|  |
| --- |
| **Автономная некоммерческая организация социального обслуживания населения «ЯШМА»** |
| **Название документа:** | **Инструкция****Ожидание помещения в отделение** |
| **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**

**Инструкция**

**Название:** Ожидание помещения в отделение

1. **Цель:** содействие вгоспитализации получателя социальных услуг, нуждающегося в медицинской помощи.
2. **Область применения:** Отделение социальной помощи на дому.
3. **Ответственность:** социальный работник, специалист по социальной работе
4. **Определение/Общие сведения:** Госпитализация нуждающихся в медицинской помощи в стационар лечебного учреждения.

Продолжительность оказания услуги не более 60 мин, периодичность оказания услуги – по мере необходимости.

1. **Ресурсы/оснащение:**
* Планшет,
* Ручка,
* Блокнот,
* Документы.
1. **Основная часть:**
2. Оказать помощь в снятии верхней одежды;
3. Предоставить документы пациента (паспорт, страховой полис и медицинские документы) при их наличии;
4. Сопроводить получателя социальных услуг по кабинетам для проведения осмотра врачом, взятие материала для лабораторного исследования.
5. Поставить в известность родственников.

**Особые указания:**

1. Сопровождение больного из приёмного покоя в отделение осуществляет дежурная медицинская сестра приемного отделения;
2. Уточнить, в какое отделение помещен получатель социальных услуг, номер палаты;
3. Уточнить, в какие дни и время принимают передачи.
4. **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 данной инструкции**

Экземпляр Должность

Оригинал

Копия

**Ответственные исполнители ознакомлены и обязуются исполнять:**

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