

краевое государственное автономное стационарное учреждение
социального обслуживания населения
«ДУБРОВСКИЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНТЕРНАТ»

Анкета
оценки состояния
получателя социальных услуг при поступлении в учреждение

Дата поступления	Структурное подразделение	Аллергия на:	Степень утраты трудоспособности (инвалидность)

1. Личные данные:

Год рождения	Место рождения	Семейное положение
Родной язык	Образование	Профессия
Использование технических средств реабилитации при поступлении	Хобби	Постоянный прием медикаментов:

2. Основной медицинский диагноз: _____

3. Оценка по внешним признакам: _____

4. Эмоциональное состояние: спокойствие, гнев, печаль, радость, безразличие, горе, разгневанность, растерянность, счастье (нужное подчеркнуть) и другое _____

5. Оценка повседневной деятельности:

Подвижность		Передвигается самостоятельно/ с помощью вспомогательных средств (ходунки, трость, коляска);
		Требуется помощь при ходьбе/изменении положения;
		Пользуется инвалидной коляской;
		Прикован к постели
Личная гигиена		Моется самостоятельно
		Требуется частичная помощь
		Требуется полная помощь
		Требуется помощь в мытье
		Нуждается в напоминании
		С какой частотой принимал душ до поступления
Одевание		Одевается самостоятельно
		Требуется частичная помощь
		Требуется полная помощь
Питание		Принимает пищу самостоятельно
		Требуется частичная помощь в принятии пищи

		Требуется полная помощь в принятии пищи
		Полная зависимость в принятии пищи (включая жидкости)
		Диета и вид пищи (с низким содержанием соли, сахара, обезжиренная, обычная, промеленная, жидкая)
		Предпочитаемое блюдо
Функции органов таза /мочеиспускание, дефекация		Контроль: мочеиспускания _____ дефекации _____
		Способен пользоваться туалетом, но требуется существенная помощь в передвижении
		Пользуется вспомогательными средствами: прокладки, памперсы, катетер, колостомия (нужное подчеркнуть) _____ _____
		Эпизодически ночное недержание мочи
		Страдает запорами (да, нет)
		В случае запора пользуется следующими средствами: _____ _____
Сон		Обычно спит ночью
		Количество часов сна:
		Страдает хронической бессонницей, часто просыпается ночью
Функции органов чувств:		
Зрение		Нормальное зрение
		Соответствует возрасту
		Пользуется очками Страдает существенным нарушением зрения/ слепотой
Слух		Нормальный слух
		Имеет проблемы со слухом
		Пользуется слуховым аппаратом
Речь		Говорит свободно
		Говорит с трудом
		Говорит бессвязно
		Не способен говорить
		Нарушение коммуникации по причине незнания/плохого языка
Дыхание		Дышит свободно
		Дыхание затруднено

6. Состояние кожных покровов (наличие ран, пролежней, состояние ногтей): _____

7. Состояние полости рта (наличие зубных протезов, полные или частичные зубные протезы): _____

8. Оценка когнитивного состояния (познавательная деятельность, внимание, мышление, восприятие) _____

9. Ожидание семьи и получателя социальных услуг: _____

Жизненные показатели: АД _____, пульс _____ в минуту, вес _____, рост _____

Медицинская сестра _____ / _____ /

подпись

фамилия, инициалы