|  |
| --- |
| **Автономная некоммерческая организация социального обслуживания населения «ЯШМА»** |
| **Название документа:** | **Стандарт операционной процедуры****Сопровождение до стационара** |
| **Утвержден:****(должность, ФИО)**  | Директор | **Дата утверждения:** |
| **Разработчик:** | **Должность**  | **ФИО** | **Подпись** | **Дата** |
| Директор | Климовских И.А.  |  |  |
| Заведующий ОСО | Казакова Т.Н.  |  |  |
| **Согласовано:** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Ответственный за исполнение:** |  |  |  |  |
| **Дата введения в действие:** |  |  | **Место размещения документа** *(указываются рабочие места на которых должны быть размещены документы, при необходимости, указывается вид размещения – отрытый доступ для всех, закрытый, только для сотрудников)* |

**г. Нижний Тагил, 2022 год**

**Стандарт операционной процедуры**

**Название процедуры:** Сопровождение до стационара

1. **Цель:** доставкаполучателя социальных услуг в медицинское учреждение.
2. **Область применения:** Отделение социальной помощи на дому.
3. **Ответственность:** социальный работник, специалист по социальной работе
4. **Определение/Общие сведения:** **Транспортировка граждан в целях спасения и сохранения здоровья**.

Продолжительность оказания услуги не более 30 мин, периодичность оказания услуги – по мере необходимости.

1. **Ресурсы/оснащение:**
* Планшет,
* Ручка,
* Блокнот,
* Документы.
1. **Основная часть процедуры:**
2. Оказание услуги в сборе сменной одежды, обуви, санитарно-гигиенические средства, документов;
3. Оказание помощи в одевании и снятии верхней одежды;
4. Помощь в закрытии квартиры;
5. Оказание помощи при посадке в салон транспортного средства и высадке из него;
6. Во время транспортировки осуществляется непрерывное наблюдение за состоянием получателя социальных услуг.
7. Поставить в известность родственников.

 При оказании услуги необходимо уточнить адрес медицинского учреждения.
**7. Область и способы проверки выполнения**

Контроль качества предоставления услуги, осуществляет заведующий отделением социального обслуживания. Обязательность внесения данной услуги в журнал посещения социального работника.

Периодичность – ежемесячно.

**Распределение данного стандарта операционной процедуры**

Экземпляр Должность

Оригинал

Копия

**Ответственные исполнители ознакомлены и обязуются исполнять:**

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