

ПРИКАЗ

от « 09 » 04 2021 года

№ 209/635

О мерах по реализации системы  
долговременного ухода за  
гражданами пожилого возраста и  
инвалидами, нуждающимися в  
постороннем уходе, в Республике  
Татарстан

В целях реализации Типовой модели системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в постороннем уходе, утвержденной приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 29.09.2020 № 667 «О реализации в отдельных субъектах Российской Федерации в 2021 году Типовой модели системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в постороннем уходе», Плана мероприятий («дорожной карты») по реализации пилотного проекта по созданию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами в Республике Татарстан на 2019 – 2022 годы (далее – Дорожная карта), приведенного в приложении № 5 к подпрограмме «Модернизация и развитие социального обслуживания населения Республики Татарстан» на 2014 – 2025 годы Государственной программы «Социальная поддержка граждан Республики Татарстан» на 2014 – 2025 годы, утвержденной постановлением Кабинета Министров Республики Татарстан от 23.12.2013 № 1023 «Об утверждении государственной программы «Социальная поддержка граждан Республики Татарстан» на 2014 – 2025 годы» (с изменением, внесенным постановлением Кабинета Министров Республики Татарстан от 18.12.2020 № 1151), приказываем:

1. Утвердить:

форму медицинского заключения о состоянии здоровья лица, нуждающегося в предоставлении социальных услуг согласно Приложению 1 к настоящему приказу;

форму сведений, передаваемых медицинской организацией в территориальный орган социальной защиты, об имеющихся у гражданина пожилого возраста (инвалида) ограничениях жизнедеятельности и рекомендациях по организации ухода за ним согласно Приложению 2 к настоящему приказу;

форму сведений, передаваемых медицинской организацией в территориальный орган социальной защиты, об имеющихся у гражданина пожилого возраста (инвалида) ограничениях жизнедеятельности и рекомендациях по организации ухода за ним (для учреждений здравоохранения, оказывающих квалифицированную психиатрическую помощь населению Республики Татарстан) согласно Приложению 3 к настоящему приказу;

форму индивидуального плана профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий согласно Приложению 4 к настоящему приказу;

форму информированного добровольного согласия на передачу медицинской организацией в территориальный орган социальной защиты по месту жительства гражданина сведений об имеющихся у гражданина ограничениях жизнедеятельности и рекомендациях по организации ухода за ним согласно Приложению 5 к настоящему приказу;

форму акта обследования жилищно-бытовых и социальных условий проживания согласно Приложению 6 к настоящему приказу;

форму бланка оценки зависимости от посторонней помощи (типизация) согласно Приложению 7 к настоящему приказу;

форму бланка определения уровня нуждаемости в постороннем уходе и количества часов обслуживания на дому согласно Приложению 8 к настоящему приказу.

2. Руководителям медицинских организаций Республики Татарстан, участвующим в организации системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами в Республике Татарстан, обеспечить:

своевременное предоставление в управление (отдел) социальной защиты Министерства труда, занятости и социальной защиты Республики Татарстан в муниципальном районе (городском округе) Республики Татарстан (далее – территориальный орган социальной защиты) медицинского заключения о состоянии здоровья лица, нуждающегося в предоставлении социальных услуг, согласно Приложению 1 к настоящему приказу;

проведение комплексной оценки физического состояния, функционального статуса, психического здоровья пожилых граждан (инвалидов), нуждающихся в посторонней помощи, в случаях выявления таких граждан при оказании им медицинской помощи либо при поступлении информации о таких гражданах от других медицинских организаций, территориальных органов социальной защиты;

формирование по результатам комплексной оценки физического состояния, функционального статуса, психического здоровья гражданина пожилого возраста (инвалида) сведений, передаваемые медицинской организацией в территориальный орган социальной защиты об имеющихся у гражданина пожилого возраста (инвалида) ограничениях жизнедеятельности и рекомендациях по организации ухода за ним (далее – сведения медицинской организации) по форме согласно Приложениям 2, 3 к настоящему приказу, индивидуального плана профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий (далее – план лечебных и реабилитационных мероприятий) по форме согласно Приложению 4 к настоящему приказу;

своевременное направление сведений медицинских организаций и планов лечебных и реабилитационных мероприятий в территориальный орган социальной защиты на граждан, потенциально нуждающихся в постороннем уходе, и на граждан, состоящих на социальном обслуживании и включенных в систему долговременного ухода, в том числе получающих услугу «Сиделка» в рамках создания системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, и на граждан, получающих социальные услуги в полустационарной форме социального обслуживания в отделениях дневного пребывания (Альметьевский, Арский, Нижнекамский м.р., г.о. «город Набережные Челны», «город Казань»).

3. Территориальным органам социальной защиты, участвующим в организации системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в постороннем уходе, в Республике Татарстан, обеспечить:

3.1. При поступлении сведений медицинских организаций, при непосредственном обращении в территориальный орган социальной защиты гражданина пожилого возраста (инвалида), при обращении в его интересах иных граждан, государственных органов, органов местного самоуправления, общественных объединений, организацию посещения гражданина пожилого возраста (инвалида) на дому совместно со специалистами комплексного центра социального обслуживания населения в целях:

проведения обследования условий его жизнедеятельности и составления акта обследования жилищно-бытовых и социальных условий проживания по форме в соответствии с Приложением 6 к настоящему приказу;

информирования родственников, совместно проживающих с гражданином пожилого возраста (инвалидом) и планирующих осуществление самостоятельного ухода за ним, а также граждан, осуществляющих уход, о возможности прохождения обучения навыкам ухода в рамках реализации стационарозамещающей технологии социального обслуживания «Школа реабилитации и ухода»;

проведения типизации и заполнение бланка оценки зависимости от посторонней помощи по форме согласно Приложению 7 к настоящему приказу;

определения уровня нуждаемости в постороннем уходе и необходимого количества часов обслуживания на дому и заполнение формы согласно Приложению 8 к настоящему приказу.

3.2. С учетом результатов типизации в сроки и в порядке, установленные законодательством в сфере социального обслуживания, принятие решения о признании (об отказе в признании) гражданина нуждающимся в социальном обслуживании.

3.3. Совместно со специалистами учреждений социального обслуживания населения Республики Татарстан, ответственных за внедрение системы долговременного ухода:

типизацию граждан пожилого возраста и инвалидов, получающих социальные услуги во всех формах социального обслуживания населения;

пересмотр индивидуальных программ предоставления социальных услуг гражданам пожилого возраста (инвалидам) по итогам проведенной типизации; организацию систематического наблюдения за здоровьем гражданина, нуждающегося в постороннем уходе (патронаж).

4. Предложить главному внештатному специалисту по паллиативной помощи Министерства здравоохранения Республики Татарстан И.В. Шаймарданову осуществлять методическое руководство вопросами организации работы медицинских организаций, участвующих в реализации пилотного проекта по созданию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами в Республике Татарстан, в части «паллиативных пациентов», нуждающихся в оказании социальных услуг.

5. Признать утратившим силу приказ Министерства труда, занятости и социальной защиты Республики Татарстан, Министерства здравоохранения Республики Татарстан от 19.08.2019 №637/1652 «О мерах по реализации системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами в Республике Татарстан».

6. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра труда, занятости и социальной защиты Республики Татарстан Ю.И. Абдрееву, первого заместителя министра здравоохранения Республики Татарстан А.Р. Абашева.

