



МИНИСТЕРСТВО ТРУДА  
И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ  
НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ  
Государственное автономное  
учреждение  
Новосибирской области  
стационарного социального  
обслуживания  
«Новосибирский дом ветеранов»

## РЕГЛАМЕНТ

ведения документации по уходу за гражданами  
пожилого возраста и инвалидами в рамках  
реализации мероприятий  
по системе долговременного ухода

### 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1 Настоящий регламент определяет порядок ведения документации по уходу в ГАУ НСО ССО «Новосибирский дом ветеранов» (далее – Учреждение) в рамках реализации мероприятий по системе долговременного ухода.

1.2 Область применения данного Регламента – подразделения Учреждения, непосредственно осуществляющие социальное обслуживание и уход за проживающими в Учреждении.

1.3 Персонал, осуществляющий уход по обслуживанию граждан в соответствии с данным Регламентом - сотрудники Учреждения.

1.4 Ответственные лица за ведение документации в соответствии с данным регламентом – сотрудники Учреждения, выполняющие работы по уходу в соответствии со своими должностными обязанностями и(или) назначенные соответствующими приказами или распоряжениями директора Учреждения.

### 2. ТЕРМИНЫ, ОПРЕДЕЛЕНИЯ, СОКРАЩЕНИЯ

**Система долговременного ухода (Далее – СДУ)** – комплексная программа поддержки граждан пожилого возраста и инвалидов, частично или полностью утративших способность к самообслуживанию.

**Получатель социальных услуг** (далее - Проживающий) — гражданин, признанный нуждающимся в социальном обслуживании, проживающий в Учреждении, нуждающийся по состоянию здоровья в посторонней помощи.

**Граждане, нуждающиеся в посторонней помощи** (далее – Нуждающиеся в уходе) – граждане пожилого возраста и инвалиды, в том числе граждане с психическими расстройствами, 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 уходе, с учётом их индивидуальных потребностей, 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, посильной дневной занятости, общению с родными и близкими), способствующих благоприятному течению жизни, предотвращению возможных неблагоприятных ситуаций, выполнению медицинских рекомендаций и назначений, основанная на соблюдении прав человека, уважении личности и не допущении унижения чести и достоинства человека.

**Индивидуальный план ухода (ИПУ)** – детальный план предоставления долговременного ухода, осуществляемый сотрудниками Учреждения, вовлеченными в работу с проживающим, в рамках реализации мероприятий системы долговременного ухода.

**Социальная карта проживающего «История ухода»** (СК «История ухода») – комплект документов по контролю объёма и качества оказания услуг проживающим в рамках реализации программы СДУ.

### **3. ОПИСАНИЕ ПРОЦЕССОВ ВЕДЕНИЯ ДОКУМЕНТАЦИИ, КОМПЛЕКТАЦИЯ ДОКУМЕНТОВ**

Для определения тенденции, динамики и качества ухода за проживающими в рамках реализации мероприятий по системе долговременного ухода ведется соответствующая документация, подтверждающая исполнение персоналом Учреждения мероприятий по уходу.

Цель ведения документации по уходу и соблюдению данного регламента - обеспечить своевременное и качественное наблюдение за состоянием проживающих, дать объективную оценку изменений их состояния.

Сотрудники Учреждения, отвечающие за ведение документации по уходу, несут персональную ответственность за достоверность и своевременность вносимой информации. Данная ответственность закреплена в должностной инструкции персонала Учреждения, осуществляющего уход.

С момента поступления проживающих в Учреждение формируется комплект документов по истории ухода за проживающими - Социальная карта проживающего «История ухода» (СК «История ухода»).

Сведения, содержащиеся в «Истории ухода» должны быть достоверными, в полной мере отражающими факты и результат деятельности сотрудников Учреждения, точными, оформленными в хронологическом порядке, а также, не подвергшимися изменениям. Исправления возможны в исключительных случаях, без использования забеливающих средств. Неверная информация зачеркивается и пишется рядом верная с подписью должностного лица и указанием «исправленному верить». Все записи должны быть четкими, легко читаемыми.

СК проживающего «История ухода» включает в себя следующие бланки:

- 1) «Информационно-титульный лист» (приложение № 1 к настоящему регламенту);
- 2) «Биография» (приложение № 2 к настоящему регламенту);
- 3) «Листы наблюдения для оценки текущего состояния проживающих» (приложение № 3 к настоящему регламенту);
- 4) «Контроль ухода за проживающим» (приложение № 4 к настоящему регламенту);
- 5) «Контроль жизненных показателей» (приложение № 5 к настоящему регламенту);
- 6) «Контроль соблюдения питьевого режима» (приложение № 6 к настоящему регламенту);
- 7) «Контроль соблюдения водного баланса» (приложение № 7 к настоящему регламенту);
- 8) «Контроль дефекации» (приложение № 8 к настоящему регламенту);
- 9) «Контроль за изменением положения тела проживающего» (приложение № 9 к настоящему регламенту);
- 10) «Лист для посещения лечащего врача» (приложение № 10 к настоящему регламенту);
- 11) «Контроль наличия болей» (приложение № 11 к настоящему регламенту);
- 12) «Оценка рисков» (приложение № 12 к настоящему регламенту);
- 13) диагностические шкалы (приложение № 13 к настоящему регламенту);
- 14) «Организация дневной занятости» (приложение № 14 к настоящему регламенту);
- 15) «Дневник наблюдения» (приложение № 15 к настоящему регламенту);
- 16) форма индивидуального плана ухода (приложение № 16 к настоящему регламенту).

