|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Государственное автономное учреждение социального обслуживания Свердловской области «Комплексный центр социального обслуживания населения Нижнесергинского района»** | | | | |
| **Название документа:** | **Стандарт операционной процедуры**  **2.4. Систематическое наблюдение за получателями социальных услуг для выявления отклонений в состоянии их здоровья** | | | |
| **Утвержден**: | Директор  Толстогузов А.В. | | **Дата утверждения:**  **01.10.2022г.** | |
| **Разработчик:** | **Должность** | **ФИО** | **Подпись** | **Дата** |
| Заведующая ОСПП | Маренчук Д.И. |  |  |
|  |  |  |  |
| **Согласовано:** | юрисконсульт | Акулова Е.В. |  |  |
|  |  |  |  |
| **Ответственный за исполнение:** | Заведующие отделениями социального обслуживания на дому, социальные работники |  |  |  |
| **Дата введения  в действие:** | 01.01.2023г. | **Место размещения документа** Документ находится на рабочем месте заведующего отделением социального обслуживания на дому | | |

**г. Нижние Серги, 2022**

**Стандарт операционной процедуры**

**Название процедуры:** Систематическое наблюдение за получателями социальных услуг для выявления отклонений в состоянии их здоровья.

1. **Цель:** организовать своевременную медицинскую помощь клиенту
2. **Область применения:** Обслуживание на дому.
3. **Ответственность:** Руководитель структурного подразделения, социальный работник.
4. **Определение/Общие сведения:** Выслушивание и наблюдение клиента осуществляется в период получения клиентом у поставщика социальных услуг иных социальных услуг в форме на дому до 3 раз в неделю до 30 минут.

Выслушивание и наблюдение за состоянием здоровья клиента до 30 минут — 1 услуга.

1. **Ресурсы/оснащение:** Аппарат для измерения артериального давления, градусник, блокнот (тетрадь), ручка.
2. **Основная часть процедуры:**
3. Выслушивание и наблюдение клиента;
4. Измерение температуры тела;
5. Измерение артериального давления;
6. Контроль за приемом лекарственных средств;
7. Отслеживание изменений состояния по внешнему виду и самочувствию получателя социальных услуг;
8. Осуществление контрольных замеров (температуры, артериального давления) с занесением результатов в дневник получателя социальных услуг (приложение № 1);
9. Объяснение результатов измерений и симптомов, указывающих на возможные отклонения;
10. Контроль за соблюдением предписаний врача, связанных со временем приема, частотой приема, способом приема и сроком годности лекарственных средств.
11. Фиксирование выполненной услуги в дневнике посещения получателя социальных услуги (приложение 1).
12. **Область и способы проверки выполнения:** Выполненная услуга фиксируетсявдневнике получателя социальных услуг, подтверждается подписями социального работника и получателя социальных услуг и ежеквартально предоставляется заведующему отделением на проверку.

**Показатели качества**

1. Своевременное удовлетворение потребностей получателей социальных услуг;
2. Своевременное получение медицинской помощи получателем социальных услуг.

**Нормативные ссылки:**

* Федеральный закон от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации»;
* Постановление Правительства Свердловской области от 18 декабря 2014 г. № 1149-ПП «Об утверждении порядка предоставления социальных услуг поставщиками социальных услуг в Свердловской области и признании утратившими силу отдельных постановлений Правительства Свердловской области»;
* Стандарты социальных услуг Свердловской области, утв. приказом Министерством социальной политики Свердловской области от 11.08.2015 № 482 «Об утверждении стандартов социальных услуг в новой редакции» (с внесёнными изменениями).

**Приложение 1**

Дневник посещения получателя социальных услуг.

1. В дневнике посещения получателя социальных услуг прописываются результаты измерений артериального давления; температуры тела.

2. Факт выполнения услуги, получения денежных средств и окончательный расчет заверяются подписями получателя социальных услуг и социального работника.

Примерный образец для заполнения

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Время | Наименование услуги | Отметка о выполнении услуги (подпись получателя социальных услуг; социального работника) |
|  |  | Результат измерения артериального давления;  Результат измерения температуры тела. | Подписи: \_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Распределение данного стандарта операционной процедуры**

Экземпляр Должность

Оригинал

Копия

**Ответственные исполнители ознакомлены и обязуются исполнить:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Ф.И.О. | Должность | Дата | Подпись |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |