужное подчеркнуть</i>)			
3.18	Использует катетер (<i>нужное подчеркнуть</i>)			
3.19	Контролирует дефекацию (сообщает или сигнализирует о потребности) в дневное время			
3.20	Контролирует дефекацию (сообщает или сигнализирует о потребности) в ночное время			
3.21	Использует туалет для дефекации (находит подходящее место, принимает нужное положение, снимает и надевает одежду, выполняет гигиенические мероприятия после дефекации) (<i>нужное подчеркнуть</i>)			
3.22	Использует калоприемник			
3.23	Стремится к обеспечению приватности в процессе опорожнения			
3.24	Различает свою и других гендерную принадлежность			
3.25	Одежда и прическа соответствуют полу			
3.26	Предпочитает занятия в соответствии с полом			
3.27	Проявляет интерес к противоположному полу			
3.28	Имеет адекватную форму общения с противоположным полом			

Особенности, подчеркнуть/указать при наличии (кормление через зонд / гастростому, поперхивание пищей / жидкостью, трудности с глотанием, трудности с пережевыванием, не контролирует частоту приемов пищи и объем, избирательность в еде, отсутствие аппетита, полный/неполный зубной ряд, наличие зубных протезов, ИМТ ниже/выше нормы, соблюдает/не соблюдает назначенную диету, регулярный/нерегулярный процесс дефекации и др.)

4. Контроль витальных показателей

№ п/п	Активность (указывается: самостоятельно, с помощью, не может)	Период наблюдения		
4.1	Измерение давления/пульса			
4.2	Измерения температуры тела			
4.3	Измерение уровня сахара в крови			
4.4	Измерение частоты дыхания			

5. Соблюдение режима сна/отдыха, организация досуга

№ п/п	Активность (указывается: самостоятельно, с помощью, не может)	Период наблюдения		
5.1	Соблюдает суточный ритм (день/ночь)			
5.2	Выполняет повседневный распорядок дня,			

	принятый в учреждении			
5.3	Планирует активность в течении дня, чередуя активность с отдыхом			
5.4.	Ориентируется во времени			
5.5.	Самостоятельно готовится ко сну			
5.6	Самостоятельно контролирует время пробуждения			
5.7	Имеет непрерывный ночной сон			
5.8	Посещает досуговые мероприятия, принимает участие в кружковой деятельности			
5.9	В свободное время самостоятельно выбирает для себя вид деятельности (чтение, игры, просмотр кинофильмов, рукоделие и др.)			
5.10	Проявляет интерес к новым видам деятельности			
5.11	Вовлекает окружающих в различные виды активности			
5.12	Имеет хобби/интересы			
5.13	Способен планировать будущее и придерживаться плана			
5.14	Способен к изменениям организации дня по своему усмотрению			
5.15	Выражает свои предпочтения			

6. Создание безопасного окружения, способность переживать жизненные события

№ п/п	Активность (указать: да, нет; возможны примечания)	Период наблюдения		
6.1	Заботится о своём здоровье (следует медицинским рекомендациям, своевременно принимает лекарства, обеспечивает физический комфорт, использует технические средства реабилитации и др.)			
6.2	Определяет опасность и предпринимает действия, направленные на самосохранение			
6.3	При необходимости может обратиться за помощью к окружающим			
6.4	Понимает риски осложнения своих заболеваний			
6.5	Понимает риски осложнения маломобильности			
6.6	Проявляет подавленность, замкнутость, пассивность, сниженный эмоциональный фон, в дневное время находится в основном в кровати			
6.7	Проявляет печаль, слезливость			
6.8	Проявляет беспокойство, навязчивые мысли, движения			
6.9	Центрируется на собственных проблемах,			

	старении			
6.10	Гордится своими достижениями, продуктами своего творчества			
6.11	Активно участвует в культурно-досуговой деятельности, с увлечением осваивают новые виды деятельности			
6.12	Стремится к установлению тесных дружеских отношений и образованию новых контактов			
6.13	При возможности помогает другим, проявляет сочувствие			
6.14	Позитивная адаптация к изменениям (резильентность)			
6.15	Имеет страхи: беспомощности, одиночества, смерти (<i>нужное подчеркнуть</i>)			
6.16	Имеет нерешенные семейные (иные) конфликты			

КОНТРОЛЬ ОСНОВНОГО УХОДА

Манипуляции/ Дата	МЕСЯЦ																															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Утренний туалет																																
Вечерний туалет																																
Уход за полостью рта утро/после еды/вечер																																
Купание (душ/ванна/баня)																																
Интимная гигиена																																
Одевание и обувание																																
Смена постельного белья																																
Смена нательного белья																																
Опорожнение: Подгузник Судно Мочеприемник Стул –туалет Катетер																																
Кормление: Завтрак Обед Полдник Ужин																																
Профилактики																																
Транспортировка																																
Сопровождение																																