Бланки социальной карты проживающего «История ухода» заполняются ответственными лицами организации, (должностными обязанностями которых предусмотрено ведение соответствующих бланков) из числа медицинского персонала и других специалистов Учреждения, осуществляющих уход.

Для разработки ИПУ могут использоваться не все виды бланков документов (определяется медицинскими работниками индивидуально на основании медицинских заключений, в зависимости от состояния проживающих).

Подробное описание содержания и правил заполнения бланков – в разделе 4.

Формирование социальной карты проживающего «Истории ухода» в происходит в процессе создания ИПУ и в несколько последовательных этапов.

### Этап 1. Сбор информации о проживающих

Наименование бланка для заполнения	Описание процесса	Ответственный за заполнение	Место нахождения, хранения и т.п.
Информационно-титутельный лист	В зависимости от состояния проживающего, информация предоставляется им самим, родственниками, опекунами, попечителями или другими сопровождающими лицами	Специалист по социальной работе	подшивается в СК История ухода
Биография	опрос проживающего (при его когнитивной сохранности); его родственников, опекунов, попечителей, соседей, друзей. При отсутствии возможности заполнить достоверно все пункты биографии, некоторые графы заполняются по результатам наблюдения персонала (они касаются предпочтений и привычек проживающего)	Психолог	подшивается в СК История ухода
Листы наблюдения для оценки текущего состояния проживающих	Изучается и анализируется сопроводительная документация (акты обследований, медицинская документация)	Медицинский работник (фельдшер, медицинская сестра)	подшивается в СК История ухода
Оценка рисков	Осуществляется разносторонняя оценка состояния проживающего с использованием диагностических шкал. При высоких рисках осложнений, в индивидуальном плане ухода указываются необходимые профилактики	Врач	подшивается в СК История ухода

### Этап 2. Диагностика проблем, выявление ресурсов

Наименование бланка для заполнения	Описание процесса	Ответственный за заполнение	Место нахождения, хранения и т.п.
Раздел II ИПУ (Проблемы/ресурсы)	Проводится выявление проблем и ресурсов проживающего для их учета при создании индивидуального плана ухода	Медицинский работник, заведующий отделением	В ИПУ

### Этап 3. Определение целей ухода

Наименование бланка для заполнения	Описание процесса	Ответственный за заполнение	Место нахождения, хранения и т.п.
Раздел II ИПУ (Цели)	определяются цели ухода, которые вытекают из определенных во 2-м диагностическом этапе проблем и ресурсов проживающего, являются достижимыми, ограниченными во времени, конкретными, ориентированными на проживающего, реалистичными	Заведующий отделением, медицинский работник, специалист социальной работы	В ИПУ

### Этап 4. Составление ИПУ

Наименование бланка для заполнения	Описание процесса	Ответственный за заполнение	Место нахождения, хранения и т.п.
Индивидуальный план ухода	составляется ИПУ* проживающего, планируются мероприятия**, необходимые для достижения поставленных целей, для осуществления качественного ухода. Определяются их периодичность, исполнители, особенности проведения.	Заведующий отделением	подшивается в СК История ухода

\*- В нем учитываются: выявленные проблемы и ресурсы проживающего, определенные цели ухода, оцененные риски

\*\* - Невозможно планирование большего количества мероприятий, чем то, что предусмотрено и соответствует ИППСУ, ИПРА проживающего

### Этап 5. Выполнение ИПУ

Наименование бланка для заполнения	Описание процесса	Ответственный за заполнение	Место нахождения, хранения и т.п.
Индивидуальный план ухода	Оказание социальных услуг в соответствии с планом персоналом, осуществляющим уход	Заведующий отделением	Фиксация информации в соответствующих бланках СК

### Этап 6. Проверка качества ухода

Наименование бланка для заполнения	Описание процесса	Ответственный за заполнение	Место нахождения, хранения и т.п.
Индивидуальный план ухода	Анализ соответствия ИППСУ и ИПРА содержанию ИПУ. Соответствие мероприятий ИПУ с состоянием проживающего. Учет правильного ведения и заполнения всех бланков СК	Заведующий отделением	СК История ухода

## 4. ЗАПОЛНЕНИЕ БЛАНКОВ СК «ИСТОРИЯ УХОДА»

### 4.1.1 Бланк «Информационно-титальный лист»

Бланк «Информационно-титальный лист» заполняется при поступлении проживающего в организацию социального обслуживания.

Бланком предусмотрена следующая информация о проживающем:

- паспортные данные;
- данные о вероисповедании;
- семейное положение и сведения о составе семьи и ближайших родственниках, их контактные данные;
- наличие опекуна (попечителя);
- проблемы здоровья;
- дата заселения в учреждение;
- группа инвалидности;
- наличие ИППСУ, ИПРА.

