Приложение к письму ДСР ТО № 1

*Приложение №2*

*к приказу Министерства здравоохранения*

*Российской Федерации*

*от 2 мая 2023 г. N 202н*

|  |
| --- |
| **Заключение**уполномоченной медицинской организации о наличии (об отсутствии) противопоказаний, в связи с наличием которых гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в форме социального обслуживания на дому, или в полустационарной форме, или в стационарной форме |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Выдано |  |
|  |
| (полное наименование и адрес уполномоченной медицинской организации) |
| 2. Полное наименование организации социального обслуживания, предоставляющей социальные услуги в форме социального обслуживания на дому/в полустационарной форме/в стационарной форме (необходимое подчеркнуть), куда представляется заключение\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 3. Фамилия, имя, отчество (при наличии) |  |
|  | (гражданина или получателя социальных услуг) |
| 4. Пол (мужской/женский) |  |
| 5. Дата рождения |  |
| 6. Адрес места жительства (места пребывания) |  |
|  |
| 7. **Заключение:**  |
| Выявлено (нужно подчеркнуть):а) наличие (отсутствие) [<1>](#Par52)медицинских противопоказаний, в связи с наличием которых гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в форме социального обслуживания на дому;б) наличие (отсутствие) [<1>](#Par52)медицинских противопоказаний, в связи с наличием которых гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в полустационарной форме;в) наличие (отсутствие) [<1>](#Par52)медицинских противопоказаний, в связи с наличием которых гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в стационарной форме. |
| Председатель врачебной комиссии: |
|  |  |  |  |  |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии) |  | (подпись) |  | (дата) |
|  |  | М.П. (при наличии) |  |  |

<1> Части 3 и 4 статьи 18 Федерального закона от 28 декабря 2013 г. N 442-ФЗ "Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации".

Приложение к письму ДСР ТО № 4

**Заключение о состоянии здоровья гражданина**

**для направления на социальное обслуживание на дому**

Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата, месяц, год рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства (места пребывания)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заключение** (*нужное подчеркнуть*):

- способность к самообслуживанию, самостоятельному передвижению, обеспечению основных жизненных потребностей:

полная утрата способности / частичная утрата способности / способность не утрачена

- нуждается / не нуждается в постоянной посторонней помощи;

- нуждается / не нуждается в паллиативной медицинской помощи;

- отсутствуют / имеются трудности, связанные с социализацией, в связи с заболеванием (в отношении инвалидов, страдающих психическими расстройствами (в стадии ремиссии);

- нуждается / не нуждается в сопровождении к объектам социальной, инженерной и транспортной инфраструктур (в отношении граждан, имеющих стойкие расстройства функции зрения; самостоятельного передвижения; имеющих II или III степень ограничения способности к ориентации или контролю за своим поведением);

- рекомендовано / не рекомендовано освоение и выполнение посильных физических упражнений, физической активности (в отношении граждан, нуждающихся в постоянной посторонней помощи),

 направленных на снятие мышечного напряжения (релаксация, пассивная медитация, дыхательные упражнения);

 направленных на укрепление и восстановление подвижности мышц, связок, суставов, развитие мелкой моторики (общеукрепляющие упражнения, суставная гимнастика, пальчиковая гимнастика)

**Наименование организации, выдавшей заключение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Врач/фельдшер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф.И.О. подпись**

**М.П. (печать медицинской организации)**

**«\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.**

**Срок действия заключения 12 месяцев**