

**МИНИСТЕРСТВО ТРУДА И  
СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ  
РЕСПУБЛИКИ КРЫМ  
(МИНТРУД РК)**

**МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ КРЫМ**

**ПРИКАЗ**

26 10 2023 г.

№ 509/2056

г. Симферополь

**Об утверждении Регламента межведомственного  
взаимодействия участников системы долговременного  
ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами,  
нуждающимися в уходе, в Республике Крым**

В соответствии с распоряжением Правительства Российской Федерации от 3 августа 2023 года № 2101-р, приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 25 августа 2023 года № 681 «О реализации в 2023 году в Российской Федерации Типовой модели системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в уходе, и внесении изменений в приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 27 декабря 2022 года № 821 «О реализации в отдельных субъектах Российской Федерации в 2023 году pilotного проекта по созданию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в уходе, реализуемого в рамках федерального проекта «Старшее поколение» национального проекта «Демография», распоряжением Совета министров Республики Крым от 28 августа 2023 года № 1488-р «Об утверждении Плана мероприятий («дорожной карты») по внедрению системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в уходе, в Республике Крым», Положением о Министерстве труда и социальной защиты Республики Крым, утвержденным постановлением Совета министров Республики Крым от 27 июня 2014 года № 147, Положением о Министерстве здравоохранения Республики Крым, утвержденным постановлением Совета министров Республики Крым от 27 июня 2014 года № 149,

**ПРИКАЗЫВАЕМ:**

1. Утвердить прилагаемый Регламент межведомственного взаимодействия участников системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в уходе, в Республике Крым (далее - Регламент).

2. Организациям, участвующим в реализации pilotного проекта по созданию долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в уходе, организовать работу в соответствии с указанным выше Регламентом.

3. Настоящий приказ опубликовать на официальных интернет-порталах Министерства здравоохранения Республики Крым: <https://mzdrav.rk.gov.ru>, Министерства труда и социальной защиты Республики Крым: <https://mtrud.rk.gov.ru> не позднее 5 рабочих дней со дня его государственной регистрации.

4. Контроль за выполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра труда и социальной защиты Республики Крым Теряева М.А. и заместителя министра здравоохранения Республики Крым Лясковского А.И.

Заместитель Председателя  
Совета министров Республики  
Крым - министр труда и  
социальной защиты  
Республики Крым

  
МП

Е.В. Романовская

Министр здравоохранения  
Республики Крым

  
МП

К.В. Скорупский

Согласовано:

Заместитель министра труда  
и социальной защиты Республики Крым

М.А. Теряев

Заместитель министра труда и  
социальной защиты Республики Крым

Д.А. Стадник

Заместитель министра здравоохранения  
Республики Крым

А.И. Лясковский

Начальник правового управления

Е.А. Пикина

Начальник управления правового  
обеспечения и лицензирования

А.А. Венедиктов

Начальник управления социального  
обслуживания и развития  
негосударственного сектора в сфере  
предоставления социальных услуг

Н.В. Данилова

Начальник управления организации  
медицинской помощи

И.В. Гончарова

Начальник управления  
информационных технологий  
и делопроизводства

Н.В. Трофимова

Проект приказа подготовил:  
заместитель начальника управления социального  
обслуживания и развития негосударственного  
сектора в сфере предоставления социальных услуг  
– заведующий отделом контроля за  
предоставлением услуг в полустационарной и  
надомной формах

А.В. Горячкий

Приложение  
к совместному приказу  
Министерства труда и социальной  
защиты Республики Крым и  
Министерства здравоохранения  
Республики Крым  
от 16 10 2023 г. № 509/10056

**Регламент  
межведомственного взаимодействия участников системы  
долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и  
инвалидами, нуждающимися в уходе, в Республике Крым**

**I. Общие положения**

1. Настоящий регламент межведомственного взаимодействия участников системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в уходе, в Республике Крым (далее - система долговременного ухода, участники системы долговременного ухода, соответственно определяет порядок и формы взаимодействия участников системы долговременного ухода, координацию деятельности участников системы долговременного ухода по выявлению и включению граждан пожилого возраста и инвалидов, нуждающихся в уходе (далее - граждане, нуждающиеся в уходе), в систему долговременного ухода).