Министр  
труда, занятости и  
социальной защиты  
Республики Татарстан

Э.А.Зарипова



Министр  
здравоохранения  
Республики Татарстан

М.Н.Садыков



Приложение 1 к приказу Министерства  
труда, занятости и социальной защиты  
Республики Татарстан и Министерства  
здравоохранения Республики Татарстан

от 09.04 2021 № 209/635

Форма справки о состоянии здоровья

ШТАМП

Медицинское заключение

о состоянии здоровья лица, нуждающегося в предоставлении социальных услуг  
(для предоставления в управление (отдел) социальной защиты Министерства  
труда, занятости и социальной защиты Республики Татарстан в муниципальном  
районе (городском округе) Республики Татарстан)

№ \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

ФИО \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_ Группа инвалидности \_\_\_\_\_  
(при наличии)

Домашний адрес \_\_\_\_\_

Состояние здоровья:

Без ограничений жизнедеятельности \_\_\_\_\_

Полная, частичная утрата способности, возможности осуществлять  
самообслуживание, самостоятельно передвигаться, обеспечивать основные  
жизненные потребности в силу заболевания, травмы, возраста или наличия  
инвалидности \_\_\_\_\_  
(нужное подчеркнуть)

Дополнительные сведения \_\_\_\_\_  
(при наличии указать)

Заключение: Противопоказаний к принятию на социальное обслуживание для  
получения \_\_\_\_\_ социальных \_\_\_\_\_ услуг \_\_\_\_\_ (не)  
выявлено<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

ФИО врача: \_\_\_\_\_ Подпись врача \_\_\_\_\_

Дата выдачи \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Часть 3 статьи 18 Федерального закона от 28 декабря 2013г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации (Собрание законодательства Российской Федерации, 2013)»

Приложение 2 к приказу Министерства  
труда, занятости и социальной защиты  
Республики Татарстан и Министерства  
здравоохранения Республики Татарстан

от 09.04 2021 № 209/635

Сведения, передаваемые медицинской организацией в территориальный орган  
социальной защиты, об имеющихся у гражданина пожилого возраста  
(инвалида) ограничениях жизнедеятельности и рекомендациях по организации  
ухода за ним

Сведения о медицинской организации

Наименование  
медицинской организации \_\_\_\_\_

Должностное лицо,  
ответственное за ведение  
персонифицированного учета  
пациентов, нуждающихся  
в долговременном уходе \_\_\_\_\_  
(должность)

\_\_\_\_\_ (ФИО)

\_\_\_\_\_ (контактный телефон)

Сведения о гражданине пожилого возраста (инвалиде)

ФИО пациента \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Адрес регистрации \_\_\_\_\_

Адрес фактического  
проживания \_\_\_\_\_

Контактный телефон \_\_\_\_\_

Место пребывания пациента  
на день подачи сведений \_\_\_\_\_  
(в больнице/по месту фактического проживания/иное)

Состав семьи  проживает с родственниками  одинокий  
 одиноко проживающий \_\_\_\_\_  
(иное, указать)

Наличие родственников (иных  
лиц), осуществляющих уход за  
гражданином пожилого  
возраста  
(инвалидом)  да: \_\_\_\_\_  
(степень родства)

\_\_\_\_\_ (ФИО)

нет

209- 09.04.2021.

12.04.2021 13:48

Дееспособность

дееспособной  ограниченно дееспособный  
 недееспособный

Наличие опекуна

\_\_\_\_\_ (ФИО)

\_\_\_\_\_ (контактный телефон)

Показатель	Содержание	Сведения, рекомендации
Реабилитационный потенциал	Количество баллов по ШРМ <*>: 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 (указать)	
Наличие инвалидности	Наличие, группа инвалидности: 1, 2, 3 (либо необходимость освидетельствования МСЭК) (указать)	
	Наличие ИПРА/необходимость ее разработки/получения (пересмотра) (да/нет//да/нет)	
Наличие отдельных заболеваний, определяющих нуждаемость в паллиативной помощи, ведущий синдром	Наличие злокачественного новообразования (да/нет)	
	Наличие болезни Альцгеймера в терминальной стадии (да/нет)	
	Ведущий синдром (хронический болевой синдром/одышка/отеки/слабость/прогрессирование заболевания/тошнота/рвота/запор/асцит/другое) (указать)	
Наличие заболеваний, определяющих нуждаемость в контроле врача-специалиста	Наличие хронических соматических заболеваний (отсутствует/имеет)	
	Необходимость регулярного наблюдения у врача – специалиста (да/нет)	
Имеющиеся ограничения жизнедеятельности	Питается через зонд (да/нет)	
	Находится на искусственной вентиляции легких (да/нет)	
	Контроль дефекации и мочеиспускания (1. контролирует, 2. частично контролирует, 3. не контролирует) (указать, при необходимости – с расшифровкой: 1, 2, 3)	
	Ограничения при передвижении (передвигается за пределами квартиры, передвигается по квартире (дому), находится на постоянном постельном режиме)	
	Ограничения самообслуживания (да/нет)	
Случаи падения в течение 3 месяцев	(да (указать, при необходимости – сколько раз и в течение какого периода)/нет)	
Когнитивный статус	Снижение памяти (да/нет)	
	Снижение внимания (да/нет)	
	Снижение ориентации (да/нет)	
Нуждаемость в посторонней помощи	Нуждается в сопровождении при передвижении за пределами квартиры (дома) (да/нет)	
	Нуждаемость в помощи при перемещении в/с кровати при вставании (1. не нуждается в посторонней помощи при вставании из положения лежа в положение сидя, из	

		положения сидя в положение стоя; 2. нуждается в постоянной помощи при вставании из положения лежа в положение сидя, из положения сидя в положение стоя; 3. полностью зависим при передвижении (прикован к кровати, креслу-каталке)	
		Нуждаемость в помощи при подъеме по лестнице (1. самостоятелен при ходьбе с использованием подручных средств и/или без них; 2. нуждается в помощи при подъеме на этаж (сопровождение, необходимы подручные средства (трость, поручни)); 3. не может передвигаться по лестнице самостоятельно	
		Нуждается в посторонней помощи для приготовления пищи (да/нет)	
		Нуждается в посторонней помощи при приеме пищи (да/нет)	
Рекомендации по наблюдению за состоянием здоровья	по за	Необходимость контроля: А/Д, ЧСС, ЧДД, диуреза, стула, др. (указать) Периодичность (кратность) (указать)	
Рекомендации по контролю прохождением медицинского осмотра	по за	Необходимость контроля за посещением медицинских работников на дому (вызов их на дом) (да/нет)	
		Необходимость контроля за прохождением скрининговых обследований (да/нет)	
		Необходимость контроля за прохождением диспансеризации (да/нет)	
Рекомендации по приему лекарственных препаратов	по	Наличие льготы (федеральная, региональная) (да (указать какая)/нет)	
		Необходимость контроля за приемом лекарственных препаратов (1 – контроль не требуется; 2 – принимает самостоятельно, но необходимо напоминание; 3 – не может принимать самостоятельно)	
Рекомендации по питанию	по	Формат питания (обычный, энтеральный, парентеральный (наименование препарата)) (указать)	
		В связи с наличием основного заболевания исключение (ограничение) продуктов (сладкого, соленого, др.)	
		При наличии сопутствующего заболевания противопоказания и рекомендации по приему продуктов питания	
		Частота приема пищи (количество раз в сутки) (указать)	
		Объем пищи, мл, в сутки/на 1 прием (указать / )	
Рекомендации по питьевому режиму	по	Перечень рекомендуемых напитков (указать)	
		Объем, мл, в сутки/на прием (указать)	
		Наличие ограничений (да (указать)/нет)	
		Вид осложнения (воспаление легких, пролежни, др.) да (указать)/нет)	

Рекомендации по профилактике осложнений	по	Рекомендуемые мероприятия (изменение положения тела, комплекс физических упражнений, комплекс упражнений дыхательной гимнастики) (указать)	
		Периодичность (указать)	
		Рекомендуемые гигиенические средства (указать)	
		Рекомендуемые средства малой реабилитации (противопрележневые матрасы, памперсы, др.)	
Рекомендации по приобретению медицинских приборов <***>	по	Рекомендуемые медицинские приборы (очки, глюкометры, слуховые аппараты и т.д.) (да (указать)/нет) вид, рецепт, др.	
Рекомендации по приобретению вспомогательных, технических средств реабилитации	по	Рекомендуемые вспомогательные, технические средства реабилитации (трость опорная, ходунки, кресло-коляска инвалидная, др.) (да (указать)/нет) вид, модель, др.	
Рекомендации по проведению мероприятий медицинской реабилитации	по	Вид (ЛФК, физиотерапия, массаж) (указать)	
		Количество процедур (указать)	
		Периодичность (указать)	
Рекомендации по пребыванию на свежем воздухе	по	Прогулки на свежем воздухе (да (указать длительность и периодичность)/нет)	
	на	Воздушные ванны (да (указать длительность и периодичность)/нет)	
Наличие (отсутствие) медицинских противопоказаний для предоставления социальных услуг в стационарной форме		Медицинские противопоказания (да/нет)	
Наличие вредных привычек		Вид привычки (да (указать)/нет)	
		Рекомендации (указать при наличии)	
Эмоционально-поведенческое состояние		Депрессия (да/нет)	
		Тревожное состояние (да/нет)	
Выявленные психологические проблемы		Потеря близких людей (да/нет)	
		Одиночество (да/нет)	
		Недостаток общения (да/нет)	
Выявленные факты пренебрежительного отношения родственников к пожилому человеку		Неисполнение или ненадлежащее исполнение родственником/законным представителем обязанностей в отношении пожилого человека (да (указать)/нет)	
	к	Факт насилия в отношении пожилого человека (вид – физическое, психологическое, медицинское, сексуальное, кем совершено) (да/нет)	

