



**МИНИСТЕРСТВО ТРУДА И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ**

ПРИКАЗ

04.09.2020

№ 755

Новосибирск

О внесении изменений в приказ министерства труда и социального
развития Новосибирской области от 06.02.2020 № 94

ПРИКАЗЫВАЮ:

Внести в приказ министерства труда и социального развития Новосибирской области от 06.02.2020 № 94 «Об утверждении Порядка проведения типизации и определения формата ухода (оценки индивидуальной нуждаемости) за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в социальном обслуживании» следующие изменения:

1. Пункт 2 изложить в следующей редакции:

«2. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на начальника управления организации социального обслуживания и реабилитации инвалидов министерства труда и социального развития Новосибирской области Кравченко Ю.В.».

2. В Порядке проведения типизации и определения формата ухода (оценки индивидуальной нуждаемости) за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в социальном обслуживании:

1) в абзаце шестом пункта 2 слово «муниципальные» исключить;

2) в пункте 7 слова «согласно приложению № 2» заменить словами «согласно приложениям №№ 2, 2.1»;

3) в пункте 8 слова «согласно приложению № 3» заменить словами «согласно приложениям №№ 3, 3.1»;

4) в пункте 9:

а) абзац второй изложить в следующей редакции:

«Плановая типизация проводится через 6 месяцев со дня проведения типизации для получателей социальных услуг, отнесенных по результатам типизации к группам ухода 1, 2, 3, 4, 5.»;

б) абзацы третий, четвертый признать утратившими силу;

5) дополнить приложением № 1.1 в редакции согласно приложению № 1 к настоящему приказу;

6) приложение № 2 изложить в редакции согласно приложению № 2 к настоящему приказу;

7) дополнить приложением № 2.1 согласно приложению № 3 к настоящему приказу;

8) приложение № 3 изложить в редакции согласно приложению № 4 к настоящему приказу;

9) дополнить приложением № 3.1 согласно приложению № 5 к настоящему приказу.

Министр

Я.А. Фролов

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1
к приказу министерства труда
и социального развития
Новосибирской области
от 04.09.2020 № 755

«Приложение № 1.1 к Порядку
проведения типизации и определения
формата ухода (оценки индивидуальной
нуждаемости) за гражданами пожилого
возраста и инвалидами, нуждающимися
в социальном обслуживании

АКТ
ОБСЛЕДОВАНИЯ УСЛОВИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГРАЖДАНИНА
(надомная форма обслуживания)

РАЗДЕЛ 1. АВТОБИОГРАФИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ:

Дата обследования «__» _____ 20__ г.

Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) обследуемого гражданина:

Проводилось обследование жилищно-бытовых и социальных условий проживания:

(первичный, повторный)

Дата рождения _____

Адрес места жительства (регистрации) _____

(адрес места жительства, подтвержденный регистрацией по месту жительства)

Примечание (изменения адреса)

Адрес места пребывания (регистрации) _____

(адрес места пребывания, подтвержденный регистрацией по месту пребывания)

Примечание (изменения адреса)

Адрес фактического проживания и проведения обследования (заполняется, если адрес места фактического проживания не совпадает с адресом места жительства или местом пребывания либо не имеется подтвержденного регистрацией места жительства и места пребывания)

Номер мобильного телефона: _____

Номер домашнего телефона: _____

Примечание

(изменения) _____

Социальный статус обследуемого: _____

Основание проведения обследования: _____

(указываются заявление обследуемого лица либо сведения, поступившие от должностных лиц организаций (медицинских организаций и других организаций) и иных граждан, дата поступления заявления/сведений)

Если обследуемый самостоятельно не может рассказать о себе и показать свое жилье, то

1. укажите родственника/иного человека, который рассказал об условиях проживания

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии))

либо

2. отметьте, что есть сложности коммуникации с обследуемым: не говорит, не слышит, не понимает, слабовидящий, слепой - Акт составлен без его участия (нужное подчеркнуть).

РАЗДЕЛ 2. СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ:

Инвалидность: есть/нет, в процессе оформления; (нужное подчеркнуть)

Справка МСЭ (если есть) № _____ от «___» _____ г

Группа инвалидности: _____

На какой срок установлена инвалидность: _____

Причина инвалидности: (если указана) _____

Примечание _____

ИПРА\ ИПР (если есть) № _____ дата _____ срок действия _____

Примечание _____

Другие документы, подтверждающие право на льготы:

Медицинское обслуживание:

№ поликлиники (участка) _____

Примечание _____

Основные заболевания (со слов, на основании медицинской документации, отказ сообщить)

Наличие заключения врача о рекомендациях и/или противопоказаниях при организации ухода (есть/нет): есть/нет (указать при наличии рекомендации врача),

Наличие особых потребностей в медицинском обслуживании, лекарственном обеспечении, и т.д. (со слов обследуемого)

Наличие инфекционных заболеваний в состоянии обострения (туберкулез, гепатиты, ВИЧ и другие) _____ подтверждает/отрицает

РАЗДЕЛ 3. ДЕЕСПОСОБНОСТЬ И МАТЕРИАЛЬНАЯ ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ:

Дееспособность: дееспособен/недееспособен/ограничено дееспособен/по состоянию здоровья требуется признание недееспособным, иные сведения _____

Наличие опекуна/попечителя _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Ухаживающее лицо _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Среднедушевой доход: (в случае отсутствия документа, подтверждающего доход, указать доход и источники дохода со слов обследуемого) _____

