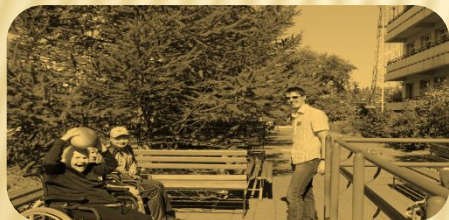


«Оценка индивидуальных потребностей получателей социальных услуг в КГБУ СО «Пансионат «Солнечный»»





КГБУ СО

«ПАНСИОНАТ «СОЛНЕЧНЫЙ»

Индивидуальный план ухода (ИПУ) - это письменное руководство по уходу за получателем социальных услуг, представляющее собой подробный перечень специальных действий, где отражены проблемы, предусмотрены цели и намечены пути по их реализации, что в целом уменьшает риск некомпетентного, неверного или неаккуратного ухода.



КГБУ СО

«ПАНСИОНАТ «СОЛНЕЧНЫЙ»

Рекомендации по составлению ИПУ

- 1. Сбор информации**
- 2. Анализ полученных данных**
- 3. Планирование**
- 4. Оценка эффективности**



ИСТОРИЯ УХОДА:

- Занятость, досуг
- Социализация
- Индивидуальный подход к каждому из жителей
- Сохранение и развитие его индивидуальных ресурсов
- Минимизация рисков осложнений, связанных с некачественным уходом
- Выявление проблем самообслуживания
- Компенсация дефицитов
- Работа с биографией
- Проведение профилактик
- Динамика состояния психического и физического здоровья
- ИПУ – это пошаговое письменное руководство выполнения процессов ухода в широком смысле: общение, оказание социально-бытовых услуг, социализация, активация, постановка целей ухода и т.д.
- Дневник наблюдений



КГБУ СО

«ПАНСИОНАТ «СОЛНЕЧНЫЙ»

Формирование «ИСТОРИИ УХОДА»

- 1. Назначение ответственного за СДУ**
- 2. Выбор проживающих**
- 3. Формирование команды**



ИСТОРИЯ УХОДА

- 1. Информационно-титульный лист
- 2. Биография
- 3. Оценка рисков
- 4. ИПУ
- 5. Дневник наблюдений
- 6. Социально-медицинская карта
- 7. Контроль водного баланса
- 8. Контроль дефекации
- 9. Контроль за изменением положения тела
- 10. Лист назначения лекарственных препаратов
- 11. Жизненные показатели
- 12. Лист текущих врачебных назначений и прочее



КГБУ СО

«ПАНСИОНАТ «СОЛНЕЧНЫЙ»



пролежень	падение	активность	ког. нарушения	деменция	делирий	депрессия
-----------	---------	------------	----------------	----------	---------	-----------

КАРТА КОМПЛЕКСНОГО ГЕРИАТРИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПОЛУЧАТЕЛЕЙ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ

Фамилия	Давриченко		
Имя	Мелиор	Отчество	Лактеисовна
Дата рождения	20.08.1945г		
Дата поступления	12.11.2018	откуда поступил	Краснодарский край
Последнее место жительства	г. Краснодар ул. Мухоморова д 64 кв 139		г. Краснодар, Бок Соболева, р. 2 кв.
Образование	среднее	специальность	
Семейное положение	вдовец.		
Члены семьи, друзья	Ф.И.О.		телефон
	Юль - Татьяна		89032894900
	Юль - Елена		
	Аня - Алена		
Группа инвалидности	II гр. инв.	срок	бессрочно
Технические средства передвижения	ходунки, трость, костыли, кресло-коляска, прочее <i>использует</i> <i>пеленки, противопролежневый матрас</i> <i>Лезвие</i>		
Зубные протезы	верх	низ	
Слуховой аппарат	правый	левый	
Медицинский диагноз	<i>ИБС, атеросклеротический коронарный МКБ, легочная гипертензия. Хронический мидриоз. ЖТН. Прогрессирующая</i>		
Рост		Вес	
Дата освидетельствования	08.02.19		

