



УТВЕРЖДАЮ

Директор ГАУСО

«Проталинка»

Л.В. Паина

июль 2017 г.

## Положение об отделении медико-социальной реабилитации государственного автономного учреждения социального обслуживания Оренбургской области «Реабилитационный центр «Проталинка»

### I. Общие положения

1.1. Отделение медико-социальной реабилитации является структурным подразделением государственного автономного учреждения социального обслуживания Оренбургской области «Реабилитационный центр «Проталинка».

1.2. Свою деятельность отделение медико-социальной реабилитации осуществляет в соответствии с Конституцией РФ, законами РФ, нормативно – правовыми актами Правительства РФ и субъекта РФ, решениями органов местного самоуправления, научно – обоснованными закономерностями, Уставом реабилитационного центра «Проталинка», настоящим Положением.

1.3. В своей деятельности отделение медико-социальной реабилитации подчиняется директору «Реабилитационного центра «Проталинка».

1.4. Заведующий отделением врач-педиатр, коллектив отделения медико-социальной реабилитации во время пребывания детей в отделении центра несут ответственность за их жизнь, обеспечение и защиту их прав и интересов в установленном действующим законодательством РФ порядке.

1.5. Отделение развивает и поддерживает контакты с другими учреждениями системы социальной защиты населения, образования, здравоохранения и иными органами и учреждениями, осуществляющими работу с детьми; взаимодействует с общественными объединениями, организациями, благотворительными фондами и гражданами в интересах эффективной медико-социальной реабилитации и адаптации детей и подростков с ограниченными возможностями.

### II. Цель, задачи деятельности

2.1. Цель деятельности отделения:

оказание содействия детям и подросткам, имеющим проблемы развития, семьям, воспитывающим детей – инвалидов, в их максимально полной и

своевременной социальной адаптации к жизни в обществе и семье, обучению, труду, улучшению состояния здоровья.

Задачи:

▪ Создание условий максимально возможного улучшения физического состояния здоровья детей по следующим направлениям:

- общеукрепляющие
- профилактические
- коррекционные
- формирование начальных навыков самообслуживания

### **Ш. Организация деятельности и функции отделения**

3.1. Отделение осуществляет социальное обслуживание детей-инвалидов в соответствии с медико-социальными показаниями, по заявлению родителей (опекунов). Реабилитационный процесс осуществляется согласно заранее составленному плану заездов (потоков).

3.2. Обслуживание ребенка производится в следующих формах:

- стационарной (круглосуточного стационара в рабочие дни недели (30 детей);
- полустационарной (пребывание в течение 3 часов, в рабочие дни недели, в присутствии родителей -12 детей).

3.3. Показаниями для направления на реабилитацию в отделение являются все заболевания, приведшие ребенка к инвалидности и не требующие активного медицинского лечения на данный момент.

3.4. Условиями для направления ребенка - инвалида на реабилитацию являются наличие:

- регистрации по месту жительства (пребывания) на территории Оренбургской области;
- индивидуальной программы предоставления социальных услуг;
- справки об инвалидности;
- индивидуальной программы реабилитации ребенка-инвалида с мероприятиями по социальной реабилитации;
- выписки из амбулаторной карты ребенка (форма №027-у)
- заключения врачебной комиссии об отсутствии (наличии) медицинских противопоказаний для получения реабилитационных услуг;
- справки об эпидемиологическом окружении;
- сертификата о профилактических прививках;
- полис медицинского страхования.

3.5. Прием детей-инвалидов в учреждение осуществляется в порядке очередности. Проезд к месту реабилитации в отделение и обратно осуществляется за счет средств родителей или лиц их заменяющих.

3.6. Противопоказаниями для направления в отделение являются:

- все острые заболевания инфекционной и неинфекционной этиологии;
- хронические заболевания в стадии обострения или в фазе декомпенсации;
- злокачественные новообразования в активной фазе, кахексия любого происхождения;
- судорожные состояния без адекватной противосудорожной терапии, ремиссия более 6 месяцев.
- хронические и затяжные психические расстройства с тяжелыми стойкими или часто обостряющимся болезненными проявлениями, в том числе связанные с употреблением психоактивных веществ;
- полная обездвиженность ребенка (возможен вариант нахождения ребенка в группе полустационарной форме пребывания);
- невозможность контакта с ребенком;
- патологическое развитие личности с выраженными расстройствами поведения и социальной адаптации;
- и др. заболевания см. перечень медицинских противопоказаний, в связи, с наличием которых гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в стационарной форме (приказ МЗРФ от 29.04.2015 № 216н)

3.7. Родители ребенка или заменяющие их лица при первичном обращении в отделение должны предоставить документы: Паспорт представителя; ИППСУ; историю развития ребенка (Ф.№112у); выписку из амбулаторной карты (Ф.№ 027У); справку об отсутствии противопоказаний для реабилитации; справку об инвалидности; ИПРА; сертификат о профилактических прививках. После собеседования с заведующей пишется заявление.