Наличие кредитов и иных финансовых обязательств, в том числе регулярная поддержка других людей по собственной инициативе (в случае если имеется не погашенный кредит, человек отдает большую часть пенсии детям, внукам, т.д.) _____

Наличие обязательств по уплате налогов: _____

РАЗДЕЛ 4. ЖИЛИЩНО-БЫТОВЫЕ УСЛОВИЯ И ИМУЩЕСТВЕННОЕ ПОЛОЖЕНИЕ:

ОПИСАНИЕ ЖИЛЬЯ:

Местоположение жилья от:

продовольственных магазинов, (близкое – 500 м, среднее расстояние 500-1000 м, далекое – более 1000 м)

магазинов промышленных товаров для ведения домашнего хозяйства близкое – 500 м, среднее расстояние 500-1000 м, далекое – более 1000 м)

аптек, аптечных пунктов (близкое – 500 м, среднее расстояние 500-1000 м, далекое – более 1000 м)

поликлиник, медицинских учреждений (близкое – 500 м, среднее расстояние 500-1000 м, далекое – более 1000 м)

почты (близкое – 500 м, среднее расстояние 500-1000 м, далекое – более 1000 м)

организации социального обслуживания (в том числе центров дневного пребывания) (близкое – 500 м, среднее расстояние 500-1000 м, далекое – более 1000 м)

иных часто посещаемых организаций (религиозных организаций, учреждений культуры, библиотек и т.д.) (близкое – 500 м, среднее расстояние 500-1000 м, далекое – более 1000 м)

Наличие общественного транспорта (удобное до 300 метров, среднее от 300 до 700 метров, неудобное – более 700 метров) и другие условия (редкий, нерегулярный) _____

Характеристика/вид жилого помещения (нужное подчеркнуть): дом, часть дома, отдельная квартира, комната(ы) в коммунальной квартире, комната(ы) в общежитии, отсутствует жилье; количество комнат _____

Правовые основания пользования жильем (нужное подчеркнуть): собственность, договор социального найма, договор найма социального использования, договор коммерческого найма, фактическое предоставление жилья;

Этаж ____, в доме _____ этажей, наличие лифта: имеется/не имеется;

Доступ к жилью (в квартиру), (лифт в рабочем\не рабочем состоянии)

Доступ к жилью в частном секторе зимой затруднен\не затруднен _____

Двор в частном секторе: кто занимается уборкой снега

Доступ в подъезд: дверь с ключом/кодовый замок/домофон _____

Пандус имеется /не имеется, (нужное подчеркнуть)

Перила\ поручни у лестниц, крыльца имеются /не имеются, безопасны (нужное подчеркнуть)

Скамейка для отдыха возле дома имеется /не имеется, безопасны для использования (нужное подчеркнуть)

РАЗДЕЛ 5. КОММУНАЛЬНО-БЫТОВЫЕ УДОБСТВА:

Помещение для купания (ванна, душ, баня, отсутствует)

Помещение для стирки белья (ванна, душ, баня, отсутствует)

Водоснабжение: в доме, колодец, колонка – расстояние _____ м., привозная;

Горячая вода (централизованная/газовая колонка/отсутствует, иные сведения);

Автоматическая/полуавтоматическая стиральная машина работает\неисправна\ отсутствует

Ванная/душ (в рабочем/нерабочем состоянии);

Отопление (центральное/автономное, иные сведения)

Печное отопление (вид топлива)

Туалет (в доме / на улице,) исправен/неисправен

Наличие оборудования для приготовления горячей пищи: (плита настольная, напольная, от газового баллона, печь, посуда для приготовления горячей пищи, посуда для приема пищи) исправна\неисправна

Холодильник (имеется/не имеется, исправен/неисправен, иные сведения);

Общее санитарное состояние жилья (плохой запах, несвежий воздух, захламлённое, насекомые, влажность, «грибок», используется не по назначению, иные сведения);

Общее техническое состояние жилья (пожароопасное, аварийное (документальное подтверждение), неисправная сантехника, неисправная электропроводка, неисправная печь, ветхие окна, иные сведения);

Причины, по которым уход за гражданином со стороны близких родственников, проживающих совместно с обследуемым гражданином, осуществляться не может;

Как осуществляется контакт членами семьи с обследуемым гражданином (лично, по телефону, через интернет) _____

Какие виды ухода и поддержки близкие родственники оказывают регулярно (являются ли регулярным ресурсом на дату составления Акта);

Иные значимые социальные связи (друзья, соседи, знакомые, дальние родственники, бывшие коллеги по работе, волонтеры, общественные организации, оказывающие помощь, иные)

№ п/п	Фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии)	Кем приходится	Где проживает	Телефон/е-мейл *	Примечание

***Сведения о персональных данных предоставляются при согласии этих лиц**

Как осуществляется контакт (лично, посредством встреч, по телефону, посредством переписки, через интернет, иные сведения)

Какие виды ухода и поддержки оказывают регулярно (являются ли регулярным ресурсом на дату составления акта);

РАЗДЕЛ 9. ИССЛЕДОВАНИЯ РИСКА «СОЦИАЛЬНОЙ ИЗОЛЯЦИИ» (достаточно ли у него контактов, как сам оценивает отношения, нуждается в регулярном общении, иные сведения)

РАЗДЕЛ 10. РАЗЪЯСНЕНИЯ О ФОРМАХ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ И ТЕХНОЛОГИЯХ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ:

- социальное обслуживание на дому;
- социальное обслуживание в доме-интернате (социальной стационарной организации);
- центр дневного пребывания (полустационарное обслуживание);
- социальное обслуживание на дому по технологии «Сопровождаемое проживание»;
- комбинирование обслуживания центр дневного пребывания /обслуживание на дому
- школа родственного ухода.

