



**ДЕПАРТАМЕНТ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ
ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ**

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

06.05.2024

№ 14/49

О внесении изменений в приказ Департамента социальной защиты населения Томской области и Департамента здравоохранения Томской области от 02.10.2023 № 36/62

В целях совершенствования нормативного правового акта
ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести в приказ Департамента социальной защиты населения Томской области и Департамента здравоохранения Томской области от 02.10.2023 № 36/62 «Об утверждении порядка межведомственного взаимодействия, в том числе информационного взаимодействия участников системы долговременного ухода» (Официальный интернет-портал правовой информации (www.pravo.gov.ru), 06.10.2023, № 7001202310060001) следующие изменения:

1) преамбулу приказа изложить в следующей редакции:

«В соответствии с пунктом 1.4 Плана мероприятий («дорожной карты») по созданию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в уходе, в Томской области в 2024 году, утвержденного постановлением Администрации Томской области от 28.12.2023 № 648а «Об утверждении Плана мероприятий («дорожной карты») по созданию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в уходе, в Томской области в 2024 году», ПРИКАЗЫВАЮ:»;

2) в Порядке межведомственного взаимодействия, в том числе информационного взаимодействия участников системы долговременного ухода, утвержденном указанным приказом:

а) в подпункте 3 пункта 8 слова «или «телефон доверия» исключить;

б) подпункт 2 пункта 12 изложить в следующей редакции:

«2) в срок не более двух рабочих дней со дня поступления информации о гражданине, нуждающемся в уходе, осуществляет сбор сведений о гражданине, нуждающемся в уходе, ограничениях его здоровья, потребностях и нуждах, в том числе путем направления в медицинскую организацию, участвующую в реализации СДУ, запроса о наличии (отсутствии) у гражданина, нуждающегося в уходе, медицинских рекомендаций;»

в) пункт 13 изложить в следующей редакции:

«13. Медицинская организация, участвующая в реализации СДУ, в срок не более трех рабочих дней со дня поступления в медицинскую организацию, участвующую в реализации СДУ, запроса о наличии у гражданина, нуждающегося в уходе, медицинских рекомендаций направляет в Территориальный координационный центр сведения о наличии (отсутствии) у гражданина, нуждающегося в уходе, медицинских рекомендаций по форме согласно приложению № 2 к настоящему Порядку.»;

г) подпункт 1 пункта 15 изложить в следующей редакции:

«1) в срок не более пяти рабочих дней со дня поступления сведений о получателе социальных услуг по уходу в медицинскую организацию, участвующую в реализации СДУ, для оформления рекомендаций по осуществлению ухода организует оформление и передачу поставщику социальных услуг, участвующему в реализации СДУ, рекомендаций по осуществлению ухода за получателем социальных услуг по уходу по форме согласно приложению № 3 к настоящему Порядку.»;

д) приложение № 2 изложить в новой редакции согласно приложению № 1 к настоящему приказу;

е) приложение № 3 изложить в новой редакции согласно приложению № 2 к настоящему приказу.

2. Настоящий приказ вступает в силу со дня его официального опубликования.

Начальник Департамента
социальной защиты населения
Томской области

М.А. Киняйкина



Начальник Департамента
здравоохранения
Томской области

Р.О. Фидаров



Приложение № 1
к приказу Департамента
социальной защиты населения
Томской области и
Департамента здравоохранения
Томской области
от 06.05.2024 № 14/49

Форма

Руководителю ОГКУ «Центр
социальной поддержки населения
Ленинского района города Томска»

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии)
руководителя)

ОТ

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии)
главного врача медицинской организации)

(наименование медицинской организации)

Сведения

о наличии (отсутствии) у гражданина, нуждающегося в уходе, медицинских
рекомендаций

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) гражданина, нуждающегося в уходе, дата рождения)

Рекомендации	Периодичность	Да	Нет
Наличие медицинского назначения для приема лекарственных препаратов			
Необходимость соблюдения питьевого режима			
Необходимость измерения температуры тела			
Необходимость измерения артериального давления			
Необходимость измерения частоты сердечных сокращений (пульс)			
Необходимость измерения насыщения крови кислородом (сатурация)			
Наличие иных медицинских рекомендаций			

Врач

(расшифровка подписи)

(подпись)



Приложение № 2
к приказу Департамента
социальной защиты населения
Томской области и
Департамента здравоохранения
Томской области
от 06.05.2024 № 14/49

Форма

Руководителю

(наименование поставщика социальных услуг)

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии)
руководителя поставщика социальных услуг)

ОТ

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии)
главного врача медицинской организации)

(наименование медицинской организации)

Рекомендации

по осуществлению ухода за получателем социальных услуг по уходу

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) получателя социальных услуг по уходу, дата рождения)

Рекомендации	Рекомендации
Прием лекарственных препаратов (наименование лекарства, дата назначения, лекарственная форма, условия приема, периодичность и часы приема, дозировка)	
Соблюдение питьевого режима (рекомендуемое количество жидкости)	
Соблюдение диеты (рекомендуемые (запрещенные продукты, рекомендуемая кратность приема пищи)	
Соблюдение двигательного режима и физической активности (перечень упражнений, кратность и длительность выполнения упражнений, периодичность)	

проведения перемещения в кровати)	
Профилактика пролежней и застойных явлений (периодичность проведения перемещения в кровати)	
Соблюдение иных медицинских рекомендаций, в том числе:	
Измерение температуры тела (время измерения, периодичность)	
Измерение артериального давления (время измерения, периодичность)	
Измерение частоты сердечных сокращений (пульс) (время измерения, периодичность)	
Измерение уровня глюкозы крови (время измерения, периодичность)	
Измерение насыщения крови кислородом (сатурация) (время измерения, периодичность)	
Осмотр кожных покровов	
Фиксация наличия болей	
Фиксация работы органов малого таза	
Иные рекомендации (дата и вид назначений, условия исполнения назначений, какие манипуляции предусмотрены, их частота и периодичность)	

Врач _____

(расшифровка подписи)

(подпись)

Фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) исполнителя, телефон