Приложение 3 к приказу Министерства  
труда, занятости и социальной защиты  
Республики Татарстан и Министерства  
здравоохранения Республики Татарстан

от 09.04 2021 № 209/635

Сведения, передаваемые медицинской организацией в территориальный орган  
социальной защиты, об имеющихся у гражданина пожилого возраста  
(инвалида) ограничениях жизнедеятельности и рекомендациях по организации  
ухода за ним

*(для учреждений здравоохранения, оказывающих квалифицированную  
психиатрическую помощь населению Республики Татарстан)*

Наименование  
медицинской организации \_\_\_\_\_

Должностное лицо,  
ответственное за ведение  
персонифицированного учета  
пациентов, нуждающихся  
в долговременном уходе \_\_\_\_\_  
(должность)

\_\_\_\_\_ (ФИО)

\_\_\_\_\_ (контактный телефон)

Сведения о гражданине пожилого возраста (инвалиде)

ФИО пациента \_\_\_\_\_  
Дата рождения \_\_\_\_\_  
Адрес регистрации \_\_\_\_\_  
Адрес фактического  
проживания \_\_\_\_\_  
Контактный телефон \_\_\_\_\_

Место пребывания пациента  
на день подачи сведений \_\_\_\_\_  
(в больнице/по месту фактического проживания/иное)

Состав семьи  проживает с родственниками  одинокий  
 одиноко проживающий \_\_\_\_\_  
(иное, указать)

Наличие родственников (иных  
лиц), осуществляющих уход за  
гражданином пожилого  
возраста \_\_\_\_\_  
(инвалидом) \_\_\_\_\_ (ФИО)

да: \_\_\_\_\_  
(степень родства)

нет

Доступность к продуктивному контакту

- понимает и осмысляет обращенную речь  
 требуется повторение сказанного  
 замкнут, может долго не отвечать на вопросы  
 недоступен к контакту

Дееспособность

- дееспособный       ограниченно дееспособный  
 недееспособный

Наличие опекуна

\_\_\_\_\_ (ФИО)  
\_\_\_\_\_

Показатель	Содержание	Сведения, рекомендации
Реабилитационный потенциал	Количество баллов по ШРМ <*>: 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 (указать)	
Наличие инвалидности	Наличие, группа инвалидности: 1, 2, 3 (либо необходимость освидетельствования МСЭК) (указать)	
	Наличие ИПРА/необходимость ее разработки/получения (пересмотра) (да/нет//да/нет)	
Наличие отдельных заболеваний, определяющих потребность в паллиативной помощи, ведущий синдром	Наличие злокачественного новообразования (да/нет)	
	Наличие болезни Альцгеймера в терминальной стадии (да/нет)	
	Ведущий синдром (хронический болевой синдром/одышка/отеки/слабость/прогрессирование заболевания/тошнота/рвота/запор/асцит/другое) (указать)	
Наличие заболеваний, определяющих потребность в контроле врача-специалиста	Наличие хронических соматических заболеваний (отсутствует/имеет)	
	Необходимость регулярного наблюдения у врача – специалиста (да/нет)	
	Посещает/посещает с сопровождением/ отказывается	
Имеющиеся ограничения жизнедеятельности	Питается через зонд (да/нет)	
	Находится на искусственной вентиляции легких (да/нет)	
	Контроль дефекации и мочеиспускания (1. контролирует, 2. частично контролирует, 3. не контролирует (в связи с физическими ограничениями/в связи с психическими расстройствами) (указать, при необходимости – с расшифровкой: 1, 2, 3)	
	Ограничения при передвижении да (в связи с физическими ограничениями/в связи с психическими расстройствами (передвигается за пределами квартиры, передвигается по квартире (дому), находится на постоянном постельном режиме)	

	Ограничения самообслуживания (да (в связи с физическими ограничениями/в связи с психическими расстройствами// нет/ )	
Случаи падения в течение 3 месяцев	(да (указать, при необходимости – сколько раз и в течение какого периода)/нет)	
Когнитивный статус	Память сохранена/снижена/значительно снижена	
	Внимание сохранено/снижено/значительно снижено	
	Интеллект сохранен/снижен/значительно снижен	
Интеллектуальная продуктивность	Ограничена возможность элементарных действий (просмотр ТВ, чтением журналов и др.)	
	Сохранена возможность элементарных действий, однако продуктивность снижена	
	Способность к интеллектуальной деятельности восстановлена, однако снижена ее продуктивность	
	Ничем не может заниматься	
	Восстановлена полностью	
Эмоционально-поведенческое состояние	Эмоционально стабилен (да/нет)	
	Эмоционально неустойчив (да/нет)	
	конфликтен, легкая раздражительность	
	Отсутствие эмоционального реагирования(да/нет)	
	Поведение упорядочено/ двигательно беспокоен /бездеятелен	
Волевая активность сохранена/снижена		
Психотическая симптоматика	Наличие психотической симптоматики (отсутствует/наблюдается)	
Выявленные психологические проблемы	Потеря близких людей (да/нет)	
	Одиночество (да/нет)	
	Недостаток общения (да/нет)	
	Не проявляет интереса ни к чему	
Коммуникация	Практически ни с кем не общается	
	Общение с узким кругом лиц, в основном с членами семьи по их инициативе	
	Общение ограничено семейным окружением, в том числе и по инициатива самого гражданина	
	Общение с домашними и небольшим количеством друзей и знакомых, в том числе по инициативе самого гражданина	
	Разнообразный круг общения, в значительной степени по инициативе самого гражданина	
Нуждаемость в посторонней помощи	Нуждается в сопровождении при передвижении за пределами квартиры (дома) (да (в связи с физическими ограничениями/в связи с психическими расстройствами// нет)	
	Нуждаемость в помощи при перемещении в/с кровати при вставании да (в связи с физическими ограничениями/в связи с психическими расстройствами// нет (1. не	

	нуждается в посторонней помощи при вставании из положения лежа в положение сидя, из положения сидя в положение стоя; 2. нуждается в постоянной помощи при вставании из положения лежа в положение сидя, из положения сидя в положение стоя; 3. полностью зависим при передвижении (прикован к кровати, креслу–каталке)	
	Нуждаемость в помощи при подъеме по лестнице (1. самостоятелен при ходьбе с использованием подручных средств и/или без них; 2. нуждается в помощи при подъеме на этаж (сопровождение, необходимы подручные средства (трость, поручни)); 3. не может передвигаться по лестнице самостоятельно	
	Нуждается в посторонней помощи для приготовления пищи (да (в связи с физическими ограничениями/в связи с психическими расстройствами// нет)	
	Нуждается в посторонней помощи при приеме пищи (да (в связи с физическими ограничениями/в связи с психическими расстройствами// нет)	
	Обслуживается родственниками, нуждается в уходе	
	Выполняет элементарные гигиенические процедуры, однако более сложные виды деятельности затруднены, снижена продуктивность (да/нет)	
Рекомендации по наблюдению за состоянием здоровья	Необходимость контроля: А/Д, ЧСС, ЧДД, диуреза, стула, др. (указать) Периодичность (кратность) (указать)	
Рекомендации по контролю за прохождением медицинского осмотра, в том числе по посещению врача - психиатра	Необходимость контроля за посещением медицинских работников на дому (вызов их на дом) (да/нет) Необходимость контроля за прохождением скрининговых обследований (да/нет) Необходимость контроля за прохождением диспансеризации (да/нет) Необходимость контроля за посещением врача – психиатра (да/нет) Необходимость контроля за выполнением предписания врача – психиатра (да/нет)	
Рекомендации по приему лекарственных препаратов	Наличие льготы (федеральная, региональная) (да (указать какая)/нет) Необходимость контроля за приемом лекарственных препаратов (1 – контроль не требуется; 2 – принимает самостоятельно, но необходимо напоминание; 3 – не может принимать самостоятельно; 4 – отказывается от приема лекарств; 5 – принимает препараты нерегулярно и бессистемно, не выполняет предписания врача)	
Рекомендации по питанию	Формат питания (обычный, энтеральный, парентеральный (наименование препарата)) (указать)	