Перечисляются все формы социального обслуживания, их сочетания, технологии, принятие к реализации в регионе.

РАЗДЕЛ 11. ПОТРЕБНОСТЬ В ОБУЧЕНИИ РОДСТВЕННИКОВ НАВЫКАМ УХОДА
(нужное подчеркнуть)

- имеется
- не имеется

РАЗДЕЛ 12. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СВЕДЕНИЯ:

С актом ознакомлен (а) _____ / _____
подпись / расшифровка подписи

« ___ » _____ 20__ г.

Должность, фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) специалиста (ов), проводившего (их) обследование:

_____/_____/ (подпись) (расшифровка)
_____/_____/ (подпись) (расшифровка) ».

ПРИЛОЖЕНИЕ № 2
к приказу министерства труда
и социального развития
Новосибирской области
от 04.09.2020 № 755

«Приложение № 2 к Порядку
проведения типизации и определения
формата ухода (оценки индивидуальной
нуждаемости) за гражданами пожилого
возраста и инвалидами, нуждающимися
в социальном обслуживании

Индивидуальный план ухода за гражданами пожилого
возраста и инвалидами
(в надомной и полустационарной формах социального обслуживания)

Фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) _____

Дата рождения: _____

Группа типизации _____

Индивидуальная программа предоставления социальных услуг (далее – ИППСУ)
от _____ № _____

Индивидуальная программа реабилитации и (или) абилитации инвалида (далее –
ИПРА)

от _____ № _____

Риски возникновения пролежней: _____

Риск падения: _____

Наличие болей: _____

Вид мероприятий по ИПРА: _____

Заключение о нуждаемости (не нуждаемости) в проведении мероприятий по медицинской реабилитации и абилитации	Срок, в течение которого рекомендовано проведение реабилитационных или абилитационных мероприятий

Риски, проблемы и ресурсы получателя социальных услуг

I. Бытовые риски:

	наличие/отсутствие	задачи
Антисанитария		
Неисправность канализации		
Неисправность систем водоснабжения		
Неисправность газового оборудования, отопления		
Неисправность электросетевого оборудования		
Отсутствие холодильника в рабочем состоянии		
Отсутствие или неисправность иных бытовых предметов (спальное место, кухонное оборудование, посуда и пр.)		

II. Коммуникация. Возможность поддерживать и развивать социальные контакты

№ п/п	Проблемы/Ресурсы	Задачи	Мероприятия, в том числе и с учетом использования межведомственных ресурсов и ресурсов иных организаций

III. Мобилизация, возможность ухаживать за собой, переодевание, ощущение своей индивидуальности

№ п/п	Проблемы/Ресурсы	Задачи	Мероприятия, в том числе и с учетом использования межведомственных ресурсов и ресурсов иных организаций

IV. Питание/питьевой режим, опорожнение

№ п/п	Проблемы/Ресурсы	Задачи	Мероприятия, в том числе и с учетом использования межведомственных ресурсов и ресурсов иных организаций

V. Соблюдение режима сна и отдыха, организация досуга

№ п/п	Проблемы/Ресурсы	Задачи	Мероприятия, в том числе и с учетом использования межведомственных ресурсов и ресурсов иных организаций

VI. Создание безопасного окружения, способность переживать жизненные события

№ п/п	Проблемы/Ресурсы	Задачи	Мероприятия, в том числе и с учетом использования межведомственных ресурсов и ресурсов иных организаций

Цели ухода

№ п/п	Цель	Срок достижения
1		
2		
3		
4		

№ п/п	ФИО	Учреждение (организация)	Должность	Дата	Подпись

».

ПРИЛОЖЕНИЕ № 3
к приказу министерства труда
и социального развития
Новосибирской области
от 04.09.2020 № 755

«Приложение № 2.1 к Порядку
проведения типизации и определения
формата ухода (оценки индивидуальной
нуждаемости) за гражданами пожилого
возраста и инвалидами, нуждающимися
в социальном обслуживании

Индивидуальный план ухода за гражданами пожилого
возраста и инвалидами
(в стационарной форме социального обслуживания)

Фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии)

Дата рождения: _____

№ корпуса _____

№ комнаты _____

Группа типизации _____

Индивидуальная программа предоставления социальных услуг (далее – ИППСУ)
от _____ № _____

Индивидуальная программа реабилитации и (или) абилитации инвалида (далее –
ИПРА)
от _____ № _____

Риски возникновения пролежней: _____

Риск падения: _____

Наличие болей: _____

Общее состояние: _____

Физическое состояние: _____

Психологическое состояние: _____

Социальная жизнь, контакты: _____

I. Коммуникация.

Возможность поддерживать и развивать социальные контакты

Вид социальной услуги из ИППСУ: _____

№ п/п	Наименование социальной услуги	Объем предоставления услуги	Периодичность предоставления услуги	Срок предоставления услуги

Вид мероприятий по ИПРА:

Заклучение о нуждаемости (не нуждаемости) в проведении мероприятий по медицинской реабилитации и абилитации	Срок, в течение которого рекомендовано проведение реабилитационных или абилитационных мероприятий

План предоставления индивидуального социального обслуживания, в том числе с учетом использования межведомственных ресурсов и ресурсов иных организаций

№ п/п	Проблемы/Ресурсы	Цели	Мероприятия, в том числе и с учетом использования межведомственных ресурсов и ресурсов иных организаций

II. Мобилизация, возможность ухаживать за собой, переодевание, ощущение своей индивидуальности

Вид социальной услуги из ИППСУ:

№ п/п	Наименование социальной услуги	Объем предоставления услуги	Периодичность предоставления услуги	Срок предоставления услуги

Вид мероприятий по ИПРА:

Заключение о нуждаемости (не нуждаемости) в проведении мероприятий по медицинской реабилитации и абилитации	Срок, в течение которого рекомендовано проведение реабилитационных или абилитационных мероприятий

План предоставления индивидуального социального обслуживания, в том числе с учетом использования межведомственных ресурсов и ресурсов иных организаций

№ п/п	Проблемы/Ресурсы	Цели	Задачи (мероприятия), в том числе и с учетом использования межведомственных ресурсов и ресурсов иных организаций

III. Питание/питьевой режим, опорожнение

Вид социальной услуги из ИПСУ:

№ п/п	Наименование социальной услуги	Объем предоставления услуги	Периодичность предоставления услуги	Срок предоставления услуги

Вид мероприятий по ИПРА:

Заклучение о нуждаемости (не нуждаемости) в проведении мероприятий по медицинской реабилитации и абилитации	Срок, в течение которого рекомендовано проведение реабилитационных или абилитационных мероприятий

План предоставления индивидуального социального обслуживания, в том числе с учетом использования межведомственных ресурсов и ресурсов иных организаций

№ п/п	Проблемы/Ресурсы	Цели	Мероприятия, в том числе и с учетом использования межведомственных ресурсов и ресурсов иных организаций

IV. Контроль жизненных (витальных) показателей

Вид социальной услуги из ИППСУ:

№ п/п	Наименование социальной услуги	Объем предоставления услуги	Периодичность предоставления услуги	Срок предоставления услуги

Вид мероприятий по ИПРА:

Заключение о нуждаемости (не нуждаемости) в проведении мероприятий по медицинской реабилитации и абилитации	Срок, в течение которого рекомендовано проведение реабилитационных или абилитационных мероприятий

План предоставления индивидуального социального обслуживания, в том числе с учетом использования межведомственных ресурсов и ресурсов иных организаций

№ п/п	Проблемы/Ресурсы	Цели	Мероприятия, в том числе и с учетом использования межведомственных ресурсов и ресурсов иных организаций

V. Соблюдение режима сна и отдыха, организация досуга

Вид социальной услуги из ИППСУ: _____

№ п/п	Наименование социальной услуги	Объем предоставления услуги	Периодичность предоставления услуги	Срок предоставления услуги

Вид мероприятий по ИПРА:

Заключение о нуждаемости (не нуждаемости) в проведении мероприятий по медицинской реабилитации и абилитации	Срок, в течение которого рекомендовано проведение реабилитационных или абилитационных мероприятий

План предоставления индивидуального социального обслуживания, в том числе с учетом использования межведомственных ресурсов и ресурсов иных организаций

№ п/п	Проблемы/Ресурсы	Цели	Мероприятия, в том числе и с учетом использования межведомственных ресурсов и ресурсов иных организаций

VI. Создание безопасного окружения, способность переживать жизненные события

Вид социальной услуги из ИППСУ:

№ п/п	Наименование социальной услуги	Объем предоставления услуги	Периодичность предоставления услуги	Срок предоставления услуги

Вид мероприятий по ИПРА:

Заключение о нуждаемости (не нуждаемости) в проведении мероприятий по медицинской реабилитации и абилитации	Срок, в течение которого рекомендовано проведение реабилитационных или абилитационных мероприятий

План предоставления индивидуального социального обслуживания, в том числе с учетом использования межведомственных ресурсов и ресурсов иных организаций

№ п/п	Проблемы/Ресурсы	Цели	Мероприятия, в том числе и с учетом использования межведомственных ресурсов и ресурсов иных организаций

».

ПРИЛОЖЕНИЕ № 4
к приказу министерства труда
и социального развития
Новосибирской области
от 04.09.2020 № 755

«Приложение № 3 к Порядку
проведения типизации и определения
формата ухода (оценки индивидуальной
нуждаемости) за гражданами пожилого
возраста и инвалидами, нуждающимися
в социальном обслуживании

Документация по уходу
за гражданами пожилого возраста и инвалидами
(в надомной и полустационарной формах социального обслуживания)

Информационно-титульный лист

Фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии):

Дата рождения

Контактное лицо:

Телефон:

Ответственный сотрудник в организации социального
обслуживания: _____

Телефон:

Биографический опросник

ДЕТСТВО И ЮНОСТЬ

Родители:

Живы/умерли (дата смерти):

Сестры/братья:

К кому из членов семьи имеет особенную привязанность:

Место рождения, переезды:

ПРОФЕССИЯ И СЕМЬЯ

Профессиональная деятельность (образование, место работы):

Семейное положение (женитьба, разводы, потери):

Дети (имена, даты рождения, где живут, живы/умерли):

Близкие люди (соседи, друзья):

ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ

Важные жизненные переживания (пережил войну, потеря близких, достижение успеха, жизненные удачи):

