

**МИНИСТЕРСТВО СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ
КУЗБАССА
№ 165**

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КУЗБАССА
№ 1118**

ПРИКАЗ

от 22.08.2023

О внесении изменений в приказ Министерства социальной защиты населения Кузбасса, Министерства здравоохранения Кузбасса от 10.04.2023 № 63/500 «Об утверждении Порядка межведомственного взаимодействия организаций социального обслуживания Кемеровской области – Кузбасса (муниципальных организаций социального обслуживания, расположенных на территории Кемеровской области – Кузбасса) и медицинских организаций государственной системы здравоохранения Кемеровской области – Кузбасса, участвующих в реализации пилотного проекта по созданию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами»

П р и к а з ы в а е м :

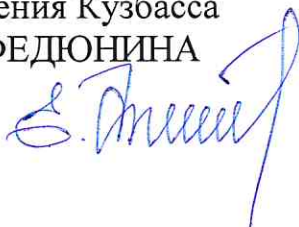
1. Порядок межведомственного взаимодействия организаций социального обслуживания Кемеровской области – Кузбасса (муниципальных организаций социального обслуживания, расположенных на территории Кемеровской области – Кузбасса) и медицинских организаций государственной системы здравоохранения Кемеровской области – Кузбасса, участвующих в реализации пилотного проекта по созданию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, утвержденный приказом Министерства социальной защиты населения Кузбасса, Министерства здравоохранения Кузбасса от 10.04.2023 № 63/500 «Об утверждении Порядка межведомственного взаимодействия организаций социального обслуживания Кемеровской области – Кузбасса (муниципальных организаций социального обслуживания, расположенных на территории Кемеровской области – Кузбасса) и медицинских организаций государственной системы здравоохранения Кемеровской области – Кузбасса, участвующих в реализации пилотного проекта по созданию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами», изложить в новой редакции согласно приложению к настоящему приказу.

2. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на первого заместителя министра социальной защиты населения Кузбасса Чайку Н.С., первого заместителя министра здравоохранения Кузбасса Зеленину Е.М.

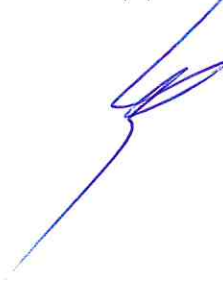
3. Государственному казенному учреждению «Центр социальных выплат и информатизации Министерства социальной защиты населения Кузбасса» обеспечить размещение настоящего приказа на сайте «Электронный бюллетень Правительства Кемеровской области – Кузбасса» и на официальном сайте Министерства социальной защиты населения Кузбасса.

4. Государственному автономному учреждению здравоохранения «Кузбасский областной медицинский информационно-аналитический центр имени Зельковича Романа Моисеевича» обеспечить размещение настоящего приказа на официальном сайте Министерства здравоохранения Кузбасса.

Министр социальной защиты
населения Кузбасса
Е.Г. ФЕДЮНИНА



Министр здравоохранения
Кузбасса
Д.Е. БЕГЛОВ



Утвержден
приказом Министерства
социальной защиты
населения Кузбасса
и Министерства
здравоохранения Кузбасса
от 22 августа 2023 г. № 165/1118

Порядок межведомственного взаимодействия организаций социального обслуживания Кемеровской области – Кузбасса (муниципальных организаций социального обслуживания, расположенных на территории Кемеровской области – Кузбасса) и медицинских организаций государственной системы здравоохранения Кемеровской области – Кузбасса, участвующих в реализации пилотного проекта по созданию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами

1. Общие положения

1.1. Настоящий порядок межведомственного взаимодействия организаций социального обслуживания Кемеровской области – Кузбасса (муниципальных организаций социального обслуживания, расположенных на территории Кемеровской области – Кузбасса) и медицинских организаций государственной системы здравоохранения Кемеровской области – Кузбасса, участвующих в реализации пилотного проекта по созданию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами (далее соответственно – Порядок, пилотный проект, организация социального обслуживания, медицинская организация), утверждает алгоритм межведомственного взаимодействия организаций социального обслуживания и медицинских организаций, а также определяет сроки и формы их взаимодействия.

1.2. Для целей настоящего Порядка используются понятия, определенные Типовой моделью, утвержденной приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 15.12.2022 № 781 «О реализации в отдельных субъектах Российской Федерации в 2023 году Типовой модели системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в уходе», а также следующие понятия:

определение индивидуальной потребности гражданина в социальном обслуживании, в том числе в социальных услугах по уходу – процесс определения индивидуальной потребности гражданина в социальном обслуживании с учетом структуры и степени ограничений жизнедеятельности гражданина, состояния здоровья, особенностей поведения, предпочтений, а также последующего определения группы ухода или уровня нуждаемости в уходе с использованием анкеты-опросника;

региональный координационный центр (далее – РКЦ) – структурное подразделение ГКУ «Центр социальных выплат и информатизации Министерства социальной защиты населения Кузбасса», обеспечивающее согласованность действий организаций социального обслуживания и медицинских организаций и оперативное взаимодействие с гражданами, нуждающимися в социальном обслуживании, в том числе в социальных услугах по уходу, в рамках межведомственного взаимодействия;

территориальный координационный центр (далее – ТКЦ) – структурное подразделение органа местного самоуправления, расположенного на территории Кемеровской области – Кузбасса, не являющееся поставщиком социальных услуг, осуществляющее определение индивидуальной потребности гражданина в социальном обслуживании, в том числе в социальных услугах по уходу.

1.3. Информационный обмен осуществляется в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», статьи 6 Федерального закона от 28.12.2013 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации», статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

1.4. Информационный обмен между участниками межведомственного взаимодействия осуществляется в электронной форме по телекоммуникационным каналам связи с соблюдением действующего законодательства о защите информации.

При отсутствии технической возможности информационного обмена посредством телекоммуникационных каналов связи, указанный обмен может осуществляться на электронных носителях в форме электронных документов или на бумажных носителях, с предварительным информированием по телефону, факсимильной связи. В случае информационного обмена на бумажных носителях передаваемые документы (копии документов) заверяются печатью организации социального обслуживания, медицинской организации соответственно.

1.5. Участники межведомственного взаимодействия несут ответственность за достоверность передаваемой информации, а также ее разглашение третьим лицам, в соответствии с действующим законодательством.

1.6. Контроль за соблюдением сроков, предусмотренных настоящим Порядком, участниками межведомственного взаимодействия при осуществлении информационного обмена осуществляет РКЦ посредством информирования с использованием телекоммуникационных каналов связи.

2. Алгоритм выявления граждан, нуждающихся в социальном обслуживании, в том числе в социальных услугах по уходу

2.1. Выявление участниками межведомственного взаимодействия граждан, нуждающихся в социальном обслуживании, в том числе в социальных услугах по уходу, осуществляется по заявительному принципу (при непосредственном обращении гражданина) и проактивному принципу (медицинскими организациями в ходе осуществления своей деятельности).

2.2. Выявление по заявительному принципу предусматривает поступление информации о нуждаемости гражданина в социальном обслуживании, в том числе в социальных услугах по уходу:

в Министерство социальной защиты населения Кузбасса;

в ТКЦ по месту жительства (пребывания);

в РКЦ, в том числе посредством «Единого телефона системы долговременного ухода» (далее – Единый телефон).

2.3. В случае если в РКЦ, в том числе посредством Единого телефона, поступила информация о нуждаемости гражданина в социальном обслуживании, в том числе в социальных услугах по уходу, специалист РКЦ в течение 1 рабочего дня направляет информацию о гражданине, нуждающемся в социальном обслуживании, в том числе в социальных услугах по уходу, в ТКЦ по месту жительства (пребывания).

2.4. В случае поступления в ТКЦ информации о гражданине, изъявившем желание подать заявление о предоставлении социальных услуг, формируется запрос о предоставлении заключения уполномоченной медицинской организации о наличии/отсутствии противопоказаний, в связи с которыми гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в форме социального обслуживания на дому, или в полустационарной форме, или в стационарной форме

2.5 Формирование запроса о предоставлении заключения уполномоченной медицинской организации о наличии/отсутствии противопоказаний, в связи с которыми гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в форме социального обслуживания на дому, или в полустационарной форме, или в стационарной форме.

2.5.1. Ответственный работник ТКЦ:

выдает гражданину бланк информированного добровольного согласия гражданина на передачу сведений о нем в целях возможного предоставления медицинской помощи (социальных услуг) по форме согласно приложению № 1 к настоящему Порядку (далее – информированное согласие) для заполнения;

формирует в АИС запрос о предоставлении заключения уполномоченной медицинской организации о наличии/отсутствии противопоказаний, в связи с которыми гражданину или получателю

социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в форме социального обслуживания на дому, или в полустационарной форме, или в стационарной форме, по форме согласно приложению № 2 к настоящему Порядку (далее – запрос о предоставлении заключения), вносит отметку о согласии гражданина на обработку персональных данных и подписывает запрос о предоставлении заключения усиленной квалифицированной электронной подписью. В случае отказа гражданина от заполнения бланка информированного согласия запрос о предоставлении заключения не составляется.

При отсутствии технической возможности подписания запроса о предоставлении заключения с помощью усиленной квалифицированной электронной подписи, ответственный работник ТКЦ заверяет запрос о предоставлении заключения печатью, скан-копии заверенных бланков запроса о предоставлении заключения и информированного согласия в формате документа (*.pdf) направляет в РКЦ посредством размещения в АИС.

2.5.2. Специалист РКЦ в течение 1 рабочего дня с даты поступления в АИС запроса о предоставлении заключения, передаёт его в соответствующую медицинскую организацию.

2.5.3. Ответственный работник медицинской организации:

в течение 3 рабочих дней с даты поступления запроса о предоставлении заключения организует заполнение бланка заключения уполномоченной медицинской организации о наличии (об отсутствии) противопоказаний, в связи с наличием которых гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в форме социального обслуживания на дому, или в полустационарной форме, или в стационарной форме, по форме, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.05.2023 № 202н «Об утверждении перечня медицинских противопоказаний, в связи с наличием которых гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в форме социального обслуживания на дому, или в полустационарной форме, или в стационарной форме, а также формы заключения уполномоченной медицинской организации о наличии (об отсутствии) таких противопоказаний» (далее – заключение о наличии (об отсутствии) противопоказаний). Скан-копия заверенного бланка заключения о наличии (об отсутствии) противопоказаний в формате документа (*.pdf) направляется в РКЦ.

При необходимости дополнительного медицинского обследования гражданина срок направления заключения о наличии (об отсутствии) противопоказаний может быть продлен до 14 рабочих дней с даты поступления запроса о предоставлении заключения, о чём предварительно в срок, предусмотренный абзацем вторым настоящего подпункта, в РКЦ направляется уведомление по форме согласно приложению № 3 к настоящему Порядку.

2.5.4. Специалист РКЦ в течение 1 рабочего дня с даты поступления из медицинской организации бланка заключения о наличии (об отсутствии) противопоказаний передаёт сведения в ТКЦ, из которого поступил запрос, посредством размещения в АИС.

2.6. Выявление по проактивному принципу осуществляется работником медицинской организации:

при оказании амбулаторно-поликлинической медицинской помощи;

при оказании медицинской помощи в стационарных условиях;

в рамках проведения диспансеризации, профилактического медицинского осмотра;

при оказании медицинской помощи гражданину на дому.

2.7. Для определения нуждаемости граждан в социальном обслуживании, в том числе в социальных услугах по уходу, работник медицинской организации использует критерии, утвержденные приказом департамента охраны здоровья населения Кемеровской области от 25.04.2019 № 854 «Об утверждении критериев определения граждан, нуждающихся (потенциально нуждающихся) в предоставлении социальных услуг в стационарных и амбулаторных медицинских организациях Кемеровской области».

2.8. В отношении граждан, у которых в соответствии с пунктом 2.7 настоящего Порядка определены критерии нуждаемости (потенциальной нуждаемости) в социальном обслуживании, в том числе в социальных услугах по уходу:

2.8.1. Ответственный работник медицинской организации:

2.8.1.1. Информировует гражданина, законного представителя о возможности предоставления социального обслуживания (на дому, в полустационарной, стационарной формах социального обслуживания) с учетом состояния здоровья, предоставляет контактные данные (адрес, телефон) организации социального обслуживания по месту жительства (месту пребывания), Единого телефона, разъясняет возможные последствия отказа от предоставления социальных и (или) медицинских услуг (при необходимости) – в день выявления (обращения) гражданина.

2.8.1.2. Выдает гражданину бланк информированного согласия для заполнения.

2.8.1.3. Составляет сигнальную карту о гражданине, имеющем критерии нуждаемости (потенциальной нуждаемости) в предоставлении социальных услуг по форме согласно приложению № 4 к настоящему Порядку (далее – сигнальная карта). В случае отказа гражданина от заполнения бланка информированного согласия сигнальная карта не составляется.