МОБИЛЬНОСТЬ	Не может	При помощи	Под наблюдением	Самостоятельно
Вставать/ложиться	✓	✓	✓	
В постели	✓	✓		
Ходить	✓	✓		
Стоять	✓	✓		
По лестнице	✓	✓		
Прогулки	✓	✓		
ГИГИЕНА	Самостоятельно	Под наблюдением	При помощи	Не может
Ванна/душ			✓	✓
Гигиена тела			✓	✓
Переодеваться			✓	✓
Гигиена рта			✓	✓
ПИТАНИЕ				
Диета: <i>10 дней</i>				
Присм пищи: самостоятельно, при помощи, <u>кормление персоналом</u>				
Питьевой режим: самостоятельно, при помощи, нарушение глотания				
КОММУНИКАЦИЯ				
Речевые нарушения: <u>нет</u> не значительные значительные				
отсутствует речь				
Слуховые нарушения: <u>нет</u> не значительные значительные				
глухота				
Письмо: сохранено не сохранено Чтение: сохранено не сохранено Счет: сохранено не сохранено				
ОПРОЖНЕНИЕ				
самостоятельно при помощи недержание размер подгузника <i>4</i> катетер, вид:				
ОРГАНИЗАЦИЯ ДОСУГА				
Любимые игры			Любимые фильмы <i>Сов. фильм</i>	
Любимая музыка <i>Современная</i>			Другое <i>TV</i>	



Ф.И.О. _____

БИОГРАФИЯ

ДЕТСТВО И ЮНОСТЬ:

Родители: _____

Где проживают/Когда умерли: _____

Сестры/братья: _____

К кому из членов семьи имеет особенную привязанность: _____

Место рождения, переезды: _____

ПРОФЕССИЯ И СЕМЬЯ:

Профессиональная деятельность (образование, место работы): _____

Семейное положение (женитьба, разводы, потери): _____

Дети (имена, даты рождения, где живут, живы/умерли): _____

Внуки (имена, даты рождения, где живут) _____

Близкие люди (соседи, друзья) _____

ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ:

Важные жизненные переживания (пережил войну, потеря близких, достижение успеха, жизненные удачи) _____

Контактность (раньше и сегодня) _____

Какие критерии особенно важны (аккуратность, точность, вежливость) _____

Принадлежность к религии (что важно соблюдать) _____

ВОСПРИЯТИЕ ОКРУЖЕНИЯ:

Ограничения зрения _____

Ограничения слуха _____

Любимая музыка _____

Любимые фильмы _____

Любимые запахи _____

Правша/левша _____

Активен/пассивен (движение, участие в мероприятиях) _____

Отношение к близости (прикосновения желательны/не желательны) _____

ЗАНЯТОСТЬ:

Чем жилец занимался с удовольствием раньше (хобби, спорт, путешествия, работа и т.д.) _____

Какие темы интересны жителю (политика, кулинария, и т.д.) _____

Какие средства массовой информации предпочитает:

радио телевидение кино книги

Коллекционирование(марки, монеты и т.д.) _____

Любимые игры _____

ПРИВЫЧКИ В ОБЛАСТИ ГИГИЕНЫ:

Проведение утреннего/дневного туалета (время, последовательность: лицо, руки, зубы и т.д., частота, ванна, душ) _____

существует предпочтения (какие) _____

холодная вода теплая вода

моющие средства _____

Крема, лосьоны да (какие) _____ нет

Как часто и чем чистил(а) зубы (протезы) _____

Как часто брился _____

Как ухаживал(а) за волосами _____

ОДЕЖДА: любимый вид одежды, цвет, карманы (есть/нет), украшения, часы и т.д. _____

ПИТАНИЕ, ПИТЬЕВОЙ РЕЖИМ:

Любимая еда _____

Любимые напитки _____

Культура за столом (использование столовых приборов, салфетки) _____

Телосложение раньше:

худой плотный полный толстый

Падает ли вес в последнее время:

да нет

Если да, то почему _____

ОТДЫХ И СОН:

В какое время жилец ложился спать _____

В какой позе пациент привык засыпать _____

Существуют ли ритуалы (музыка, второе одеяло для ног, ночник и т.д.) _____

Не выключать свет, засыпать под телевизор _____

Во сколько жилец встает утром _____

Засыпает ли днем, если да, во сколько _____

От чего расслабляется: (тишина, музыка, природа) _____

ЗАБОЛЕВАНИЯ:

Были ли тяжелые заболевания в детстве, юности, старости (какие?) _____

Как переживал(а) свои заболевания и болезни близких _____



КГБУ СО

«ПАНСИОНАТ «СОЛНЕЧНЫЙ»

№ п/п	Вопрос	Ответ
1	Похудели ли Вы на 5 кг и более за последние 6 мес? (Вес)	да/нет
2	Испытываете ли Вы какие-либо ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения или слуха?	да/нет
3	Были ли у Вас в течение последнего года травмы, связанные с падением?	да/нет
4	Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным на протяжении последних недель? (Настроение)	да/нет
5	Есть ли у Вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать?	да/нет
6	Страдаете ли Вы недержанием мочи?	да/нет
7	Испытываете ли Вы трудности в перемещении по дому или на улице? (Ходьба до 100 метров или подъем на 1 лестничный пролет)	да/нет

Ответ «Да» – 1 балл.

«Хрупким» считается пациент, набравший 3 и более баллов

Рис. 1. Опросник «Возраст не помеха»



КГБУ СО

«ПАНСИОНАТ «СОЛНЕЧНЫЙ»



КГБУ СО
«ПАНСИОНАТ «СОЛНЕЧНЫЙ»

ФИО _____

Оценка рисков

Дата проведения оценки	Количество баллов/врачебное заключение			Развитие контрактур
	по шкале Морсе (оценки риска падений)	по шкале Нортона (оценка риска развития пролежней)	по шкале Бартел (базовая активность)	



«ПАНСИОНАТ «СОЛНЕЧНЫЙ»



Дата опроса: _____

Ф.И.О. жителя _____

Шкала Бартел (базовая активность)

№	Вопросы	Пояснение	Баллы
1	Прием пищи	10 - не нуждаюсь в помощи, способен самостоятельно пользоваться всеми необходимыми столовыми приборами	
		5 - частично нуждаюсь в помощи, например, при разрезании пищи	
		0 - полностью зависим от окружающих (необходимо кормление с посторонней помощью)	
2	Персональный туалет (умывание лица, причесывание, чистка зубов, бритье)	5 - не нуждаюсь в помощи	
		0 - нуждаюсь в помощи	
3	Одевание	10 - не нуждаюсь в посторонней помощи	
		5 - частично нуждаюсь в помощи, например, при одевании обуви, застегивании пуговиц и т.д.	
		0 - полностью нуждаюсь в посторонней помощи	
4	Прием ванны	5 - принимаю ванну без посторонней помощи	
		0 - нуждаюсь в посторонней помощи	
		20 - не нуждаюсь в помощи	
5	Контроль тазовых функций (мочеиспускания, дефекации)	10 - частично нуждаюсь в помощи (при использовании клизмы, свечей, катетера)	
		0 - постоянно нуждаюсь в помощи в связи с грубым нарушением тазовых функций	
		10 - не нуждаюсь в помощи	
6	Посещение туалета	5 - частично нуждаюсь в помощи (удержание равновесия, использование туалетной бумаги, снятие и одевание брюк и т.д.)	
		0 - нуждаюсь в использовании судна, утки	
		0 - не нуждаюсь в помощи	
7	Вставание с постели	0 - нуждаюсь в наблюдении или минимальной поддержке	
		5 - могу сесть в постели, но для того, чтобы встать, нужна существенная поддержка	
		0 - не способен встать с постели даже с посторонней помощью	
		15 - могу без посторонней помощи передвигаться на расстоянии до 500 м	
8	Передвижение	10 - могу передвигаться с посторонней помощью в пределах 500 м	
		5 - могу передвигаться с помощью инвалидной коляски	
		0 - не способен к передвижению	
		10 - не нуждаюсь в помощи	
9	Подъем по лестнице	5 - нуждаюсь в наблюдении или поддержке	
		0 - не способен подниматься по лестнице даже с поддержкой	
		10 - не нуждаюсь в помощи	

Общий балл: _____ /100 (интерпретация результатов:

100 баллов - нет зависимости,
90-95баллов - легкая зависимость,
от 60 до 90 баллов - умеренная зависимость,
от 20 до 60 баллов - выраженная зависимость,
20 и менее баллов - полная зависимость.