1) В бланке «Информационно-титальный лист» подробно отражаются сведения о использовании проживающим средств связи, коммуникации и реабилитации:

- наличие очков, зубных протезов, слуховых аппаратов;
- использование проживающим технических средств передвижения и реабилитации.

2) Оцениваются и фиксируются в бланке «Информационно-титальный лист»:

- 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.

### 4.1.2 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, привычки и предпочтения в быту.

2) Биография является источником информации, позволяющей определить особенности личности человека, оценить его интересы, привычки в области гигиены, питания, ритма жизни, сна, отдыха, пережитых трудностях и достижениях, потерях и страхах, необходимость и потребность в разнообразии досуга и занятости, предпочтения в удовлетворении основных потребностей организма.

3) Работа с биографией проживающего позволяет обеспечить индивидуальный подход в организации ухода, реализовать основные принципы ухода и составить «Индивидуальный план ухода». Облегчить уход при развитии деменции.

#### **4.1.3 Оценка риска падений (шкала Морсе)**

1) Шкала Морсе (Morse Fall Scale) получила наибольшее распространение как метод оценки риска падений. Расчеты риска падений по данной шкале чрезвычайно просты и не требуют длительного обследования проживающего.

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.

4) Оценка риска падений в учреждении проводится всем проживающим.

5) Периодичность проведения:

- мобильным и немобильным один раз в полгода;
- маломобильным один раз в три месяца.

6) Оценку риска падений проводит медицинский персонал.

#### **4.1.4 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 проживающего и состоит из десяти делений. Проживающий 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 проживающего и состоит из шести лиц-гримас, начиная от смеющегося лица (нет боли), до плачущего (боль невыносимая).

4) Оценка боли в учреждении проводится проживающим, имеющим:

- хронические боли;
- пролежни;

- контрактуры;
  - переломы;
  - проживающим после инсульта (при наличии болей).
- 5) Периодичность проведения оценки боли:
- проживающим, имеющим хронические боли (ежедневно);
  - пролежни (ежедневно);
  - контрактуры (однократно, при жалобах);
  - проживающим после инсульта (однократно, при жалобах);
  - при переломах (ежедневно в остром периоде).
- 6) Оценку боли проводит медицинский персонал.

#### **4.1.5 Оценка риска возникновения пролежней (шкала Нортон)**

- 1) Шкала Нортон используется для оценки опасности образования пролежней.
- 2) Данная шкала отличается простотой и быстротой заполнения, и при этом учитывает много факторов образования пролежней, таких как общее и психическое состояние, уровень активности проживающего, подвижность и способность контролировать тазовые функции.
- 3) Оценка параметров проводится в баллах от 0 до 4, в зависимости от показателя. Затем определяется общая сумма баллов.  
Суммарный балл по шкале от 8 до 16 баллов – группы высокого риска, до 24 существует угроза образования пролежней, выше 14 – риск образования минимальный.
- 4) Оценка риска пролежней в учреждении проводится всем проживающим.
- 5) Периодичность проведения оценки риска пролежней:  
неомобильным и мобильным – раз в полгода;  
маломобильным – раз в 3 месяца.
- 6) Оценку риска пролежней проводит медицинский персонал.

#### **4.1.6 Листы наблюдения для оценки текущего состояния проживающих**

- 1) С целью динамического наблюдения за проживающим при сборе информации для написания ИПУ, заполняются бланки «Листы наблюдения для оценки текущего состояния проживающих».
- 2) Документированию в бланке «Листы наблюдения для оценки текущего состояния проживающих» подлежит все, что непосредственно касается изменений функционирования проживающего по следующим направлениям:
- коммуникация, возможность поддерживать и развивать социальные контакты, связи и области;
  - мобилизация, возможность ухаживать за собой, переодевание, ощущение своей индивидуальности;
  - питание/питьевой режим, опорожнение;
  - контроль витальных показателей;
  - соблюдение режима сна/отдыха, организация досуга;



– создание безопасного окружения, способность переживать жизненные события.

Сотрудники Учреждения (психолог, специалист по комплексной реабилитации, специалист по социальной работе и др., включая ухаживающий персонал), вносят отметки в бланк «Листы наблюдения для оценки текущего состояния проживающих», соответствующие текущему состоянию проживающего.

3) Оценка текущего состояния проживающего проводится после его поступления в учреждение в течение 14 календарных дней.

4) Содержание бланков «Листы наблюдения для оценки текущего состояния проживающих» используется при формировании и для корректировок индивидуального плана ухода.

#### **4.1.7 Бланк «Контроль жизненных показателей»**

1) Обязательным при осуществлении ухода в организации социального обслуживания является оценка показателей жизнедеятельности проживающего, наблюдение за ними в динамике. Эту задачу выполняют медицинские работники учреждения и ведут необходимую документацию в амбулаторной карте проживающего. Все отклонения от нормы должны учитываться при осуществлении мероприятий ухода и учитываться персоналом их осуществляющим.

2) С этой целью заполняется бланк «Контроль жизненных показателей». В котором регистрируются отклонения от нормы, связанные со здоровьем: артериального давления, температуры, пульса, контроль глюкозы крови и веса, а также измерения при жалобах проживающего, или сигналах при наблюдении персонала.

