Додаток 1 до рішення виконавчого комітету

Савранської селищної ради

від 09.06.2022 року № 8/3

**Анкета**  **щодо комплексного визначення**

**ступеня індивідуальних потреб особи, яка потребує надання   
соціальних послуг (з догляду)**

**1. П.І.Б. отримувача** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2. Адреса проживання/перебування** отримувача**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**3. Назва  соціальної допомоги** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4. Вік** *(підкреслити необхідне***):**

* до 18-ти років
* до 60-ти років
* 60 років і більше;
* 70 років і більше;
* 80 років і більше

**5.До якої категорія населення відноситься отримувач соціальної послуги** *(пікреслити необхідне) :*

* діти з інвалідністю;
* громадяни похилого віку з когнітивними порушеннями
* невиліковно хворі особи, які через порушення функцій організму не можуть самостійно пересуватисьт та самообслуговуватись
* діти, яким не встановлена інвалідність, але які є хворими на тяжкі захворювання;
* особи з інвалідністю  І групи

**Можливість виконання елементарних дій *(****вибрати одну відповідь по кожному пункту)*

**6. Прийом їжі**

|  |  |
| --- | --- |
| приготування до прийому їжі та прийом їжі здійснює самостійно, користується посудом, столовими приборами та побутовою технікою без труднощів |  |
| приготування до прийому їжі та прийом їжі здійснює самостійно, але за довший проміжок часу |  |
| приготування до прийому їжі та прийом їжі здійснює самостійно із застосуванням спеціального посуду та технічних засобів реабілітації |  |
| приймає їжу самостійно або за допомогою технічних засобів реабілітації, але не може приготуватися до прийому їжі (покласти їжу в тарілку чи налити рідину у склянку тощо) |  |
| потребує нагляду чи незначної сторонньої допомоги під час приготування до прийому їжі та прийому їжі (наприклад, під час розрізання продуктів харчування, приготування бутербродів тощо) (до 25 відсотків дій чи часу) |  |
| необхідний постійний нагляд або часткова допомога під час прийому їжі (до 50 відсотків дій чи часу приймання їжі) |  |
| потребує значного обсягу допомоги під час прийому їжі |  |
| не може самостійно приймати їжу |  |

**7. Купання**

|  |  |
| --- | --- |
| приймає ванну чи душ самостійно без труднощів |  |
| приймає ванну чи душ самостійно з труднощами |  |
| потребує нагляду чи незначної сторонньої допомоги під час прийому ванни чи душу, наприклад під час виходу з ванни чи душу, роздягання (до 25 відсотків дій чи часу) |  |
| потребує сторонньої допомоги під час прийому ванни чи душу (до 50 відсотків дій чи часу) |  |
| потребує значного обсягу сторонньої допомоги під час прийому ванни чи душу |  |
| купання здійснюється тільки із сторонньою допомогою в межах ліжка, у тому числі за допомогою ванни каркасної складної |  |

**8. Особистий туалет (вмивання, розчісування, чищення зубів, бриття, маніпуляції із зубними протезами**

|  |  |
| --- | --- |
| самостійно без труднощів |  |
| самостійно з труднощами |  |
| потребує нагляду чи незначної сторонньої допомоги (до 25 відсотків дій чи часу) |  |
| потребує сторонньої допомоги (до 50 відсотків дій чи часу) |  |
| потребує значного обсягу сторонньої допомоги |  |
| не може самостійно |  |

**9. Одягання і взування**

|  |  |
| --- | --- |
| вдягається і взувається самостійно без труднощів |  |
| вдягається і взувається самостійно із застосуванням технічних засобів реабілітації без труднощів |  |
| повільно вдягається і взувається самостійно або із застосуванням технічних засобів реабілітації |  |
| з труднощами вдягається і взувається самостійно або із застосуванням технічних засобів реабілітації |  |
| під час вдягання і взування потребує нагляду чи незначної сторонньої допомоги, наприклад: під час застібання гудзиків, завязування шнурків ( до 25 % часу) |  |
| потребує сторонньої допомоги під час вдягання і взування (до 50 відсотків дій чи часу) |  |
| потребує значного обсягу сторонньої допомоги під час вдягання і взування |  |
| не може самостійно вдягатися і взуватися |  |