При результате менее 60 баллов - => **СИНЯЯ МАРКИРОВКА**

Подпись исполнителя: _____ Расшифровка: _____



Дата опроса: _____

Ф.И.О. жителя _____

Шкала Нортона (оценки риска развития пролежней)

Показатель	Оценка
Физическое состояние	4-хорошее; 3-удовлетворительное; 2-плохое; 1-очень плохое;
Когнитивное состояние	4-бдительный; 3-апатичный; 2-спутанное сознание; 1- ступор;
Активность	4 - передвигается без посторонней помощи; 3 - передвигается с помощью; 2 - прикован к инвалидному креслу; 1 - лежачий;
Мобильность	4 - полная; 3 - немного ограниченная; 2-значительно ограниченная; 1 - не передвигается;
Недержание	4-нет; 3- редкие эпизоды; 2 - недержание мочи; 1- недержание мочи и кала.

Общий балл: _____ /20

>18 баллов - низкий риск развития пролежней;
14-18 баллов - умеренный риск;
10-13 баллов - высокий риск,
< 10 баллов - очень высокий риск.

Ф.И.О. исполнителя: _____

Расшифровка: _____



**КГБУ СО
«ПАНСИОНАТ «СОЛНЕЧНЫЙ»**



Контроль протекания лечения пролежней

ФИО _____

Терапевт, назначения врачом _____

Мероприятия при уходе _____

Примечания _____

Подпись

Место для фото	Дата возникновения		Место возникновения
	Описание:		Локализация:
	Размер:		Окружение раны:
	Цвет:		Состояние кожных покровов:
	Запах:		
	Секрет:		
	Наличие болей:		

Контроль лечения пролежней			
Дата/время	Выполнение назначения врача	Наблюдение	Подпись



КГБУ СО

«ПАНСИОНАТ «СОЛНЕЧНЫЙ»



Дата опроса: _____

Ф.И.О. жителя _____

ЛИСТ ОЦЕНКИ РИСКА ПАДЕНИЯ

Показатель	Баллы
Падение в анамнезе:	
• Нет	0
• Да	25
Сопутствующие заболевания (больше одного диагноза):	
• Нет	0
• Да	25
Имеет ли пациент вспомогательное средство для перемещения:	
• Постельный режим / помощь санитарки	0
• Костыли / ходунки / трость	15
• Придерживается при перемещении за мебель	30
Проведение внутривенной терапии (наличие в/в катетера):	
• Нет	0
• Да	25
Оценка пациентов собственных возможностей и ограничений (ментальный/психический статус):	
• Адекватная оценка своих возможностей	0
• Переоценивает свои возможности или забывает о своих ограничениях	15
Функция ходьбы:	
• Норма / постельный режим / бездвиген	0
• Знает и понимает свои ограничения	0
• Слабая	10
• Нарушена	20

Интерпретация:

0-4 балла – нет риска, рекомендуется тщательный основной уход
 5-20 баллов – низкий уровень, рекомендуется тщательный основной уход
 21-45 баллов – средний уровень, рекомендуется внедрение стандартизированных мер для профилактики падений
 Более 45 баллов – высокий уровень, рекомендуется внедрение специфических мер, направленных на профилактику падений – РОЗОВАЯ МАРКИРОВКА

Ф.И.О. исполнителя: _____

Расшифровка: _____



Протокол падения

ФИО _____

№ комнаты _____

Дата падения _____ Время падения _____ Место падения _____

Кто обнаружил _____

Где обнаружили _____

В каком состоянии житель (в сознании, без сознания) _____

Версия персонала о падении _____

Версия жителя о падении _____

Визуальный осмотр (наличие видимых повреждений) _____

Жалобы жителя на болевые ощущения: да нет

Если «да»: локализация боли _____

Характер боли (при движении, в покое, при прикосновении) _____

Принятые меры (вызвали скорую помощь, госпитализация, сообщили лечащему врачу, передали по смене о дальнейшем наблюдении, сообщили руководству и пр.) _____

Подпись _____ / _____ / _____



Дата опроса: _____

Ф.И.О. жителя _____

Оценка боли

- 1) Цифровая рейтинговая шкала оценки боли
Есть ли хроническая боль, которая беспокоит на протяжении не менее 3-х месяцев? Нет, Да

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Специалист, оценивающий боль, должен объяснить пациенту что:
0 - боли совсем нет,
от 1 до 3 баллов - боль незначительная,
от 4 до 6 баллов - боль умеренная,
от 7 до 9 баллов - боль выраженная,
10 баллов - боль невыносимая.

