

Нравится:

Включите сюда то, что важно для человека, что «работает», что приносит ему радость, те области, где он преуспевает, что действительно делает его счастливым.

Имя данного лица

Требуемое наблюдение:

Укажите, насколько внимательно персонал должен наблюдать за этим человеком. Где именно сотрудники должны физически находиться по отношению к данному человеку? Как долго этого человека можно оставить одного в безопасном месте для проведения им какой-либо деятельности? Ночное наблюдение? Наблюдение при нахождении поблизости

Не нравится:

Включите вещи, которые заставляют человека чувствовать себя некомфортно, на которые он не реагирует положительно, что может вызвать негативную реакцию, способы взаимодействия или другие вещи, которые «не работают».

Риски!

Укажите все риски, представляющие непосредственную угрозу для жизни клиента или других лиц. Укажите вещи, которые должны быть ограничены, протоколы наблюдения, особые диетические потребности или поведенческие триггеры и техники.

Навыки и умения:

Укажите то, что действительно хорошо удается этому человеку, то, что он делает хорошо, особые таланты — особенно те вещи, которые могут не быть очевидными на первый взгляд.

Стиль общения:

Укажите, как человек охотнее всего общается и как он предпочитает, чтобы с ним общались другие люди. Если он использует технологию, укажите, как ей пользоваться.

Персонализированное соглашение о предоставлении круглосуточных плановых услуг временного ухода Overnight Planned Respite Services Individualized Agreement

ИМЯ И ФАМИЛИЯ ДАННОГО ЛИЦА			
АДРЕС	ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
ИМЯ И ФАМИЛИЯ РОДИТЕЛЯ / ОПЕКУНА		НОМЕР ТЕЛЕФОНА (С КОДОМ МЕСТНОСТИ) ()	
НОМЕР РАБОЧЕГО ТЕЛЕФОНА (С КОДОМ МЕСТНОСТИ) ()	НОМЕР ТЕЛЕФОНА / МОБИЛЬНОГО ТЕЛЕФОНА ДЛЯ ЭКСТРЕННЫХ ЗВОНКОВ (С КОДОМ МЕСТНОСТИ) ()	ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНА / МОБИЛЬНОГО ТЕЛЕФОНА ЛИЦА, ОКАЗЫВАЮЩЕГО УХОД (ЕСЛИ РОДИТЕЛЬ / ОПЕКУН БУДУТ НЕДОСТУПНЫ) ()	
АДРЕС	ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
ИМЯ И ФАМИЛИЯ КООРДИНАТОРА ОБСЛУЖИВАНИЯ / РЕСУРСНОГО МЕНЕДЖЕРА		НОМЕР ТЕЛЕФОНА (С КОДОМ МЕСТНОСТИ) ()	

Запланированные даты / время услуг временного ухода

С	ВРЕМЯ	ПО	ВРЕМЯ

Часть 1. Для заполнения поставщиком услуг временного ухода, после проверки заявления и разговора с человеком/семьей.

<p>Вид помощи, которая будет предоставлена для перорального приема лекарственных средств (выберите только один вариант).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Персонал будет хранить все лекарственные средства и выдавать их в соответствии с распределением обязанностей медсестры. <input type="checkbox"/> Персонал будет хранить все лекарственные средства и осуществлять наблюдение за пероральным приемом лекарственных средств. <input type="checkbox"/> Персонал будет напоминать только о лекарственных средствах, которые не будут храниться у персонала. <input type="checkbox"/> Данное лицо не принимает лекарственные средства перорально. <input type="checkbox"/> Иное (опишите):
<p>Вид помощи, которая будет предоставлена для приема топических лекарственных средств и/или для зондового питания (выберите только один вариант).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Персонал будет хранить все лекарственные средства и выдавать топические лекарственные средства / процедуры / зондовое питание в соответствии с распределением обязанностей медсестры. <input type="checkbox"/> Персонал будет хранить все лекарственные средства и осуществлять наблюдение за приемом топических лекарственных средств. <input type="checkbox"/> Персонал будет напоминать только о топических лекарственных средствах, которые не будут храниться у персонала. <input type="checkbox"/> Данное лицо не принимает топические лекарственные средства и не питается через зонд. <input type="checkbox"/> Иное (опишите):
<p>Вид помощи, которая будет предоставлена для осуществления процедур личной гигиены и повседневных действий.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Персонал будет предоставлять полную физическую поддержку при выполнении гигиенических процедур и повседневных действий <input type="checkbox"/> Персонал будет предоставлять некоторую физическую поддержку при выполнении гигиенических процедур и повседневных действий <input type="checkbox"/> Персонал будет предоставлять подсказки при выполнении гигиенических процедур и повседневных действий <input type="checkbox"/> Персонал не будет предоставлять поддержку при выполнении гигиенических процедур и повседневных действий <input type="checkbox"/> Иное (опишите):
<p>Требуемое наблюдение со стороны персонала в дневные и вечерние часы в доме (выберите только один вариант)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Персонал будет проводить наблюдение 1:1 <input type="checkbox"/> Персонал будет оставаться достаточно близко для того, чтобы всегда слышать данное лицо <input type="checkbox"/> Персонал всегда будет рядом и доступен, но ему не нужно будет проводить все время непосредственно с данным лицом <input type="checkbox"/> Данное лицо может быть оставлено без наблюдения сроком до Number of hours (необходимо указать время)
<p>Требуемое наблюдение в ночные часы (выберите только один вариант)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> В ночные часы персонал будет оставаться в доме для временного ухода и предоставлять наблюдение 1:1 <input type="checkbox"/> Персонал будет оставаться достаточно близко для того, чтобы всегда слышать данное лицо <input type="checkbox"/> Наблюдение со стороны персонала в доме для временного ухода в ночные часы, персонал может покидать дом сроком до Time (необходимо указать время) <input type="checkbox"/> Наблюдение со стороны персонала в ночные часы вне дома для временного ухода, однако персонал будет совершать посещения для проверки каждый (-ые) Time (необходимо указать время)
<p>Требуемое наблюдение персонала при нахождении поблизости от места жительства (выберите только один вариант)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Персонал будет сопровождать данное лицо поблизости от места жительства и проводить наблюдение 1:1 <input type="checkbox"/> Персонал будет сопровождать данное лицо поблизости от места жительства, наблюдение может быть разделено между несколькими лицами <input type="checkbox"/> Данное лицо может с безопасностью перемещаться поблизости от места жительства без наблюдения со стороны персонала

Развлечения, которые будут предложены / доступны дома (отметьте все, что применимо)	<input type="checkbox"/> Игры <input type="checkbox"/> Головоломки <input type="checkbox"/> Приготовление еды <input type="checkbox"/> Видеоигры <input type="checkbox"/> Музыка <input type="checkbox"/> ТВ / Фильмы <input type="checkbox"/> Занятия поделками <input type="checkbox"/> Доступ к интернету <input type="checkbox"/> Компьютер <input type="checkbox"/> Другое (перечислите):
Предметы, которые данное лицо принесет для развлечения дома	
Виды деятельности, которые будут предложены / доступны рядом с местом проживания (отметьте все, что применимо)	<input type="checkbox"/> Посещение библиотеки <input type="checkbox"/> Боулинг <input type="checkbox"/> Прогулка по парку / вблизи от дома <input type="checkbox"/> Посещение гастрономический заведений <input type="checkbox"/> Шоппинг <input type="checkbox"/> Посещение кинотеатра <input type="checkbox"/> Участие в богослужении <input type="checkbox"/> Другое (перечислите):
Расход денег / подарочных карт, которыми данное лицо будет расплачиваться за различные занятия и услуги по месту жительства	<input type="checkbox"/> Ведение учетного журнала <input type="checkbox"/> Хранение кассовых чеков <input type="checkbox"/> Данное лицо способно распоряжаться своими собственными деньгами, ведение учетного журнала и хранение чеков не требуется <input type="checkbox"/> Иное (опишите):
Транспортировка, которая будет предоставляться в течение временного пребывания (отметьте все, что применимо)	<input type="checkbox"/> Транспортные средства, принадлежащие агентству <input type="checkbox"/> Транспортные средства, принадлежащие персоналу <input type="checkbox"/> Обычный общественный транспорт <input type="checkbox"/> Специализированный общественный транспорт <input type="checkbox"/> Ходьба пешком в близлежащие районы <input type="checkbox"/> Иное (опишите):
Помощь с приемом пищи, аллергии и/или специально адаптированное окружение	<input type="checkbox"/> Не требуется <input type="checkbox"/> Питание только через зонд <input type="checkbox"/> Жидкая диета /диета с исключительно мягкой пищей / пюре <input type="checkbox"/> Еда должна быть порезана на кусочки, которые можно есть целиком, не откусывая <input type="checkbox"/> Диабет <input type="checkbox"/> Требуется наблюдение персонала и помощь во время приема пищи <input type="checkbox"/> Иное (опишите):
Медицинские устройства, которые будут использоваться во время визита на основании оценки потребности в них (инструкции по использованию будут предоставлены персоналу)	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Подъемник Хойера <input type="checkbox"/> Поручни для кровати <input type="checkbox"/> Шлем <input type="checkbox"/> Иное (опишите):
Необходимая адаптация окружения в целях безопасности	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Принадлежности для уборки будут находиться в запортом контейнере/шкафу <input type="checkbox"/> Иное (опишите):
Другие предметы, которые данное лицо принесет с собой (отметьте все, что применимо)	<input type="checkbox"/> Лекарства <input type="checkbox"/> Инвалидная коляска <input type="checkbox"/> Ходунки <input type="checkbox"/> Подгузники <input type="checkbox"/> Санитарно-гигиенические принадлежности <input type="checkbox"/> Аппараты связи <input type="checkbox"/> Другие медицинские устройства / оборудование:
Если вы отметили аппарат связи, укажите, требуется ли поддержка персонала и инструкция по применению устройства	<input type="checkbox"/> Персонал не будет оказывать поддержку при использовании аппарата связи <input type="checkbox"/> Персонал будет оказывать поддержку при использовании аппарата связи Если будет оказана поддержка, то укажите инструкции для персонала:

Проверка и подпись поставщика круглосуточных плановых услуг временного ухода

ПОДПИСЬ ЛИЦА, ЗАПОЛНЯЮЩЕГО АНКЕТУ	ДАТА	ФАМИЛИЯ/ИМЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ
-----------------------------------	------	-------------------------------

Часть 2. Заполняется родителем / опекуном / лицом, оказывающим уход после проверки Соглашения о предоставлении услуг временного ухода

Изменения в приеме медикаментов с момента первоначального заявления на получение услуг временного ухода осуществлены	<input type="checkbox"/> Не применимо <input type="checkbox"/> Список:
Изменения состояния физического или психического здоровья, а также другие изменения с момента первоначального заявления на получение услуг временного ухода осуществлены	<input type="checkbox"/> Не применимо <input type="checkbox"/> Список:
Любые другие выявленные потребности и/или изменения, требуемые для заключения соглашения об оказании услуг временного ухода:	<input type="checkbox"/> Не применимо <input type="checkbox"/> Да (опишите):
Я понимаю, что имеются некоторые известные риски, связанные с использованием медицинских устройств. После рассмотрения предполагаемой пользы и рисков, я даю свое согласие персоналу на использование следующих медицинских устройств: <input type="checkbox"/> Не применимо <input type="checkbox"/> Подъемник Хойера <input type="checkbox"/> Поручни для кровати <input type="checkbox"/> Шлем <input type="checkbox"/> Другое (опишите):	

Подписи			
ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ / ОПЕКУНА / ЛИЦА, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩЕГО УХОД	ДАТА	ФАМИЛИЯ/ИМЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ	ДАТА ПРЕДСТАВЛЕНИЯ МЕНЕДЖЕРУ ПО УХОДУ И РЕСУРСАМ АДМИНИСТРАЦИИ DDA
ПОДПИСЬ ПОСТАВЩИКА УСЛУГ	ДАТА	ФАМИЛИЯ/ИМЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ	

Часть 3. Заполняется всеми представителями персонала, после проверки соглашения о предоставлении услуг временного ухода и перед началом работы с данным лицом один на один.

Подписи представителей персонала ниже необходимы для работы один на один с клиентом круглосуточных плановых услуг по временному уходу, тем самым они оказывают, что они прочли и поняли и соглашаются с оказанием услуг поддержки, перечисленных в Соглашении о предоставлении круглосуточных плановых услуг временной помощи.

ФАМИЛИЯ/ИМЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ	ПОДПИСЬ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПЕРСОНАЛА	ДАТА