ДНЕВНИК ЗАБОТЫ

Информация о подопечном

Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

Дата рождения _____ ИППСУ № _____ Дата: _____

Дата составления дневника по уходу _____

Содержание дневника:

- Необходимые исполнителям и подопечному контактные данные.
- **Раздел. 1**. **План заботы:**
    a. состояние подопечного на составления дневника;
    b. отношения, предпочтения, привычки подопечного;
    c. обязательные предписания:
        - общий список с указанием, что нужно контролировать,
        - отдельно инструкция по приему препаратов,
        - отдельно инструкция по выполнению других предписаний.
- **Раздел 2. График посещений с чек-листом по составу услуг.**
- **Раздел 3. Листы контроля – на каждое посещение.**
- Дополнения к дневнику:
    a. Акт приема-передачи ключей.
    b. Памятка наблюдения.

Важные контакты

ФИО	По какому вопросу	Тел., мессенджер для быстрой связи	Примечания

Контакты исполнителей

ФИО	Даты ведения дневника		Тел., мессенджер для быстрой связи	Примечания (если переданы ключи, отметить дату передачи)

Приложение
к Порядку предоставления социальных
услуг по уходу, включаемых в социальный
пакет долговременного ухода, в форме
социального обслуживания на дому

ДНЕВНИК УХОДА
гражданина, нуждающегося в уходе

Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

Дата рождения _____ Уровень нуждаемости _____

Помощник по уходу _____

Помощник по уходу[1] _____

Дата составления дневника по уходу _____

Организатор ухода _____

[1] При предоставлении гражданину, нуждающемуся в уходе, социальных услуг по уходу, включаемых в социальный пакет долговременного ухода, более чем двумя помощниками по уходу в Дневник ухода дополнительно вносится соответствующий раздел по числу помощников по уходу, задействованных в предоставлении указанных услуг.

Раздел 1. План заботы.

СОСТОЯНИЕ ПОДОПЕЧНОГО

Список нарушений организма, о которых собрана информация на момент получения заказа
перечисляется фиксируется со слов заказчика услуг в форме ЗАКАЗА

! если есть какое-то нарушение, о котором нет отметки в заказе, сообщите координатору

! если состояние подопечного изменяется, то это должно быть указано на листе «Дополнение к листу наблюдения» - в день обнаружения такого изменения (и информация обязательно должна быть передана заказчику услуг и координатору)

1. Нарушение речи
2. Нарушение слуха
3. Нарушение зрения
4. Нарушение функции приема пищи (глотания)
5. Нарушение мочевыделительной системы
6. Нарушение каловыделительной функции
7. Нарушение дыхательной системы
8. Нарушение двигательной системы
9. Нарушения ЦНС
10. Нарушения эндокринной системы
11. Нарушение сердечно-сосудистой системы
12. Заболевания, требующие особой осторожности
13. Заболевания, связанные со сбоями иммунной системы
14. Возрастные заболевания неврологического характера
15. Детские заболевания, влияющие на поведение
16. Нарушения кожных покровов
17. Проблемы с ногтями и стопами
18. Проблемы суставов
19. Риски падения
20. **!!! Аллергии**
21. Наличие зависимостей
22. Нарушение высших психических функций (когнитивные нарушения)
23. Поведенческие расстройства
24. Нарушение восприятия действительности
25. Расстройства пищевого поведения
26. Расстройства сна
27. Нарушение взаимодействия с окружающими
28. Нужна помощь в передвижении

Раздел 1. План заботы.

ОТНОШЕНИЯ, ПРЕДПОЧТЕНИЯ, ПРИВЫЧКИ ПОДОПЕЧНОГО[2]

Особенности	Пояснение	Особенности	Пояснение
С кем общается		С кем не общается	
Интересные темы для общения		Запретные темы для общения	
Любимые занятия		Нелюбимые занятия	
Чему радуется		Чего боится	
В чем нуждается		Чего стесняется	
Что важно соблюдать		Чего делать нельзя	
Предпочтения в еде		Неупотребляемые продукты	
Отношение к личной гигиене			
Отношение к прикосновениям			
Наличие вредных привычек			
Наличие ритуалов (правил)			

[2] Заполняется при первом визите и может дополняться по факту выявления.

Раздел 1. План заботы.