2. Межведомственное взаимодействие участников системы долговременного ухода осуществляется в целях обеспечения преемственности ведения граждан, нуждающихся в уходе, при их выявлении и организации предоставления им услуг по долговременному уходу.

3. Участниками межведомственного взаимодействия в рамках системы долговременного ухода (далее - межведомственное взаимодействие) являются:

Министерство труда и социальной защиты Республики Крым (далее - Минтруд и соцзащиты Республики Крым);

региональный координационный центр, созданный на базе Государственного казённого учреждения Республики Крым «Центр социальных выплат, модернизации и укрепления материально-технической базы учреждений социального обеспечения и занятости в Республике Крым» (далее - РКЦ);

территориальные координационные центры, созданные на базе регионального координационного центра (далее - территориальные координационные центры);

организации социального обслуживания независимо от организационно-правовой формы, индивидуальные предприниматели,

осуществляющие социальное обслуживание (далее – поставщики социальных услуг);

Министерство здравоохранения Республики Крым (далее - Минздрав Республики Крым);

медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь прикрепленному населению Республики Крым, и иные медицинские организации, отнесенные к ведению Министерства здравоохранения Республики Крым (далее – медицинские организации).

## **II. Функциональные полномочия участников межведомственного взаимодействия**

4. Региональный координационный центр обеспечивает:

взаимодействие с медицинскими организациями по вопросам, отнесенными к компетенции координационного центра;

осуществление межведомственного взаимодействия работников организаций, участвующих в создании системы долговременного ухода, и координация их взаимодействия с гражданином, нуждающимся в уходе, и его семьей (родственниками, друзьями, соседями и другими лицами);

прием и первичную обработку информации о потенциальных получателях социальных услуг, поступившей посредством ведомственных информационных систем, единой системы межведомственного электронного взаимодействия, или на телефон «горячей линии», организованной в региональном координационном центре, а также письменной и/или электронной форме;

направление обработанной информации в территориальный координационный центр;

мониторинг, анализ и обобщение информации территориальных координационных центров, готовит статистические отчеты и аналитические доклады, в том числе содержащейся в ведомственной информационной системе, в части выявления проблем, требующих решения.

5. Территориальный координационный центр осуществляет:

информационное взаимодействие с медицинскими организациями;

мониторинг и анализ своевременности и полноты предоставления медицинскими организациями результатов комплексной оценки физического состояния, функционального статуса, психического здоровья, медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения, иных обследований потенциальных получателей социальных услуг;

иницирует и проводит с представителями медицинских организаций рабочие встречи и совещания по вопросам исполнения требований информационного взаимодействия.

6. Минздрав Республики Крым координирует деятельность

медицинских организаций по вопросам:

организации и порядка предоставления результатов комплексной оценки физического состояния, функционального статуса, психического здоровья, медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения, иных обследований граждан, нуждающихся в уходе - потенциальных получателей социальных услуг в уходе (далее - потенциальные получатели социальных услуг);

порядка предоставления информации о выявленных потенциальных получателях социальных услуг;

выявления потенциальных получателей социальных услуг при проведении медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения, осуществляемых в отношении определенных групп населения в соответствии с законодательством Российской Федерации; при посещении гражданином участкового врача или иного врача, проведении диагностических исследований и лечебных процедур в медицинских организациях; при взаимодействии с федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы.

7. Минтруд и соцзащиты Республики Крым совместно с Минздравом Республики Крым осуществляет мониторинг функционирования системы долговременного ухода.

### **III. Формы межведомственного взаимодействия**

7. Межведомственное взаимодействие осуществляется путем направления информации о гражданах, нуждающихся в уходе:

в электронном виде по защищенным каналам связи;

на бумажном носителе;

посредством информационной системы (при наличии).

8. Межведомственное взаимодействие осуществляется в соответствии с требованиями Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», статьи 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», статьи 6 Федерального закона от 28 декабря 2013 года № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации».

### **IV. Порядок и формы межведомственного взаимодействия при выявлении потенциальных получателей социальных услуг**

9. В случае выявления медицинской организацией потенциального получателя социальных услуг, она в течение трех рабочих дней со дня выявления передает в региональный координационный центр сведения о потенциальном получателе социальных услуг, по форме согласно

Приложению № 1 к настоящему Регламенту при наличии информированного добровольного согласия (далее - согласие) по форме согласно Приложению № 2 к настоящему Регламенту.