**10. Контроль дефекації**

|  |  |
| --- | --- |
| повністю контролює дефекацію, у разі потреби може використовувати клізму чи свічки без сторонньої допомоги |  |
| має функціонуючу колостому, за якою доглядає із застосуванням калоприймача самостійно |  |
| випадкові інциденти не частіше ніж один раз на тиждень або потребує допомоги під час використання клізми і свічок (не частіше ніж один раз на тиждень) |  |
| періодично (два - три рази на тиждень) не контролює дефекацію, або потребує використання клізми за допомогою надавача соціальної послуги, або має функціонуючу колостому, за якою може доглядати із застосуванням калоприймача самостійно з частковою сторонньою допомогою |  |
| практично не контролює дефекацію (порушення більше ніж три рази на тиждень), за колостомою доглядати самостійно не може |  |
| постійно не контролює дефекацію або потребує застосування клізми чи догляду за колостомою, що здійснюється надавачем соціальної послуги |  |

**11. Контроль сечовиділення**

|  |  |
| --- | --- |
| повністю контролює сечовиділення без сторонньої допомоги |  |
| самостійно справляється з уростомою із застосуванням сечоприймача та інших спеціальних засобів або самостійно справляється з катетером |  |
| випадкові інциденти не частіше одного разу на добу |  |
| періодично (два - три рази на добу) не контролює сечовиділення або є функціонуюча уростома, за якою може доглядати із застосуванням сечоприймача із частковою сторонньою допомогою |  |
| практично не контролює сечовиділення (порушення більше ніж три рази на добу), за уростомою самостійно доглядати не може, використовуються памперси |  |
| постійно не контролює сечовиділення чи потребує використання катетера, яким не може користуватися самостійно; постійно використовуються памперси або відмовляється від їх використання (внаслідок психічних порушень чи з інших причин) |  |

**12. Відвідування туалету**

|  |  |
| --- | --- |
| відвідує туалет самостійно без труднощів |  |
| відвідує туалет самостійно із застосуванням технічних засобів реабілітації |  |
| насилу відвідує туалет із використанням крісла-туалету, технічних засобів реабілітації без сторонньої допомоги |  |
| потребує незначної сторонньої допомоги та нагляду під час відвідування туалету, застосування крісла-туалету, наприклад для збереження рівноваги, під час роздягання, вдягання та інших дій |  |
| потребує значної сторонньої допомоги під час відвідування туалету |  |
| не може відвідувати туалет, для фізіологічних потреб необхідне застосування спеціальних засобів (судно, памперси) безпосередньо у ліжку |  |

**13.Вставання і перехід з ліжка**

|  |  |
| --- | --- |
| переходить самостійно без труднощів |  |
| переходить за допомогою технічних засобів реабілітації |  |
| під час переходу потребує нагляду (чи мінімальної допомоги) |  |
| переходить самостійно чи за допомогою технічних засобів реабілітації з труднощами |  |
| самостійно сидить у ліжку, під час переходу необхідна часткова стороння допомога |  |
| сидить, але перехід здійснюється за постійної сторонньої допомоги |  |
| сідає і сидить тільки за підтримки, перехід здійснюється за постійної сторонньої допомоги |  |
| не може сидіти в ліжку та встати з ліжка навіть за сторонньої допомоги |  |

**14. Пересування**

|  |  |
| --- | --- |
| пересувається без сторонньої допомоги на відстань більше ніж 500 метрів, ходить помешканням без сторонньої допомоги |  |
| пересувається самостійно без сторонньої допомоги на відстань більше ніж 500 метрів із застосуванням технічних засобів реабілітації, ходить помешканням без сторонньої допомоги |  |
| пересувається самостійно без сторонньої допомоги на відстань більше ніж 500 метрів із застосуванням технічних засобів реабілітації повільно та з труднощами, ходить помешканням без сторонньої допомоги |  |
| пересувається із сторонньою допомогою в межах 500 метрів, ходить помешканням без сторонньої допомоги |  |
| пересувається самостійно на відстань до 100 метрів або пересувається за допомогою крісла-коляски, ходить помешканням повільно із зупинками на відпочинок |  |
| пересувається на відстань до 100 метрів із застосуванням технічних засобів реабілітації, ходить помешканням з труднощами |  |
| пересувається на відстань до 100 метрів тільки із сторонньою допомогою, ходить помешканням із сторонньою допомогою |  |
| не може самостійно пересуватися на відстань більше ніж 50 метрів |  |