	В связи с наличием основного заболевания исключение (ограничение) продуктов (сладкого, соленого, др.)	
	При наличии сопутствующего заболевания противопоказания и рекомендации по приему продуктов питания	
	Частота приема пищи (количество раз в сутки) (указать)	
	Объем пищи, мл, в сутки/на 1 прием (указать / )	
Рекомендации по питьевому режиму	Перечень рекомендуемых напитков (указать)	
	Объем, мл, в сутки/на прием (указать)	
	Наличие ограничений (да (указать)/нет)	
Рекомендации по профилактике осложнений	Вид осложнения (воспаление легких, пролежни, др.) да (указать)/нет)	
	Рекомендуемые мероприятия (изменение положения тела, комплекс физических упражнений, комплекс упражнений дыхательной гимнастики) (указать)	
	Периодичность (указать)	
	Рекомендуемые гигиенические средства (указать)	
	Рекомендуемые средства малой реабилитации (противопрележневые матрасы, памперсы, др.)	
Рекомендации по приобретению медицинских приборов <*>	Рекомендуемые медицинские приборы (очки, глюкометры, слуховые аппараты и т.д.) (да (указать)/нет) вид, рецепт, др.	
Рекомендации по приобретению вспомогательных, технических средств реабилитации	Рекомендуемые вспомогательные, технические средства реабилитации (трость опорная, ходунки, кресло-коляска инвалидная, др.) (да (указать)/нет) вид, модель, др.	
Рекомендации по проведению мероприятий медицинской реабилитации	Вид (ЛФК, физиотерапия, массаж) (указать)	
	Количество процедур (указать)	
	Периодичность (указать)	
Рекомендации по пребыванию на свежем воздухе	Прогулки на свежем воздухе (да (указать длительность и периодичность)/нет)	
	Воздушные ванны (да (указать длительность и периодичность)/нет)	
Наличие (отсутствие) медицинских противопоказаний для предоставления социальных услуг в стационарной форме	Медицинские противопоказания (да/нет)	
Наличие вредных привычек	Вид привычки (да (указать)/нет)	
	Рекомендации (указать при наличии)	

Выявленные факты пренебрежительного отношения родственников к пожилому человеку	Неисполнение или ненадлежащее исполнение родственником/законным представителем обязанностей в отношении пожилого человека (да (указать)/нет)	
	Факт насилия в отношении пожилого человека (вид – физическое, психологическое, медицинское, сексуальное, кем совершено) (да/нет)	
	Занимает подчиненное место в семье, зависим от ближайших родственников, с его мнением никто не считается	

Приложение 4 к приказу Министерства труда, занятости и социальной защиты Республики Татарстан и Министерства здравоохранения Республики Татарстан

от 09.04 2021 № 209/635

### Индивидуальный план профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий

\_\_\_\_\_  
(ФИО, дата рождения, адрес проживания, контактный телефон пациента)

\_\_\_\_\_  
(ФИО, должность, контактный телефон курирующего медицинского работника)

\_\_\_\_\_  
(ФИО, должность, контактный телефон курирующего социального работника)

№ п/п	Наименование	Мероприятия (описательная часть)	Плановая дата	Выполнение мероприятия	Дата	Примечание, дополнения
1	Число (кратность) посещений врача на дому, период (неделя - месяц, др.)					
2	Число (кратность) посещений медсестры на дому, период (неделя - месяц, др.)					
3	Необходимость и периодичность контроля АД (указать контр. цифры для пациента, тактику при их изменении)					
4	Необходимость и периодичность контроля уровня сахара в крови (указать контр. цифры для пациента, тактику при их изменении)					

5	Необходимость и периодичность контроля за выделительными функциями (мочеиспускание, стул) (конкретизировать)					
6	Прохождение диспансерного медицинского осмотра в связи с установленными диагнозами хронических заболеваний					
7	Прохождение ежегодного профилактического медицинского осмотра					
8	Медикаментозное лечение (наименование препарата, дозировка, кратность приема) указать кол-во таблеток (капсул) на прием, указ. дозировки и зависимость от приема пищи (до-, после еды)					
9	Особенности питания (ограничение продуктов питания (указать каких), кратность, объем пищи на 1 прием, особенности кормления)					
10	Реабилитация в амбулаторных (стационарных) условиях (конкретизировать мероприятия, кратность)					
11	Нуждаемость в паллиативной медицинской помощи (конкретизировать мероприятия)					
12	Плановая госпитализация (профиль, кратность)					
13	Необходимость ухода за трахеостомой, мочевым катетером, колостомой и др.					

14	Консультация специалистов (профиль, кратность)					
15	Лабораторно-диагностические, функциональные, рентгенологические и др. исследования					
16	Рекомендуемое санаторно-курортное лечение (профиль, сезон)					
17	Необходимость освидетельствования (переосвидетельствования) в бюро МСЭ (пересмотр группы инвалидности)					
18	Необходимость пересмотра ИПРА (конкретизировать)					
19	Рекомендации по физической активности, включая прогулки на свежем воздухе					
20	Проведение мероприятий по профилактике падений					
21	Проведение мероприятий по профилактике и лечению пролежней					
22	Проведение мероприятий по профилактике когнитивных нарушений					

\*план может меняться, дополняться мероприятиями, назначенными медицинскими работниками по индивидуальным показаниям

Приложение 5 к приказу  
Министерства труда, занятости и  
социальной защиты Республики  
Татарстан и Министерства  
здравоохранения Республики  
Татарстан

от 09.04 2021 № 209/635

\_\_\_\_\_ (наименование медицинской организации)

адрес: \_\_\_\_\_

от \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. (последнее – при наличии)

гражданина, его законного представителя)

адрес: \_\_\_\_\_

телефон: \_\_\_\_\_

Информированное добровольное согласие на передачу медицинской организацией в территориальный орган социальной защиты по месту жительства гражданина сведений об имеющихся у гражданина ограничениях жизнедеятельности и рекомендациях по организации ухода за ним

Я, \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. (последнее – при наличии) гражданина, его законного представителя)

«\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

даю информированное добровольное согласие на передачу \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (наименование медицинской организации)

в территориальный орган социальной защиты по месту моего жительства сведений об имеющихся у меня/у лица, в отношении которого я исполняю функции опекуна,

\_\_\_\_\_ (ненужное зачеркнуть)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. (последнее – при наличии) лица, находящегося под опекой)

\_\_\_\_\_ (адрес проживания)

ограничениях жизнедеятельности и рекомендациях по организации ухода, необходимых для определения перечня социальных услуг, их объема и периодичности предоставления, а также формы социального обслуживания.

