



ПРИКАЗ

16.01.2023

г.Казань

БОЕРЫК

№ 16

Об утверждении форм документов

В целях формирования организационно-методической базы по предоставлению социальных услуг в государственных учреждениях социального обслуживания Республики Татарстан п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить формы документов, подлежащих формированию специалистами по социальной работе, культорганизаторами, инструкторами по труду, воспитателями, психологами, социальными педагогами, инструкторами по адаптивной физкультуре при организации социального обслуживания граждан в домах-интернатах для престарелых и инвалидов, домах-интернатах, предназначенных для граждан, имеющих психические расстройства, согласно Приложениям 1-6 к настоящему приказу.

2. Возложить на директоров домов-интернатов для престарелых и инвалидов, домов-интернатов, предназначенных для граждан, имеющих психические расстройства, персональную ответственность за обеспечение качественного ведения документации в соответствии с настоящим приказом.

3. Контроль за исполнением данного приказа возложить на заместителя министра Ю.И. Абдрееву.

Министр

Э.А. Зарипова

Перенаправление(последовательное)

Бадрутдинова Д.Х.

Согласовано
12.01.2023 -
17:20

Необходимо предусмотреть ведение в эл.виде с возможностью при необходимости вывода информации на бумажном носителе, с учетом имеющихся решений по автоматизации рабочих процессов <https://sanatorium-is.ru/>, ГИС, приказов Минтруда России от 26.04.2022 N 262, N 261, N 263...

4.1 Мусабировова З.В.

Согласовано
13.01.2023 -
17:08

-

Тип согласования: **последовательное**

5 Абдреева Ю.И.

 Согласовано
14.01.2023 -
10:21

-

6 Зарипова Э.А.

Отправлен для
печати на бланк

-

форма

План работы специалиста на год, месяц (заполняется специалистами по социальной работе, культорганизаторами, инструкторами по труду, воспитателями, психологами, социальными педагогами, инструкторами по адаптивной физкультуре)

План специалиста

_____ (фамилия, имя, отчество)

на _____ год

№	Наименование социальной услуги	Мероприятие (вид мероприятия)
1.		
2.		
3.		

_____ (дата) (подпись) (фамилия, имя, отчество)

План специалиста

_____ (фамилия, имя, отчество)

на месяц _____

№	Вид мероприятия ¹	Содержание мероприятия (с указанием используемых технологий, практик, методов)	Форма (индивидуальная/ групповая)	Сроки	Фамилия, имя, отчество участников
1.					
2.					
3.					

_____ (дата) (подпись) (фамилия, имя, отчество)

¹ Указываются наименования социальных услуг согласно Порядку предоставления социальных услуг поставщиками социальных услуг в стационарной форме социального обслуживания в Республике Татарстан, утверждённому Постановлением КМРТ от 31.12.2014 № 1100

форма

Циклограмма работы на неделю²

(фамилия, имя, отчество)

Дни недели	Время работы	Вид деятельности (направление работы)	Хронометраж
Понедельник			
Вторник			
Среда			
Четверг			
Пятница			

(дата) (подпись) (фамилия, имя, отчество)

² Составляется согласно плану работы на год

форма

Отчет специалиста

(фамилия, имя, отчество)

о выполненной работе в _____

(месяц / год)³

Количество реализованных мероприятий		Количество обслуженных всего
в групповой форме	в индивидуальной форме	

(дата) (подпись) (фамилия, имя, отчество)

³ Отчет заполняется ежемесячно и по итогам года

форма

Журнал учета индивидуальных занятий⁴

№	Дата, время	Тема	Фамилия, имя, отчество участников	Результат	Специалист (фамилия, имя, отчество, должность)

⁴ Заполняется одним специалистом или группой специалистов одного направления работы

Приложение 5 к приказу
Министерства труда, занятости
и социальной защиты
Республики Татарстан
от 16.01 2023 г. № 16

форма

Журнал учета групповых занятий⁵

№	Дата, время	Тема	Фамилия, имя, отчество участников	Результат	Специалист (фамилия, имя, отчество, должность)

⁵ Заполняется одним специалистом или группой специалистов одного направления работы

форма

**Индивидуальная карта
реабилитации и абилитации получателя социальных услуг
(которому не установлен уровень нуждаемости в уходе)**

наименование поставщика услуг _____

М
Ж

стационар

Карта реабилитации и абилитации № _____

Статус: ☐ инвалид

☐ гражданин без инвалидности старше трудоспособного возраста⁶

Фамилия, имя, отчество _____

Дата рождения _____ Адрес, тел. _____

Контактное лицо, телефон _____

Дата установления инвалидности _____ Группа инвалидности _____

ИПРА № _____ от « _____ » _____ 20 ____ г.