- 2) Оценка боли по шкале гримас Вонг-Бейкера



Подпись исполнителя: _____

Расшифровка: _____



КГБУ СО
«ПАНСИОНАТ «СОЛНЕЧНЫЙ»



Контроль наличия болей

ФИО

Дата / время	Состояние боли по оценочной шкале	Субъективная оценка состояния (общее состояние)	Возникновение боли (в покое, при движении, прикосновения)	Что предпринято	Результат	Примечание



ЛИСТ НАЗНАЧЕНИЙ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ - ДОКТОРОМ

ФИО _____

Дата приема	Кто назначил	Название лекарственного препарата	Лекарственная форма (таблетки, растворы и т.д.)	Примечание	Утро	Обед	Вечер	Ночь	Дата отмены



ЖИЗНЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ

Ф.И.О. _____

Дата рождения _____

Дата	Время	АД	Ps	t °	Сахар	Вес	Подпись	Дата	Время	АД	Ps	t °	Сахар	Вес	Подпись



Дата опроса: _____

Ф.И.О. жителя _____

Гериатрическая шкала депрессии

№	Вопрос	Ответ
1	Удовлетворены ли Вы своей жизнью в целом ?	
2	Забросили ли Вы большую часть своих занятий и интересов?	
3	Вы чувствуете, что Ваша жизнь пуста?	
4	Вам часто становится скучно?	
5	У вас хорошее настроение большую часть времени?	
6	Вы опасаетесь, что с Вами случится что-то плохое?	
7	Вы чувствуете себя счастливым большую часть времени?	
8	Вы чувствуете себя беспомощным?	
9	Вы предпочитаете остаться дома, нежели выйти на улицу и заняться чем-нибудь новым?	
10	Считаете ли Вы, что Ваша память хуже, чем у других?	
11	Считаете ли Вы, что жить – это прекрасно?	
12	Чувствуете ли Вы себя сейчас бесполезным?	
13	Чувствуете ли Вы себя полным энергией и жизненной силой?	
14	Ощущаете ли вы безнадежность той ситуации, в которой находитесь в настоящее время?	
15	Считаете ли Вы, что окружающие Вас люди живут более полноценной жизнью в сравнении с Вами?	

Общий балл _____ /8

1 балл зачисляется за ответ «нет» на вопросы 1,5,7,11,13 и за ответ «да» на вопросы 2,3,4,6,8,9,10,12,14,15

0-4 б. нет депрессии

≥ 5 б. вероятная депрессия

Действия: сообщить врачу о возможной депрессии

Подпись исполнителя: _____

Расшифровка: _____



Дата опроса: _____

Ф.И.О. жителя _____

Тест «Мини-Ког»

Назвать 3 слова: лимон, ключ, шар, (яблоко, стол, монета)

Нарисовать часы и указать время 8:20.

Результат: повторил после первого раза / 3 слов (не считаются в общем результате)

вспомнил _____ / 3 слов (1 слово= 1 балл)

тест рисования часов _____ / 2 баллов

Общий результат: _____ / 5 баллов

Интерпретация:

4-5 баллов - низкий риск тяжелых когнитивных нарушений;

0-3 балла - высокий риск тяжелых когнитивных нарушений => **ЖЕЛТАЯ МАРКИРОВКА**

Подпись исполнителя: _____

Расшифровка: _____



«ПАНСИОНАТ «СОЛНЕЧНЫЙ»»



Дата опроса: _____

Ф.И.О. жителя _____

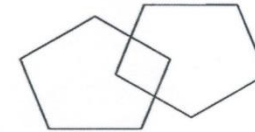
Краткая шкала оценки психического статуса (mmse)

