

СОГЛАШЕНИЕ О ВЗАИМОДЕЙСТВИИ

г.Пестово

«15» января 2020 года

областное автономное учреждение социального обслуживания «Пестовский комплексный центр социального обслуживания населения», именуемый в дальнейшем «Учреждение», в лице директора Яблоковой Нины Валентиновны, действующего на основании Устава, с одной стороны, и государственное областное бюджетное учреждение здравоохранения «Пестовская центральная районная больница», именуемая в дальнейшем «Медицинская организация», в лице исполняющего обязанности главного врача Джамаль - Эддин Татьяны Фёдоровны, действующего на основании Устава совместно именуемые «Стороны», заключили настоящее Соглашение о взаимодействии (далее Соглашение) о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ СОГЛАШЕНИЯ

1.1. Предметом настоящего Соглашения является осуществление взаимодействия между Сторонами по вопросам создания системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, обмена информацией о гражданах, нуждающихся в социальном и медицинском обслуживании в рамках пилотного проекта «Создание системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами Новгородской области 2018-2020 годы».

2. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

2.1. Целями настоящего Соглашения являются:

2.1.1. Обеспечение информационного взаимодействия между Сторонами.

2.1.2. Выявление реального количества граждан пожилого возраста и инвалидов (далее граждане), нуждающихся в получении медицинской помощи и социальных услуг, удовлетворении их реальных потребностей в долговременном уходе.

2.1.3. Обеспечение доступности социального и медицинского обслуживания.

2.1.4. Типизация граждан пожилого возраста и инвалидов, нуждающихся в долговременном уходе.

2.1.5. Обеспечение работы мультидисциплинарных бригад.

2.2. Обмен информацией между Сторонами осуществляется как на бумажном носителе, так и в электронной форме в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» и статьи 13 «Соблюдение врачебной тайны» Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ. С этой целью с граждан берётся согласие на обработку и передачу персональных данных физических лиц, получающих медицинские услуги (Приложение 1 и 2).

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.

3.1. Учреждение обязуется:

3.1.1. Определить социального координатора для осуществления информационного обмена данными с Медицинской организацией.

3.1.2. Выявлять граждан, из числа получающих социальные услуги, нуждающихся в оказании медицинской помощи.

3.1.3. Сообщать в Медицинскую организацию информацию о гражданах, выявленных специалистами Учреждения, в течение двух дней с момента выявления.

3.1.4. Обеспечить деятельность выездной мобильной бригады и участие специалистов Учреждения в работе указанной бригады.

3.1.5. Проводить в течение трёх рабочих дней работу по определению индивидуальных потребностей в социальном обслуживании граждан, нуждающихся в социальном обслуживании, информация о которых поступила от Медицинской организации.

3.1.6. Оформлять Акт обследования условий жизнедеятельности гражданина (далее Акт) (Приложение 3) и Бланк функциональной диагностики (далее Бланк) (Приложение 4) в ходе работы по определению индивидуальных потребностей с выявленными гражданами.

3.1.7. Обеспечивать с учётом результатов Акта и Бланка содействие гражданам в получении медицинских услуг.

3.1.8. Обеспечивать передачу Акта и Бланка в Медицинскую организацию для гериатрического заключения по итогам обследования в течение трёх рабочих дней после проведения работы по определению индивидуальных потребностей выявленных граждан.

3.1.9. Предлагать гражданам, признанным нуждающимся в социальном обслуживании в соответствии с Актом и Бланком, заключить договор на социальное обслуживание.

3.2. Медицинская организация обязуется:

3.2.1. Определить координатора для осуществления информационного обмена данными с Учреждением.

3.2.2. Выявлять граждан, нуждающихся в предоставлении социальных услуг из числа тех, кто получает медицинские услуги:

- в стационарном отделении Медицинской организации;

- посредством обращения в поликлинику Медицинской организации, в фельдшерские пункты;

- посредством обращения в отделение неотложной медицинской помощи Медицинской организации.