10. Региональный координационный центр в течение одного рабочего дня со дня получения информации о выявленных потенциальных получателях социальных услуг передает ее:

в территориальный координационный центр для определения индивидуальной потребности гражданина в социальном обслуживании;

11. В случае, если информация о потенциальном получателе социальных услуг поступила из регионального координационного центра без Приложения № 1, территориальный координационный центр в течение одного рабочего дня со дня поступления информации из регионального координационного центра о выявленном потенциальном получателе социальных услуг передает информацию о нем в медицинскую организацию для проведения комплексной оценки его физического состояния, функционального статуса, психического здоровья.

12. Медицинская организация в течение трех рабочих дней со дня получения информации, указанной в пункте 11, направляет в территориальный координационный центр сведения о гражданах, нуждающихся в уходе, по форме согласно приложению № 1 к настоящему Регламенту при наличии информационного добровольного согласия (далее - согласие) по форме согласно Приложению № 2 к настоящему Регламенту.

13. В случае поступления информации о потенциальном получателе социальных услуг из иных источников, работа осуществляется аналогично пунктам 10-12 данного Раздела.

14. Минтруд и соцзащиты Республики Крым, Минздрав Республики Крым при выявлении потенциального получателя социальных услуг в течение одного рабочего дня со дня выявления потенциального получателя социальных услуг передают информацию о нем в региональный координационный центр для первичной обработки информации о потенциальном получателе социальной услуги.

#### **V. Порядок и формы взаимодействия при предоставлении гражданам, нуждающимся в уходе, социального обслуживания, в том числе социальных услуг по уходу**

15. Поставщик социальных услуг при оказании социальных услуг по уходу на дому в случае возникновения необходимости передает участковому врачу (фельдшеру) медицинской организации по месту жительства получателя социальных услуг или участковой медицинской сестре в течение дня информацию об ухудшении состояния здоровья получателя социальных услуг, а в случае резкого ухудшения состояния

здоровья - незамедлительно вызывает скорую медицинскую помощь.

16. Медицинская организация обеспечивает качественное и своевременное оказание необходимой медицинской помощи гражданам, нуждающимся в уходе и медико-социальном сопровождении, в том числе проведение (оказание) гражданину, нуждающемуся в уходе (в том числе на дому):

диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, проводимые в целях оценки состояния здоровья, включая определение группы здоровья и группы диспансерного наблюдения;

диспансерного наблюдения;

медицинской реабилитации;

palliatивной медицинской помощи (при наличии медицинских показаний).

17. Мероприятия, предусмотренные в пункте 16 настоящего Регламента, организуются медицинской организацией по месту жительства получателя социальных услуг, нуждающегося в уходе, и осуществляются в соответствии с требованиями действующих нормативных правовых актов с учетом стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций.

18. Медицинская организация:

при поступлении от поставщика социальных услуг информации об ухудшении состояния здоровья получателя социальных услуг организует оказание необходимой медицинской помощи;

при изменении состояния здоровья получателя социальных услуг направляет поставщику социальных услуг рекомендации по уходу за гражданином, нуждающимся в уходе;

19. Территориальный координационный центр ежегодно оценивает эффективность ухода за получателями социальных услуг в рамках системы долговременного ухода в соответствии с критериями по форме согласно Приложению № 3 к настоящему Регламенту, в целях проверки результативности исполнения договора, заключенного между поставщиком социальных услуг и получателем социальных услуг, и дополнения к индивидуальной программе предоставления социальных услуг.

## **VI. Порядок и формы взаимодействия при госпитализации граждан, нуждающихся в уходе, в медицинскую организацию**

20. В день выписки гражданина, нуждающегося в уходе, из медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, поставщик социальных услуг передает информацию о возвращении гражданина, нуждающегося в уходе, в медицинскую организацию, выбранную гражданином, нуждающимся в уходе, для

получения первичной медико-санитарной помощи, посредством телефонной связи.