2.8.1.4. Организует оформление заключения о наличии (об отсутствии) противопоказаний).

2.8.1.5. Заверяет печатью медицинской организации информированное согласие, сигнальную карту, заключение о наличии (об отсутствии) противопоказаний, снимает их скан-копии, брошюрует оригиналы

информированного согласия, сигнальной карты, заключение о наличии (об отсутствии) противопоказаний в личное дело гражданина и направляет скан-копии заверенных бланков информированного согласия, сигнальной карты, заключения о наличии (об отсутствии) противопоказаний в формате документа (*.pdf) в РКЦ для последующей передачи в ТКЦ:

в случае нахождения гражданина в стационарной медицинской организации – за 3 рабочих дня до предполагаемой даты выписки гражданина;

в случае обращения гражданина в амбулаторно-поликлиническую медицинскую организацию, в случае вызова врача на дом – не позднее 2 рабочих дней с даты обращения гражданина в указанную организацию.

2.8.2. Специалист РКЦ в течение 1 рабочего дня с даты поступления скан-копий документов, предусмотренных подпунктом 2.8.1 настоящего Порядка, вносит сведения, содержащиеся в сигнальной карте, в программный комплекс «Единая информационная система долговременного ухода» (далее – АИС) и передает информацию в ТКЦ по месту жительства (месту пребывания) гражданина.

2.8.3. Ответственный работник ТКЦ:

2.8.3.1. В случае поступления от РКЦ информации в отношении гражданина, который не является получателем социальных услуг, в течение 2 рабочих дней с даты поступления информации от РКЦ информирует либо организует информирование гражданина о порядке и условиях предоставления социальных услуг с учетом формы социального обслуживания.

Если гражданин изъявил желание подать заявление о предоставлении социальных услуг, в течение 2 рабочих дней с даты поступления информации от РКЦ принимает меры по определению индивидуальной потребности гражданина в социальном обслуживании, в том числе в социальных услугах по уходу, в целях установления обстоятельств, которые ухудшают или могут ухудшить условия его жизнедеятельности.

2.8.3.2. В случае поступления от РКЦ информации в отношении гражданина, который уже является получателем социальных услуг, в течение 2 рабочих дней с даты поступления информации принимает меры по пересмотру индивидуальной потребности гражданина в социальном обслуживании, в том числе в социальных услугах по уходу, в целях корректировки индивидуальной программы предоставления социальных услуг, дополнения к индивидуальной программе предоставления социальных услуг с учетом рекомендаций медицинской организации (при необходимости);

2.8.3.3. В течение 5 рабочих дней с даты поступления информации от РКЦ направляет в РКЦ посредством размещения в АИС уведомление о принятых мерах по форме согласно приложению № 5 к настоящему Порядку, подписанное усиленной квалифицированной электронной подписью.

При отсутствии технической возможности подписания уведомления с помощью усиленной квалифицированной электронной подписи, ответственный работник ТКЦ заверяет уведомление печатью организации

социального обслуживания, оригинал уведомления брошюрует в личное дело гражданина, скан-копию заверенного уведомления в формате документа (*.pdf) направляет в РКЦ посредством размещения в АИС.

2.8.4. Специалист РКЦ в течение 1 рабочего дня с даты поступления уведомления о принятых мерах, предусмотренного подпунктом 2.8.3.3 настоящего Порядка, направляет его в медицинскую организацию, из которой поступила информация о гражданине.

3. Информационный обмен о гражданах, получающих социальные услуги в организации социального обслуживания

3.1. При установлении признаков ухудшения здоровья у гражданина, получающего социальные услуги в организации социального обслуживания, ответственный работник организации социального обслуживания в течение 1 дня после установления признаков такого ухудшения:

выдает гражданину бланк информированного согласия для заполнения; формирует в АИС сигнальную карту о гражданине, нуждающемся в оказании медицинской помощи, по форме согласно приложению № 6 к настоящему Порядку (далее – сигнальная карта), вносит отметку о согласии гражданина на обработку персональных данных и подписывает сигнальную карту усиленной квалифицированной электронной подписью. В случае отказа гражданина от заполнения бланка информированного согласия сигнальная карта не составляется.

При отсутствии технической возможности подписания сигнальной карты с помощью усиленной квалифицированной электронной подписи, ответственный работник организации социального обслуживания заверяет сигнальную карту печатью организации социального обслуживания, оригиналы сигнальной карты и информированного согласия брошюрует в личное дело гражданина, скан-копии заверенных бланков сигнальной карты и информированного согласия в формате документа (*.pdf) направляет в РКЦ посредством размещения в АИС.

3.2. При установлении признаков резкого ухудшения здоровья у гражданина, получающего социальные услуги в организации социального обслуживания, ответственный работник организации социального обслуживания незамедлительно вызывает скорую медицинскую помощь и в течение часа передает сведения о резком ухудшении здоровья непосредственно ответственному лицу медицинской организации по месту проживания (месту пребывания) гражданина по телефону, после чего в течение 1 рабочего дня формирует в АИС уведомление о резком ухудшении здоровья гражданина по форме согласно приложению № 7 к настоящему Порядку и подписывает усиленной квалифицированной электронной подписью.

При отсутствии технической возможности подписания уведомления с помощью усиленной квалифицированной электронной подписи,

ответственный работник организации социального обслуживания заверяет уведомление печатью организации социального обслуживания, оригинал уведомления брошюрует в личное дело гражданина, скан-копию уведомления в формате документа (*.pdf) направляет в РКЦ посредством размещения в АИС.

3.3. Специалист РКЦ в течение 1 рабочего дня с даты поступления в АИС сведений, указанных в пунктах 3.1, 3.2 настоящего Порядка, передаёт указанные сведения в соответствующую медицинскую организацию.

3.4. Ответственный работник медицинской организации:

3.4.1. В случае поступления от РКЦ сигнальной карты в течение 1 дня с даты поступления сведений о гражданине организует оказание ему необходимой медицинской помощи.

В течение 2 рабочих дней с даты окончания случая оказания медицинской помощи информирует о принятых мерах организацию социального обслуживания, из которой поступили сведения о гражданине, посредством направления в РКЦ уведомления о принятых мерах по сигнальной карте по форме согласно приложению № 8 к настоящему Порядку. Уведомление заверяется печатью медицинской организации, оригинал уведомления о принятых мерах брошюруется в личное дело гражданина, скан-копия заверенного уведомления о принятых мерах в формате документа (*.pdf) направляется в РКЦ.