ОСНОВНЫЕ ЦЕЛИ УХОДА

Цель (на период действия дополнения к индивидуальной программе предоставления социальных услуг)	Дата выбора цели	Ожидаемый результат	Дата осуществления контроля[3]	Фактический результат
Поддержание здоровья, предотвращение его ухудшения				
Поддержание интереса к жизни, предотвращение его потери				
Поддержание активности и мобильности, предотвращение нездорового образа жизни				
Поддержание навыков самообслуживания, предотвращение их утраты				
Поддержание коммуникативных навыков и когнитивных функций, предотвращение их утраты или снижения				
Иная цель (указать)				

[3] Организатор ухода осуществляет контрольные визиты к гражданам с третьим уровнем нуждаемости в уходе – 1 раз в месяц, со вторым уровнем нуждаемости в уходе – 1 раз в квартал, с первым уровнем нуждаемости в уходе – 1 раз в полгода.

Раздел 1. План заботы.

ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ ПРЕДПИСАНИЯ[4]

Назначения / рекомендации	Указания (если не умещается инструкция, приложить отдельным листом)	строка в листе контроля
Прием лекарственных препаратов	Да ___ (в этом случае нужно заполнить лист «Инструкции по приему назначенных препаратов») Нет __	№ 1
Соблюдение питьевого режима	Жидкости в день ____ л в том числе чистой воды ____ л	№ 2
Соблюдение диеты	Специальный стол _____ Рекомендованный режим_____ Обязательно включать _____ Желательно включать _____ Запрещенные продукты _____	№ 3
Соблюдение двигательного режима и физической активности	Вид _____ объем _____ Вид _____ объем _____	№ 4
Профилактика пролежней и застойных явлений	Предписанные меры:	№ 5

[4] Это систематизация всех назначений и рекомендаций, подтвержденных соответствующими специалистами (выписки, рекомендации лечащих врачей и т.д.). Если места для рекомендаций недостаточно – сослаться на отдельный лист и приложить его к дневнику.

Раздел 1. План заботы.

Соблюдение иных назначений / рекомендаций, том числе:		
измерение температуры тела	Нет ___ Да ___ Пределы нормы _____	№ 6
измерение арт. давления	Нет ___ Да ___ Пределы нормы _____	№ 7
измерение пульса	Нет ___ Да ___ Пределы нормы _____	№ 7
измерение уровня глюкозы	Нет ___ Да ___ Пределы нормы _____	№ 8
измерение насыщения крови кислородом (сатурация)	Нет ___ Да ___ Пределы нормы _____	№ 9
осмотр кожных покровов	Нет ___ Да ___ Проблемные зоны _____	№ 10
фиксация наличия болей	Нет _ __ Да ___ Частая локализация_____ Ожидаемая интенсивность _____ __ Ожидаемая регулярность _____ Что делать при болях_____ _____	№ 11
фиксация работы органов малого таза (дефекации)	Нет ___ Да ___ Обычная регулярность _____ Особенности _____ Что делать в каких случаях _____	№ 12
фиксация работы органов малого таза (мочеиспускания)	Нет ___ Да ___ Обычная регулярность _____ Особенности _____ Что делать в каких случаях _____	
исполнение других. назначений/рекомендаций	Да ___ (в этом случае нужно заполнить лист «Инструкции по выполнению других назначений») Нет __	№ 13

Раздел 1. План заботы.

ИНСТРУКЦИЯ ПО ПРИЕМУ НАЗНАЧЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ[5]

№ п/п (будет указываться в контрольном листе)	Наименование лекарства	Лекарственная форма	Условия приема	Часы приема, дозировка, до/после/с едой				С какого числа назначено (начал прием)	Дата отмены
				утро	день	вечер	ночь		

[5] Данный лист заполняется для систематизации назначений лекарственных препаратов. Каждое назначение должно быть подкреплено документами – рецепты, выписки и т.д. Нумерация по порядку нужна для того, чтобы было проще отражать принятые подопечным препараты на листе контроля.

Раздел 1. План заботы.

ИНСТРУКЦИЯ ПО ВЫПОЛНЕНИЮ ДРУГИХ НАЗНАЧЕННИЙ[6] (систематизировать все ПОДТВЕРЖДЕННЫЕ назначения!)

№ п/п (будет указываться в контрольном листе)	Вид назначения	Условия исполнения, регулярность, время	С какого числа Назначено (начал прием)	Дата отмены

[6] Данный лист заполняется для систематизации предписаний, кроме лекарственных препаратов. Каждое назначение должно быть подкреплено документами – рецепты, выписки и т.д. Нумерация по порядку нужна для того, чтобы было проще отражать принятые подопечным препараты на листе контроля.

Раздел 2. Чек-лист посещений.

ГРАФИК РАБОТЫ ПОМОЩНИКОВ ПО УХОДУ[7] за_____20__ г.