Условные обозначения профилактик осложнений (цифровой шифр): 01 – пролежни; 02 – пневмония; 03 – тромбоз; 04 – контрактура; 05 – интертриго; 06 – обезвоживание; 07 – аспирация; 08 – обстипация; 09 – молочница; 10 – инконтиненция; 11 –урогенитальные инфекции; 12 – падения

КОНТРОЛЬ СОБЛЮДЕНИЯ ВОДНОГО РЕЖИМА

Дата:

Время	Жидкость	Объем мл.	Подпись
Итого выпито:			
Выделено:			

Дата:

Время	Жидкость	Объем мл.	Подпись
Итого выпито:			
Выделено:			

Дата:

Время	Жидкость	Объем мл.	Подпись
Итого выпито:			
Выделено:			

Дата:

Время	Жидкость	Объем мл.	Подпись
Итого выпито:			
Выделено:			

Дата:

Время	Жидкость	Объем мл.	Подпись
Итого выпито:			
Выделено:			

Дата:

Время	Жидкость	Объем мл.	Подпись
Итого выпито:			
Выделено:			

Дата:

Время	Жидкость	Объем мл.	Подпись
Итого выпито:			
Выделено:			

Дата:

Время	Жидкость	Объем мл.	Подпись
Итого выпито:			
Выделено:			

**БЛАНКИ ИСТОРИИ УХОДА
ДЛЯ СТАЦИОНАРНОГО И ПОЛУСТАЦИОНАРНОГО
СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ**

Наименование Учреждения
Наименование отделения Учреждения

**СОЦИАЛЬНАЯ КАРТА
«ИСТОРИЯ УХОДА»**

№ _____

(фамилия, имя, отчество получателя социальных услуг)

(дата рождения)

Группа ухода _____

Индивидуальная программа реабилитации или абилитации инвалида

от _____ № _____

Индивидуальная программа предоставления социальных услуг

от _____ № _____

Начато: _____

Окончено: _____

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О ПОЛУЧАТЕЛЕ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ

ФИО получателя социальных услуг	
Пол: М Ж	Дата рождения
	Гражданство
Адрес регистрации	
Последнее место жительства	
Контактный телефон	
Семейный статус	женат (замужем) не женат (не замужняя) вдовец (вдова) в разводе
Члены семьи, знакомые, телефоны	
Опекунство (попечительство):	
Медицинские диагнозы	
Группа инвалидности (срок)	
Наличие вспомогательных средств передвижения (ходунки, кресло-коляска, опорные трости)	
Примечание (аллергия, приступы и т.д.) _____	

ОГРАНИЧЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ

(нужное подчеркнуть)

МОБИЛЬНОСТЬ		ГИГИЕНА	
Вставать/ ложиться	самостоятельно под наблюдением при помощи не может	Ванна/душ	самостоятельно под наблюдением при помощи не может
В постели	самостоятельно под наблюдением при помощи не может	Гигиена тела	самостоятельно под наблюдением при помощи не может
Ходить	самостоятельно под наблюдением при помощи не может	Гигиена рта	самостоятельно под наблюдением при помощи не может
Стоять	самостоятельно под наблюдением при помощи не может	Одевание	самостоятельно под наблюдением при помощи не может
По лестнице	самостоятельно под наблюдением при помощи не может	ОПОРОЖНЕНИЕ	
		самостоятельно при помощи недержание	катетер, вид:

ПИТАНИЕ	
Диета	
Зубные протезы	есть нет
Прием пищи	самостоятельно при помощи кормление пюрирование
Питьевой режим	самостоятельно при помощи нарушение глотания

КОММУНИКАЦИЯ		
Речевые нарушения	Слуховые нарушения	Зрительные нарушения
нет не значительные значительные отсутствует речь	нет не значительные значительные глухота	нет не значительные значительные слепота
Альтернативные формы общения:	Наличие слухового аппарата: правый левый	Наличие очков:

Особенности взаимодействия (коммуникации):

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПЛАН УХОДА № _____ от « ___ » _____ г.

_____, _____ года рождения
(фамилия, имя, отчество в родительном падеже)

Группа ухода _____

Индивидуальная программа предоставления социальных услуг № _____ от « ___ » _____ г.

Индивидуальная программа реабилитации или абилитации инвалида № _____ от « ___ » _____ г.

Заключение ИПРА о нуждаемости (ненуждаемости) в проведении мероприятий по социальной реабилитации или абилитации:	нуждается	не нуждается	Примечание
Социально-средовая реабилитация или абилитация			
Социально-психологическая реабилитация или абилитация			
Социокультурная реабилитация или абилитация			
Социально-бытовая адаптация			

Заключение ИПРА о возможности (невозможности) осуществлять самообслуживание и вести самостоятельный образ жизни
(нужное отметить)

- Возможно
 Невозможно
 Возможно с регулярной помощью других лиц

Индивидуальный план ухода утвержден решением социального консилиума, протокол от « ___ » _____ г. № _____

Председатель Консилиума

(подпись) (ФИО)

С индивидуальным планом ухода ознакомлен (а), возражений не имею _____
(подпись получателя социальных услуг, расшифровка)