3.4.2. В случае поступления от РКЦ уведомления о резком ухудшении здоровья в течение 2 рабочих дней с даты поступления сведений о гражданине информирует о принятых мерах организацию социального обслуживания, из которой поступили сведения, посредством направления в РКЦ:

уведомления о выписке гражданина – в случае выписки гражданина из медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, по форме согласно приложению № 9 к настоящему Порядку;

уведомления о нахождении гражданина в медицинской организации – в случае нахождения гражданина в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, более 2 рабочих дней, по форме согласно приложению № 10 к настоящему Порядку.

Уведомление заверяется печатью медицинской организации, оригинал уведомления брошюруется в личное дело гражданина, скан-копия заверенного уведомления в формате документа (*.pdf) направляется в РКЦ.

В день выписки гражданина из медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, направляет в РКЦ уведомление о выписке гражданина по форме согласно приложению № 9 к настоящему Порядку.

В случае наступления смерти гражданина в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, не позднее 1 рабочего дня, следующего за днем смерти, информирует об этом организацию социального обслуживания, из которой поступили сведения о гражданине,

посредством направления в РКЦ уведомления, составленного в произвольной форме. Уведомление заверяется печатью медицинской организации, оригинал уведомления брошюруется в личное дело гражданина, скан-копия заверенного уведомления в формате документа (*.pdf) направляется в РКЦ.

3.5. Специалист РКЦ в течение 1 рабочего дня с даты поступления скан-копии уведомления из медицинской организации, направляет ее в соответствующую организацию социального обслуживания посредством размещения в АИС.

3.6. В случае наличия в уведомлении о принятых мерах, предусмотренном пунктом 3.4.1 настоящего Порядка, уведомлении о выписке гражданина, отметки о наличии у гражданина медицинских противопоказаний, в связи с наличием которых гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в форме социального обслуживания на дому, или в полустационарной форме, или в стационарной форме, осуществляется направление запроса о предоставлении заключения.

3.7. Ответственный работник организации социального обслуживания в течение 1 рабочего дня с даты поступления от РКЦ уведомления:

выдает гражданину бланк информированного согласия для заполнения; формирует в АИС запрос о предоставлении заключения, вносит отметку о согласии гражданина на обработку персональных данных и подписывает запрос о предоставлении заключения усиленной квалифицированной электронной подписью.

При отсутствии технической возможности подписания запроса о предоставлении заключения с помощью усиленной квалифицированной электронной подписи, ответственный работник организации социального обслуживания заверяет запрос о предоставлении заключения печатью, скан-копии заверенных бланков запроса о предоставлении заключения и информированного согласия в формате документа (*.pdf) направляет в РКЦ посредством размещения в АИС.

3.8. Специалист РКЦ в течение 1 рабочего дня с даты поступления в АИС запроса о предоставлении заключения, передаёт его в соответствующую медицинскую организацию.

3.9. Ответственный работник медицинской организации:

в течение 3 рабочих дней с даты поступления запроса о предоставлении заключения организует заполнение бланка заключения о наличии (об отсутствии) противопоказаний. Скан-копия заверенного бланка заключения о наличии (об отсутствии) противопоказаний в формате документа (*.pdf) направляется в РКЦ.

При необходимости дополнительного медицинского обследования гражданина срок направления заключения о наличии (об отсутствии) противопоказаний может быть продлен до 14 рабочих дней с даты поступления запроса о предоставлении заключения, о чём предварительно в срок, предусмотренный абзацем вторым настоящего подпункта, в РКЦ

направляется уведомление по форме согласно приложению № 3 к настоящему Порядку.

3.10. Специалист РКЦ в течение 1 рабочего дня с даты поступления из медицинской организации бланка заключения о наличии (об отсутствии) противопоказаний передаёт сведения в организацию социального обслуживания, из которой поступил запрос, посредством размещения в АИС.

4. Информационный обмен о гражданах, отнесенных по результатам определения индивидуальной потребности в социальном обслуживании, в том числе в социальных услугах по уходу, к 1-3 уровням нуждаемости в уходе

4.1. При составлении дневника ухода в отношении граждан, отнесенных по результатам определения индивидуальной потребности в социальном обслуживании, в том числе в социальных услугах по уходу, к 1 – 3 уровням нуждаемости в уходе, учитываются медицинские рекомендации по уходу, полученные от медицинской организации по месту проживания (месту пребывания) гражданина.

4.2. Специалист организации социального обслуживания в течение 2 рабочих дней с даты заключения договора о предоставлении социальных услуг, с гражданином, отнесенным к 1 – 3 уровням нуждаемости в уходе:

выдает гражданину бланк информированного согласия для заполнения;

на основании информированного согласия формирует в АИС запрос о предоставлении медицинских рекомендаций по уходу (далее – запрос) по форме согласно приложению № 11 к настоящему Порядку и подписывает запрос усиленной квалифицированной электронной подписью.

При отсутствии технической возможности подписания запроса с помощью усиленной квалифицированной электронной подписи, ответственный работник организации социального обслуживания заверяет запрос печатью организации социального обслуживания, оригинал запроса брошюрует в личное дело гражданина, скан-копию запроса в формате документа (*.pdf) направляет в РКЦ посредством размещения в АИС.

4.3. Специалист РКЦ в течение 1 рабочего дня с даты поступления в АИС запроса, передаёт запрос в соответствующую медицинскую организацию.

4.4. Ответственный работник медицинской организации:

в течение 3 рабочих дней с даты поступления запроса организует заполнение бланка медицинских рекомендаций по уходу по форме согласно приложению № 12 к настоящему Порядку. Медицинские рекомендации заверяются печатью медицинской организации, оригинал медицинских рекомендаций брошюруется в личное дело гражданина, скан-копия заверенного бланка медицинских рекомендаций по уходу в формате документа (*.pdf) направляется в РКЦ.

При необходимости дополнительного медицинского обследования гражданина срок направления медицинских рекомендаций может быть продлен до 14 рабочих дней с даты поступления запроса, о чём предварительно в срок, предусмотренный абзацем вторым настоящего подпункта, в РКЦ направляется уведомление по форме согласно приложению № 13 к настоящему Порядку.

4.5. Специалист РКЦ в течение 1 рабочего дня с даты поступления из медицинской организации медицинских рекомендаций по уходу передаёт сведения в организацию социального обслуживания, из которой поступил запрос, посредством размещения в АИС.

