

**Заключение лечебно-профилактического учреждения
для получения социальных услуг в Отделении дневного пребывания и ШРиУ
МБУ "КЦСОН" Кусинского муниципального района
от «___» _____ 20__ г.**

Наименование учреждения: _____

Ф.И.О. обследуемого _____

Дата рождения _____ Адрес: _____

Диагноз (основной): _____

Сопутствующий _____

Психиатр д/з _____

Способность к самообслуживанию:

Полностью сохранена способность человека самостоятельно осуществлять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность, в том числе навыки личной гигиены

Снижена способность человека самостоятельно осуществлять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность, в том числе навыки личной гигиены (необходима регулярная частичная помощь других лиц и (или) использование вспомогательных технических средств)

Утрачена способность человека самостоятельно осуществлять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность, в том числе навыки личной гигиены (полная зависимость от других лиц)

Способность к самостоятельному передвижению:

Полностью сохранена способность человека самостоятельно передвигаться.

Снижена способность человека самостоятельно передвигаться (необходима регулярная, частичная помощь других лиц и (или) использование вспомогательных технических средств)

Утрачена способность человека самостоятельно передвигаться (полная зависимость от других лиц)

В постоянном постороннем уходе (верное подчеркнуть):

не нуждается

нуждается

Медицинские противопоказания к социальному обслуживанию (верное подчеркнуть):

выявлены

не выявлены

Рекомендуемые процедуры:

ТРЕНАЖЕРЫ:

Велотренажер

Беговая дорожка,

Степпер,

- Тренажер Бубновского
- Тренажер для мышц верхнего плечевого пояса «тяга вниз, подъем вверх»
- Тренажер для растяжки позвоночника
- ЗАНЯТИЯ ПО АДАПТИВНОЙ ФК**
- ЗАНЯТИЯ ПО ВОССТАНОВЛЕНИЮ МЕЛКОЙ МОТОРИКИ РУК и когнитивных функций**
- КИСЛОРОДНЫЙ КОКТЕЙЛЬ**
- ФИТОЧАЙ**
- АРОМАТЕРАПИЯ**

Назначаемые процедуры:

Наименование процедуры	Количество процедур	Область проведения процедуры (выделить)
<input type="checkbox"/> ручной массаж	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> электрические массажеры (м/ног, «подушка», «кресло», «хомут», м/головы)	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Прогревание на турманиевом оборудовании (мат, пояс, 2 сердце, наколенники)	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Дэнас	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Алмаг-02	<input type="text" value="не указывается"/>	
Диагноз, по поводу которого назначена процедура Указать при необходимости периодичность (ежедневно, через день, др.)	<hr/> <hr/> <hr/>	

Председатель комиссии

_____ (подпись)

А.В. Хмура
(Ф.И. О.)

Члены комиссии:

Лечащий врач

_____ (подпись)

_____ (Ф.И. О.)

Психиатр

М.П.

_____ (подпись)

А.Ю. Доильницын
(Ф.И. О.)