3) Частота и время измерения данных показателей конкретному проживающему так же важны для распределения времени оказания услуг персоналом, это указывается в «Индивидуальном плане ухода» в разделе «Контроль жизненных показателей».

#### **4.1.8 Бланк «Контроль ухода за проживающим»**

1) В данном бланке фиксируется выполнение всех запланированных мероприятий в индивидуальном плане ухода (ежедневные гигиенические процедуры, проведение необходимых профилактик, кормление неспособных самостоятельно принимать пищу, и транспортировка неспособных самостоятельно перемещаться (передвигаться) проживающих.

2) Внесение информации в бланк осуществляется ежедневно, сотрудниками, оказавшими конкретную социально-бытовую услугу.

#### **4.1.9 Бланк «Дневник наблюдения»**

1) В данный бланк ежедневно вносится информация, которую персонал должен знать и учитывать при организации ухода (изменение состояния здоровья,

ухудшение/улучшение настроения, желания и жалобы проживающего и другие наблюдения персонала).

2) Информация должна быть изложена в лаконичной форме, без личных умозаключений и предположений, по факту.

#### **4.1.10 Бланк «Контроль за изменением положения тела проживающего»**

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

2) Мероприятия по профилактике пролежней необходимо проводить проживающим, у которых «вероятно образование пролежней» после оценки риска образования пролежней по шкале Нортон.

3) В «Индивидуальном плане ухода» отмечаются мероприятия по профилактике пролежней, в том числе, по изменению положения тела проживающего, в зависимости от заболевания и состояния.

4) Персоналом по уходу заполняется бланк «Контроль за изменением положения тела проживающего».

5) Данный бланк находится в комнате проживающего, на которого он заполняется.

#### **4.1.11 Бланк «Контроль соблюдения водного баланса»**

1) Водный баланс - это разница между количеством выпитой и введенной парентерально жидкости и количеством выделенной мочи за сутки.

2) Этот показатель необходимо оценивать с целью профилактики или лечения сердечной недостаточности, заболеваниях почек, оценки эффективности назначенных врачом препаратов, в том числе – мочегонных. А также для выявления отеков и контроля за их динамикой, предотвращения развития инфекции мочеполовой системы. Этот бланк заполняется у всех, кто имеет уринальные катетеры, а также у проживающих по назначению врача.

3) В бланке заполняется количество, дата, время приема или введения любой жидкости и количество выделенной жидкости за сутки.

4) Высчитывается разница между введенной и выведенной жидкости.

5) Данный бланк находится в комнате проживающего, на которого он заполняется в том случае, если проживающий немобилен. В случае наличия уринального катетера у мобильного или маломобильного проживающего, подшивается в социальную карту проживающего «История ухода»

#### **4.1.12 Бланк «Контроль соблюдения питьевого режима»**

1) Питьевой режим — наиболее рациональный порядок потребления жидкости в течение суток. Объем и периодичность устанавливается по рекомендации врача.

- 2) Определение количества выпитой жидкости в сутки позволяет контролировать соблюдение питьевого режима.
- 3) Этот показатель необходимо оценивать с целью предупреждения дегидратации у проживающих.
- 4) В бланке заполняется дата, время приема или введения любой жидкости, суммируется и фиксируется количество принятой жидкости за сутки.
- 5) Данный бланк находится в комнате проживающего, нуждающегося в таком контроле.
- 6) Данный бланк ведется на всех проживающих, которые не в состоянии самостоятельно принимать жидкость, а также для тех проживающих, которым рекомендует врач.

#### **4.1.13 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 проживающих, которые сами не могут осуществлять контроль физиологических выделений и тем, кому рекомендует врач.

#### **4.1.14 Бланк «Протокол падения»**

- 1) Профилактика падений – это стратегия уменьшения риска падений. Она должна быть: всесторонней и многоплановой, включать в себе создание безопасной окружающей среды и снижению факторов риска падений у проживающих.
- 2) Все случаи падений, произошедшие в стационарной и полустационарной организации социального обслуживания, подлежат обязательной регистрации (заполнение «Протокола падения») и анализу.
- 3) Бланк «Протокол падения» заполняется незамедлительно после оказания необходимой помощи проживающему персоналом, оказавшимся свидетелем, участником или обнаружившим факт падения.
- 4) На основании данных анализа «Протокола падения» разрабатываются меры по профилактике падения у данного проживающего.

#### **4.1.15 Бланк «Контроль наличия болей»**

- 1) Наличие болевого синдрома, выявленного и оцененного по интенсивности с помощью специальных оценочных шкал, подлежит обязательному контролю, анализу, принятию мер по купированию боли.
- 2) Проживающие, испытывающие боль, должны наблюдаться специалистами, осуществляющими уход (выполняющими рекомендации медиков) и медиками (занимающимися лечением боли, периодической оценкой болей по шкалам). Итоги наблюдения заполняются в бланке «Контроль наличия болей».

3) В бланке «Контроль наличия болей» отмечаются: жалобы проживающего на боль; ее локализация; факторы, провоцирующие болевой приступ (движение, прикосновение, перемещение, обработка ран, стресс и др.); что предпринято в каждом конкретном случае и эффективность мер, направленных на купирование боли.