21. Медицинская организация, оказывающая первичную медико-санитарную помощь, при поступлении от поставщика социальных услуг информации о выписке гражданина, нуждающегося в уходе, из медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях:

в течение двух рабочих дней со дня поступления информации о выписке гражданина организует выход медицинских работников по месту проживания гражданина, нуждающегося в уходе, в целях проведения осмотра, оценки состояния его здоровья, назначения (коррекции) лечения после госпитализации в медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь в стационарных условиях, корректировки перечня медицинских рекомендаций;

осуществляет при необходимости обновление сведений о гражданине, нуждающемся в уходе, и вносит изменения в перечень медицинских рекомендаций;

направляет обновленные сведения в течение двух рабочих дней в территориальный координационный центр с момента выхода к гражданину, нуждающемуся в уходе, и обновления информации.

22. Территориальный координационный центр при необходимости в течение одного рабочего дня организует работу по корректировке индивидуальной программы предоставления социальных услуг и дополнения к индивидуальной программе предоставления социальных услуг гражданина, нуждающегося в уходе, вносит сведения в информационную систему.

23. Территориальный координационный центр после определения индивидуальной потребности гражданина в социальном обслуживании направляет информацию:

поставщику социальных услуг для предоставления гражданам, нуждающимся в уходе, социальных услуг по уходу, входящих в социальный пакет долговременного ухода;

в региональный координационный центр для внесения сведений в информационную систему.

Заместитель министра труда  
и социальной защиты Республики Крым

М. Теряев

Заместитель министра здравоохранения  
Республики Крым

А. Лясковский

Приложение 1  
к Регламенту  
межведомственного  
взаимодействия участников  
системы долговременного  
ухода за гражданами пожилого  
возраста и инвалидами,  
нуждающимися в уходе,  
в Республике Крым

**СВЕДЕНИЯ**  
**о гражданах, нуждающихся в уходе**

| 1. СВЕДЕНИЯ О ГРАЖДАНИНЕ  |          |   |          |
|---|----------|---|----------|
| 1.1. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ   |          |   |          |
| ФАМИЛИЯ   | ИМЯ      | ОТЧЕСТВО                                  |          |
|   |          |   |          |
| ДАТА РОЖДЕНИЯ   |          |   |          |
| АДРЕС МЕСТА ЖИТЕЛЬСТВА (ПРЕБЫВАНИЯ)   |          |   |          |
| СУБЪЕКТ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  |          | МУНИЦИПАЛЬНЫЙ РАЙОН                       |          |
|   |          |   |          |
| НАСЕЛЕННЫЙ ПУНКТ  |          | УЛИЦА (КВАРТАЛ)                           |          |
|   |          |   |          |
| ДОМ   | СТРОЕНИЕ | КОРПУС                                    | КВАРТИРА |
|   |          |   |          |
| СОЦИАЛЬНЫЙ СТАТУС (ПРИ НАЛИЧИИ СВЕДЕНИЙ)  |          |   |          |
| ИНВАЛИД I ГРУППЫ  |          | ИНВАЛИД II ГРУППЫ                         |          |
| <input type="checkbox"/> да   |          | <input type="checkbox"/> да               |          |
| <input type="checkbox"/> да   |          | <input type="checkbox"/> да               |          |
| ИНВАЛИД ВЕЛИКОЙ<br>ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ  |          | ИНВАЛИД БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ                   |          |
| <input type="checkbox"/> да   |          | <input type="checkbox"/> да               |          |
| ВЕТЕРАН БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ   |          | ВЕТЕРАН ВОЕННОЙ СЛУЖБЫ                    |          |
| <input type="checkbox"/> да   |          | <input type="checkbox"/> да               |          |
| ЛИЦО, ПОСТРАДАВШЕЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ<br>СИТУАЦИЙ, ВООРУЖЕННЫХ МЕЖНАЦИОНАЛЬНЫХ |          | ЛИЦО ИЗ ИХ ЧИСЛА ДЕТЕЙ-<br>СИРОТ И ДЕТЕЙ, |          |

|                             |  |                                    |
|-----------------------------|--|------------------------------------|
| (МЕЖЭТНИЧЕСКИХ) КОНФЛИКТОВ  |  | ОСТАВШИХСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ |
| <input type="checkbox"/> да |  | <input type="checkbox"/> да        |

ИНОЙ СОЦИАЛЬНЫЙ СТАТУС (УКАЗАТЬ)