\_\_\_\_\_ (подпись)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Приложение 6 к приказу  
Министерства труда, занятости и  
социальной защиты Республики  
Татарстан и Министерства  
здравоохранения Республики  
Татарстан

от 09.04 2021 № 209 / 635

**ФОРМА АКТА  
ОБСЛЕДОВАНИЯ ЖИЛИЩНО-БЫТОВЫХ  
И СОЦИАЛЬНЫХ УСЛОВИЙ ПРОЖИВАНИЯ  
(первичный/повторный)**

Дата обследования «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

ФИО/должность специалиста, проводившего обследование \_\_\_\_\_

ФИО гражданина, от лица которого был заполнен акт \_\_\_\_\_  
*(заполняется в случае, когда получатель не может рассказать о себе и о своем жилье самостоятельно)*

Сложности при коммуникации с получателем/потенциальным получателем социальных услуг

Проблемы	Отметить галочкой
	<input checked="" type="checkbox"/>
- не говорит	
- не слышит	
- не воспринимает обращенную речь	
- слабовидящий	
- слепой	

**I. Общие сведения о получателе/потенциальном получателе социальных услуг**

Гр. \_\_\_\_\_  
*(ФИО получателя/потенциального получателя)*

Дата рождения: \_\_\_\_\_

Адрес места жительства (регистрации) \_\_\_\_\_

Адрес фактического проживания \_\_\_\_\_  
*(заполняется, если адрес места фактического проживания не совпадает с адресом места жительства)*

Номер мобильного/домашнего телефона \_\_\_\_\_

ФИО лица, осуществляющего уход (если есть) \_\_\_\_\_

Инвалидность: есть/нет, в процессе оформления

Группа инвалидности: \_\_\_\_\_ Причина инвалидности: \_\_\_\_\_

№ поликлиники (участка) \_\_\_\_\_

Общее состояние здоровья (со слов гражданина, на основании медицинской документации):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Наличие особых потребностей в медицинском обслуживании, лекарственном обеспечении (со слов гражданина) \_\_\_\_\_

## II. Жилищно-бытовые условия и имущественное положение

Местоположение жилья от магазинов, аптеки, поликлиник: близкое – 500 м, среднее расстояние – 500-1000 м, далекое – 1000 м, иное \_\_\_\_\_

Местоположение жилья от организации социального обслуживания населения, в том числе центров дневного пребывания \_\_\_\_\_

Местоположение жилья от иных часто посещаемых организаций (религиозных организаций, учреждений культуры, библиотеки и др.) \_\_\_\_\_

Наличие общественного транспорта: удобное до 300 м, среднее от 300 до 700 м, неудобное – более 700 м) и другие условия (редкий, нерегулярный, иное) \_\_\_\_\_

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

Количество комнат в доме/квартире \_\_\_\_\_

Наличие отдельной комнаты получателя/потенциального получателя социальных услуг: есть/нет (нужное подчеркнуть)

Этаж \_\_\_ в \_\_\_ этажном доме; наличие лифта: имеется/не имеется (нужное подчеркнуть)

Пандус: имеется/не имеется (нужное подчеркнуть)

Поручни при выходе на улицу: имеются/не имеются (нужное подчеркнуть)

Скамейка для отдыха возле дома: имеется/не имеется (нужное подчеркнуть)

Наличие собственного двора, требующего уборки снега: имеется/не имеется (нужное подчеркнуть)

## III. Коммунально-бытовые условия

Помещение для купания и стирки белья: ванна, душ, баня, отсутствует

Водоснабжение: в доме, водопровод, колодец, колонка (расстояние \_\_\_\_\_ м, привозная)

Горячая вода: централизованная, газовая колонка, отсутствует, иные сведения \_\_\_\_\_

Автоматическая/полуавтоматическая стиральная машина; неисправна, отсутствует

Ванная/душ: в рабочем, нерабочем состоянии, иные сведения \_\_\_\_\_

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), кастрюли, ножи, иные сведения \_\_\_\_\_

Холодильник: исправен/неисправен, иные сведения \_\_\_\_\_

Общее санитарное состояние жилья: «тяжелый запах», захломленное, насекомые, влажность, «грибок», используется не по назначению, иные сведения \_\_\_\_\_

Общее техническое состояние жилья: пожароопасное, аварийное, неисправная сантехника, неисправная электропроводка, неисправная печь, ветхие окна, иные сведения \_\_\_\_\_

Наличие рисков падений: слабое освещение, неровный/аварийный пол, наличие скользящих покрытий (ковров/половиков), высокие пороги, узкие дверные проемы, тяжелые двери, заставленность территории жилья лишней мебелью, коробками и др., иные сведения \_\_\_\_\_

Наличие специальных средств для адаптации/реабилитации в квартире: поручни, трость, сиденья для ванной, инвалидное кресло-каталка, ходунки, специализированная кровать, противопролежневый матрас, санитарное кресло, вертикализатор, адаптированные столовые приборы, иные сведения \_\_\_\_\_

Наличие средств для поддержания коммуникаций: слуховой аппарат, звуковые датчики, лупа для слабовидящих, световые датчики для слабослышащих, адаптированный телефон, иные сведения \_\_\_\_\_

#### IV. Наличие бытовых предметов

Мебель: стулья, спальное место, шкаф, стол, иные сведения \_\_\_\_\_

Постельное белье, в том числе второй комплект: имеется/не имеется

Посуда: имеется/не имеется

Одежда: имеется/не имеется в необходимом количестве

Одежда по сезонам: имеется не имеется

Одежда соответствует/не соответствует возрасту гражданина

Имеющаяся одежда в удовлетворительном/неудовлетворительном состоянии

## V. Наличие домашних животных

Какие домашние животные имеются у гражданина \_\_\_\_\_

Количество домашних животных \_\_\_\_\_

Справляется ли получатель/потенциальный получатель с уходом за домашними животными:  
справляется/не справляется (нужное подчеркнуть)

Наличие (агрессивной) собаки на территории частного сектора во дворе/квартире  
\_\_\_\_\_

## VI. Семейное положение

Информация о членах семьи (близких родственниках, постоянно проживающих совместно с обследуемым гражданином или проживающих отдельно, с указанием населенного пункта и контактов)

№ п/п	Степень родства	ФИО родственника, год рождения	Место работы, учебы (по желанию гражданина)	Проживание		Состояние трудоспособности, наличие детей-инвалидов (иное)	Примечание (контактный телефон)
				совместно	отдельно (указать адрес)		

Причины, по которым уход за получателем/потенциальным получателем социальных услуг 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, иное (указать) \_\_\_\_\_

Какие виды ухода и поддержки близкие родственники оказывают регулярно (являются ресурсом на момент составления Акта) \_\_\_\_\_

Иные значимые социальные связи (друзья, соседи, бывшие коллеги, волонтеры, общественные организации, иное)

№ п/п	ФИО*	Кем приходится	Где проживает	Контактные данные

\*сведения о персональных данных предоставляются при согласии этих лиц

Как осуществляется контакт: лично, по телефону, через интернет, иное (указать) \_\_\_\_\_

Какие виды ухода и поддержки оказывают регулярно (являются ресурсом на дату составления Акта) \_\_\_\_\_

## VII. Изоляция

Находится ли получатель/потенциальный получатель социальных услуг в изоляции: да/нет

Достаточно ли у получателя/потенциального получателя социальных услуг контактов: да/нет

Как получатель/потенциальный получатель социальных услуг оценивает наличие социальных связей \_\_\_\_\_

Дополнительные сведения \_\_\_\_\_

## Заключение

С Актом ознакомлен (а) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись) (расшифровка)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Должность, ФИО специалистов, проводивших обследование

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(должность) (подпись) (расшифровка подписи)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(должность) (подпись) (расшифровка подписи)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(должность) (подпись) (расшифровка подписи)

Приложение 7 к приказу  
 Министерства труда, занятости и  
 социальной защиты Республики  
 Татарстан и Министерства  
 здравоохранения Республики  
 Татарстан

от 09.04 2021 № 209 / 635

**ФОРМА БЛАНКА ОЦЕНКИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОСТОРОННЕЙ ПОМОЩИ  
 (ТИПИЗАЦИЯ)  
 (для комплексных центров социального обслуживания населения)**

Фамилия Имя Отчество \_\_\_\_\_  
 Дата Рождения \_\_\_\_\_ СНИЛС \_\_\_\_\_

			Дата	Дата	Дата
<b>1.</b>	<b>Передвижение вне дома</b>	<b>Баллы</b>	<b>Инт 1</b>	<b>Инт 2</b>	<b>Инт 3</b>
1.1.	Выходит из дома без проблем	0			
1.2.	Выходит на улицу только в благоприятные сезоны (времена года)	0,75			
1.3.	Выходит из дома, но не может обеспечить себя необходимыми промышленными товарами и продуктами самостоятельно	0,75			
1.4.	Выходит из дома только с сопровождающим	1			
1.5.	Вообще не выходит из дома	2			
<b>2.</b>	<b>Уборка квартиры</b>	<b>Баллы</b>	<b>Инт 1</b>	<b>Инт 2</b>	<b>Инт 3</b>
2.1.	Убирает квартиру без труда	0			
2.2.	Нуждается в небольшой помощи при выполнении полной уборки квартиры/ дома	0,5			
2.3.	Нуждается в значительной помощи при выполнении уборки квартиры/ дома	1			
2.4.	Не в состоянии выполнять никаких работ по уборке квартиры/ дома	2			
<b>3.</b>	<b>Стирка</b>	<b>Баллы</b>	<b>Инт 1</b>	<b>Инт 2</b>	<b>Инт 3</b>
3.1.	Не нуждается в помощи: Справляется со всеми этапами стирки, как при ручной стирке, так и при использовании стиральной машины	0			
3.2.	Нуждается в помощи при любом способе стирки (ручной или машинной)	0,5			
3.3.	Не в состоянии выполнять стирку	1			
<b>4.</b>	<b>Приготовление пищи</b>	<b>Баллы</b>	<b>Инт 1</b>	<b>Инт 2</b>	<b>Инт 3</b>
4.1.	Не нуждается в помощи при приготовлении горячих блюд	0			
4.2.	Нуждается в помощи в процессе приготовления пищи	1			
4.3.	Не в состоянии приготовить никакую пищу	2			