4) О неэффективности принятых мер по купированию болевого синдрома в обязательном порядке необходимо сообщить дежурной медицинской сестре или дежурному врачу, зафиксировать данный факт в бланке «Дневник наблюдения».

#### **4.1.16 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 организации, в которой находится проживающий, так и лечащим врачом организации здравоохранения.

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

## **5. ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПЛАН УХОДА**

### **5.1 Общие положения**

Индивидуальный план ухода (ИПУ) является неотъемлемой частью социальной карты проживающего «История ухода». ИПУ разрабатывается на основании ИППСУ, ИПРА проживающего.

ИПУ разрабатывается в течение первых двух недель пребывания проживающего в стационарной организации, с учетом:

- индивидуальной нуждаемости в помощи,
- социальных показаний,
- состояния 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 проживающего.

В ИПУ учитываются ограничения жизнедеятельности, приводящие к зависимости от посторонней помощи, его индивидуальные ресурсы и возможные проблемы.

Разработка ИПУ осуществляется в рамках деятельности специалистов по уходу и междисциплинарного взаимодействия специалистов Учреждения.

ИПУ содержит следующие разделы:

- I. Коммуникация. Возможность поддерживать и развивать социальные контакты.
- II. Мобилизация, возможность ухаживать за собой, переодеваться, ощущать свою индивидуальность.
- III. Питание/питьевой режим, опорожнение.
- IV. Контроль жизненных (витальных) показателей.
- V. Соблюдение режима сна и отдыха, организация досуга.
- VI. Создание безопасного окружения, способность переживать жизненные события.

С целью оптимизации рабочего времени при написании ИПУ рекомендуется использовать вспомогательные таблицы (приложение № 17), разработанные с учетом типичных проблем (II) проживающего (его семьи), его потребности в уходе и ресурсов (P), возможностей для поддержания (развития) сохраненных (имеющихся) ресурсов по наиболее часто встречающимся заболеваниям. При этом, в каждом случае, ИПУ должен быть индивидуальным для каждого проживающего.

## 5.2 Этапы составления и реализации ИПУ, их взаимосвязь и содержание каждого этапа

Наименование этапа	Содержание, назначение этапа	Цель, результат
1.Сбор информации о проживающем	Сбор данных о проживающих: - субъективных: опрос, наблюдение, составление представления о его жалобах и проблемах в настоящий момент; - объективных: о результатах измерений, наблюдений, осмотров, оценок по международным шкалам	Заполнение бланков: - «Биография», - «Листы наблюдения для оценки текущего состояния проживающего»
2.Анализ проведенных обследований и наблюдений	Анализ собранной на 1-м этапе информации	Определение (выявление) имеющихся проблем (II) и ресурсов (P) проживающего
3.Постановка целей	Постановка реальных целей для эффективного определения мероприятий ИПУ. По возможности, проживающий должен участвовать в обсуждении каждой цели.	Цели должны быть конкретным, реальными, достижимыми. Установлены конкретные сроки достижения целей.
4.Планирование конкретных мероприятий для	Определение конкретных видов помощи, с учетом поставленных целей, социальных услуг,	- планирование по срокам видов помощи; - обсуждение ИПУ с

достижения цели	определенных ИППСУ и мероприятий, определенных ИПРА на основе определения проблем в самообслуживании	проживающим; - изучение, обсуждение МПУ с персоналом, участвующим в выполнении мероприятий по уходу
5.выполнение запланированных мероприятий	Выполнение мероприятий, прописанных в ИПУ по единой схеме, своевременно и качественно, с ведением необходимой документации для достижения намеченной цели и наблюдения за состоянием проживающего в динамике	Заполнение бланков СК проживающего с учетом принципов ведения документации: - точность в выборе слов; - краткое, недвусмысленное изложение фактов; - использование общепринятых сокращений; - все записи должны быть датированы с указанием времени; - каждая запись должна содержать подпись ответственного за выполнение данного мероприятия лица
6.оценка результатов	Оценка эффективности запланированных мероприятий ухода по достижению поставленной цели. Коррекция цели или мероприятий при не достижении цели или постановка новой цели, в случае достижений первоначальной цели	Аспекты оценки: - достижение цели, определение качества ухода; - реакция проживающего при реализации мероприятий индивидуального плана ухода; - внесение корректив на любом этапе реализации ИПУ (проблем, ресурсов, целей и запланированных мероприятий).

## 6. КОНТРОЛЬ ЗА ИСПОЛНЕНИЕМ РЕГЛАМЕНТА

Контроль за исполнением настоящего регламента возлагается на сотрудника Учреждения, назначенного приказом директора ответственным за внедрение системы долговременного ухода в Учреждении.