ИПРА разработана _____
(наименование федерального учреждения медико-социальной экспертизы)

Откуда поступил:

☐ из дома

☐ из другого интерната

☐ из больницы

☐ из детского интерната

Поступил на основании ИППСУ:

_____ № _____ от « _____ » _____ 20 ____ г.
(наименование терр. органа соц. защиты)

Дата поступления: « _____ » _____ 20 ____ г.

Дата выбытия: « _____ » _____ 20 ____ г.

Ответственный специалист _____

I. ОЦЕНКА

⁶ Для домов-интернатов для престарелых и инвалидов

Активность и участие	
Отношение к условиям жизни в интернате: ☐ положительное ☐ отрицательное ☐ безразличное	Включается в общественную жизнь интерната: ☐ активно ☐ пассивно ☐ отказывается
Способность к общению: ☐ общается ☐ необщителен (замкнут) ☐ враждебное ☐ не может по психическому состоянию	Досуг: ☐ есть постоянное хобби (указать) _____ _____ ☐ отсутствуют личные интересы
Социальные навыки ☐ устанавливает контакт ☐ соблюдает правила поведения в группе, коллективе, социуме ☐ нарушения поведения в связи с психическим состоянием	Включается в трудовые процессы интерната: ☐ пассивно ☐ активно ☐ отказывается

Обучение	
Образование ☐ отсутствует ☐ среднее ☐ среднее профессиональное ☐ неоконченное высшее ☐ высшее	Учебные навыки ☐ читает ☐ пишет ☐ считает ☐ пользуется компьютером

Рекомендации:

- ☐ дежурства и общественные поручения
- ☐ помощь по обслуживанию маломобильных и престарелых граждан
- ☐ занятия в кружках
- ☐ участие в культурно-массовых мероприятиях
- ☐ вовлечение в трудовую деятельность
- ☐ обучение компьютерной грамотности
- ☐ обучение (развитие) навыкам чтения/письма/счета
- ☐ содействие в получении образования
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____

(Фамилия, имя, отчество специалиста, подпись, дата)

Физическая активность		
☐ Пассивность в течение дня	☐ Негативное отношение к физической активности	☐ Наличие спортивных увлечений
☐ Активность в течение дня	☐ Положительное отношение к физической активности	☐ Наличие вредных привычек

Рекомендации:

- ☐ групповые занятия по лечебной/адаптивной физкультуре
- ☐ индивидуальные занятия по лечебной/адаптивной физкультуре
- ☐ занятия по программам общего физического развития (для развития моторики, улучшения координации движений и равновесия)
- ☐ вовлечение в спортивные кружки/секции
- ☐ участие в спортивных играх и мероприятиях
- ☐ обучение навыкам ЗОЖ
- ☐ занятия по программам Специальной олимпиады
- ☐ _____

(Фамилия, имя, отчество специалиста, подпись, дата)

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА	
Параметры	Оценка
Когнитивная сфера:	
память	Нарушения памяти: ☐ имеются ☐ не имеются Характеристики нарушений памяти: ☐ не помнит давно прошедшие события; ☐ не помнит недавние события в прошлом; ☐ не помнит текущие события; ☐ не воспроизводит только что предъявленный материал
внимание	Нарушения внимания: ☐ имеются ☐ не имеются Характеристики нарушений внимания: ☐ не в состоянии длительно удерживать свое внимание на одном и том же объекте, т.е. внимание рассеивается; ☐ нарушение переключаемости (быстрый переход от одного вида деятельности к другому).
интеллект	Нарушения интеллекта: ☐ имеются ☐ не имеются Характеристики нарушений интеллекта: ☐ Незначительные нарушения ☐ Умеренные нарушения ☐ Выраженные нарушения ☐ Значительно выраженные нарушения
Эмоционально-волевая сфера:	
самооценка	☐ завышена ☐ занижена ☐ адекватная