№	Вопрос	Баллы	Примечания
1	Ориентировка во времени. Попросите жителя указать: год, время года, месяц, день недели, число.	0-5 (каждый верный ответ равен 1 баллу)	
2	Ориентировка в месте. Попросите жителя сообщить, где он находится: страна, край, город, название пансионата, этаж.	0-5 (каждый верный ответ равен 1 баллу)	
3	Немедленное воспроизведение. Попросите жителя повторить: карандаш, дом, копейка.	0-3 (каждый верный ответ равен 1 баллу)	
4	Концентрация внимания и счет.попросите жителя 5 раз последовательно вычитать 7 из 100. (100-7=93; 93-7=86; 86-7=79; 79-7=72; 72-7=65).	0-5 (каждый верный ответ равен 1 баллу)	
5	Отсроченное воспроизведение. Попросите жителя вспомнить 3 предмета, названные при проверке немедленного воспроизведения. (карандаш, дом, копейка.)	0-3 (каждый верный ответ равен 1 баллу)	
6	Речь и выполнение действий. Показываем ручку и часы, спрашиваем: «Как это называется?»Просим повторить предложение: «Никаких еси, и или но»	0-3 (за каждое слово по 1 баллу, за повторенное предложение 1 балл)	
7	Попросите жителя выполнить последовательность из 3-х действий: «1. Возьмите правой рукой лист бумаги. 2.Сложите его вдвое. 3.Положите на стол».	0-3 (каждое верно выполненное действие равно 1 баллу)	
8	Напишите на листе бумаги 3 задания: 1.Закройте глаза. 2.Напишите предложение. 3.Скопируйте рисунок покажите жителю и попросите его выполнить эти задания. (В предложении должно быть подлежащее и сказуемое, оно должно иметь смысл, рисунок должен быть похож на оригинал, линии должны быть соединены.)	0-3 (каждое верно выполненное действие равно 1 баллу)	
Общий балл			

1. ЗАКРОЙТЕ ГЛАЗА

2. НАПИШИТЕ ПРЕДЛОЖЕНИЕ

3. СКОПИРУЙТЕ РИСУНОК



28-30 баллов – норма
 24-27 баллов – преддеменция
 20-23 баллов – легкая деменция
 11-19 баллов – умеренная деменция
 0-10 баллов – тяжелая деменция

Подпись исполнителя: _____

Расшифровка: _____



КГБУ СО

«ПАНСИОНАТ «СОЛНЕЧНЫЙ»

Дата опроса: _____

Ф.И.О. _____

Диагностика оценки самоконтроля в общении

№	Вопрос	Ответ
1	Вам трудно подражать привычкам других людей?	
2	Вы бы могли «свалить дурака», чтобы привлечь внимание?	
3	Из вас мог бы выйти актер?	
4	Другие люди могут подумать, что вы переживаете что-то сильнее, чем это есть на самом деле?	
5	В компании вы редко оказываетесь в центре внимания?	
6	С разными людьми вы ведете себя одинаково?	
7	Вы отстаиваете только то, в чем искренне убеждены?	
8	Чтобы преуспеть в отношениях с людьми, вы стараетесь быть таким, каким вас хотят видеть?	
9	Вы можете быть дружелюбным с людьми, которых не выносите?	
10	Вы всегда такой, каким кажетесь?	
Общий балл:		

0-3 балла – низкий коммуникативный контроль.

4-6 баллов – средний коммуникативный контроль.

7-10 баллов – высокий коммуникативный контроль.

Подпись: _____

Расшифровка: _____



КГБУ СО
«ПАНСИОНАТ «СОЛНЕЧНЫЙ»