Приложение № 1 к регламенту ведения документации по уходу в организации социального обслуживания (структурных подразделениях), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме социального обслуживания в рамках реализации мероприятий системы долговременного ухода

### ИНФОРМАЦИОННО-ТИТУЛЬНЫЙ ЛИСТ

1. Фамилия, Имя, Отчество	
2. Дата рождения:	
3. Место рождения:	
4. Гражданство:	
5. Вероисповедание:	
6. Дата поступления в учреждение:	
7. Последнее место жительства:	
8. Семейное положение:	
9. Медицинские диагнозы	
10. Рост:                    Вес:	ИМТ:
11. Члены семьи:	
12. Тел.	
13. Группа инвалидности /на какой срок	
14. Наличие ИПРА (ИПР)/дата составления	
15. Опекунство (попечительство):	
16. Наличие очков/отрезов/протезов суставов	
17. Наличие зубных протезов/ слухового аппарата	
18. Наличие вспомогательных средства передвижения (ходунки, кресло-коляски, опорные трости)	
19. Примечания (аллергия, приступы и т.д.)	

<b>МОБИЛЬНОСТЬ</b>	<b>Самостоятельно</b>	<b>Под наблюдением</b>	<b>При помощи</b>	<b>Не может</b>
Вставать/ложиться				
В постели				
Ходить				
Стоять				
По лестнице				
<b>ГИГИЕНА</b>	<b>Самостоятельно</b>	<b>Под наблюдением</b>	<b>При помощи</b>	<b>Не может</b>
Ванна/душ				
Гигиена тела				
Переодевание				
Гигиена рта				
<b>ПИТАНИЕ</b>				
Диета:				
Прием пищи (самостоятельно, при помощи, кормление персоналом, нарушение глотания):				
Питьевой режим (самостоятельно, при помощи, нарушение глотания):				
<b>КОММУНИКАЦИЯ</b>				
Речевые нарушения (нет, незначительные, значительные):				
Слуховые нарушения (нет, незначительные, значительные, глухота):				
<b>ОПРОЖНЕНИЕ</b>				
ДЕУРИНАЦИЯ (самостоятельно, при помощи, инконтиненция, катетер – вид):				
ДЕФЕКАЦИЯ (самостоятельно, при помощи, колостома, Энкопрез)				



Приложение № 2 к регламенту ведения документации по уходу в организации социального обслуживания (структурных подразделениях), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме социального обслуживания в рамках реализации мероприятий системы долговременного ухода

## **БИОГРАФИЯ**

### **ДЕТСТВО И ЮНОСТЬ:**

Родители (мама, папа):

Когда умерли:

Сестры/братья:

К кому из членов семьи имеет особенную привязанность:

Место рождения, переезды:

### **ПРОФЕССИЯ И СЕМЬЯ:**

Профессиональная деятельность (образование, специальность, место работы):

Семейное положение (женитьба, разводы, потери):

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

Близкие люди (соседи, друзья)

### **ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ:**

Важные жизненные переживания:

Контактность (раньше и в настоящее время):

Какие критерии особенно важны:

Принадлежность к религии (обряды, что важно соблюдать):

### **ВОСПРИЯТИЕ ОКРУЖЕНИЯ (раньше):**

Ограничения зрения

Ограничения слуха

Любимая музыка

Любимые запахи

Правша/левша

Какую роль играет активность:

Отношение к тактильной близости (прикосновения желательны/не желательны):

### **ЗАНЯТОСТЬ:**

чем проживающий занимался с удовольствием (раньше, в настоящее время):

Какие темы интересны проживающему:

Какие средства массовой информации предпочитает:

Коллекционирование:

Любимые игры:

### **ПРИВЫЧКИ В ОБЛАСТИ ГИГИЕНЫ:**

Проведение утреннего/вечернего туалета (время, последовательность, предпочтения, использование средств ухода):

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

Как часто брился:

### **ОДЕЖДА:**

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

### **ПИТАНИЕ, ПИТЬЕВОЙ РЕЖИМ:**

Любимая еда

Любимые напитки

Культура за столом

Телосложение раньше:

Похудел ли в последнее время (да, нет):

Если да, то возможные причины

### **ОТДЫХ И СОН:**

В какое время проживающий ложится спать:

В какой позе проживающий привык засыпать:

Какую позу проживающий не любит:

Существуют ли ритуалы:

Во сколько проживающий встает утром:

Спит ли днем, если да, во сколько:

От чего расслабляется:

### **ЗАБОЛЕВАНИЯ:**

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

Как переживал(а) свои заболевания и болезни близких:

Приложение № 3 к регламенту ведения документации по уходу в организации социального обслуживания (структурных подразделениях), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме социального обслуживания в рамках реализации мероприятий системы долговременного ухода

## Листы наблюдения для оценки текущего состояния проживающих

### Лист наблюдения № 1

Дата \_\_\_\_\_ Ф.И.О., 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 \_\_\_\_\_ Ф.И.О., 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 из лежачего положения (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			
19	Поддерживает гигиену носа			
20	Поддерживает гигиену ушей			
21	Подстригает ногти на руках			
22	Подстригает ногти на ногах			
23	Расчёсывается			
24	поддерживает гигиену при менструации (для женщин)			
25	выбирает соответствующую одежду, обувь (с учетом своего пола, размера, климатических условий, ситуации и т.п.)			
26	поддерживает опрятность (при загрязнении одежды переодевается или сообщает персоналу)			
27	снимает одежду с верхней части тела			
28	снимает одежду, обувь с нижней части тела			