<b>5.</b>	<b>Передвижение по дому</b>	<b>Баллы</b>	<b>Инт 1</b>	<b>Инт 2</b>	<b>Инт 3</b>
5.1.	Самостоятельно передвигается по дому	0			
5.2.	Передвигается самостоятельно с помощью приспособления (трость, ходунок)	0			
5.3.	Передвигается с помощью приспособления или без него, и нуждается в посторонней помощи при ходьбе или вставании.	0,5			
5.4.	Передвигается с помощью инвалидной коляски. Способен сам сесть в коляску и передвигаться в ней по дому	0,5			
5.5.	На кровати садится самостоятельно либо с небольшой помощью. Пользуется инвалидной коляской, но нуждается в помощи, чтобы пересесть в коляску и/или передвигаться в ней по дому	1			
5.6.	Полностью зависим при передвижении и перемещении. Все дневное время проводит сидя в кровати, в кресле или кресле-коляске	1,5			
5.7.	Полностью зависим при передвижении и перемещении. Немобильный.	1,5			
<b>6.</b>	<b>Падения в течение последних трех месяцев</b>	<b>Баллы</b>	<b>Инт 1</b>	<b>Инт 2</b>	<b>Инт 3</b>
6.1.	Не падает	0			
6.2.	Не падает, но ощущает тревогу по поводу возможных падений	0			
6.3.	Падает, но может встать самостоятельно	0			
6.4.	Иногда падает и не может встать без посторонней помощи (минимум три раза в последние три месяца)	0,5			
6.5.	Падает, по крайней мере, раз в неделю и не может встать без посторонней помощи	1			
<b>7.</b>	<b>Одевание</b>	<b>Баллы</b>	<b>Инт 1</b>	<b>Инт 2</b>	<b>Инт 3</b>
7.1.	Одевается без посторонней помощи	0			
7.2.	Нуждается в небольшой помощи при одевании	0,5			
7.3.	Нуждается в значительной помощи при одевании или полностью зависим от посторонней помощи.	1			
<b>8.</b>	<b>Личная гигиена</b>	<b>Баллы</b>	<b>Инт 1</b>	<b>Инт 2</b>	<b>Инт 3</b>
8.1.	Моется без посторонней помощи. Самостоятельно справляется с утренним и вечерним туалетом.	0			
8.2.	Со всем процессом купания (мытья) справляется самостоятельно. Испытывает тревогу по поводу возможного ухудшения своего самочувствия в ванной комнате. Самостоятельно справляется с утренним и вечерним туалетом.	0,5			

8.3.	Нуждается в небольшой помощи (например, в получении воды нужной температуры и/или бритье и/или мытье головы и/или ног и/или умывании лица и/или чистке зубов)	1			
8.4.	Нуждается в активной помощи при выполнении некоторых действий (например, мытье интимных частей тела и/или спины)	1,5			
8.5.	Необходимо полностью умывать и купать клиента в связи с нарушениями когнитивной функции и/или тяжелым физическим состоянием	2			
<b>9.</b>	<b>Прием пищи и прием лекарств</b>	<b>Баллы</b>	<b>Инт 1</b>	<b>Инт 2</b>	<b>Инт 3</b>
9.1.	Ест и пьет без посторонней помощи и не нуждается в помощи при приеме лекарств	0			
9.2.	Ест и пьет без посторонней помощи, но нуждается в помощи для подачи и разогревания пищи и/или подготовке порции лекарств	0,5			
9.3.	Нуждается в подаче и помощи при приеме пищи и/или питье и/или требуется помощь при подготовке порции лекарств и/или их приеме	1			
9.4.	Нуждается в полном кормлении и соблюдении питьевого режима и необходим полный контроль над приемом лекарств в связи с нарушениями когнитивной функции и/или тяжелым физическим состоянием	1,5			
<b>10.</b>	<b>Мочеиспускание и дефекация</b>	<b>Баллы</b>	<b>Инт 1</b>	<b>Инт 2</b>	<b>Инт 3</b>
10.1.	Контролирует или частично контролирует опорожнение естественных потребностей; самостоятельно пользуется туалетной комнатой, может самостоятельно поменять себе абсорбирующее белье	0			
10.2.	Частично контролирует естественные потребности. Нуждается в незначительной помощи при использовании абсорбирующего белья. Самостоятельно пользуется туалетной комнатой. Осуществляет гигиену после туалета самостоятельно.	0,5			
10.3.	Частично контролирует естественные потребности. Нуждается в значительной помощи при использовании абсорбирующего белья или испытывает трудности при пользовании туалетной комнатой. Необходима помощь в осуществлении гигиены после туалета	1			
10.4.	Частично контролирует естественные потребности. Не может поменять себе абсорбирующее белье. Не может пользоваться туалетной комнатой	1,5			
10.5.	Контролирует мочеиспускание и дефекацию, но не может пользоваться туалетом, не может	2			

	поменять абсорбирующее белье в связи с тяжелым физическим состоянием				
10.6.	Не может пользоваться туалетом, не контролирует ни одно из отправлений (и мочеиспускание, и дефекацию), не может поменять абсорбирующее белье в связи с нарушениями когнитивной функции и/или тяжелым физическим состоянием и полностью зависит от посторонней помощи	2			
<b>11.</b>	<b>Присмотр</b>	<b>Баллы</b>	<b>Инт 1</b>	<b>Инт 2</b>	<b>Инт 3</b>
11.1.	Не опасен для себя и для окружающих, когда остается один. Может выполнять жизненно важные функции.	0			
11.2.	Есть необходимость в частичном присмотре, когда остается один (для обеспечения исполнения клиентом различных жизненно важных функций) и/или можно оставить одного на несколько часов или ночь	3			
11.3.	Опасен для себя и для окружающих, когда остается один, требуется постоянное присутствие постороннего человека	6			
<b>12.</b>	<b>Слух</b>	<b>Баллы</b>	<b>Инт 1</b>	<b>Инт 2</b>	<b>Инт 3</b>
12.1.	Хорошо слышит либо регулярно использует слуховой аппарат и не испытывает трудностей	0			
12.2.	Плохо слышит (для прослушивания радио включает его на полную громкость), испытывает затруднения при коммуникации	0,5			
12.3.	Глухой	1			
<b>13.</b>	<b>Наличие опасности в районе проживания или доме</b>	<b>Баллы</b>	<b>Инт 1</b>	<b>Инт 2</b>	<b>Инт 3</b>
13.1.	В доме и в районе проживания безопасно	0			
13.2.	Существует опасность в доме и/или районе проживания. Есть физическая опасность, антисанитария, жестокое обращение - но возможна помощь	0,5			
13.3.	Существует опасность в доме и/или районе проживания. Есть физическая опасность, антисанитария, жестокое обращение - помощь не доступна	1			
<b>14.</b>	<b>Наличие внешних ресурсов</b>	<b>Баллы</b>	<b>Инт 1</b>	<b>Инт 2</b>	<b>Инт 3</b>
14.1.	Получает достаточную социальную поддержку от семьи/родственников/друзей/соседей/религиозных или общественных организаций	0			
14.2.	Получает ограниченную социальную поддержку со стороны семьи/родственников/друзей/соседей/религиозных или общественных организаций	0,5			
14.3.	Нет поддержки со стороны семьи/родственников/друзей, есть только	1			

	ограниченные социальные связи (например, соседи, общественные или религиозные организации)				
<b>Итого:</b>					

Диагностику провели:

Сотрудник \_\_\_\_\_ Должность \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

Сотрудник \_\_\_\_\_ Должность \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

Сотрудник \_\_\_\_\_ Должность \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

Примечания \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Дата следующей плановой проверки:

\_\_\_\_\_

**ФОРМА БЛАНКА ОЦЕНКИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОСТОРОННЕЙ ПОМОЩИ  
(ТИПИЗАЦИЯ)  
(для стационарных учреждений социального обслуживания)**

Фамилия Имя Отчество \_\_\_\_\_

Дата Рождения \_\_\_\_\_ СНИЛС \_\_\_\_\_

			Дата	Дата	Дата
<b>1.</b>	<b>Передвижение вне дома</b>	<b>Баллы</b>	<b>Инт 1</b>	<b>Инт 2</b>	<b>Инт 3</b>
1.1.	Выходит из здания без проблем	<b>0</b>			
1.2.	Выходит на улицу только в благоприятные сезоны (времена года)	<b>0,75</b>			
1.3.	Выходит из здания только с сопровождающим	<b>1</b>			
1.4.	Вообще не выходит из здания	<b>2</b>			
<b>2.</b>	<b>Способность выполнять уборку и поддерживать порядок</b>	<b>Баллы</b>	<b>Инт 1</b>	<b>Инт 2</b>	<b>Инт 3</b>
2.1.	Убирает жилье без труда, может выполнять влажную уборку	<b>0</b>			
2.2.	Сам вытирает пыль, поддерживает чистоту в комнате. Нуждается в незначительной помощи для наведения порядка в комнате	<b>0,5</b>			
2.3.	Нуждается в значительной помощи для наведения порядка в комнате	<b>1</b>			
2.4.	Не в состоянии выполнять никаких работ по наведению порядка	<b>2</b>			
<b>3.</b>	<b>Стирка</b>	<b>Баллы</b>	<b>Инт 1</b>	<b>Инт 2</b>	<b>Инт 3</b>
3.1.	Не нуждается в помощи при стирке	<b>0</b>			
3.2.	Нуждается в помощи при любом способе стирки (ручной или машинной)	<b>0,5</b>			
3.3.	Не в состоянии выполнять стирку	<b>1</b>			
<b>4.</b>	<b>Приготовление пищи</b>	<b>Баллы</b>	<b>Инт 1</b>	<b>Инт 2</b>	<b>Инт 3</b>
4.1.	Не нуждается в помощи при приготовлении элементарных блюд	<b>0</b>			
4.2.	Нуждается в помощи в процессе приготовления холодных блюд, обращении с кипятком	<b>1</b>			
4.3.	Не в состоянии приготовить никакую пищу	<b>2</b>			
<b>5.</b>	<b>Передвижение по зданию</b>	<b>Баллы</b>	<b>Инт 1</b>	<b>Инт 2</b>	<b>Инт 3</b>
5.1.	Самостоятельно передвигается по зданию	<b>0</b>			
5.2.	Передвигается самостоятельно помощью опорной трости, ходунка	<b>0</b>			
5.3.	Передвигается с помощью опорной трости или ходунка или без них, и нуждается в посторонней помощи при ходьбе по зданию	<b>0,5</b>			
5.4.	Передвигается с помощью кресла-коляски. Способен сам сесть в коляску и передвигаться в ней по зданию	<b>0,5</b>			
5.5.	На кровати садится самостоятельно либо с небольшой помощью. Пользуется коляской, но нуждается в помощи, чтобы пересесть в кресло-коляску и/или передвигаться в ней по зданию	<b>1</b>			

5.6.	Полностью зависим при передвижении и перемещении; все дневное время проводит сидя в кровати, в кресле или кресле-коляске	1,5			
5.7.	Полностью зависим при передвижении и перемещении; все дневное время находится в горизонтальном положении в кровати	1,5			
<b>6.</b>	<b>Падения в течение последних трех месяцев</b>	<b>Баллы</b>	<b>Инт 1</b>	<b>Инт 2</b>	<b>Инт 3</b>
6.1.	Не падает	0			
6.2.	Не падает, но ощущает тревогу по поводу возможных падений	0			
6.3.	Падает, но может встать самостоятельно	0			
6.4.	Иногда падает и не может встать без посторонней помощи (минимум три раза в последние три месяца)	0,5			
6.5.	Падает, по крайней мере, раз в неделю и не может встать без посторонней помощи	1			
<b>7.</b>	<b>Одевание</b>	<b>Баллы</b>	<b>Инт 1</b>	<b>Инт 2</b>	<b>Инт 3</b>
7.1.	Одевается без посторонней помощи	0			
7.2.	Нуждается в небольшой помощи при одевании	0,5			
7.3.	Нуждается в значительной помощи при одевании или полностью зависим от посторонней помощи.	1			
<b>8.</b>	<b>Личная гигиена</b>	<b>Баллы</b>	<b>Инт 1</b>	<b>Инт 2</b>	<b>Инт 3</b>
8.1.	Моется без посторонней помощи. Самостоятельно справляется с утренним и вечерним туалетом.	0			
8.2.	Требуется наблюдение персонала при купании в душевой/ванной комнате или бане, при этом моется самостоятельно. Самостоятельно справляется с утренним и вечерним туалетом.	0,5			
8.3.	Нуждается в небольшой помощи при выполнении гигиенических процедур	1			
8.4.	Нуждается в активной помощи персонала при купании	1,5			
8.5.	Необходимо полностью умыть и купать человека в связи с нарушениями когнитивной функции и/или тяжелым физическим состоянием	2			
<b>9.</b>	<b>Прием пищи</b>	<b>Баллы</b>	<b>Инт 1</b>	<b>Инт 2</b>	<b>Инт 3</b>
9.1.	Ест и пьет без посторонней помощи	0			
9.2.	Ест и пьет без посторонней помощи, но нуждается в подаче пищи.	0,5			
9.3.	Нуждается в подаче и частичной помощи при приеме пищи и/или питье.	1			
9.4.	Нуждается в полном кормлении и соблюдении питьевого режима в связи с нарушениями когнитивной функции и/или тяжелым физическим состоянием.	1,5			
<b>10.</b>	<b>Мочепускание и дефекация</b>	<b>Баллы</b>	<b>Инт 1</b>	<b>Инт 2</b>	<b>Инт 3</b>
10.1.	Контролирует или частично контролирует отправление естественных потребностей; самостоятельно пользуется туалетной комнатой, может самостоятельно поменять себе абсорбирующее белье	0			
10.2.	Частично контролирует естественные потребности. Нуждается в незначительной помощи при использовании абсорбирующего белья.	0,5			

	Самостоятельно пользуется туалетной комнатой. Осуществляет гигиену после туалета самостоятельно.				
10.3.	Частично контролирует естественные потребности. Нуждается в значительной помощи при использовании абсорбирующего белья или испытывает трудности при пользовании туалетной комнатой. Необходима помощь в осуществлении гигиены после туалета	1			
10.4.	Частично контролирует естественные потребности. Не может поменять себе абсорбирующее белье Не может пользоваться туалетной комнатой, но может пользоваться санитарным креслом	1,5			
10.5.	Контролирует мочеиспускание и дефекацию, но не может пользоваться туалетом, не может поменять абсорбирующее белье в связи с тяжелым физическим состоянием	2			
10.6.	Не может пользоваться туалетом, не контролирует ни одно из отправления (и мочеиспускание, и дефекацию), не может поменять абсорбирующее белье в связи с нарушениями когнитивной функции и/или тяжелым физическим состоянием и полностью зависит от посторонней помощи	2			
11.	<b>Присмотр</b>	<b>Баллы</b>	<b>Инт 1</b>	<b>Инт 2</b>	<b>Инт 3</b>
11.1.	Не опасен для себя и для окружающих, когда остается один. Может исполнять жизненно важные функции.	0			
11.2.	Есть необходимость в частичном присмотре, требует регулярного внимания персонала.	3			
11.3.	Опасен для себя и для окружающих, требуется постоянное наблюдение персонала.	6			
12.	<b>Слух</b>	<b>Баллы</b>	<b>Инт 1</b>	<b>Инт 2</b>	<b>Инт 3</b>
12.1.	Хорошо слышит либо регулярно использует слуховой аппарат и не испытывает трудностей	0			
12.2.	Плохо слышит (для прослушивания радио включает его на полную громкость), испытывает затруднения при коммуникациях	0,5			
12.3.	Глухой	1			
13.	<b>Опасное (пагубное) поведение. Наличие зависимостей</b>	<b>Баллы</b>	<b>Инт 1</b>	<b>Инт 2</b>	<b>Инт 3</b>
13.1.	Поведение обычно / типично	0			
13.2.	Умеренно или не систематически проявляет враждебность или имеет приверженность к пагубным привычкам (алкоголизм и иные пагубные зависимости).	0,5			
13.3.	Часто и в тяжелой форме проявляет враждебность или приверженность к пагубным привычкам (алкоголизм и иные пагубные зависимости).	1			
14.	<b>Наличие внешних ресурсов</b>	<b>Баллы</b>	<b>Инт 1</b>	<b>Инт 2</b>	<b>Инт 3</b>
14.1.	Получает достаточную социальную поддержку от семьи/родственников/друзей/соседей/религиозных или общественных организаций.	0			
14.2.	Получает ограниченную социальную поддержку со стороны	0,5			