Контактность (раньше и сегодня):

Какие критерии особенно важны (аккуратность, точность, вежливость):

Принадлежность к религии (что важно соблюдать):

ВОСПРИЯТИЕ ОКРУЖЕНИЯ

Ограничения зрения:

Ограничения слуха:

Любимая музыка:

Любимые запахи:

Правша/левша:

Какую роль играет активность (движение, участие в мероприятиях):

Отношение к близости (прикосновения желательны/не желательны):

ЗАНЯТОСТЬ

Чем получатель социальных услуг занимался с удовольствием раньше:

- Ведение домашнего хозяйства
- Хобби
- Спорт
- Путешествие
- Домашние животные
- Велосипедные прогулки

Какие темы интересны получателю (политика, кулинария и т.д.):

Какие средства массовой информации предпочитает:

- радио
- телевидение
- газеты

Коллекционирование:

- марки
- монеты
- камни
- не коллекционировал

Любимые игры:

ПРИВЫЧКИ В ОБЛАСТИ ГИГИЕНЫ:

Проведение утреннего/дневного туалета (время, последовательность: лицо, руки, зубы и т.д., частота принятия ванны, душа):

Существуют предпочтения:

- холодная вода
- теплая вода

Моющие средства:

Крема, лосьоны:

Как часто и чем чистил(а) зубы (протезы):

Как часто брился:

Как ухаживал(а) за волосами:

ОДЕЖДА

Любимый вид одежды, цвет, карманы (есть/нет), украшения, часы и т.д.:

ПИТАНИЕ, ПИТЬЕВОЙ РЕЖИМ

Любимая еда:

Любимые напитки:

Культура за столом (использование столовых приборов, салфетки):

Телосложение раньше:

- худой
- плотный
- полный
- очень полный

Падает ли вес в последнее время:

- да
- нет

Если да, то почему _____

ОТДЫХ И СОН

В какое время получатель ложился спать:

В какой позе получатель привык засыпать:

Какую позу получатель не воспринимает:

Существуют ли ритуалы (музыка, второе одеяло для ног, ночник, не выключать свет, засыпать под телевизор и т.д.):

В какое время получатель встает утром:

Спит ли днем, если да, во сколько:

От чего расслабляется (тишина, музыка, природа):

ЗАБОЛЕВАНИЯ

Были ли тяжелые заболевания в детстве, юности, старости (какие?):

Как переживал(а) свои заболевания и болезни близких:

ПЛАН ОКАЗАНИЯ УСЛУГ
(в надомной и полустационарной формах социального обслуживания)

(далее – ПОУ)

Период _____ (месяц) _____ **20** ____ года

Дата составления ПОУ _____ Группа типизации _____

Социальный работник: _____
телефон _____

Получатель социального обслуживания:

Адрес: _____

Контактное лицо _____ телефон _____

Цели ухода

№ п/п	Цель из ИПУ							Срок достижения
	пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс	
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
Дни недели	пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс	
Время начала и окончания работы/ и (или) время пребывания в отделении								

Мероприятия			
Услуга	Периодичность	Задачи	Алгоритм (как выполнять услугу для данного получателя долговременного ухода)
	раз в неделю/день/год		

Перечень обязательной документации:

Получатель социальных услуг (законный представитель получателя социальных услуг) _____: _____ Подпись

Социальный работник: _____ Подпись

Руководитель структурного подразделения: _____ Подпись

График работы помощника по уходу/социального работника в _____ месяце
20__ года

Помощник по уходу/ социальный работник :

Получатель социального обслуживания:

Адрес:

Телефон:

1 неделя месяца								
Число								
День недели	Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс	Подпись получателя в последний визит в данную неделю
Время начала и окончания работы								
2 неделя месяца								
Число								
День недели	Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс	Подпись получателя в последний визит в данную неделю
Время начала и окончания работы								
3 неделя месяца								
Число								
День недели	Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс	Подпись получателя в последний визит в данную неделю
Время начала и окончания работы								

4 неделя месяца								
Число								
День недели	Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс	Подпись получателя в последний визит в данную неделю
Время начала и окончания работы								
5 неделя месяца								
Число								
День недели	Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс	Подпись получателя в последний визит в данную неделю
Время начала и окончания работы								

График составил _____ Число _____ Подпись _____
 (Ф.И.О. (последнее – при наличии))

Лист приема лекарственных средств

Дата назначения/ кем назначено (Врач\самостоятельно)	Название медикамента	Форма	Примечание	Дозировка				Дата отмены
				утро	обед	вечер	ночь	

Дневник наблюдений за общим состоянием

Дата	Время	Событие/ наблюдение/ описание

Дневник контроля питания
(ведется по назначению врача)

Дата	Приготовленное блюдо	Съедено (да/нет)	Примечание	Иные блюда	Съедено (да/нет)	Примечание

Дневник контроля артериального давления

Дата	Время	Артериальное давление	Пульс	Примечание

Дневник контроля уровня глюкозы в крови

Дата	Время	Глюкоза в крови	Примечание

Дневник контроля дефекации

Дата	Время	Примечание

Дневник контроля питьевого режима

Дата	Время	Вид напитка	Количество, мл

Дневник осмотра состояния кожных покровов

Дата	Время	Состояние кожных покровов	Примечание

Информация о возникновении обстоятельств, которые существенно ухудшили или улучшили условия жизнедеятельности получателя социальных услуг

».