29	надевает одежду на верхнюю часть тела			
30	надевает одежду, обувь на нижнюю часть тела			
31	Застегивает пуговицы			
32	Застегивает молнию			
33	Завязывает шнурки			
34	Застегивает ленту-контакт («липучки»)			
35	различает свою и других гендерную принадлежность			
36	одежда и прическа соответствуют полу			
37	предпочитает занятия в соответствии с полом			
38	проявляет интерес к противоположному полу			
39	адекватно общается с противоположным полом			
40	стирает и сушит белье			
41	Гладит белье			
42	Убирает помещения			
43	использует бытовые приборы (чайник, электроплита, утюг, стиральная машина, пылесос и др.)			
44	Приобретает товары и услуги			
45	Распоряжается денежными средствами			
46	шьет и ремонтирует одежду			
47	ремонтирует вспомогательные устройства для ведения хозяйства и самообслуживания			
48	Занимается садоводством			
49	помогает другим в самообслуживании (в приеме пищи, переодевании и т.п.)			

\*выбрать подходящий вариант

## Лист наблюдения № 3

Дата \_\_\_\_\_ Ф.И.О., должность наблюдателя \_\_\_\_\_

3. Питание/питевой 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	использует туалет для мочеиспускания (находит подходящее место, принимает нужное положение, снимает и надевает одежду) *			
16	использует кресло-туалет, судно, мочеприемник*			
17	Использует подгузники*			
18	поставлен катетер* (эпицистостома, уретральный катетер)			

19	контролирует дефекацию (сообщает или сигнализирует о потребности) в дневное время			
20	контролирует дефекацию (сообщает или сигнализирует о потребности) в ночное время			
21	использует туалет для дефекации (находит подходящее место, принимает нужное положение, снимает и надевает одежду, выполняет гигиенические мероприятия после дефекации) *			
22	Использует кресло-туалет, судно*			
23	Использует подгузники*			
24	Поставлен калоприемник*			
25	Стремится к обеспечению приватности в процессе опорожнения			

\*выбрать подходящий вариант

**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 (склонность к запорам/поносам) и др.)

---



---



---



---



---



---



---



---

**Лист наблюдения № 4**

Дата \_\_\_\_\_ Ф.И.О., 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 \_\_\_\_\_ Ф.И.О., 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 течении 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 \_\_\_\_\_ Ф.И.О., 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, движения			
9	центрируется на собственных проблемах, старении			
10	гордится своими достижениями, продуктами своего творчества			
11	активно участвует в культурно-досуговой деятельности, с увлечением осваивают 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			

\*выбрать подходящий вариант











Приложение № 8 к регламенту ведения документации по уходу в организации социального обслуживания (структурных подразделениях), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме социального обслуживания в рамках реализации мероприятий системы долговременного ухода

**КОНТРОЛЬ ДЕФЕКАЦИИ**

ФИО \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Дата	Время	Примечание	Подпись	Дата	Время	Примечание	Подпись	Дата	Время	Примечание	Подпись	Дата	Время	Примечание	Подпись

Документировать: вид стула (если нормальный, то ставится только дата). Описываются только отклонения от нормы – вид стула (жидкий, твердый), протекание (боли, жалобы). Цвет (черный, слишком светлый), включения, примеси (алая кровь, гельминты, яйца гельминтов, непереваренная пища). Все отклонения регистрируются также и в бланке «Дневник наблюдения» и передаются по смене медсестре

Приложение № 9 к регламенту ведения документации по уходу в организации социального обслуживания (структурных подразделениях), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме социального обслуживания в рамках реализации мероприятий системы долговременного ухода

**КОНТРОЛЬ ЗА ИЗМЕНЕНИЕМ ПОЛОЖЕНИЯ ТЕЛА ПРОЖИВАЮЩЕГО**

ФИО \_\_\_\_\_ Дата рождения \_\_\_\_\_

время дата	П.	П.	П.	П.	П.	П.	П.	П.	П.	П.	П.	П.	П.	П.	П.	П.	П.	П.	П.	П.	П.	П.	П.

П. –официальное сокращение (подпись сотрудника)  
 ВЧВ – верхняя часть выше  
 С- спина

МИ - микроизменение  
 СКК – сидя на краю кровати  
 ИК – инвалидная коляска

30 П - правый бок 30 градусов  
 135Л – левый бок 135 градусов  
 ЛБ - левый бок









Приложение № 13 к регламенту ведения документации по уходу в организации социального обслуживания (структурных подразделениях), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме социального обслуживания в рамках реализации мероприятий системы долговременного ухода

**ШКАЛА НОРТОН (оценка риска возникновения пролежней)**

Физическое состояние		Мышление		Активность		Подвижность		Недержание	
Хорошее	4	Ясное	4	Ходит без помощи	4	Полная	4	Нет	4
Удовлетворительное	3	Апатия	3	Ходит с помощью	3	Слегка ограниченная	3	Иногда	3
Плохое	2	В замешательстве	2	Прикован к инвалидному креслу	2	Очень ограниченная	2	Чаше отмечается недержание мочи	2
Очень плохое	1	Тупоумие	1	Лежачий	1	Полностью неподвижен	1	Чаше отмечается недержание мочи и кала	1

**Интерпретация:**

15-20 баллов – вероятность образования пролежней невелика

13-14 баллов – вероятно образование пролежней

## Цифровая рейтинговая шкала оценки боли

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Цифровая рейтинговая шкала оценки боли (для самооценки проживающих и детей старше 5 лет) состоит из десяти делений, где 0 означает «боли нет», а 10 - «боль невыносимая». Специалист, оценивающий боль, должен объяснить проживающему что: 0 - боли нет, от 1 до 3 баллов - боль незначительная, от 4 до 6 баллов - боль умеренная, от 7 до 9 баллов - боль выраженная и 10 баллов - боль невыносимая. Проживающий должен сам оценить боль, выбрав числовое значение, которое соответствует интенсивности боли.