4.6. В случае отнесения гражданина, получающего социальные услуги в организации социального обслуживания, по результатам планового (внепланового) определения индивидуальной потребности гражданина в социальном обслуживании, в том числе в социальных услугах по уходу, к 1 – 3 уровню нуждаемости в уходе, осуществляются действия, предусмотренные пунктами 4.1 – 4.5 настоящего Порядка.

Приложение № 1
к Порядку межведомственного взаимодействия
организаций социального обслуживания
Кемеровской области – Кузбасса (муниципальных
организаций социального обслуживания,
расположенных на территории Кемеровской области – Кузбасса)
и медицинских организаций государственной системы
здравоохранения Кемеровской области – Кузбасса,
участвующих в реализации пилотного проекта по
созданию системы долговременного
ухода за гражданами пожилого
возраста и инвалидами

В _____

(наименование организации)

от _____,

(Ф.И.О. гражданина)

зарегистрированного(ой) по адресу:

(индекс, адрес места жительства, места пребывания)
СНИЛС (при наличии)

(номер контактного телефона)

Информированное добровольное согласие гражданина
на передачу сведений о нем в целях возможного предоставления

медицинской помощи

социальных услуг

(нужное отметить)

Я, _____

(Ф.И.О. гражданина)

«__» _____ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(индекс, адрес места жительства (пребывания) гражданина)

даю информированное добровольное согласие на передачу сведений обо мне
в целях возможного предоставления (нужное отметить):

медицинской помощи

социальных услуг

Я свидетельствую, что специалистом медицинской организации, в которую я обратился за оказанием медицинской помощи, *

_____ (должность, Ф.И.О.)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, а также разъяснено, что я имею право отказаться от предоставления медицинской помощи. **

Сообщаю следующие сведения о лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о предоставлении мне медицинской помощи (при наличии указанных лиц): _____

_____ (Ф.И.О. лица, телефон)

_____ ***

Примечание: *, **, *** строки заполняются в случае обращения гражданина в медицинскую организацию.

Сведения о законном представителе или лице, уполномоченном гражданином на основании доверенности, оформленной в соответствии с законодательством Российской Федерации (далее - представитель гражданина): ****

_____ (Ф.И.О., индекс, адрес места жительства представителя гражданина)

Документ, удостоверяющий личность представителя гражданина *****

_____ (наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)

Документ, подтверждающий полномочия представителя гражданина *****

_____ (наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)

Примечание: ****, *****, *****, ***** строки заполняются в случае обращения представителя гражданина.

_____ (подпись гражданина)

_____ (Ф.И.О. гражданина)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. специалиста медицинской организации (специалиста организации социального обслуживания), принявшего указанное согласие.

«__» _____ 20__ г.

Приложение № 2
к Порядку межведомственного взаимодействия
организаций социального обслуживания
Кемеровской области – Кузбасса (муниципальных
организаций социального обслуживания,
расположенных на территории Кемеровской области – Кузбасса)
и медицинских организаций государственной системы
здравоохранения Кемеровской области – Кузбасса,
участвующих в реализации пилотного проекта по
созданию системы долговременного
ухода за гражданами пожилого
возраста и инвалидами

Главному врачу

(наименование медицинской организации)

**Запрос
о предоставлении заключения**

Прошу Вас в отношении гражданина:

_____,
(Ф.И.О. гражданина)
нуждающегося в социальном обслуживании, в том числе в социальных
услугах по уходу, предоставить заключение о наличии/отсутствии
противопоказаний*.

1	Дата рождения	(NN.NN.NNNN)
2	СНИЛС (при наличии)	(NNN-NNN-NNN NN)
3	Адрес регистрации	Текстовый
4	Адрес фактического проживания	Текстовый
5	Контактные данные гражданина (телефон)	Текстовый
6	Наименование организации социального обслуживания (ТКЦ)	Текстовый

Ответственное лицо: _____
(фамилия, инициалы)

Дата: _____
М.П.

Примечание. *В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.05.2023 № 202н «Об утверждении перечня медицинских противопоказаний, в связи с наличием которых гражданину или

получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно в предоставлении социальных услуг в форме социального обслуживания на дому, или в полустационарной форме, или в стационарной форме, а также формы заключения уполномоченной медицинской организации о наличии (об отсутствии) таких противопоказаний»

Приложение № 3
к Порядку межведомственного взаимодействия
организаций социального обслуживания
Кемеровской области – Кузбасса (муниципальных
организаций социального обслуживания,
расположенных на территории Кемеровской области – Кузбасса)
и медицинских организаций государственной системы
здравоохранения Кемеровской области – Кузбасса,
участвующих в реализации пилотного проекта по
созданию системы долговременного
ухода за гражданами пожилого
возраста и инвалидами

(наименование организации социального
обслуживания/ТКЦ)

Уведомление
о необходимости дополнительного медицинского обследования

В связи с необходимостью проведения дополнительного медицинского
обследования гражданина:

_____,
(Ф.И.О. гражданина)
нуждающегося в социальном обслуживании, в том числе в социальных
услугах по уходу, срок направления заключения о наличии (об отсутствии)
противопоказаний, в связи с наличием которых гражданину или получателю
социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в
предоставлении социальных услуг в форме социального обслуживания на
дому, или в полустационарной форме, или в стационарной форме
продлевается до: _____ (не более 14 рабочих дней с даты запроса).

Ответственное лицо: _____
(фамилия, инициалы)

Дата: _____
М.П.

Приложение № 4
к Порядку межведомственного взаимодействия
организаций социального обслуживания
Кемеровской области – Кузбасса (муниципальных
организаций социального обслуживания,
расположенных на территории Кемеровской области – Кузбасса)
и медицинских организаций государственной системы
здравоохранения Кемеровской области – Кузбасса,
участвующих в реализации пилотного проекта по
созданию системы долговременного
ухода за гражданами пожилого
возраста и инвалидами

Сигнальная карта
о гражданине, имеющем критерии нуждаемости
(потенциальной нуждаемости) в предоставлении
социальных услуг

№ п/п	Наименование столбца	Формат строки
1	Фамилия	Текстовый
2	Имя	Текстовый
3	Отчество	Текстовый
4	Пол	Текстовый
5	Дата рождения	(NN.NN.NNNN)
6	СНИЛС (при наличии)	(NNN-NNN-NNN NN)
7	Адрес регистрации	Текстовый
8	Адрес фактического проживания	Текстовый
9	Контактные данные (телефон)	Текстовый
10	Наименование медицинской организации	Текстовый
11	Ф.И.О. врача	Текстовый
12	Ф.И.О. сотрудника медицинской организации, ответственного за информационный обмен	Текстовый
13	Номер телефона сотрудника медицинской организации, ответственного за информационный обмен	Текстовый
14	Дата предполагаемой выписки (для стационарной организации)	Текстовый

15	Итоговый балл в соответствии с критериями определения граждан, нуждающихся (потенциально нуждающихся) в предоставлении социальных услуг в стационарных и амбулаторных медицинских организациях	Текстовый	
16	Назначения и противопоказания (медицинские рекомендации по уходу) – заполняется в соответствии с приложением к настоящей сигнальной карте:		
	Рекомендации (контроль)	Ответ	Рекомендации (заполняется при положительном ответе)
16.1	Прием лекарственных препаратов	Да/Нет	Текстовый
16.2	Соблюдение питьевого режима	Да/Нет	Текстовый
16.3	Соблюдение диеты	Да/Нет	Текстовый
16.4	Соблюдение двигательного режима и физической активности	Да/Нет	Текстовый
16.5	Профилактика пролежней и застойных явлений	Да/Нет	Текстовый
16.6	Измерение температуры тела	Да/Нет	Текстовый
16.7	Контроль артериального давления	Да/Нет	Текстовый
16.8	Измерение частоты сердечных сокращений (пульс)	Да/Нет	Текстовый
16.9	Измерение уровня глюкозы в крови	Да/Нет	Текстовый
16.10	Измерение насыщения крови кислородом (сатурация)	Да/Нет	Текстовый
16.11	Осмотр кожных покровов	Да/Нет	Текстовый
16.12	Фиксация наличия болей	Да/Нет	Текстовый
16.13	Фиксация работы органов малого таза	Да/Нет	Текстовый

Дата: _____
 М.П.

Приложение к сигнальной карте о гражданине, имеющем критерии
нуждаемости (потенциальной нуждаемости)
в предоставлении социальных услуг

№ п/п	Рекомендации для контроля	Пояснения по вопросу	Дальнейшее использование
1	Прием лекарственных препаратов	Требуется отметить пункт в случае, если пациенту необходимо принимать жизненно важные лекарственные препараты	Будут даны рекомендации работнику организации социального обслуживания по контролю приема лекарственных препаратов
2	Соблюдение питьевого режима	В случае наличия дегенеративных заболеваний. Требуется контролировать регулярность и объем выпиваемой жидкости	Будут даны рекомендации работнику организации социального обслуживания по ведению соответствующего дневника
3	Соблюдение диеты	В случае наличия дегенеративных заболеваний	Будут даны рекомендации работнику организации социального обслуживания по ведению соответствующего дневника
4	Соблюдение двигательного режима и физической активности	Рекомендации по физической нагрузке	Будут даны рекомендации работнику организации социального обслуживания по ведению соответствующего дневника
5	Профилактика пролежней и застойных явлений	Рекомендации по профилактике пролежней при сниженной двигательной активности	Будут рекомендованы услуги по позиционированию. Будут даны рекомендации работнику организации социального обслуживания по ведению соответствующего дневника
6	Измерение температуры тела		Будут даны рекомендации работнику организации социального обслуживания по ведению соответствующего дневника
7	Контроль артериального давления		Будут даны рекомендации работнику организации социального обслуживания по ведению соответствующего дневника

8	Измерение частоты сердечных сокращений (пульс)		Будут даны рекомендации работнику организации социального обслуживания по ведению соответствующего дневника.
9	Измерение уровня глюкозы в крови	Измерение сахара в крови будет выполнять гражданин самостоятельно либо его родственник	Будут даны рекомендации работнику организации социального обслуживания по ведению соответствующего дневника. Фиксация значений будет выполняться со слов получателя социальных услуг
10	Измерение насыщения крови кислородом (сатурация)		Будут даны рекомендации работнику организации социального обслуживания по ведению соответствующего дневника.
11	Осмотр кожных покровов		Будут даны рекомендации работнику организации социального обслуживания по ведению соответствующего дневника.
12	Фиксация наличия болей	Определяется в соответствии с медицинскими порядками оказания медицинских услуг	Будут даны рекомендации работнику организации социального обслуживания по ведению соответствующего дневника
13	Фиксация работы органов малого таза	Определяется в соответствии с медицинскими порядками оказания медицинских услуг	Будут даны рекомендации работнику организации социального обслуживания по ведению соответствующего дневника

Приложение № 5
к Порядку межведомственного взаимодействия
организаций социального обслуживания
Кемеровской области – Кузбасса (муниципальных
организаций социального обслуживания,
расположенных на территории Кемеровской области – Кузбасса)
и медицинских организаций государственной системы
здравоохранения Кемеровской области – Кузбасса,
участвующих в реализации пилотного проекта по
созданию системы долговременного
ухода за гражданами пожилого
возраста и инвалидами

Главному врачу

(наименование медицинской организации)

Уведомление о принятых мерах по сигнальной карте

Информируем Вас о принятых мерах по сигнальной карте, поступившей
« ___ » _____ 20 ___ г. в отношении
(дд.мм.гггг)

(Ф.И.О. гражданина)

нуждающегося (потенциально нуждающегося) в социальном обслуживании,
в том числе в социальных услугах по уходу. Специалистами

(наименование ТКЦ)

проведена/не проведена* оценка индивидуальной потребности в социальном
(нужное подчеркнуть)

обслуживании, в том числе в уходе.

Информируем**:

- о признании гражданина нуждающимся в социальном обслуживании на дому (в полустационарной форме социального обслуживания)
- о пересмотре индивидуальной потребности в социальном обслуживании, в том числе в социальных услугах по уходу, в отношении гражданина, находящегося на социальном обслуживании

- об отказе гражданину в социальном обслуживании на дому (в полустационарной форме социального обслуживания) в связи с наличием медицинских противопоказаний
- об отказе гражданину в социальном обслуживании на дому (в полустационарной форме социального обслуживания) в связи со смертью гражданина
- об отказе гражданину в социальном обслуживании на дому (в полустационарной форме социального обслуживания) в связи с непредставлением или представлением в неполном объеме документов
- о направлении заявления и документов гражданина для зачисления на стационарное социальное обслуживание

Ответственное лицо: _____
(фамилия, инициалы)

Дата: _____
М.П.

Примечания:

*Отмечается в случае отказа гражданина от определения индивидуальной потребности в социальном обслуживании, в том числе в уходе.

**Не выбирается в случае отказа гражданина от определения индивидуальной потребности в социальном обслуживании, в том числе в уходе.