ПРИЛОЖЕНИЕ № 5
к приказу министерства труда
и социального развития
Новосибирской области
от 04.09.2020 № 755

«Приложение № 3.1 к Порядку
проведения типизации и определения
формата ухода (оценки индивидуальной
нуждаемости) за гражданами пожилого
возраста и инвалидами, нуждающимися
в социальном обслуживании

Документация по уходу
за гражданами пожилого возраста и инвалидами
(стационарная форма)

Информационно-титульный лист

Фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии):

Дата рождения:

Место рождения: _____

Гражданство: _____

Вероисповедание: _____

Последнее место жительства: _____

Семейное положение: _____

Медицинские диагнозы:

Рост: _____ Вес: _____

Члены семьи: _____

Тел.: _____

Группа типизации/ Дата типизации: _____

Группа инвалидности /на какой срок: _____

Наличие ИПРА (ИПР)/дата составления: _____

Опекунство (попечительство): _____

Наличие очков/отрезов/протезов: _____

Наличие зубных протезов/ слухового аппарата: _____

Наличие вспомогательных средств передвижения (ходунки, кресло-коляски, опорные трости): _____

Примечания (аллергия, приступы и т.д.):

БИОГРАФИЧЕСКИЙ ОПРОСНИК

ДЕТСТВО И ЮНОСТЬ:

Родители:

Живы/умерли (дата смерти):

Сестры/братья:

К кому из членов семьи имеет особенную привязанность:

Место рождения, переезды:

ПРОФЕССИЯ И СЕМЬЯ:

Профессиональная деятельность (образование, место работы):

Семейное положение (женитьба, разводы, потери):

Дети (имена, даты рождения, где живут, живы/умерли):

Близкие люди (соседи, друзья)

ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ:

Важные жизненные переживания (пережил войну, потеря близких, достижение успеха, жизненные, удачи)

Контактность (раньше и сегодня)

Какие критерии особенно важны (аккуратность, точность, вежливость)

Принадлежность к религии (что важно соблюдать)

ВОСПРИЯТИЕ ОКРУЖЕНИЯ:

Ограничения зрения

Ограничения слуха

Любимая музыка

Любимые запахи

Правша/левша

Какую роль играет активность (движение, участие в мероприятиях)

Отношение к близости (прикосновения желательны/не желательны)

ЗАНЯТОСТЬ:

Чем проживающий с удовольствием занимался раньше:

- Ведение домашнего хозяйства
- Хобби
- Спорт

- Путешествия
- Домашние животные
- Велосипедные прогулки

Какие темы интересны пациенту (политика, кулинария, и тд):

Какие средства массовой информации предпочитает:

- радио
- телевидение
- кино
- книги

Коллекционирование :

- марки
- монеты
- камни
- не коллекционировал

Любимые игры:

ПРИВЫЧКИ В ОБЛАСТИ ГИГИЕНЫ:

Проведение утреннего/дневного туалета (время, последовательность: лицо, руки, зубы и т.д., частота принятия ванн, душа):

Существуют предпочтения:

- холодная вода
- теплая вода

Моющие средства:

Крема, лосьоны :

Как часто и чем чистил(а) зубы (протезы)

Как часто брился

Как ухаживал(а) за волосами

ОДЕЖДА:

Любимый вид одежды, цвет, карманы (есть/нет), украшения, часы и т.д.:

ПИТАНИЕ, ПИТЬЕВОЙ РЕЖИМ:

Любимая еда:

Любимые напитки:

Культура за столом (использование столовых приборов, салфетки):

Телосложение раньше:

- худой
- плотный
- полный
- толстый

Падает ли вес в последнее время:

- да
- нет

Если да, то почему:

ОТДЫХ И СОН:

В какое время проживающий ложится/ ложился спать:

В какой позе проживающий привык засыпать:

Какую позу проживающий не воспринимает:

Существуют ли ритуалы (музыка, второе одеяло для ног, ночник и т.д.):

Не выключать свет, засыпать под телевизор:

Во сколько проживающий встает утром:

Спит ли днем, если да, во сколько:

От чего расслабляется: (тишина, музыка, природа)

ЗАБОЛЕВАНИЯ:

Были ли тяжелые заболевания в детстве, юности, старости (какие?):

Как переживал(а) свои заболевания и болезни близких:

ЛИСТЫ НАБЛЮДЕНИЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ ТЕКУЩЕГО СОСТОЯНИЯ ПРОЖИВАЮЩИХ

Лист наблюдения № 1

Дата _____

Фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии), должность наблюдателя

1. Коммуникация, возможность поддерживать и развивать социальные контакты, связи и области				
№	Активность	Да	Нет	Примечание
1	реагирует на обращённую речь			
2	понимает сообщения, инструкции			
3	выражает согласие/несогласие			
4	произносит звуки			
5	произносит слова			
6	произносит предложения			
7	поддерживает диалог, задаёт вопросы			
8	общается при помощи мимики, жестов, указывая на предмет (при отсутствии речи)			
9	общается при помощи карточек, фотографий (при отсутствии речи)			
10	умеет писать			
11	умеет читать			
12	использует технические средства для коммуникации (телефон, компьютер и др.)			
13	узнает ближайшее окружение			
14	ориентируется на месте			
15	вспоминает о значительных событиях			
16	сообщает о потребностях			
17	взаимодействует с людьми в соответствии с ситуацией и в социально приемлемой форме			
18	осознает и соблюдает между собой и людьми дистанцию, допустимую в соответствии с ситуацией			
19	проявляет доброжелательность, терпимость по отношению к другим людям			

20	регулирует свои эмоции, вербальную и физическую агрессию во взаимодействии с другими людьми			
21	создает и поддерживает дружеские или романтические отношения с людьми			
22	поддерживает отношения с родственниками			
23	взаимодействует с административными службами в пределах учреждения			
24	взаимодействует с административными службами за пределами учреждения			
25	участвует в деятельности общественных объединений (политических, религиозных, профессиональных, досуговых и др.)			