## Оценка боли по шкале гримас Вонг-Бейкера



Шкала гримас Вонг-Бейкера предназначена для оценки состояния проживающих и детей старше 3 лет. Шкала гримас состоит из 6 лиц, начиная от смеющегося (нет боли) до плачущего (боль невыносимая). Специалист, оценивающий боль должен объяснить проживающему в доступной форме, какое из представленных лиц описывает его боль.

## ШКАЛА МОРЗЕ (оценка риска падения)

Показатель	Баллы
Падение в анамнезе:	
• Нет	<b>0</b>
• Да	<b>25</b>
Сопутствующие заболевания (больше одного диагноза):	
• Нет	<b>0</b>
• Да	<b>25</b>
Имеет ли проживающий вспомогательное средство для перемещения:	
• Постельный режим / помощь санитарки	<b>0</b>
• Костыли / ходунки / трость	<b>15</b>
• Придерживается при перемещении за мебель	<b>30</b>
Проведение внутривенной терапии (наличие в/в катетера):	
• Нет	<b>0</b>
• Да	<b>25</b>
Оценка проживающего собственных возможностей и ограничений (ментальный/психический статус):	
• Адекватная оценка своих возможностей	<b>0</b>
• Переоценивает свои возможности или забывает о своих ограничениях	<b>15</b>
Функция ходьбы:	
• Норма / постельный режим / обездвижен	<b>0</b>
• Знает и понимает свои ограничения	<b>0</b>
• Слабая	<b>10</b>
• Нарушена	<b>20</b>

### Интерпретация результатов:

**0-4 балла** – нет риска, рекомендуется тщательный основной уход

**5-20 баллов** – низкий уровень, рекомендуется тщательный основной уход

**21-45 баллов** – средний уровень, рекомендуется внедрение стандартизированных мер для профилактики падений

**Более 45 баллов** – высокий уровень, рекомендуется внедрение специфических мер, направленных на профилактику падений





Приложение № 16 к регламенту ведения документации по уходу в организации социального обслуживания (структурных подразделениях), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме социального обслуживания в рамках реализации мероприятий системы долговременного ухода

### ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПЛАН УХОДА

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_

№ комнаты \_\_\_\_\_

Индивидуальная программа предоставления социальных услуг от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

ИПРА от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

#### I. Коммуникация. Возможность поддерживать и развивать социальные контакты

Вид социальной услуги из ИППСУ: \_\_\_\_\_

№ п/п	Наименование вида 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 абелитами	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

Дата постановки целей	Проблемы/Ресурсы	Цели	Мероприятия, в том числе и с учетом использования межведомственных ресурсов и ресурсов иных организаций	Дата пересмотра (корректировки) целей

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

Вид социальной услуги из ИППСУ:

№ п/п	Наименование вида 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

Дата постановки целей	Проблемы/Ресурсы	Цели	Задачи (мероприятия), в том числе и с учетом использования межведомственных ресурсов и ресурсов иных организаций	Дата пересмотра (корректировки) целей

## III. Питание/питьевой режим, опорожнение

Вид социальной услуги из ИППСУ:

№ п/п	Наименование вида 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

Дата постановки целей	Проблемы/Ресурсы	Цели	Мероприятия, в том числе и с учетом использования межведомственных ресурсов и ресурсов иных организаций	Дата пересмотра (корректировки) целей

#### IV. Контроль жизненных (витальных) показателей

Вид социальной услуги из ИППСУ:

№ п/п	Наименование вида 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

Дата постановки целей	Проблемы/Ресурсы	Цели	Мероприятия, в том числе и с учетом использования межведомственных ресурсов и ресурсов иных организаций	Дата пересмотра (корректировки) целей

### V. Соблюдение режима сна и отдыха, организация досуга

Вид социальной услуги из ИППСУ: \_\_\_\_\_

№ п/п	Наименование вида 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

Дата постановки целей	Проблемы/Ресурсы	Цели	Мероприятия, в том числе и с учетом использования межведомственных ресурсов и ресурсов иных организаций	Дата пересмотра (корректировки) целей

### VI. Создание безопасного окружения, способность переживать жизненные события

Вид социальной услуги из ИППСУ: \_\_\_\_\_

№ п/п	Наименование вида 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

Дата постановки целей	Проблемы/Ресурсы	Цели	Мероприятия, в том числе и с учетом использования межведомственных ресурсов и ресурсов иных организаций	Дата пересмотра (корректировки) целей