3.8. Медицинскую комиссию ребенок проходит в поликлинике по месту жительства в установленном порядке, после чего он может быть зачислен в отделение.

3.9. Прием ребенка в Центр проводит врач-педиатр и дежурная медсестра отделения. Родители или заменяющие их лица заполняют заявление и расписываются в том, что согласны с режимом питания и со всеми медицинскими мероприятиями, назначенными ребенку:

- фитотерапия (чай на основе лекарственных трав- общеукрепляющие, витаминные);
- физиотерапия (электросон, ТКМП(транскраниальная микрополяризация, СМТ, электрофорез, Д'Арсонваль, лазеролечение, светолечение, магнитолечение, ингаляции, водолечение (общие ванны с морской солью с добавлением хвойных экстрактов), теплотечение (озокерит, парафин);
- аэроионизация воздуха;
- кислородный коктейль;
- медикаментозное профилактическое лечение с применением ноотропов и седативных средств;
- лечебный массаж;
- ЛФК;

- Врачом-педиатром, врачом неврологом, врачом ЛФК проводится осмотр ребенка, беседа с мамой, назначение комплекса реабилитационных мероприятий. Заполняется **индивидуальная карта реабилитации (Приложение №1 -5 листов)**, где делаются записи медицинского осмотра, назначенных мероприятий реабилитации ребенка, заполняется лист назначений врачом-педиатром. В день приема ребенка социальным педагогом заполняется социальный паспорт в индивидуальной карте реабилитации ребенка. Медицинской сестрой проводится осмотр детей на педикулез, чесотку, платяную вошь и делается запись в **«Журнале учета результатов осмотра на педикулез, чесотку и платяную вошь» (Приложение №2)**.

- После прохождения медицинского осмотра, дети стационарной формы пребывания поступают в группу. В двухдневный срок ребенок осматривается физиотерапевтом. Специалистами делается запись в «Индивидуальной карте реабилитации» ребенка. Комплекс реабилитационных мероприятий утверждается на психолого-медико-педагогическом консилиуме.

Специалистами отделения осуществляется:

- врачом-педиатром ежедневный осмотр детей с записью в индивидуальной карте реабилитации 1 раз в 7 дней;
- врачом-неврологом осмотр детей с записью в индивидуальной карте реабилитации 1 раз в 10 дней и по показаниям;
- врачом ЛФК осмотр детей с записью в индивидуальной карте реабилитации 1 раз в 10 дней и по показаниям;
- врачом физиотерапевтом осмотр детей с записью в индивидуальной карте реабилитации 1 раз в 10 дней и по показаниям;
- оздоровительные мероприятия для детей (массаж, ЛФК, фитотерапия, витаминотерапия, физиотерапия, водные процедуры).
- Учет процедур ведется в карточках учета занятий по ЛФК, карточках учета массажа, карточках лечебного физиотерапевтического кабинета в индивидуальной карте реабилитации и ведется **«Журнал социально-медицинских услуг»** (физиотерапевтических процедур, ЛФК, массаж) **(Приложение № 3,4,5)**;
- соблюдение норм санитарно-гигиенического и санитарно-эпидемиологического режимов, своевременного прохождения сотрудниками Центра медицинских осмотров;
- консультативная работа узких специалистов с родителями. Записи осуществляются в **«Журнал учета обращения»** (консультаций) **(Приложение № 6)**.

3.10. При завершении курса реабилитации на заседании медико-психолого-педагогического консилиума дается оценка эффективности проведенных мероприятий, разрабатываются рекомендации для дальнейшей работы на дому. При выписке на руки выдается **«Выписка из индивидуальной карты реабилитации» (Приложение № 7)**.

При завершении этапа реабилитации оформляется на ребенка выписной эпикриз в индивидуальной карте реабилитации с указанием проведенных реабилитационных мероприятий и рекомендаций. **(Приложение № 8)**

3.11. Решение о продлении курса реабилитации, принимается участниками ПМПК


3.12. Ежеквартально, до 5 числа следующего за отчетным месяцем, предоставляется **«Информация о предоставляемых социально-медицинских услугах» (приложение №9)**

3.14. Внутри отделения заведующий врач-педиатр ежеквартально до 5 числа, следующего за отчетным месяцем, представляет отчет о работе

- **физиотерапевтического кабинета (приложение №10);**
- **кабинета массажа и ЛФК (приложение №11);**
- **по пазологии (Приложение №12-2 листа).**

3.15. В конце каждого полугодия проводится анализ работы отделения медико-социальной реабилитации с указанием динамики реабилитационного процесса.

Заведующий отделением-врач-педиатр  
отделения медико-социальной реабилитации

 Татаринова Н.Г.



**СОЦИАЛЬНЫЙ ПАСПОРТ СЕМЬИ**  
(заполняется медицинской сестрой при первичном приеме)

Категория семьи \_\_\_\_\_

**МАТЬ:**

Ф.И.О. матери \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Место работы, должность \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Телефон рабочий \_\_\_\_\_

Телефон домашний \_\_\_\_\_

Телефон мобильный \_\_\_\_\_

**ОТЕЦ:**

Ф.И.О. отца \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Место работы, должность \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_

**Ознакомлены и согласны:**

1. С Положением о ГАУСО «РЦ «Проталинка» \_\_\_\_\_ (подпись)

2. С режимом дня \_\_\_\_\_ (подпись)

3. С правилами пребывания ребенка \_\_\_\_\_ (подпись)

4. С режимом питания (общий стол) \_\_\_\_\_ (подпись)

### Первичный осмотр врача

Дата поступления \_\_\_\_\_

Жалобы \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Т \_\_\_\_\_ Ч.Д.Д. \_\_\_\_\_ Ч.С.С. \_\_\_\_\_ А/Д \_\_\_\_\_ мм. рт. ст.

**Объективно:**

Общее состояние удовлетворительное \_\_\_\_\_

Кожные покровы чистые \_\_\_\_\_

Подкожно-жировой слой умеренный, истончен, избыточный (нужное подчеркнуть).

Периферические лимфоузлы болезненны, безболезненны (нужное подчеркнуть).

Увеличены, не увеличены \_\_\_\_\_

Зев спокойный, гиперемированный \_\_\_\_\_

В легких дыхание везикулярное, жесткое \_\_\_\_\_

Сердечные тоны ритмичные \_\_\_\_\_

Живот мягкий, болезненный, безболезненный (нужное подчеркнуть).

Печень и селезенка \_\_\_\_\_

Стул и мочеиспускание \_\_\_\_\_

**Перенесенные заболевания:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Дополнительные сведения о ребенке (при необходимости): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Основной диагноз: \_\_\_\_\_

Сопутствующий диагноз: \_\_\_\_\_



**Рекомендовано:**

	Дата назначения	Дата отмены
1. Режим		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

**Консультации:** - врача-невролога - логопеда - физиотерапевта - врача - педиатра - психолога - врача ЛФК

Приложение № 2  
к положению об отделении медико-  
социальной реабилитации

ЖУРНАЛ УЧЕТА РЕЗУЛЬТАТОВ ОСМОТРА НА ПЕДИКУЛЕЗ,  
ЧЕСОТКУ, ПЛАТЯНУЮ ВОШЬ

№ п/п	Фамилия, имя ребенка	Режим пребывания	Дата			Приме- чание
			Осмотр на чесотку	Осмотр на педику- лез	Осмотр на платя- ную вошь	
1	2	3	4	5	6	7

Приложение № 3  
к положению об отделении медико-  
социальной реабилитации

ЖУРНАЛ СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ  
(ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ПРОЦЕДУР)

№ п/п	Фамилия, имя ребенка	Дни месяца
1	2	3

Приложение № 4  
К положению об отделении медико-  
социальной реабилитации

ЖУРНАЛ СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ (ЛФК)

Дата	Ф.И.О. ребенка, группа	Упражнения
1	2	3

Приложение № 5  
К положению об отделении медико-  
социальной реабилитации

ЖУРНАЛ СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ (МАССАЖ)

№ п/п	Ф.И.О. ребенка	Единицы	Назначения	Дни месяца
1	2	3	4	5

Приложение № 6  
К положению об отделении медико-  
социальной реабилитации

ЖУРНАЛ УЧЕТА ОБРАЩЕНИЙ (КОНСУЛЬТАЦИЙ)

№ п/п	Дата	ФИО ребенка	Категория	Возраст ребенка	Причина обращения	Рекомендации
1	2	3	4	5	6	7

Государственное автономное учреждение социального обеспечения Оренбургской области

**«Реабилитационный центр «Проталинка»**

**Выписка**

из индивидуальной карты реабилитации

Ф.И.О. ребенка \_\_\_\_\_

Курс реабилитации с \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г. по \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

Диагноз \_\_\_\_\_

**Осмотрен специалистами:**

Педиатр, невролог, физиотерапевт, психолог, логопед, врач ЛФК

**Проведенные мероприятия:**

1. Режим дня и питание
2. Прогулки на свежем воздухе.
3. Лечебная физкультура.
4. Витаминизация
5. Медикаментозное лечение
6. Массаж
7. Фитотерапия.
8. Физиотерапия.
9. Занятия с психологом.
10. Занятия с логопедом.
11. Занятия в изо-студии, музыкальные занятия.
12. Занятия с социальным педагогом.

Дата: \_\_\_\_\_

Подпись врача: \_\_\_\_\_

**ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ**

Ф.И.О.ребенка \_\_\_\_\_

С \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. по \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Проходил (а) курс реабилитации, осмотрен (а) специалистами:

врач-педиатр, врач-невролог, врач ЛФК, врач-физиотерапевт, психолог, логопед *(нужное подчеркнуть)*

**Проведены мероприятия:**

1. Режим дня и питания.

2. Прогулки на свежем воздухе.

3. Лечебная физкультура \_\_\_\_\_

4. Витаминотерапия \_\_\_\_\_

5. Медикаментозное лечение \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. Массаж \_\_\_\_\_

7. Фитотерапия \_\_\_\_\_

8. Физиотерапия \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Динамика** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Рекомендации:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Врач-педиатр \_\_\_\_\_

Заведующий-врач педиатр ОМСР \_\_\_\_\_

Заведующий СОСР \_\_\_\_\_

Контроль качества предоставления социально-медицинских услуг за \_\_\_\_\_ 2017 года

Итого

№ п/п	Содержание услуги	Форма	Количество	Методы контроля	Периодичн. контроля и выявленные замечания
1	Систематическое наблюдение за состоянием здоровья	Антропометрические измерения:		аналитич. социолог. экспертн.	1 раз в мес.
		измерение роста			
		измерение массы			
		измерение частоты дыхания			
		исследование пульса			
		измерение А /Д			
		спирометрия			
		термометрия			
2	Обеспечение ухода с учетом состояния здоровья	мед манипуляции :		визуальн. социолог.	1 раз в мес.
		обтирание			
		обмывание			
		гигиенические ванны			
		стрижка ногтей			
		причесывание			
3	Проведение медицинских процедур в соответствии с назначением лечащих врачей.	мед манипуляции:		визуальн. социолог. аналитич.	1 раз в мес.
		-в/м введение лекарств			
		-подкожное введение лекарств			
		-раздача медикаментов			
		-полоскание полости рта			
		-смазывание носовых ходов			
		-смазывание губ			
4	Гигиеническое обучение и пропаганда здорового образа жизни	беседы		визуальн. социолог. аналитич.	1 раз в мес.
		выступления на собраниях			
		сан. Бюллетени			
		буклеты			

## Работа физиотерапевтического кабинета

Наименование	Число процедур	Число процедурных единиц	Кол-во детей
Тубусный кварц			
Электрофорез			
Кислородный коктейль			
Аэрофитотерапия			
Фитотерапия			
Ингаляции			
Д'Арсонваль			
Электросон			
Водолечение			
СМТ			
Лазеролечение			
Теплолечение (парафин)			
Магнитолечение			
Ультразвук			
Светолечение («Биоптрон»)			
Транскраниальная микрополяризация (ТКМП)			
Электромассажер			
Гальванизация			
Аэроионизация			
Итого:			

Систематическое наблюдение за состоянием здоровья	Антропометрические измерения:	Количество		
	динамометрия			
	измерение частоты дыхания			
	исследование пульса			
	измерение А/Д			
	спирометрия			

**Работа кабинета ЛФК**

Число процедур	Число процедурных единиц	Число детей

**Работа массажного кабинета**

Число процедур	Число процедурных единиц	Число детей



**Государственное автономное учреждение социального обслуживания  
Оренбургской области «Реабилитационный центр «Проталинка»**

За \_\_\_\_\_ 2017 год

Нозология	Возрастная группа			
	0-4	5-9	10-14	15-17
Заболевания ЦНС				
ДЦП				
синдром Дауна				
Нарушение слуха и зрения				
Соматические заболевания				

(Приложение №12)

Форма заболевания	Кол-во детей
<b>1. Дети с нарушением умственного и психического развития</b>	
- последствия раннего органического поражения головного мозга	
- РЭП	
- Посттравматические ЭП	
- Постинфекционные ЭП	
- Эпилепсия	
- ЗПРР	
- Олигофрения	
- ДЦП	
- Аутизм	
- Врожденная аномалия головного мозга	
- Врожденный гипотиреоз	
- Синдром Дауна	
<b>2. Дети с соматической патологией</b>	
А Заболевание сердечно-сосудистой системы	
Б Дети с заболеваниями органов дыхания	
В Заболевания эндокринной системы:	
Г Заболевания пищеварительной системы:	
Д Заболевания мочевыводящей системы	
Е Онкологическое заболевание	
<b>3. Дети с нарушениями зрения и слуха</b>	
<b>4. Дети с нарушением опорно – двигательного аппарата</b>	
<b>5. Прочие</b>	
<b>Итого:</b>	

**Консультаций педиатра-  
 Невролога-  
 Врача ЛФК-  
 Физиотерапевта-**

**Всего социально-медицинских услуг-  
 Социально-бытовых-**