1 неделя

№ посещения	Время начала и окончания посещения	ФИО помощников по уходу (по дням недели)						
		Понедельник	Вторник	Среда	Четверг	Пятница	Суббота	Воскресенье
1								
2								

2 неделя

№ посещения	Время начала и окончания посещения	ФИО помощников по уходу (по дням недели)						
		Понедельник	Вторник	Среда	Четверг	Пятница	Суббота	Воскресенье
1								
2								

3 неделя

№ посещения	Время начала и окончания посещения	ФИО помощников по уходу (по дням недели)						
		Понедельник	Вторник	Среда	Четверг	Пятница	Суббота	Воскресенье
1								
2								

4 неделя

№ посещения	Время начала и окончания посещения	ФИО помощников по уходу (по дням недели)						
		Понедельник	Вторник	Среда	Четверг	Пятница	Суббота	Воскресенье
1								
2								

[7] Это первый вариант чек-листа

Раздел 2. Чек-лист посещений.

5 неделя

№ посещения	Время начала и окончания посещения	ФИО помощников по уходу (по дням недели)						
		Понедельник	Вторник	Среда	Четверг	Пятница	Суббота	Воскресенье
1								
2								

Раздел 2. Чек-лист посещений.

ГРАФИК ПОСЕЩЕНИЙ С ПЕРЕЧНЕМ УСЛУГ НА КАЖДЫЙ КАЛЕНДАРНЫЙ МЕСЯЦ

Запросить у координатора (на руках у каждой заботницы)

- в строках услуги с указанием регулярности и количества
- в столбцах даты с возможностью внесения времени прихода, ухода и отметок выполнения

Раздел 3. Дневник наблюдений. ДАТА НАБЛЮДЕНИЯ: _____ Наблюдатель: _____ Отправлено заказчику: да___нет___

Показатель	Что указывать	утро	день	вечер	ночь
1.Контроль приема лекарств Указать принятые препараты	номер из назначений лекарств				
2.Контроль питьевого режима Чистой / другой жидкости	объем в л				
3.Контроль питания Указать наименование объем съедено + / не съедено —	приготовленная				
	иная еда				
4.Контроль физической нагрузки Указать какой физ. нагрузки ск. Мин.	вид, мин.				
5.Контроль смены положения тела Отметить знаком + каждое изм-ие положения	отметить время, позу				
6.Контроль температуры тела	Cº				
7 Контроль давления	вр. верх/нижн				
7 Контроль частоты пульса	вр. уд/мин				
8.Контроль уровня глюкозы	м/моль				
9.Контроль уровня сатурации	%				
10.Контроль кожных покровов Указать при наличии подозрений пролежней/опрелостей	локализация и характер проявления				
11.Контроль наличия боли 	время, характер, локализация, интенсивность				
12.Контроль дефекации Ж-жидкий, Н-норма, З-запор	время и форма (н, ж, з)				
12.Контроль мочеиспускания Б – боли, НЦ – нетип цвет, НЗ – нетип. запах	время особенности если есть				
13 Контроль других назначений/рекомендаций	время и номер из назначений др. предписаний				

Раздел 3. Дневник наблюдений. ДАТА НАБЛЮДЕНИЯ: _____ Наблюдатель: _____ Отправлено заказчику: да___нет___

Дополнение к листу наблюдения[8]

Что требует внимания:	**Отметки внешнего контролера:**
Предпринятые действия:	
Кому передана информация: _____	Информация о контроле:
Когда: дата _____ время _____	Дата _____Время _____
каким способом _____	ФИО контролера_____ подпись _____

[8] Заполняется обязательно в случае отклонений замеряемых показателей и при внешнем контроле

Раздел 4. Дополнения к дневнику.

Акт приема-передачи ключей от Заказчика Исполнителю

Город _____ « ___» _____ 20____г.

Заказчик _____(ФИО),

паспорт_____ кем выдан _____дата выдачи _____,

с одной стороны,

и Исполнитель _____(ФИО),

паспорт_____ кем выдан _____дата выдачи _____,

с другой стороны,

вместе именуемые **Стороны**, составили настоящий передаточный акт о нижеследующем:

Заказчик передаёт, а Исполнитель принимает комплект ключей, состоящий из

_____

в _____ экземпляре(ах) от Помещения _____ (квартиры/дома/другое),

расположенной(го) по адресу г._____ул._____д._____кв._____

в целях исполнения договора по оказанию услуг заботы по данному адресу

в отношении Подопечного _____(ФИО).

С подписанием данного Акта Исполнитель берет на себя ответственность за сохранность принятых ключей, обязуется не передавать ключи третьим лицам и вернуть их в полном комплекте Заказчику по завершении договора оказания услуг заботы.