эмоциональная устойчивость	☐ доброжелательность ☐ конфликтность ☐ агрессивность ☐ депрессивность ☐ активность ☐ быстрая смена настроения
тревожность	☐ высокая ☐ умеренная ☐ низкая

Рекомендации:

- ☐ Психологическое консультирование
☐ Психологическая коррекция
☐ Психопрофилактика
☐ Психологические тренинги
☐ Занятия в сенсорной комнате
☐ Когнитивный тренинг
☐ _____

(Фамилия, имя, отчество специалиста, подпись, дата)

Оценка реабилитационного потенциала

Параметр	Оценка	Описание
Личностный потенциал	☐ высокий ☐ средний ☐ низкий	возможность, способность и направленность личности активно участвовать в реабилитационном процессе и достигать поставленных реабилитационных задач
Социально-бытовой потенциал	☐ высокий ☐ средний ☐ низкий	возможности достижения самообслуживания и самостоятельности проживания и ведения личного хозяйства
Социальный потенциал	☐ высокий ☐ средний ☐ низкий	возможности восстановления или компенсации социального статуса (социальной адаптации и интеграции)
Образовательный потенциал ⁷	☐ высокий ☐ средний ☐ низкий	возможности человека к овладению общеобразовательными и профессиональными знаниями, профессиональными (трудовыми) навыками и умениями
Профессиональный (трудовой) потенциал ⁸	☐ высокий ☐ средний ☐ низкий	возможность восстановления профессионального и социально-трудового статуса или достижения иных целей в области трудовой деятельности
ОБЩАЯ ОЦЕНКА РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА ☐ высокий ☐ средний ☐ низкий		
_____ Фамилия, имя, отчество зав. отделением		_____ Дата
		_____ Подпись

⁷ для получателей социальных услуг трудоспособного возраста

⁸ для получателей социальных услуг трудоспособного возраста

Цели реабилитационных мероприятий⁹ (нужное подчеркнуть)

- ☐ восстановление (формирование) способности осуществлять самообслуживание (полностью, частично)
- ☐ восстановление (формирование) способности общаться (полностью, частично)
- ☐ восстановление (формирование) способности контролировать свое поведение (полностью, частично)
- ☐ восстановление (формирование) способности обучаться (полностью, частично)
- ☐ восстановление (формирование) способности заниматься трудовой деятельностью (полностью, частично)
- ☐ восстановление (поддержание) когнитивных навыков
- ☐ восстановление (поддержание) физической активности
- ☐ коррекция психоэмоционального состояния
- ☐ проведение оздоровительных мероприятий и мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни
- ☐ формирование позитивных интересов
- ☐
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Фамилия, имя, отчество зав. отделением_____
Дата_____
Подпись**План реабилитации и абилитации**

Дата составления _____

Социальные услуги ¹⁰	Реабилитационные мероприятия	Сроки проведения	Исполнитель (Должность)
Социально-медицинский блок			
Пример: Проведение оздоровительных мероприятий	Утренняя гимнастика.	ежедневно	инструктор ЛФК
	Занятия по программе «Суставная гимнастика», «Скандинавская ходьба»	1 раз в неделю	
	Занятия по лечебной физкультуре в группах	1 раз в неделю	
Социально-психологический блок			
Социально-педагогический блок			

⁹ Формируются с учетом результатов типизации¹⁰ Указываются согласно ИППСУ получателя социальных услуг

Социально-трудовой блок			
Повышение коммуникативного потенциала			
Социально-правовой блок			

Бланк оценки результативности реабилитационных мероприятий¹¹

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ	
Дата: « _____ » _____	
Реабилитационный потенциал:	
☐ Без динамики	
☐ Положительная динамика	
☐ Отрицательная динамика по причине _____	
☐ Изменения в психофизиологическом состоянии _____	

Заключение на корректировку или продление реабилитационных мероприятий:	
☐ Без изменений	
☐ Корректировка _____	

_____	_____
Фамилия, имя, отчество зав. отделением	Подпись
Дата	

¹¹ заполняется со следующей периодичностью: высокая общая оценка реабилитационного потенциала – 1 раз в 6 мес.; средняя, низкая общая оценка – 1 раз в год