Дата опроса: _____

Ф.И.О. жителя _____

Диагностика делирия

1 этап	Острота и волюнтарность изменений психического статуса : Имеются ли изменения психического статуса относительно исходного ИЛИ Отмечались ли волюнтарные изменения психического статуса в течение последних 24 часов?	Если на оба вопроса ответ «нет»- ДЕЛИРИЯ НЕТ. Если на один из вопросов ответ «да», переход на этап 2 этап
2 этап	Нарушение внимания: “Сжимайте мою руку каждый раз, когда я скажу букву А” Прочитайте следующую последовательность букв « Л А М П А А Л А Д Д И Н А » ОШИБКИ: Не сжимает на букву А и сжимает на другие буквы	Если 0-2 ошибки —* ДЕЛИРИЯ НЕТ Если >2 ошибки переход на этап 3 этап
3 этап	Изменения уровня сознания Уровень сознания на текущий момент +4 ВОИНСТВЕННЫЙ: воинственен, агрессивен, опасен для окружающих (срочно сообщить врачу об этих явлениях) +3 ОЧЕНЬ ВОЗБУЖДЕН: агрессивен, пытается вырвать трубки, капельницу или катетер (сообщить врачу) +2 ВОЗБУЖДЕН: частые бесцельные движения, сопротивление процедурам +1 НЕСПОКОЕН: тревожен, неагрессивные движения О СПОКОЕН И ВНИМАТЕЛЕН -1 СОНЛИВ: невнимателен, сонлив, но реагирует всегда на голос -2 ЛЕГКАЯ СЕДАЦИЯ: просыпается на короткое время на голос -3 СРЕДНЯЯ СЕДАЦИЯ: движение или открытие глаз на голос, но нет зрительного контакта	Если уровень сознания отличен от 0-> ДЕЛИРИЙ ЕСТЬ Если = 0 переход на этап 4 этап
4 этап	Дезорганизованное мышление: 1. Камень будет держаться на воде? 2. Рыба живет в море? 3. Один килограмм весит больше двух? 4. Молотком можно забить гвоздь? Команда: “Покажите столько же пальцев” (покажите 2 пальца) “Теперь сделайте тоже другой рукой” (не демонстрируйте) ИЛИ “Добавьте еще один палец” (если пациент не может двигать обеими руками)	Если > 2 ошибка —> ДЕЛИРИЙ ЕСТЬ Если 0-1 ошибка —> ДЕЛИРИЙ НЕТ

Заключение: **ДЕЛИРИЙ / делирия нет**

Ф.И.О. исполнителя: _____

Расшифровка: _____



КГБУ СО

«ПАНСИОНАТ «СОЛНЕЧНЫЙ»

Дата	СОБЫТИЯ

План мероприятий по долговременному уходу

№ п/п	Необходимое мероприятие	Периодичность	Противопоказания	Ответственный
1.	Проведение утренних процедур (умывание, обработка полости рта)	<i>ежедневно</i>		<i>мл. мед. пер.</i>
2.	Смена абсорбирующего белья, вынос судна Писсуара.	<i>вр. в дне</i>		<i>мл. мед. пер.</i>
3.	Контроль за дефикацией	<i>ежедневно</i>		<i>мл. мед. пер.</i>
4.	Профилактика пролежней (смена положения тела, использование противопролежневых средств)	<i>каждые 2 часа использованием подушек</i>		<i>мл. мед. пер.</i>
5.	Контроль внешнего вида, (причесывание, чистое нательное белье)	<i>ежедневно</i>		<i>мл. мед. пер.</i>
6.	Помощь в приеме пищи	<i>ежедневно</i>		<i>мл. мед. пер.</i>
7.	Контроль суточного потребления жидкости	<i>ежедневно</i>		<i>мл. мед. пер.</i>
8.	Контроль гигиены тела (купание)	<i>1 р. в 7 дней</i>		<i>мл. мед. пер.</i>
9.	Стрижка ногтей	<i>1 р. в 7 дней</i>		<i>мл. мед. пер.</i>
10.	Бритье	<i>1 р. в 7 дней</i>		<i>мл. мед. пер.</i>
11.	Смена постельного белья	<i>1 р. в 7 дней</i>		<i>мл. мед. пер.</i>
12.	Смена нательного белья	<i>1 р. в 7 дней</i>		<i>мл. мед. пер.</i>
13.	Обработка средств ТСП	<i>1 р. в 7 д.</i>		<i>мл. мед. пер.</i>
14.	Проведение прогулок	<i>1 р. в 7 д.</i>		<i>мл. мед. пер.</i>
15.	Консультации врачей	<i>ежедневно по назначению невролога кардиолога</i>		
16.				
17.	<i>Осужд</i>	<i>Мотивация</i>		



КГБУ СО

«ПАНСИОНАТ «СОЛНЕЧНЫЙ»

Социально-медицинская карта ухода за ПСУ

А хрупкие

Ф.И.О. Кочарова А

месяц март

№ комнаты 301

Виды услуг	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
Санитарно-гигиенические																																	
Проведение утренних процедур(умывание, обработка полости рта, пазух носа)	МСС	МСС	ЕАН	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС		
Смена абсорбирующего белья,вынос судна,писуара.	МСС	МСС	ЕАН	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС		
Контроль за дефикацией	МСС	МСС	ЕАН	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС		
Профилактика пролежней(смена положения тела,использование противопролежневых средств)	МСС	МСС	ЕАН	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС		
Контроль внешнего вида(причесывание,чистое нательное белье)	МСС	МСС	ЕАН	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС		
Помощь в приеме пищи.	МСС	МСС	ЕАН	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС		
Контроль суточного потреблении жидкости	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС	МСС		
Контроль за гигиеной тела(купание)			ЕАН							ТА								ТА					ТА										
Стрижка ногтей			ЕАН							ТА								ТА					ТА										
Бритье			ЕАН							ТА								ТА					ТА										
Смена постельного белья			ЕАН							ТА								ТА					ТА										
Смена нательного белья			ЕАН							ТА								ТА					ТА										
Стрижка волос(парикмахер)																																	
Обработка ТСР	МСС																																
Проведение прогулок																																	
Социально-медицинские																																	
Консультация врача																																	
Обработка пролежней(процедурная мед.сестра)																																	

При любых изменениях о состоянии ПСУ, сообщать зав.отделением, дежурной мед.сестре.

Зав.отделением

Смирнова Смирнова

Контроль за исполнением:

20.03.19 м/с Зайцева 16.03.19 м/с Зай
 03.03.19 м/с Зай
 7.03.19 м/с Зайцева
 19.03.19 м/с Зайцева
 21.03.19 м/с Зай
 27.03.19 м/с Зай

Зав. мед.отделением

20.03.19 м/с Зай



Контроль водного баланса

ФИО _____

Все отклонения от нормы регистрируются в бланке «история» и передаются по смене дежурной медсестре

Дата	Время	Вид напитка	кол-во (мл)	подпись	Дата время	Вид напитка	кол-во (мл)	подпись	Вид напитка	кол-во (мл)	подпись



КГБУ СО

«ПАНСИОНАТ «СОЛНЕЧНЫЙ»»



«ПАНСИОНАТ «СОЛНЕЧНЫЙ»»

Контроль за изменением положения тела пациента

ФИО

Дата	Время	Изменение положения тела	Подпись	Дата	Время	Изменение положения тела	Подпись	Дата	Время	Изменение положения тела	Подпись	Дата	Время	Изменение положения тела	Подпись
		правый бок, левый бок, спина, верхняя часть выше, сидя в постели, коляска, стул, сидя на краю кровати и т.д.				правый бок, левый бок, спина, верхняя часть выше, сидя в постели, коляска, стул, сидя на краю кровати и т.д.				правый бок, левый бок, спина, верхняя часть выше, сидя в постели, коляска, стул, сидя на краю кровати и т.д.				правый бок, левый бок, спина, верхняя часть выше, сидя в постели, коляска, стул, сидя на краю кровати и т.д.	
	8.00				8.00				8.00				8.00		
	10.00				10.00				10.00				10.00		
	12.00				12.00				12.00				12.00		
	14.00				14.00				14.00				14.00		
	16.00				16.00				16.00				16.00		
	18.00				18.00				18.00				18.00		
	20.00				20.00				20.00				20.00		
	22.00				22.00				22.00				22.00		
	00.00				00.00				00.00				00.00		
	2.00				2.00				2.00				2.00		
	4.00				4.00				4.00				4.00		
	6.00				6.00				6.00				6.00		
	8.00				8.00				8.00				8.00		
	10.00				10.00				10.00				10.00		
	12.00				12.00				12.00				12.00		
	14.00				14.00				14.00				14.00		
	16.00				16.00				16.00				16.00		
	18.00				18.00				18.00				18.00		
	20.00				20.00				20.00				20.00		
	22.00				22.00				22.00				22.00		
	00.00				00.00				00.00				00.00		
	2.00				2.00				2.00				2.00		
	4.00				4.00				4.00				4.00		
	6.00				6.00				6.00				6.00		



Контроль дефекации

ФИО _____ Дата рождения _____ № палаты _____

Документировать: вид стула (если нормальный, то ставится только дата),

Описываются только отклонения от нормы – вид стула (жидкий), протекание (боли, жалобы)

Все отклонения регистрируются также и в бланке «история болезни» и передаются по смене медсестре

дата	время	Примечание	подпись	дата	время	Примечание	подпись	дата	время	Примечание	подпись

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