**15. Підйом сходами**

|  |  |
| --- | --- |
| самостійно підіймається сходами |  |
| підіймається сходами самостійно за допомогою технічних засобів реабілітації |  |
| потребує багато часу для самостійного чи за допомогою технічних засобів реабілітації підйому сходами |  |
| потребує незначної сторонньої допомоги (чи нагляду) |  |
| підіймається сходами тільки із сторонньою допомогою |  |
| не може підійматися сходами навіть із сторонньою допомогою |  |

|  |
| --- |
|  |

**Оцінки можливості виконання складних дій** *(вибрати одну відповідь по кожному пункту)*

**16.Користування телефоном**

|  |  |
| --- | --- |
| користується телефоном самостійно |  |
| користується тільки спеціально обладнаним телефоном (наприклад, через слабкий слух чи зір) |  |
| користується телефоном з невеликою допомогою чи набираючи тільки добре знайомі номери |  |
| спілкується телефоном, якщо інша людина набере необхідний номер |  |
| не може користуватися |  |

**17. Пересування на відстані понад 1000 метрів**

|  |  |
| --- | --- |
| пересувається самостійно, у тому числі громадським транспортом чи на таксі, планує поїздки самостійно |  |
| пересувається самостійно, у тому числі громадським транспортом чи на таксі, після докладних словесних інструкцій |  |
| пересувається самостійно, із незначною сторонньою допомогою, у тому числі громадським транспортом чи на таксі |  |
| пересувається громадським транспортом чи на таксі тільки з постійним супроводом |  |
| не пересувається |  |

**18. Дрібні покупки в магазині**

|  |  |
| --- | --- |
| робить покупки самостійно |  |
| робить покупки з незначною допомогою |  |
| робить покупки за умови сторонньої допомоги та супроводу |  |
| не може робити покупки |  |

**19. Приготування їжі**

|  |  |
| --- | --- |
| готує самостійно |  |
| готує із напівфабрикатів |  |
| готує з незначною допомогою |  |
| тільки розігріває їжу |  |
| не може готувати |  |

**20. Ведення домашнього господарства**

|  |  |
| --- | --- |
| веде господарство самостійно |  |
| виконує самостійно нетрудомісткі види робіт |  |
| веде господарство з незначною допомогою |  |
| потребує сторонньої допомоги під час виконання більше ніж половини робіт |  |
| не може вести домашнє господарство |  |

**21. Дозвілля, у тому числі рукоділля**

|  |  |
| --- | --- |
| дозвілля організовує самостійно |  |
| деякі види дозвілля організовує самостійно |  |
| дозвілля організовує самостійно з незначною допомогою |  |
| не може самостійно організувати своє дозвілля |  |

**22. Прання**

|  |  |
| --- | --- |
| пере самостійно |  |
| пере самостійно тільки за допомогою пральної машини |  |
| пере самостійно із незначною допомогою, наприклад під час розвішування білизни |  |
| потребує значного обсягу сторонньої допомоги |  |
| не може прати |  |

**23. Прийом лікарських засобів**

|  |  |
| --- | --- |
| приймає лікарські засоби самостійно (правильно дозуючи та у відповідний час) |  |
| приймає лікарські засоби самостійно з незначною допомогою (у разі дозування лікарських засобів та нагадування про необхідність їх прийняти) |  |
| не може самостійно приймати лікарські засоби |  |

**24. Розпорядження особистими коштами**

|  |  |
| --- | --- |
| розпоряджається самостійно |  |
| розпоряджається самостійно з незначною допомогою |  |
| здійснює поточні витрати самостійно, але планувати бюджет не може |  |
| розпоряджатися не може |  |

Сума балів відповідно шкали оцінки можливості виконання елементарних дій, затвердженої постановою КМУ від 07.05.2022р. № 591 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Група рухової активності \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Анкетування проведено:**

Головний спеціаліст відділу соціального

захисту населення селищної ради \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**в присутності:**

Представник закладу

охорони здоров’я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Надавач соціальної послуги \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Особа, яка потребує послуг, та/або

його законний представник \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата визначення ступеня індивідуальної потреби «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_р.