3.2.3. Сообщать в Учреждение информацию о выявленных гражданах в течение двух дней с момента выявления таких граждан.

3.2.4. Обеспечить доступ специалистов Учреждения к выявленным гражданам из числа тех, кто находится на стационарном лечении в Медицинской организации, для предоставления им социального обслуживания.

3.2.5. Давать гериатрическое заключение и составлять с учётом результатов Акта и Бланка индивидуальный план наблюдения и обследования выявленных граждан в течение 3 рабочих дней с даты получения информации об этих гражданах.

3.2.6. Обеспечить участие врача-терапевта, медицинской сестры, врачей специалистов различных профилей (по мере необходимости) в работе мобильных бригад по предварительному графику.

3.3. Стороны имеют право:

- своевременно получать друг от друга необходимую достоверную информацию в рамках основных направлений взаимодействия;
- на согласованной основе определять порядок и условия взаимодействия;
- создавать совместные совещательные органы по вопросам координации и планирования взаимодействия.

4. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

4.1. Настоящее Соглашение заключено на неопределённый срок и вступает в силу с момента его подписания Сторонами.

4.2. Дополнения и изменения настоящего Соглашения, принимаемые по предложениям Сторон, оформляются в письменной форме и становятся его неотъемлемой частью с момента их подписания Сторонами.

4.3. Настоящее Соглашение не влечёт возникновения финансовых обязательств Сторон.

4.4. Настоящее Соглашение составлено в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

5. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН.

«Учреждение»

ОАУСО «Пестовский КЦСО»

Адрес: 174510, Новгородская область,
г. Пестово, ул. Вокзальная д. 6

Директор



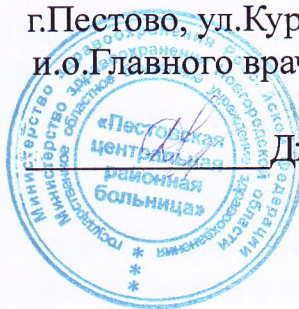
Яблокова Н.В.

«Медицинская организация»

ГБУЗ «Пестовская ЦРБ»

Адрес: 174510, Новгородская область,
г. Пестово, ул. Курганная д. 18

и.о. Главного врача



Джамаль-Эддин Т.Ф.

на обработку и передачу персональных данных физических лиц, получающих
медицинские услуги

Я, _____
(фамилия и.о)

зарегистрированный(ая) по адресу: _____

Паспорт серия _____ № _____ выдан _____

В соответствии со ст.9. Федерального закона от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О защите
персональных данных» даю согласие _____

_____, расположенному(ой) по
(наименование медицинской организации)

адресу: _____ на автоматизированную,
а также без использования средств автоматизации передачу моих персональных
данных _____,

(наименование учреждения социального обслуживания)

расположенному(ой) по адресу: _____ В
целях обеспечения доступа специалистов социальной службы и дальнейшего
предоставления мне социального обслуживания, предусмотренного
законодательством Российской Федерации.

Разрешаю производить с моими персональными данными действия (операции),
определённые статьёй 3 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ, а именно:
сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, использование,
распространение, в том числе передачу, обезличивание, уничтожение моих
персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество, год рождения, месяц
рождения, дата рождения, место рождения, адрес регистрации и адрес
фактического проживания, паспортные данные, СНИЛС, номер телефона.

Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует до достижения
целей обработки персональных данных. Согласие может быть отозвано в любое
время на основании моего письменного заявления.

Права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены.

Настоящее согласие действует с «___» _____ г.

(подпись)

/_____/
(расшифровка)

СОГЛАСИЕ
на обработку и передачу персональных данных физических лиц

Я, _____
(фамилия, и.о.)