**СПРАВКА ОБ ИНВАЛИДНОСТИ (ПРИ НАЛИЧИИ СВЕДЕНИЙ)**

| ДАТА ВЫДАЧИ | НОМЕР | СРОК ДЕЙСТВИЯ        | НЕ ВЫДАВАЛАСЬ               |
|-------------|-------|----------------------|-----------------------------|
|             |       | до _____._____._____ | <input type="checkbox"/> да |

**ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ (АБИЛИТАЦИИ) ИНВАЛИДА / ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДА**

| ДАТА ВЫДАЧИ | НОМЕР | СРОК ДЕЙСТВИЯ | НЕ ВЫДАВАЛАСЬ               |
|-------------|-------|---------------|-----------------------------|
|             |       | до _____      | <input type="checkbox"/> да |

**СТЕПЕНЬ ВЫРАЖЕННОСТИ ОГРАНИЧЕНИЙ ОСНОВНЫХ КАТЕГОРИЙ ЖИЗНДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА (ПРИ НАЛИЧИИ СВЕДЕНИЙ)**

| СПОСОБНОСТЬ                    | 1 СТЕПЕНЬ                   | 2 СТЕПЕНЬ                   | 3 СТЕПЕНЬ                   |
|--------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| К САМООБСЛУЖИВАНИЮ             | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> да |
| К ПЕРЕДВИЖЕНИЮ                 | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> да |
| К ОРИЕНТАЦИИ                   | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> да |
| К ОБЩЕНИЮ                      | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> да |
| К ОБУЧЕНИЮ                     | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> да |
| К ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ        | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> да |
| К КОНТРОЛЮ ЗА СВОИМ ПОВЕДЕНИЕМ | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> да |

**2. ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ**

**ДЫХАНИЕ**

| ДЫШИТ САМОСТОЯТЕЛЬНО        | НУЖДАЕТСЯ В ИНГАЛЯЦИЯХ      | ТРЕБУЕТСЯ КИСЛОРОД          | ТРАХЕОСТОМИЯ                |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> да |

**КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ**

| В НОРМЕ                     | СЫПЬ, ПОКРАСНЕНИЕ           | ГЕМАТОМЫ, РАНЫ              | ПРОЛЕЖНИ                    |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> да |

ВЛАДЕНИЕ НАВЫКАМИ АЛЬТЕРНАТИВНОЙ ИЛИ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ КОММУНИКАЦИИ  
(УКАЗАТЬ)

**НАЛИЧИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ**

| ЧАСТЫЕ                      | ПЕРИОДИЧЕСКИЕ               | РЕДКИЕ                      | ОТСУТСТВУЮТ                 |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> ДА | <input type="checkbox"/> ДА | <input type="checkbox"/> ДА | <input type="checkbox"/> ДА |
| ЧТО ВЫЗЫВАЕТ (УКАЗАТЬ)      |                             |                             |                             |

**НАЛИЧИЕ ПРОТЕЗОВ**

| ВЕРХНИХ<br>КОНЕЧНОСТЕЙ      | НИЖНИХ<br>КОНЕЧНОСТЕЙ       | ИНЫЕ (УКАЗАТЬ)              | ОТСУТСТВУЮТ                 |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> ДА | <input type="checkbox"/> ДА | <input type="checkbox"/> ДА | <input type="checkbox"/> ДА |

**НАЛИЧИЕ ЗОНДОВ (КАТЕТЕРОВ), СТОМ**

| В ЖЕЛУДКЕ                   | В КИШЕЧНИКЕ                 | В МОЧЕВОМ<br>ПУЗЫРЕ         | В ИНОМ МЕСТЕ<br>(УКАЗАТЬ)   | ОТСУТСТВУЮТ                 |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> ДА |

**3. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ**

**ИНФОРМАЦИЯ О МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРАХ**

| ВИД  | ДАТА ПРОВЕДЕНИЯ (УКАЗАТЬ) |
|--|---------------------------|
| ПОСЛЕДНЯЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ УЧАСТКОВОГО<br>ВРАЧА ИЛИ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ |                           |
| ПОСЛЕДНЯЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ ВРАЧА<br>СПЕЦИАЛИСТА (УКАЗАТЬ)                |                           |
| ПОСЛЕДНЯЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ  |                           |
| ПОСЛЕДНИЙ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ОСМОТР                                    |                           |
| ПОСЛЕДНЯЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ (УКАЗАТЬ<br>ПРИЧИНУ)                        |                           |
| ПОСЛЕДНИЙ ПРИЕЗД СКОРОЙ ПОМОЩИ<br>(УКАЗАТЬ ПРИЧИНУ)                  |                           |

МЕДИЦИНСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩАЯ ПЕРВИЧНУЮ МЕДИКО-САНИТАРНУЮ  
ПОМОЩЬ, В КОТОРОЙ ОБСЛУЖИВАЕТСЯ ГРАЖДАНИН (УКАЗАТЬ).

**4. ИНФОРМАЦИЯ О МЕДИЦИНСКИХ СТАТУСАХ**

| ВИД          | ПОДТВЕРЖДЕНИЕ               | С КАКОГО ВРЕМЕНИ<br>(УКАЗАТЬ) |
|--------------|-----------------------------|-------------------------------|
| НАХОДИТСЯ НА | <input type="checkbox"/> ДА |                               |

|                                     |                             |   |
|-------------------------------------|-----------------------------|---|
| ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ             |                             |   |
| ИМЕЕТ СТАТУС ПАЛЛИАТИВНОГО ПАЦИЕНТА | <input type="checkbox"/> ДА |   |
| ГРУППА ЗДОРОВЬЯ (УКАЗАТЬ)           |                             | ГРУППА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ (УКАЗАТЬ) |
|                                     |                             |   |

### 5. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ

| Рекомендации  | Рекомендации |
|---|--------------|
| Прием лекарственных препаратов                          |              |
| Соблюдение питьевого режима                             |              |
| Соблюдение диеты  |              |
| Соблюдение двигательного режима и физической активности |              |
| Профилактика пролежней и застойных явлений              |              |

Соблюдение иных медицинских рекомендаций, том числе:

|  |  |
|--|--|
| измерение температуры тела                       |  |
| измерение артериального давления                 |  |
| измерение частоты сердечных сокращений (пульс)   |  |
| измерение уровня глюкозы крови                   |  |
| измерение насыщения крови кислородом (сатурация) |  |
| осмотр кожных покровов                           |  |
| фиксация наличия болей                           |  |
| фиксация работы органов малого таза              |  |

|  |                             |
|--|-----------------------------|
| иное (указать)   |                             |
| <b>6. МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ</b>   |                             |
| РЕКОМЕНДОВАНО СОЦИАЛЬНОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ НА ДОМУ, ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ОТСУТСТВУЮТ | <input type="checkbox"/> да |
| ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ* (УКАЗАТЬ)  | <input type="checkbox"/> да |
| *в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.05.2023 № 202н          |                             |

Приложение 2  
к Регламенту  
межведомственного  
взаимодействия участников  
системы долговременного  
ухода за гражданами пожилого  
возраста и инвалидами,  
нуждающимися в уходе,  
в Республике Крым  
(наименование медицинской организации)

(адрес медицинской организации)

(Ф.И.О. гражданина, его законного представителя)

(адрес гражданина)

(телефон)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ  
ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**

Я,

(Ф.И.О. гражданина, (его законного представителя)  
« » года рождения, проживающий (ая) по адресу:

даю информированное добровольное согласие на передачу

(наименование медицинской организации)

в Центр социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов  
\_\_\_\_\_, поставщику социальных услуг сведений  
об имеющихся у меня/у лица, в отношении которого я исполняю функции опекуна  
(ненужное зачеркнуть)

(Ф.И.О., лица, находящегося под опекой)

(адрес фактического проживания) ограничениях  
жизнедеятельности и рекомендациях по организации ухода, необходимых для  
определения перечня социальных услуг, их объема и периодичности предоставления, а  
также формы социального обслуживания.

« »

г.