Приложение № 6
к Порядку межведомственного взаимодействия
организаций социального обслуживания
Кемеровской области – Кузбасса (муниципальных
организаций социального обслуживания,
расположенных на территории Кемеровской области – Кузбасса)
и медицинских организаций государственной системы
здравоохранения Кемеровской области – Кузбасса,
участвующих в реализации пилотного проекта по
созданию системы долговременного
ухода за гражданами пожилого
возраста и инвалидами

Сигнальная карта
о гражданине, нуждающемся в оказании медицинской помощи

№ п/п	Наименование столбца	Формат строки
1	Фамилия	Текстовый
2	Имя	Текстовый
3	Отчество (при наличии)	Текстовый
4	Пол	Текстовый
5	Дата рождения	(NN.NN.NNNN)
6	СНИЛС (при наличии)	(NNN-NNN-NNN NN)
7	Адрес регистрации	Текстовый
8	Адрес фактического проживания	Текстовый
9	Контактные данные (телефон)	Текстовый
10	Наименование организации социального обслуживания	Текстовый
11	ФИО сотрудника организации социального обслуживания, ответственного за информационный обмен	Текстовый
12	Номер телефона сотрудника организации социального обслуживания, ответственного за информационный обмен	Текстовый
13	Информация об ухудшении здоровья гражданина, нуждающегося в уходе, и признаки	
	Изменение сознания	
	спутанность сознания	Да/Нет
	заторможенность	Да/Нет
	ухудшение памяти	Да/Нет
	дезориентация	Да/Нет
	Ухудшение общего состояния	
	приступы резкой слабости	Да/Нет

	значительное, резкое снижение двигательной активности	Да/Нет
	изменение цвета кожи	Да/Нет
	покраснение кожи на местах опоры (пятки, крестец, ягодицы и др.)	Да/Нет
	появление или нарастание отеков	Да/Нет
	отказ от приема пищи или жидкости без видимых причин	Да/Нет
	отказ от приема лекарственных препаратов	Да/Нет
	наличие болевого синдрома (различной локализации)	Да/Нет
	снижение массы тела за последнее время (похудание)	Да/Нет
	на фоне принимаемого лечения отсутствует улучшение состояния здоровья	Да/Нет
	Нарушение сердечно-сосудистой системы	
	усиление головокружения	Да/Нет
	усиление боли в сердце	Да/Нет
	усиление перебоев в сердце	Да/Нет
	высокое АД	Да/Нет
	низкое АД	Да/Нет
	Нарушение дыхательной системы	
	появление охриплости	Да/Нет
	возникновение или усиление одышки	Да/Нет
	возникновение или усиление кашля	Да/Нет
	повышение температуры	Да/Нет
	Нарушение центральной нервной системы	
	онемение участков тела (лицо, конечности)	Да/Нет
	сильная головная боль	Да/Нет
	нарушение речи	Да/Нет
	нарушение глотания	Да/Нет
	нарушение движений конечностей	Да/Нет
	резкое нарушение зрения или двоение в глазах	Да/Нет
	«перекос» лица	Да/Нет
	Нарушение мочевыделительной системы	
	острая задержка мочи	Да/Нет
	Нарушение пищеварительной системы	
	отсутствие стула более 3 дней	Да/Нет
	Появление иных признаков ухудшения состояния пациента	Текстовый

Дата: _____

М.П.

Приложение № 7
к Порядку межведомственного взаимодействия
организаций социального обслуживания
Кемеровской области – Кузбасса (муниципальных
организаций социального обслуживания,
расположенных на территории Кемеровской области – Кузбасса)
и медицинских организаций государственной системы
здравоохранения Кемеровской области – Кузбасса,
участвующих в реализации пилотного проекта по
созданию системы долговременного
ухода за гражданами пожилого
возраста и инвалидами

Главному врачу

(наименование медицинской организации)

Уведомление
о резком ухудшении здоровья

Информируем Вас, что получатель социальных услуг:

(Ф.И.О. гражданина)

проживающий по адресу:

(адрес места жительства (пребывания) гражданина)

в связи с резким ухудшением здоровья был госпитализирован бригадой
скорой медицинской помощи в:

(наименование медицинской организации)

По месту жительства относится к:

(наименование медицинской организации)

Ответственное лицо: _____
(фамилия, инициалы)

Дата: _____
М.П.

Приложение № 8
к Порядку межведомственного взаимодействия
организаций социального обслуживания
Кемеровской области – Кузбасса (муниципальных
организаций социального обслуживания,
расположенных на территории Кемеровской области – Кузбасса)
и медицинских организаций государственной системы
здравоохранения Кемеровской области – Кузбасса,
участвующих в реализации пилотного проекта по
созданию системы долговременного
ухода за гражданами пожилого
возраста и инвалидами

Директору

(наименование организации социального
обслуживания)

Уведомление о принятых мерах по сигнальной карте

Ф.И.О. гражданина _____

Дата рождения _____

Место жительства (пребывания) _____

Дата поступления сигнальной карты, причина обращения _____

Заключение осмотра _____

Рекомендации _____

Отметка о наличии (отсутствии) противопоказаний* _____

Ответственное лицо: _____

(фамилия, инициалы)

Дата: _____

М.П.

Примечание. *В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.05.2023 № 202н «Об утверждении перечня медицинских противопоказаний, в связи с наличием которых гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно в

предоставлении социальных услуг в форме социального обслуживания на дому, или в полустационарной форме, или в стационарной форме, а также формы заключения уполномоченной медицинской организации о наличии (об отсутствии) таких противопоказаний»

Приложение № 9
к Порядку межведомственного взаимодействия
организаций социального обслуживания
Кемеровской области – Кузбасса (муниципальных
организаций социального обслуживания,
расположенных на территории Кемеровской области – Кузбасса)
и медицинских организаций государственной системы
здравоохранения Кемеровской области – Кузбасса,
участвующих в реализации пилотного проекта по
созданию системы долговременного
ухода за гражданами пожилого
возраста и инвалидами

Директору

(наименование организации социального
обслуживания)

Уведомление о выписке гражданина

Ф.И.О. гражданина _____

Дата рождения _____

Место жительства (пребывания) _____

Дата поступления сигнальной карты, причина обращения _____

Заключение осмотра _____

Отметка о наличии (отсутствии) противопоказаний* _____

Выписан домой в стабильном состоянии «__» _____ 20__ г.
(дд.мм.гггг)

