ФОРМА № 3

к Порядку предоставления социальных услуг поставщиками социальных услуг в Сахалинской области, утвержденному приказом министерства социальной защиты

Сахалинской области

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| от | 09.09.2021 г. | № | 272 Н |

**МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

**о состоянии здоровья лица, оформляющегося на социальное обслуживание в форме социального обслуживания на дому и в полустационарной форме социального обслуживания**

Медицинское обследование проведено \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование медицинской организации)

Район \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Город \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место проживания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Основной диагноз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Постоянно принимаемые лекарственные препараты\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возможность к самостоятельному передвижению:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(передвигается самостоятельно, передвигается с посторонней помощью (трость, костыли, ходунки), передвигается на коляске, требуется поводырь, находится на постельном режиме)*

Степень утраты способности к самообслуживанию, в том числе нуждаемость в предоставлении гигиенических услуг:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(обслуживает себя самостоятельно, нуждается в периодической помощи в быту, нуждается в предоставлении гигиенических услуг 2-3 раза в неделю, нуждается в постоянной посторонней помощи)*

***Заключение по результатам обследования:***

противопоказания к социальному обслуживанию[[1]](#footnote-1).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(отсутствуют/установлены)

Главный врач медицинской организации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.П. «\_\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_\_\_ г.

1. При наличии заразных заболеваний (туберкулез в активной форме, заразные заболевания кожи и волос, инфекционные, респираторно-вирусные и другие заболевания, передающиеся воздушно-капельным и контактно-бытовым путем; хронических и онкологических заболеваний в стадии прогрессирования или рецидива, подлежащих специализированному лечению либо направлению в специализированные центры паллиативной помощи или хосписы (за исключением больных, нуждающихся только в динамическом наблюдении);- тяжелых психических расстройств, при которых человек не осознает значения своих действий и представляет опасность для себя и (или) окружающих). [↑](#footnote-ref-1)