Лист наблюдения № 2

Дата _____

Фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии), должность наблюдателя

2. Мобилизация, возможность ухаживать за собой, переодевание, ощущение своей индивидуальности

№	Активность	Да	Нет	Примечание
1	двигает рукой (-ами), может оттолкнуть и притянуть предмет			
2	захватывает и удерживает предметы			
3	отпускает предметы			
4	манипулирует предметами (пересыпание, складывание, вставление, нанизывание, вращение, сжимание и др.)			
5	изменяет положение тела в позе лёжа (переворачивается)			
6	садится самостоятельно			
7	сидит уверенно и безопасно			
8	встаёт/ложится самостоятельно			
9	стоит самостоятельно			
10	перемещается при помощи ползания, перекатов			
11	перемещается с использованием технических средств (ходунки, кресло-коляска) самостоятельно			
12	ходит самостоятельно			
13	поднимается/спускается по лестнице самостоятельно			
14	ориентируется и перемещается в пределах учреждения и прилегающей территории			
15	ориентируется и перемещается за пределами территории учреждения			
16	использует общественный транспорт, ориентируется в населённом пункте проживания			
17	наличие боли при передвижении			
18	наличие страха падения			
19	моется (все части тела) самостоятельно			
20	чистит зубы самостоятельно			
21	поддерживает гигиену носа			
22	поддерживает гигиену ушей			
23	подстригает ногти на руках			

24	подстригает ногти на ногах			
25	расчёсывается			
26	поддерживает гигиену при менструации (для женщин)			
27	выбирает соответствующую одежду, обувь (с учетом своего пола, размера, климатических условий, ситуации и т.п.)			
28	поддерживает опрятность (при загрязнении одежды переодевается или сообщает персоналу)			
29	снимает одежду с верхней части тела			
30	снимает одежду, обувь с нижней части тела			
31	надевает одежду на верхнюю часть тела			
32	надевает одежду, обувь на нижнюю часть тела			
33	застегивает пуговицы			
34	застегивает молнию			
35	завязывает шнурки			
36	застегивает ленту-контакт («липучки»)			
37	различает свою и других гендерную принадлежность			
38	одежда и причёска соответствуют полу			
39	предпочитает занятия в соответствии с полом			
40	проявляет интерес к противоположному полу			
41	имеет адекватную форму общения с противоположным полом			
42	стирает и сушит белье			
43	гладит белье			
44	убирает помещения			
45	использует бытовые приборы (чайник, электроплита, утюг, стиральная машина, пылесос и др.)			
46	приобретает товары и услуги			
47	распоряжается денежными средствами			
48	шьёт и ремонтирует одежду			
49	ремонтирует вспомогательные устройства для ведения хозяйства и самообслуживания			
50	занимается садоводством			
51	помогает другим в самообслуживании (в приеме пищи, переодевании и т.п.)			

Лист наблюдения № 3

Дата _____

Фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии), должность наблюдателя

3. Питание/питьевой режим, опорожнение				
№	Активность	Может самостоятельно	Может с помощью	Не может
1	принимает пищу самостоятельно			
2	набирает в ложку			
3	подносит ложку ко рту			
4	пользуется вилкой/ножом			
5	пьёт из бутылочки/трубочки			
6	пьёт из поильника			
7	пьёт из кружки/стакана			
8	поддерживает гигиену во время приема пищи/питья (моет руки перед едой, пользуется салфеткой и др.)			
9	принимает пищу совместно с другими проживающими в комнате для приема пищи			
10	имеет адекватные манеры поведения за столом			
11	готовит простые блюда (с небольшим числом компонентов)			
12	готовит сложные блюда			
13	контролирует мочеиспускание (сообщает или сигнализирует о потребности) в дневное время			
14	контролирует мочеиспускание (сообщает или сигнализирует о потребности) в ночное время			
15	мочеиспускание:			
	-использует туалет (находит подходящее место, принимает нужное положение, снимает и надевает одежду)			
	-использует судно, мочеприемник			
	-использует подгузники			
	-использует катетер			
16	дефекация:			
	-контролирует в дневное время (сообщает или сигнализирует о потребности)			

	-контролирует в ночное время (сообщает или сигнализирует о потребности)			
	-использует туалет (находит подходящее место, принимает нужное положение, снимает и надевает одежду, выполняет гигиенические мероприятия после дефекации)			
	-использует судно			
	-использует подгузники			
	-использует калоприемник			
17	стремится к обеспечению приватности в процессе опорожнения			

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, индекс массы тела ниже/выше нормы, соблюдает/не соблюдает назначенную диету, регулярный/нерегулярный процесс дефекации и др.)