Заказчик уведомил Клиента, что помимо Исполнителя к адресу имеют доступ следующие лица:

_____

_____

_____

Заказчик передал ключи _____/ Ф.И.О. _____

Исполнитель принял ключи и обязательства _____ / Ф.И.О._____

Акт возврата ключей от Исполнителя Заказчику

« ___» _____ 20____г. Исполнитель _____

возвращает Заказчику _____ набор ключей

от помещения по адресу _____

в полной комплектности да / нет (если нет, то указать отличия от переданной комплектации)

_____

Заказчик к Исполнителю претензий по комплекту переданных ключей не имеет

_____

Исполнитель передал ключи _____/ Ф.И.О. _____

Заказчик принял ключи_____ / Ф.И.О._____

Раздел 4. Дополнения к дневнику.

<u>Памятка: за чем нужно наблюдать еще</u> (при изменении отмечать в дополнениях к листу контроля

Когнитивные особенности

забывчивость / рассеянность / нарушение долговременной памяти / нарушение кратковременной памяти / дезориентация во времени / дезориентация в пространстве / дезориентация в событиях / затруднение при выполнении обычных действий / трудности в принятии решения / затруднения при формулировании мыслей, подборе слов / повторение одного и того же / неспособность поддерживать порядок / неадекватное распределение вещей / быстрая утомляемость

Поведенческие особенности

Раздражительность, агрессивность / Неадекватное двигательное поведение / Аутоагрессия (нанесение ущерба себе) / Нарушение цикла сон-бодрствование / Депрессивность, апатичность / Постоянное беспокойство (гиперактивность) / Деструктивное отношение к окружающим / Стремление нанесения ущерба имуществу / Снижение критики, неопрятность

Состояние кожи

пролежни / покраснение / бледность / желтизна / синюшность / сухость, шелушение / сальность / высыпания / трофические язвы / гематомы / ссадины / расчесы / отеки / раны, требующие перевязок / чувствительности кожи / экзема – указывать места согласно картинке



Состояние ногтей и стоп

Расслоение ногтей / признаки грибка / вросший ноготь / трещины некроз тканей (в том числе диабетическая стопа)

Состояние опорно-двигательного аппарата

контрактуры / нарушение подвижности суставов / спастика / полный паралич

Органы чувств

притупление зрения / притупление слуха / изменения обоняния / изменение вкуса

Функциональные проблемы

осложнение дыхания / затруднение глотания / жалобы на сердце головокружение / неустойчивая походка двигательные затруднения / нарушение вестибулярного аппарата, головокружения

Раздел 4. Дополнения к дневнику.

<u>Памятка: в каких случаях вызывать скорую</u>

Срочная госпитализация –

Специалист должен немедленно вызвать скорую и сообщить о вызове скорой и причине Клиенту и при необходимости сопроводить Подопечного в стационар в случаях:

- признаков инсульта, инфаркта, гипер- и гипогликемической комы и подозрении на сбой какой-либо системы организма (потеря сознания, потеря или нарушение речи, внезапная асимметричность мимики, раскоординированность движений, бледность или синюшность кожи, нетипичное для Подопечного повышение/понижение артериального давления, сложности в процессе дыхания, глотания, острые боли и кровавые выделения при дефекации и мочеиспускании),
- гипертермического синдром у детей (критическое повышение температуры при холодных конечностях),
- массивных кровотечений (в том числе желудочно-кишечного тракта, легочные, маточные…),
- ожогов и бытовых травм с поражением кожных покровов, опорно-двигательного аппарата и головы (включая подозрение на скрытый перелом или растяжение связок при падении дома),
- эпилептических припадков, обширных судорог,
- признаках гипоксии (синюшность кожи, измененное состояние сознания, потеря сознания), приступах астмы, попадании инородного тела в верхние дыхательные пути,
- **острого болевого синдрома**, не предполагаемого и не управляемого лечением (срочно при болях, сопровождающихся потерей сознания), анафилактического шока, **аллергических состояний** (срочно при отеке Квинке),
- **опасном поведении Подопечного**, если оно несет угрозу жизни и здоровью себе или окружающим лицам,
- **падении Подопечного** с риском получения травмы (к рискам относится возраст 70+ лет – можно пропустить перелом шейки бедра).

Признаки инсульта;



Пособие по первой помощи	**База знаний** **«Забота о тяжелобольных»**	**Руководство** **«Культура заботы»**
Есть в базе знаний >>	https://zreloe.pro/catalog/materialy-kursa-zabota-o-tyazhelobolnykh	https://zreloe.pro/catalog/svod-pravil