Примечание. *В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.05.2023 № 202н «Об утверждении перечня медицинских противопоказаний, в связи с наличием которых гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно в предоставлении социальных услуг в форме социального обслуживания на

дому, или в полустационарной форме, или в стационарной форме, а также формы заключения уполномоченной медицинской организации о наличии (об отсутствии) таких противопоказаний»

Рекомендации по уходу:			
	Рекомендации (контроль)	Ответ	Рекомендации (заполняется при положительном ответе)
1	Прием лекарственных препаратов	Да/Нет	Текстовый
2	Соблюдение питьевого режима	Да/Нет	Текстовый
3	Соблюдение диеты	Да/Нет	Текстовый
4	Соблюдение двигательного режима и физической активности	Да/Нет	Текстовый
5	Профилактика пролежней и застойных явлений	Да/Нет	Текстовый
6	Измерение температуры тела	Да/Нет	Текстовый
7	Контроль артериального давления	Да/Нет	Текстовый
8	Измерение частоты сердечных сокращений (пульс)	Да/Нет	Текстовый
9	Измерение уровня глюкозы в крови	Да/Нет	Текстовый
10	Измерение насыщения крови кислородом (сатурация)	Да/Нет	Текстовый
11	Осмотр кожных покровов	Да/Нет	Текстовый
12	Фиксация наличия болей	Да/Нет	Текстовый
13	Фиксация работы органов малого таза	Да/Нет	Текстовый

Ответственное лицо: _____

(фамилия, инициалы)

Дата: _____

М.П.

Приложение № 10
к Порядку межведомственного взаимодействия
организаций социального обслуживания
Кемеровской области – Кузбасса (муниципальных
организаций социального обслуживания,
расположенных на территории Кемеровской области – Кузбасса)
и медицинских организаций государственной системы
здравоохранения Кемеровской области – Кузбасса,
участвующих в реализации пилотного проекта по
созданию системы долговременного
ухода за гражданами пожилого
возраста и инвалидами

Директору

(наименование организации социального
обслуживания)

Уведомление о нахождении гражданина
в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в
стационарных условиях

Информируем Вас, что _____
(Ф.И.О. гражданина)

_____ в настоящее время проходит лечение в _____

_____ (наименование медицинской организации)

Предполагаемая дата выписки: «__» _____ 20__ г.
(дд.мм.гггг)

Ответственное лицо: _____
(фамилия, инициалы)

Дата: _____
М.П.

Приложение № 11
к Порядку межведомственного взаимодействия
организаций социального обслуживания
Кемеровской области – Кузбасса (муниципальных
организаций социального обслуживания,
расположенных на территории Кемеровской области – Кузбасса)
и медицинских организаций государственной системы
здравоохранения Кемеровской области – Кузбасса,
участвующих в реализации пилотного проекта по
созданию системы долговременного
ухода за гражданами пожилого
возраста и инвалидами

Главному врачу

(наименование медицинской организации)

Запрос
о предоставлении медицинских рекомендаций по уходу

Прошу Вас в отношении гражданина:

_____,
(Ф.И.О. гражданина)
нуждающегося в социальном обслуживании, в том числе в социальных
услугах по уходу, предоставить медицинские рекомендации по уходу.

1	Дата рождения	(NN.NN.NNNN)
2	СНИЛС (при наличии)	(NNN-NNN-NNN NN)
3	Адрес регистрации	Текстовый
4	Адрес фактического проживания	Текстовый
5	Контактные данные гражданина (телефон)	Текстовый
6	Наименование организации социального обслуживания	Текстовый

Ответственное лицо: _____
(фамилия, инициалы)

Дата: _____

М.П.

Приложение № 12
к Порядку межведомственного взаимодействия
организаций социального обслуживания
Кемеровской области – Кузбасса (муниципальных
организаций социального обслуживания,
расположенных на территории Кемеровской области – Кузбасса)
и медицинских организаций государственной системы
здравоохранения Кемеровской области – Кузбасса,
участвующих в реализации пилотного проекта по
созданию системы долговременного
ухода за гражданами пожилого
возраста и инвалидами

Медицинские рекомендации по уходу

Медицинская организация: _____

Ф.И.О. гражданина: _____

Дата рождения: _____

Адрес регистрации: _____

Наблюдается у врача-гериатра (указать да/нет): _____

Наличие болей: _____

Индекс массы тела: _____

Физическое состояние: _____

Психологическое состояние: _____

Медицинские рекомендации по уходу:			
	Рекомендации (контроль)	Ответ	Рекомендации (заполняется при положительном ответе)
1	Прием лекарственных препаратов	Да/Нет	Текстовый
2	Соблюдение питьевого режима	Да/Нет	Текстовый
3	Соблюдение диеты	Да/Нет	Текстовый
4	Соблюдение двигательного режима и физической активности	Да/Нет	Текстовый
5	Профилактика пролежней и застойных явлений	Да/Нет	Текстовый

6	Измерение температуры тела	Да/Нет	Текстовый
7	Контроль артериального давления	Да/Нет	Текстовый
8	Измерение частоты сердечных сокращений (пульс)	Да/Нет	Текстовый
9	Измерение уровня глюкозы в крови	Да/Нет	Текстовый
10	Измерение насыщения крови кислородом (сатурация)	Да/Нет	Текстовый
11	Осмотр кожных покровов	Да/Нет	Текстовый
12	Фиксация наличия болей	Да/Нет	Текстовый
13	Фиксация работы органов малого таза	Да/Нет	Текстовый

Ответственное лицо: _____
(фамилия, инициалы)

Дата: _____
М.П.

Приложение № 13
к Порядку межведомственного взаимодействия
организаций социального обслуживания
Кемеровской области – Кузбасса (муниципальных
организаций социального обслуживания,
расположенных на территории Кемеровской области – Кузбасса)
и медицинских организаций государственной системы
здравоохранения Кемеровской области – Кузбасса,
участвующих в реализации пилотного проекта по
созданию системы долговременного
ухода за гражданами пожилого
возраста и инвалидами

Директору

(наименование организации социального
обслуживания)

Уведомление
о необходимости дополнительного медицинского обследования

В связи с необходимостью проведения дополнительного медицинского
обследования гражданина:

_____,
(Ф.И.О. гражданина)

нуждающегося в социальном обслуживании, в то числе в социальных услугах
по уходу, срок направления медицинских рекомендаций по уходу
продлевается до: _____ (не более 14 рабочих дней с даты запроса).

Ответственное лицо: _____
(фамилия, инициалы)

Дата: _____
М.П.