зарегистрированный (ая) по адресу: _____

паспорт серия _____ № _____ выдан _____

_____ в соответствии со ст. 9 Федерального закона от
27.07.2006г. № 152-ФЗ «О защите персональных данных» даю согласие

_____, расположенному (ой)
(наименование учреждения социального обслуживания)
по адресу: _____ на автоматизированную,

а также без использования средств автоматизации передачу моих
персональных данных _____,
расположенному (ой) по адресу: _____ в
целях предоставления мне необходимых медицинских услуг.

Разрешаю производить с моими персональными данными действия
(операции), определенные статьей 3 Федерального закона от 27.07.2006 №152-
ФЗ, а именно: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение,
использование, распространение, в том числе передачу, обезличивание,
уничтожение моих персональных данных, а именно: *фамилия, имя, отчество,
год рождения, месяц рождения, дата рождения, место рождения, адрес
регистрации и адрес фактического проживания, паспортные данные, СНИЛС,
номер телефона.*

Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует до
достижения целей обработки персональных данных. Согласие может быть
отозвано в любое время на основании моего письменного заявления.

Права и обязанности в области защиты персональных данных мне
разъяснены.

Настоящее согласие действует с « ____ » _____ 2020 г.

(подпись)

(расшифровка)

Акт обследования условий жизнедеятельности гражданина
I. Общие сведения

1. _____
(фамилия, имя, отчество)
2. _____
(дата рождения)
3. _____
(адрес места жительства)
4. _____
(телефон)
5. _____
(номер и серия паспорта, кем и когда выдан, код подразделения)
6. _____
(СНИЛС)

II. Сведения о родственниках и получаемой поддержке

1. Состав семьи: одиноко проживающий / одинокая супружеская пара / проживает с родственниками / другое	
2. Сведения о членах семьи, проживающих совместно с гражданином: Ф.И.О., возраст, социальный статус, осуществление трудовой деятельности	
3. Сведения о родственниках, не проживающих совместно с гражданином: Ф.И.О., адрес, возраст, социальный статус, телефон	
4. Гражданин получает достаточную социальную поддержку от семьи/родственников/ друзей/соседей/религиозных или общественных организаций	
5. Гражданин получает ограниченную социальную поддержку со стороны семьи/родственников/друзей/соседей/религиозных	
6. Гражданин не получает со стороны семьи/родственников/друзей, есть только ограниченные социальные связи (например, соседи, общественные или религиозные организации) .	
7. Гражданин изолирован и не имеет социальной и эмоциональной поддержки	

III. Условия проживания

1. Жилищные условия: отдельная квартира / комната в коммунальной квартире / комната в общежитии / частный дом / комната гостиничного типа / снимает жилое помещение	
--	--

2. Коммунальные удобства: холодная вода, горячая вода, канализация, отопление: центральное/ печное	
3. Санитарно-гигиенические условия проживания: хорошие/ удовлетворительные/	

IV. Скрининг по шкале «Возраст не помеха»

№	Вопросы	Ответы
1	Похудели ли Вы на 5 кг и более за последние 6 месяцев? (Вес)	
2	Испытываете ли Вы какие-либо ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения или слуха?	
3	Были ли у Вас в течение последнего года травмы, связанные с падением?	
4	Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным на протяжении последних недель? (Настроение)	
5	Есть ли у Вас проблемы с Памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать?	
6	Страдаете ли Вы недержанием мочи?	
7	Испытываете ли Вы трудности в перемещении по дому или на улице'/ (Ходьба до 100 м / подъем на один лестничный пролет)	

(должность)

(подпись)

(расшифровка подписи)

(должность)

(подпись)

(расшифровка подписи)

Дата: «__» _____ 20 г.

V. Гериатрическое заключение

(должность)

(подпись)

(расшифровка подписи)

«_____» _____ 2020 г.

Бланк оценки зависимости от посторонней помощи

Фамилия Имя Отчество _____

Дата рождения _____ СНИЛС _____

Дата: _____ Дата: _____ Дата: _____

1. Передвижение вне дома	Баллы	Инт. №1	Инт. №2	Инт. №3
1. Выходит из дома без проблем	0			
2. Не выходит из дома зимой	0.75			
3. Выходит из дома, но не может сам нести сумки с покупками	0.75			
4. Выходит из дома только с сопровождающим	1			
5. Вообще не выходит из дома	2			

2. Уборка квартиры	Баллы	Инт. №1	Инт. №2	Инт. №3
1. Убирает квартиру без труда	0			
2. Сам вытирает пыль, но нуждается в небольшой помощи при выполнении всей остальной уборки	0.5			
3. Сам вытирает пыль, но нуждается в значительной помощи при выполнении остальной уборки. Тяжелую уборку, например, мытье ванной, унитаза выполнять не может	1			
4. Не в состоянии выполнять никаких работ по уборке дома	2			

3. Стирка	Баллы	Инт. №1	Инт. №2	Инт. №3
1. Не нуждается в помощи при стирке и/или самостоятельно пользуется машиной-автоматом, а также вынимает, развешивает и гладит	0			
2. В состоянии делать мелкую стирку вручную, но нуждается в помощи в более крупной стирке, отжимании или развешивании белья, глажке и/или в помощи при пользовании машиной-автоматом	0.5			
3. Нуждается в помощи при любой стирке	1			

4. Приготовление пищи	Баллы	Инт. №1	Инт. №2	Инт. №3
1. Не нуждается в помощи при приготовлении горячей пищи	0			
2. Нуждается в частичной помощи в процессе приготовления пищи	1			
3. Необходима помощь во всем процессе приготовления пищи, а также мытье посуды после приготовления пищи	2			

5. Передвижение по дому	Баллы	Инт. №1	Инт. №2	Инт. №3
1. Самостоятельно передвигается по дому	0			
2. Передвигается самостоятельно с помощью приспособления (трость, ходунки)	0			
3. Передвигается с помощью приспособления или без него, и нуждается в посторонней помощи при ходьбе или вставании	0.5			
4. Передвигается с помощью инвалидной коляски. Способен сам сесть в коляску и передвигаться в ней по дому	0.5			
5. На кровати садится самостоятельно либо с небольшой помощью. Пользуется инвалидной коляской, но нуждается в помощи, чтобы пересесть в коляску и передвигаться в ней по дому	1			
6. Полностью зависим при передвижении и перемещении. Все дневное время проводит сидя в кровати, в кресле или кресле-коляске	1.5			
7. Полностью зависим при передвижении и перемещении. Лежащий	1.5			

6. Падения в течение последних трех месяцев	Баллы	Инт. №1	Инт. №2	Инт. №3
1. Не падает	0			
2. Не падает, но ощущает тревогу по поводу возможных падений	0			
3. Падает, но может встать самостоятельно	0			
4. Иногда падает и не может встать без посторонней помощи (минимум три раза в последние три месяца)	0.5			
5. Падает, по крайней мере, раз в неделю и не может встать без посторонней помощи	1			

7. Одевание	Баллы	Инт. №1	Инт. №2	Инт. №3
1. Одевается без посторонней помощи	0			
2. Нуждается в небольшой помощи – в надевании носков, обуви, застегивании пуговиц	0.5			
3. Нуждается в значительной помощи при одевании (не может надеть белье, брюки, кофту или сорочку)	1			

8. Личная гигиена	Баллы	Инт. №1	Инт. №2	Инт. №3
1. Моется без посторонней помощи	0			
2. Требуется присутствие другого человека при купании (например, боится, что ему станет плохо в ванной, плохо ориентируется). Умывается самостоятельно	0.5			
3. Нуждается в небольшой помощи (в получении воды нужной температуры, бритье, мытье головы, ног, умывании лица, чистке зубов)	1			
4. Нуждается в активной помощи при выполнении некоторых действий (например, мытье интимных частей тела или спины)	1.5			
5. Необходимо полностью умывать и купать клиента в связи с нарушениями когнитивной функции и/или тяжелым физическим состоянием	2			

