

-Приложение 1
к Порядку
межведомственного взаимодействия
медицинских организаций,
организаций социального
обслуживания

**Информация
о гражданине пожилого возраста и инвалиде,
нуждающемся в долговременном уходе
и медико-социальном сопровождении**

Медицинская организация, оформившая направление: _____

Дата составления информации: _____

Ф.И.О. пациента: _____

Дата рождения: _____, возраст _____ лет

Адрес регистрации по месту жительства/пребывания: _____

Адрес фактического проживания: _____

Контактный телефон пациента: _____

Контактные данные родственников пациента: _____

Планируемая дата выписки пациента из стационара (заполняется в стационаре
при госпитализации пациента) _____

**По результатам осмотра у пациента отмечены следующие отклонения в состоянии
здоровья:**

1. Общее состояние пациента

- слабость легкая ☐ умеренная ☐ выраженная ☐
(степень выраженности):

Состояние после перенесенного:

- острого нарушения мозгового кровообращения
- заболевания сердечно-сосудистой системы
- хирургического вмешательства
- травма
- оперативного вмешательства на опорно-двигательном аппарате
- вмешательства по поводу онкологии

- прочие состояния (указать какое) _____

Наличие у пациента выраженных клинических проявлений возрастных изменений и когнитивных нарушений

2. Условия проживания:

Возможно проживание самостоятельно

- да

- при условии посещения родственниками или социальным работником

- при условии социального обслуживания с применением технологии

"Персональный помощник"

Не может проживать самостоятельно

Нуждается в оформлении в учреждение социального профиля (дом-интернат, геронтологический центр)

3. Нуждаемость в средствах малой реабилитации и средствах ухода

Нуждается в средствах малой реабилитации:

- в ходунках

- в трости

- в костылях

- в кресле-каталке

- другое (указать) _____

Нуждается в средствах ухода:

- в памперсах

- в пеленках

- другое (указать) _____

4. Рекомендации по питанию пациента:

4.1. По рациону, режиму питания и соблюдению питьевого режима (указать какая диета, перечень продуктов, которые должны присутствовать в питании пациента и какие необходимо исключить, кратность питания, особенности приема пищи, кормления пациента и т.д.)

в том числе ограничение потребления:

- углеводов _____

- белков _____
- жиров _____
- соли _____
- питьевой режим до _____ мл в сутки

4.2. Контроль за соблюдением режима питания и питьевого режима:

- не нуждается _____
- нуждается _____

5. Рекомендации по контролю за лекарственной терапией:

5.1. Нуждается в выписке рецептов на льготные медикаменты

- не нуждается _____
- нуждается _____

(указать какой врач осуществляет выписку медикаментов, кратность выписки рецептов и т.д.)

5.2. Необходим контроль за приемом медикаментов, в том числе обезболивающей терапией:

Наименование препарата на русском языке	Время приема	Режим дозировки			
		утро	обед	вечер	ночь

6. Рекомендации по осуществлению ухода:

6.1. Помощь при отпавлении физиологических потребностей пациента

- не нуждается _____
- нуждается в сопровождении до туалета _____
- необходимо использовать судно или кресло-туалет _____
- необходима смена подгузников _____
- необходим гигиенический уход за стомой _____
- необходим гигиенический уход за катетером _____
- необходимо освобождение мочевого дренажного мешка _____

6.2. Наблюдение за состоянием кожных покровов с целью выявления пролежней на ранних стадиях (ежедневно)

- не нуждается _____
- нуждается _____

(частота осмотра кожных покровов)

6.3. Смена положения тела с целью профилактики пролежней (ежедневно (утро/обед/вечер)

- не нуждается _____
- нуждается _____

(частота смены положения тела)

7. Рекомендации по физической активности:

7.1. проведение общеукрепляющей гимнастики

- не нуждается _____
- нуждается _____

(перечислить комплексы и виды упражнений; какие группы мышц, системы организма, суставы необходимо задействовать и какие исключить при проведении гимнастики; определить степень нагрузки; кратность и продолжительность проведения упражнений и т.д.)

8. Рекомендации по профилактике пневмоний:

8.1. проведение дыхательной гимнастики _____

8.2. проведение массажа грудной клетки _____

8.3. проветривание помещения _____

8.4. вакцинация от гриппа _____

(перечислить виды дыхательной гимнастики, проведение массажа грудной клетки, кратность проведения процедур; кратность и продолжительность проветривания помещений и т.д.)

9. Рекомендации по профилактике тромбозов:

9.1. обеспечение движения в коленных и голеностопных суставах _____

9.2. бинтование конечностей эластичным бинтом (ношение чулок) _____

9.3. контроль за питьевым режимом _____

(обеспечение движения в коленных и голеностопных суставах, бинтование конечностей эластичным бинтом, ношение чулок, контроль за питьевым режимом и т.д.)

10. Рекомендации по профилактике запоров:

- не нуждается _____

- нуждается _____

10.1. контроль за питьевым режимом _____

10.2. контроль за режимом питания _____

10.3. контроль за рационом питания (продукты с большим содержанием клетчатки, фрукты, овощи, кисломолочные продукты) _____

11. Рекомендации по когнитивному тренингу

- не нуждается _____

- нуждается _____

11.1. тренировка устной речи _____

- не нуждается _____

- нуждается _____
- 11.2. тренировка письменной речи
- не нуждается _____
- нуждается _____
- 11.3. тренировка памяти и внимания (заучивание стихов, разгадывание кроссвордов, чтение книг)
- не нуждается _____
- нуждается _____

(указать виды упражнений для тренировки устной речи, письменной речи, памяти, внимания, кратность и продолжительность занятий и т.д.)

Заключение: _____
(Ф.И.О. пациента)

нуждается в осуществлении медико-социального сопровождения и организации
долговременного ухода.

Лечащий врач _____
подпись

контактный телефон: _____