Лист наблюдения № 4

Дата _____

Фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии), должность наблюдателя

4. Контроль витальных показателей				
№	Активность	Может самостоятельно	Может с помощью	Не может
1	Измерение давления/пульса			
2	Измерения температуры тела			
3	Измерение уровня сахара в крови			
4	Измерение частоты дыхания			

Лист наблюдения № 5

Дата _____

Фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии), должность наблюдателя

5. Соблюдение режима сна/отдыха, организация досуга				
№	Активность	Да	Нет	Примечание
1	соблюдает суточный ритм (день/ночь)			
2	выполняет повседневный распорядок дня, принятый в учреждении			
3	планирует активность в течение дня, чередуя активность с отдыхом			
4	ориентируется во времени			
5	самостоятельно готовится ко сну			
6	самостоятельно контролирует время пробуждения			
7	имеет непрерывный ночной сон			
8	посещает досуговые мероприятия, принимает участие в кружковой деятельности			
9	в свободное время самостоятельно выбирает для себя вид деятельности (чтение, игры, просмотр кинофильмов, рукоделие и др.)			
10	проявляет интерес к новым видам деятельности			
11	вовлекает окружающих в различные виды активности			
12	имеет хобби/интересы			
13	способен планировать будущее и придерживаться плана			
14	способен к изменениям организации дня по своему усмотрению			
15	выражает свои предпочтения			

Лист наблюдения № 6

Дата _____

Фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии), должность наблюдателя

6. Создание безопасного окружения, способность переживать жизненные события				
№	Активность	Да	Нет	Примечание
1	заботится о своём здоровье (следует медицинским рекомендациям, своевременно принимает лекарства, обеспечивает физический комфорт, использует технические средства реабилитации и др.)			
2	определяет опасность и предпринимает действия, направленные на самосохранение			
3	при необходимости может обратиться за помощью к окружающим			
4	понимает риски осложнения своих заболеваний			
5	понимает риски осложнения малобильности			
6	проявляет подавленность, замкнутость, пассивность, сниженный эмоциональный фон, в дневное время находится в основном в кровати			
7	проявляет печаль, слезливость			
8	проявляет беспокойство, навязчивые мысли			
9	центрируется на собственных проблемах, старении			
10	гордится своими достижениями, продуктами своего творчества			
11	активно участвует в культурно-досуговой деятельности, с увлечением осваивает новые виды деятельности			
12	стремится к установлению тесных дружеских отношений и образованию новых контактов			
13	при возможности помогает другим, проявляет сочувствие			
14	позитивная адаптация к изменениям (резильентность)			
15	имеет страхи (беспомощности, одиночества, смерти)			
16	имеет нерешенные семейные (иные) конфликты			

ДНЕВНИК КОНТРОЛЯ ДЕФЕКАЦИИ

Фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) _____

Дата рождения _____

Дата	Время	Примечание	Подпись	Дата	Время	Примечание	Подпись	Дата	Время	Примечание	Подпись	Дата	Время	Примечание	Подпись
1								11				21			
2								12				22			
3								13				23			
4								14				24			
5								15				25			
6								16				26			
7								17				27			
8								18				27			
9								19				29			
10								20				30			
												31			

ДНЕВНИК КОНТРОЛЯ ЗА ИЗМЕНЕНИЕМ ПОЛОЖЕНИЯ ТЕЛА ПРОЖИВАЮЩЕГО

Фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) _____

Дата рождения _____

Дата	Время	Изменение положения тела: правый бок, левый бок, спина, верхняя часть выше, сидя в постели, коляска, стул, сидя на краю кровати и т.д.	Подпись	Дата	Время	Изменение положения тела: правый бок, левый бок, спина, верхняя часть выше, сидя в постели, коляска, стул, сидя на краю кровати и т.д.	Подпись	Дата	Время	Изменение положения тела: правый бок, левый бок, спина, верхняя часть выше, сидя в постели, коляска, стул, сидя на краю кровати и т.д.	Подпись
1				11				21			
2				12				22			
3				13				23			
4				14				24			
5				15				25			
6				16				26			
7				17				27			
8				18				27			
9				19				29			
10				20				30			
								31			

ДНЕВНИК КОНТРОЛЯ ПРОТЕКАНИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПРОЛЕЖНЕЙ

Фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) _____

Дата рождения _____

Место фото	Дата возникновения:		Место возникновения:
			Локализация:
	Описание:		
	Размер:		Окружение раны:
	Цвет:		
	Запах:		Состояние кожных покровов:
	Секрет:		
	Наличие болей:		

Терапия, назначенная врачом:

Мероприятия при уходе:

Примечания:

Подпись: _____

ДНЕВНИК КОНТРОЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПРОЛЕЖНЕЙ

Фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) _____

Дата рождения _____

Дата _____

Время _____

Выполнение назначения врача _____

Наблюдения _____

Подпись _____

Дата, время	Выполнение назначения врача	Наблюдения	Подпись

ОЦЕНКА РИСКОВ

Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) _____

Дата рождения _____

Дата проведения оценки	Количество баллов		
	по Шкале Морсе (оценка рисков падения)	по Шкала Нортон (оценка риска развития пролежней)	Оценка риска возникновения контрактуры

ИСТОРИЯ УХОДА

Фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) _____

Дата рождения _____

Дата	Событие	Подпись

ОРГАНИЗАЦИЯ ДНЕВНОЙ ЗАНЯТОСТИ

Фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) _____

Дата рождения _____

Дата	Время	Проведенное мероприятие, описание	Подпись	Дата	Время	Проведенное мероприятие, описание	Подпись

».