	семьи/родственников/друзей/соседей/религиозных или общественных организаций.				
14.3.	Нет поддержки со стороны семьи/родственников/друзей, есть только ограниченные социальные связи (например, соседи, общественные или религиозные организации).	1			
		<b>Итого:</b>			

Дополнительная информация (для формирования индивидуального плана ухода и/или привлечения сотрудников мультидисциплинарной команды)

---



---



---

Диагностику провели:

Сотрудник \_\_\_\_\_ Должность \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

Сотрудник \_\_\_\_\_ Должность \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

Сотрудник \_\_\_\_\_ Должность \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

Дата следующей плановой проверки:

---



---

Приложение 8 к приказу Министерства труда, занятости и социальной защиты Республики Татарстан и Министерства здравоохранения Республики Татарстан

от 09 04 2021 № 209 / 635

Форма бланка определения уровня нуждаемости в постороннем уходе и количества часов обслуживания на дому

Форма социального обслуживания	Сумма баллов по результатам оценки зависимости гражданина пожилого возраста (инвалида) от посторонней помощи	Описание группы ухода, к которой относится гражданин пожилого возраста (инвалид)					
		№ группы ухода	Уровень нуждаемости в постороннем уходе	Степень снижения способности к самообслуживанию, передвижению	Имеющиеся у гражданина пожилого возраста (инвалида) ограничения жизнедеятельности, нарушение функций организма	Необходимая посторонняя помощь по уходу	Максимальное количество часов обслуживания на дому в неделю <*>
на дому; полустационарная	0 - 3	0	0	способность к самообслуживанию и передвижению, самостоятельность в действиях повседневной жизни сохранена	Гражданин способен самостоятельно обслуживать и поддерживать свой быт на необходимом уровне, а также выполнять трудовые функции. Когнитивные функции не нарушены	не нуждается	0
	3,25 - 4,5	1	0	легкое/небольшое	Небольшое снижение способности к самообслуживанию и передвижению.	не нуждается	0

					<p>Когнитивные функции не нарушены.</p> <p>Самостоятельно использует абсорбирующее белье, специализированные гигиенические средства.</p> <p>Самостоятельно передвигается по дому.</p> <p>Самостоятельно передвигается вне дома и двора.</p>		
	4,75 - 6	2	0	умеренное	<p>Способность к самообслуживанию и передвижению не снижена.</p> <p>Когнитивные функции не нарушены.</p> <p>Гражданин пользуется вспомогательными средствами реабилитации (ходунки, простые и 4-опорные трости). Может испытывать затруднения в передвижении по дому и подъеме по лестнице. Возможна потребность в небольшой помощи при одевании и обувании.</p> <p>Самостоятельно использует абсорбирующее белье, специализированные гигиенические средства.</p> <p>Возможно выполнение только частичной уборки в досягаемости руки</p>	не нуждается	0

	6,25 - 10,75	3	1	сильное/значительное	<p>Значительное снижение способности к самообслуживанию и передвижению вследствие заболеваний, последствий травм или врожденных дефектов, возрастных изменений. Гражданин может использовать технические средства реабилитации - ходунки, кресло-коляску. Когнитивные функции чаще всего не нарушены либо имеется снижение когнитивных функций в легкой или умеренной степени. Гражданин нуждается в помощи ежедневно для выполнения действий повседневной жизни. Может самостоятельно приготовить простые блюда, но необходима значительная помощь в выполнении сложных действий при приготовлении горячей пищи. Принимает медикаменты самостоятельно или с незначительной помощью (необходим контроль). Может частично контролировать мочеиспускание и акт дефекации. Необходима помощь при использовании абсорбирующего белья. Пользуется туалетом с</p>	<p>Значительная помощь в уборке и стирке; помощь в передвижении по дому; сопровождение вне дома; помощь при использовании абсорбирующего белья, при пользовании туалетом; частичная помощь при одевании и обувании; помощь в выполнении сложных действий при приготовлении горячей пищи; контроль за приемом медицинских препаратов; помощь в осуществлении покупок в магазинах и предоставлении услуг организациями; помощь при</p>	<p>от 7 до 14 часов в неделю</p>
--	--------------	---	---	----------------------	---	--	----------------------------------

					посторонней помощью (нуждается в помощи для сохранения равновесия, одевания, раздевания). Одевание и обувание возможно с частичной посторонней помощью	купании и умывании (причесывание, чистка зубов, мытье труднодоступных частей тела)	
на дому; стационарная	11 - 15,75	4	2	очень сильное	Сильно снижена способность к самообслуживанию и передвижению, ведению домашнего хозяйства без посторонней помощи. К данной группе можно отнести граждан со снижением когнитивных функций в значительной степени без нарушения способности к передвижению. Гражданин нуждается в помощи во многих видах деятельности повседневной жизни. Степень зависимости человека от посторонней помощи приводит к выраженному ограничению одной из категорий жизнедеятельности либо их сочетанию. Часто нарушена способность ориентации во времени и пространстве. Необходима значительная помощь в самообслуживании с использованием	Значительная помощь при: перемещении с кровати на стул; перемещении в кресло-коляску и/или передвижении в ней по дому; одевании, обувании; купании; приготовлении пищи; соблюдении питьевого режима; использовании абсорбирующего белья; стирке и развешивании белья. Частичная помощь при приеме пищи. Контроль приема лекарственных	от 14 до 21 часа в неделю

					<p>вспомогательных средств и (или) препаратов с помощью других лиц.</p> <p>Самостоятельно не может приготовить пищу, вести домашнее хозяйство, стирать и развешивать белье.</p> <p>Мобильность ограничена комнатой (кроватью и околокроватьным пространством). Пользуется инвалидной коляской.</p> <p>Процесс акта дефекации и мочеиспускания может контролировать полностью или частично. Нуждается в посторонней помощи при пользовании туалетом либо использует кресло-туалет около кровати или судно.</p> <p>Умывается, причесывается, чистит зубы, бреется с посторонней помощью.</p> <p>Одевается, обувается только с посторонней помощью.</p> <p>Не может самостоятельно принимать медикаменты. Необходим контроль и помощь в приеме лекарственных средств.</p> <p>При приеме пищи нуждается в частичной помощи (подаче)</p>	
	16 - 25	5	3	тотальное	<p>Полная утрата способности к самообслуживанию и передвижению и полная</p>	<p>Постоянный уход, направленный на поддержание</p> <p>от 21 до 28 часов в неделю</p>

				<p>зависимость от посторонней помощи.</p> <p>Часто имеются выраженные когнитивные расстройства.</p> <p>К данной группе также могут быть отнесены люди с сохраненными когнитивными функциями, но при этом нуждающиеся в постоянной посторонней помощи и уходе вследствие общего тяжелого физического состояния, обусловленного декомпенсацией одного или нескольких хронических заболеваний.</p> <p>Питание, умывание, купание, одевание осуществляются ухаживающим лицом или под его контролем.</p> <p>Не контролируют процесс актов дефекации и мочеиспускания или в редких случаях контролируют их частично.</p> <p>Степень функциональности соответствует 1 группе инвалидности со стойким, значительно выраженным расстройством функций организма</p>	<p>жизнедеятельности и профилактику осложнений имеющихся хронических заболеваний и маломобильного образа жизни</p>	
--	--	--	--	---	--	--