(подпись)

Приложение 3  
к Регламенту  
межведомственного  
взаимодействия участников  
системы долговременного  
ухода за гражданами пожилого  
возраста и инвалидами,  
нуждающимися в уходе,  
в Республике Крым

**КРИТЕРИИ**  
**эффективности ухода**  
**за гражданами пожилого возраста и инвалидами**  
**в рамках системы долговременного ухода**

| Наименование мероприятия  | Содержание   | Оценка (да/нет) | Показатель качества |
|---|--|-----------------|---------------------|
| <b>1. Выполнение гигиенических процедур</b>                                 | <i>1.1. Смена постельного белья</i>                                      |                 | Да                  |
|   | <i>1.2. Смена нательного белья</i>                                       |                 | Да                  |
|   | <i>1.3. Уход за кожей:</i>   |                 |                     |
|   | - мытье, душ, обтирание  |                 | Да                  |
|   | - наличие покраснений, мацерации, пролежней                              |                 | Нет                 |
|   | - гигиена полости рта (полоскание, чистка зубов при наличии)             |                 | Да                  |
|   | <i>1.4. Уход за:</i>   |                 |                     |
|   | - ногтями (подстрижены)  |                 | Да                  |
|   | - волосами (чистые, причесаны)   |                 | Да                  |
|   | - глазами  |                 | Да                  |
| - носом   |  | Да              |                     |
| - ушами   |  | Да              |                     |
| <i>1.5. Своевременная смена абсорбирующего белья (при их использовании)</i> |  | Да              |                     |
| <b>2. Контроль за регулярным приемом пищи</b>                               | <i>2.1. Соблюдение режима питания</i>                                    |                 | Да                  |
|   | <i>2.2. Исключение (ограничение) продуктов (при наличии заболеваний)</i> |                 | Да                  |
|   | <i>2.3. Оказание помощи при приеме пищи (при необходимости)</i>          |                 | Да                  |

|  |  |    |
|--|--|----|
| <b>3. Пребывание на свежем воздухе</b>                                       | <b>3.1. Регулярные прогулки (при возможности передвижения за пределы квартиры, дома и т.п.)</b>                          | Да |
| <b>4. Соблюдение рекомендаций врача (оценивается при наличии назначений)</b> | <b>4.1. Контроль за своевременным приемом лекарственных препаратов</b>   | Да |
|  | <b>4.2. Выполнение комплекса упражнений (ЛФК)</b>  | Да |
|  | <b>4.3. Выполнение дыхательной гимнастики</b>  | Да |
| <b>5. Наблюдение за состоянием здоровья (при наличии рекомендаций врача)</b> | <b>5.1. Ведение дневника:</b><br>- артериального давления<br>- частоты пульса<br>- частоты дыхательных движений (одышка) | Да |
|  | <b>5.2. Контроль сатурации</b>   | Да |
|  | <b>5.3. Контроль уровня глюкозы в крови (при сахарном диабете)</b>   | Да |
| <b>6. Оценка болевого синдрома (при наличии)</b>                             | <b>6.1. Ведение дневника боли (наличие оценок по шкале ВАШ)</b>  | Да |
|  | <b>6.2. Своевременное обращение в медицинскую организацию для коррекции обезболивающей терапии (при необходимости)</b>   | Да |
| <b>7. Своевременность вызова врача на дом</b>                                | <b>7.1. Вызов врача при появлении симптомов, свидетельствующих об ухудшении состояния</b>                                | Да |

**Оценка настроения и удовлетворенности гражданина, за которым осуществляется уход**

(проводится экспертом в случае отсутствия у гражданина органического поражения головного мозга, психических заболеваний, выраженных когнитивных расстройств и носит субъективный характер)

|   |   |
|---|---|
| <b>1. Настроение гражданина (эмоциональное состояние)</b> | - хорошее (эмоционально стабилен);<br>- подавленное                       |
| <b>2. Общая удовлетворенность уходом</b>                  | - удовлетворен полностью;<br>- удовлетворен частично;<br>- неудовлетворен |

Вывод эксперта (указать причины несовпадения оценки эксперта с показателем качества: по вине помощника по уходу, не зависящие от помощника по уходу и ДР):

**Итоговая оценка:**

| Результат оценки             | Выбрать (V) | Рекомендации   |
|------------------------------|-------------|--|
| Уход качественный            |             | Продолжить уход  |
| Качество ухода недостаточное |             | Улучшить качество ухода (с учетом выявленных недостатков) по пунктам |
| Уход некачественный          |             | Сменить помощника по уходу   |

**Заместитель министра труда  
и социальной защиты Республики Крым**

**Заместитель министра здравоохранения  
Республики Крым**



M. Теряев



А. Лясковский