**Медицинское заключение для признания гражданина нуждающимся   
в социальном обслуживании**

Дана\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО, дата рождения)

Адрес регистрации пациента:

Адрес проживания пациента:

Контактный телефон:

Наличие инвалидности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Наличие ИПРА \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(да/нет) (группа инвалидности) (да/нет)

Законный представитель:

(ФИО, дата рождения)

Проведена комплексная гериатрическая оценка (для лиц старше 65 лет) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_баллов

(да/нет) (оценка)

* прошел диспансеризацию, дата прохождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* прошел профосмотр, дата прохождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* находится на диспансерном наблюдении (указать врача-специалиста) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;
* находится под наблюдением врача-психиатра;
* является получателем паллиативной медицинской помощи.

Причина и степень утраты способности пациента к самообслуживанию (частичная/полная), в том числе в

соответствии с ИПРА, выданной ФГУ МСЭ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ :

(дата)

**Необходимые форма обслуживания и социальные услуги (нужное отметить):**

Форма социального обслуживания:

* на дому,
* полустационарная;
* стационарная при временном проживании

**Виды социальных услуг:**

* **Социально-бытовые, направленные на поддержание жизнедеятельности пациента в быту, в том числе:**
* услуги экстренной помощи «тревожная кнопка»;
* помощь в приеме пищи (кормление);
* помощь в одевании и переодевании лицам, не способным по состоянию здоровья самостоятельно осуществлять за собой уход;
* предоставление гигиенических услуг лицам, не способным по состоянию здоровья самостоятельно осуществлять за собой уход;
* смена подгузников и абсорбирующего белья лицам, не способным по состоянию здоровья самостоятельно осуществлять за собой уход.
* **Социально-медицинские, направленные на поддержание и сохранение здоровья пациента, путем организации ухода, оказания содействия в проведении систематического наблюдения за пациентом, в том числе:**
* выполнение процедур, связанных с организацией ухода, лицам, не способным по состоянию здоровья самостоятельно осуществлять за собой уход
* обеспечение приема получателем социальных услуг лекарственных средств в соответствии с назначением врача;
* профилактика образования пролежней, проведение обработки пролежней.

Противопоказаний к социальному обслуживанию не имеет.

Срок действия медицинского заключения составляет 60 дней.

* Согласие гражданина (представителя) на передачу обращения и персональных данных   
  в Санкт-Петербургское государственное казенное учреждение «Центр организации социального обслуживания» получено.

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата выдачи «\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_\_ г