9. Прием пищи и прием лекарств	Баллы	Инт. №1	Инт. №2	Инт. №3
1. Ест и пьет без посторонней помощи и не нуждается в помощи при принятии лекарств	0			
2. Ест и пьет без посторонней помощи, но нуждается в помощи для подачи и разогревания пищи и/или подачи порции лекарств	0.5			
3. Нуждается в подаче и частичной помощи при приеме пищи и/или питье и/или требуется помощь при подготовке порции лекарств и их приеме	1			
4. Нуждается в полном кормлении и соблюдении питьевого режима и необходим полный контроль над приемом лекарств в связи с нарушениями когнитивной функции и/или тяжелым физическим состоянием	1.5			

10. Мочеиспускание и дефекация	Баллы	Инт. №1	Инт. №2	Инт. №3
1. Контролирует и/или частично не контролирует отправление естественных потребностей; самостоятельно пользуется туалетной комнатой, может самостоятельно поменять себе абсорбирующее белье	0			
2. Частично контролирует естественные потребности (возможно ночное недержание). Самостоятельно пользуется туалетной комнатой. Нуждается в незначительной помощи при использовании абсорбирующего белья	0.5			
3. Частично контролирует естественные потребности. Нуждается в помощи при использовании абсорбирующего белья и/или испытывает трудности при пользовании туалетной комнатой	1			
4. Частично контролирует естественные потребности. Не может поменять себе абсорбирующее белье. Не может пользоваться туалетной комнатой	1,5			
5. Контролирует мочеиспускание и дефекацию, но не может пользоваться туалетом, не может поменять абсорбирующее белье в связи с тяжелым физическим состоянием	2			
6. Не может пользоваться туалетом, не контролирует ни одно из отпращиваний (и мочеиспускание, и дефекацию), не может поменять абсорбирующее белье в связи с нарушениями когнитивной функции и/или тяжелым физическим состоянием и полностью зависит от посторонней помощи	2			

11. Присмотр	Баллы	Инт. №1	Инт. №2	Инт. №3
1. Не опасен для себя и для окружающих когда остается один. Может исполнять жизненно важные функции, например, пить	0			
2. Есть необходимость в частичном присмотре, когда остается один (для обеспечения исполнения клиентом различных жизненно важных функций) и/или можно оставить одного на несколько часов или ночь	3			
3. Опасен для себя и для окружающих когда остается один, требуется постоянное присутствие постороннего человека	6			

12. Слух	Баллы	Инт. №1	Инт. №2	Инт. №3
1. Хорошо слышит либо регулярно использует слуховой аппарат и не испытывает трудностей	0			
2. Плохо слышит (для прослушивания радио включает его на полную громкость), испытывает затруднения при коммуникациях	0.5			
3. Глухой	1			

13. Наличие опасности в районе проживания или доме	Баллы	Инт. №1	Инт. №2	Инт. №3
1. В доме и в районе проживания безопасно	0			
2. Существует опасность в доме и/или районе проживания. Есть физическая опасность, антисанитария, жестокое обращение - но возможна помощь	0.5			
3. Существует опасность в доме и/или районе проживания. Есть физическая опасность, антисанитария, жестокое обращение - помощь не доступна	1			

14. Наличие внешних ресурсов	Баллы	Инт. №1	Инт. №2	Инт. №3
1. Получает достаточную социальную поддержку от семьи/родственников/друзей/соседей/религиозных или общественных организаций	0			
2. Получает ограниченную социальную поддержку со стороны семьи/ родственников/ друзей/ соседей/ религиозных или общественных организаций	0.5			
3. Нет поддержки со стороны семьи/ родственников/ друзей, есть только ограниченные социальные связи (например, соседи, общественные или религиозные организации)	1			

Диагностику провели:

Сотрудник _____
Сотрудник _____

Должность _____
Должность _____

Подпись _____
Подпись _____

Дата следующей плановой проверки: _____