|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ГАУ «КЦСОН Ленинского района г. Екатеринбурга»** | | | |
| **Наименование структурного подразделения:** |  | | |
| **Название документа:** | **Стандарт операционной процедуры**  **Сопровождение в медицинские организации** | | |
| **Утвержден:** |  | | |
| **Дата утверждения:** |  | | |
| **Разработчик:** | *Должность* | *ФИО* | *подпись* |
| Заведующий ОСО | Казакова Э.М. |  |
| Заместитель директора | Артюхова О.Ю. |  |
| **Согласовано:** |  |  |  |
|  |  |  |
| **Дата согласования:** |  |  |  |
| **Ответственный за исполнение:** |  |  |  |
| **Дата введения  в действие:** |  |  |  |

**г. Екатеринбург, 2022 год**

**Стандарт операционной процедуры**

**Название процедуры:** Сопровождение в медицинские организации.

1. **Цель: обеспечение доступности** в получении медицинских услуг для граждан пожилого возраста и инвалидов и улучшении качества их жизни
2. **Область применения:** Услуга предоставляется в отделении социального обслуживания на дому для граждан пожилого возраста и инвалидов старше 18 лет.
3. **Ответственность:** Социальный работник/заведующий отделением.
4. **Общие сведения:** Социальный работник сопровождает получателя социальных услуг при его передвижении вне дома, при посещении им медицинских организаций - лечебно-профилактических учреждений (больницы, госпитали, диспансеры, амбулатории, поликлиники, реабилитационные медицинские центры, женская консультация). Сопровождение маломобильного гражданина, имеющего стойкие нарушения функций зрения, слуха и самостоятельного передвижения, осуществляется до медицинской организации и обратно путем самостоятельного передвижения, либо на общественном транспорте, такси, социальном такси, при предоставлении гражданином заблаговременной информации о предстоящей поездке (время, маршрут).

При сопровождении клиента в инвалидном кресле – социальный работник должен убедиться в исправности тормоза, и всего кресла. При исправном оборудовании должен медленно катить кресло-коляску до места назначения.

Услуга осуществляется в соответствии с договором.

1. **Ресурсы /оснащение:**

* социальное такси;
* вспомогательные технические средства реабилитации (кресло-коляска, ходунки, трость).

1. **Основная часть процедуры:**
2. Социальный работник, находясь на адресе клиента, фиксирует в дневнике социального работника (Приложение 1) время начала оказания услуги.
3. При необходимости помогает клиенту одеться, обуться, спуститься по лестнице (в лифте), оказывая всяческую поддержку.
4. Оказывает помощь (поддержку) при посадке в транспортное средство, во время движения и при выходе из него.
5. По приезде (приходу) в медицинскую организацию помогает снять клиенту верхнюю одежду и надеть сменную обувь.
6. Получает в регистратуре медицинскую карточку и сопровождает клиента до нужного кабинета.
7. Ожидает выхода клиента из кабинета.
8. Сопровождает клиента до дома (при необходимости) путем самостоятельного передвижения, либо на общественном транспорте, такси, социальном такси.
9. На адресе у клиента помогает снять ему верхнюю одежду и обувь (при необходимости).
10. Фиксирует время окончания услуги с записью в дневнике социального работника.

Периодичность выполнения услуги – 4 раза в месяц, каждый дополнительный час – 1 единица.

Продолжительность оказания услуги: 1 единица услуги – не более 60 минут.

1. **Область и способы проверки выполнения:** областью проверки является процесс оказания услуги и результат услуги – удовлетворенность клиента. Способы, частота проверок и ответственные за проверку определяются системой управления качеством учреждения.

**Приложение 1**

Форма дневника социального работника

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата  посещения | Оказанные услуги | Затраченное  Время | Сумма  аванса |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Принятый заказ  (наименование товара, услуг) | Факт выполнения заказа | Стоимость заказа | Остаток суммы | Подпись социального работника | Подпись  клиента |
| 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|  |  |  |  |  |  |

**Распределение данного стандарта операционной процедуры**

Экземпляр Должность

Оригинал

Копия

**Ответственные исполнители ознакомлены и обязуются исполнить:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№**  **п/п** | **Фамилия** | **Подпись** | **Дата** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |