



# معاونت امور توانبخشی دفتر امور مراکز توانبخشی و مراقبتی

**دستورالعمل تاسیس ، اداره و انحلال  
مرکز مراقبت در منزل  
(توانبخشی مبتنی بر خانواده)**

**بازنگری**

۱۳۹۶

## دستورالعمل تاسیس ، اداره و انحلال

### مراکز مراقبت در منزل (سالمندان ، معلولان ، بیماران روانی مزمن و اختلالات طیف اتیسم)

بر اساس قانون تشکیل سازمان بهزیستی و ماده ۲۶ قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت مصوب ۸۰/۱۱/۲۷ مجلس شورای اسلامی، صدور پروانه فعالیت برای ایجاد مراکز توانبخشی با هدف گسترش و ارتقاء کیفیت خدمات توانبخشی، مراقبتی و آموزشی به گروه هدف در جهت نیل به توانمندسازی آنان و کاهش تصدی گری دولت بر عهده سازمان بهزیستی کشور می باشد. در این راستا این دستورالعمل در اجراء قانون مذکور و بندهای ۷ و ۹ و ۱۰ "دستورالعمل اجرایی موضوع بندهای ۱ تا ۱۲ ماده ۲۶ قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت" مصوب شورای معاونین سازمان ابلاغی طی نامه شماره ۷۰۰/۸۷/۴۵۹۴۴ مورخ ۶/۳۰/۱۳۸۷ (بازنگری شده در آبان ماه ۱۳۹۵) جهت اجراء تنظیم گردیده است.

#### ماده ۱

#### تعاریف

۱-۱: سازمان بهزیستی کشور

منظور ستاد مرکزی سازمان بهزیستی کشور می باشد که ادارات کل بهزیستی استانها تحت نظارت آن فعالیت می نمایند و در این دستورالعمل با همین عنوان از آن نام برده می شود.

۱-۲: اداره کل بهزیستی استان

منظور ادارات کل بهزیستی استانهای سراسر کشور می باشد که به عنوان زیر مجموعه سازمان بهزیستی کشور انجام وظیفه می کنند.

۱-۳: بهزیستی شهرستان

منظور ادارات بهزیستی شهرستان می باشد که به عنوان زیر مجموعه اداره کل بهزیستی استان انجام وظیفه می کنند.

۱-۴: مرکز مراقبت در منزل (توانبخشی و مراقبتی مبتنی بر خانواده)

به مرکزی گفته می شود که توسط اشخاص حقیقی یا حقوقی با کسب مجوز از سازمان بهزیستی کشور تأسیس شده و تحت نظارت و مطابق دستورالعمل های این سازمان، ارائه خدمات توانبخشی و مراقبتی در منزل توسط مراقبان آموزش دیده و زیر نظر کارشناس تخصصی علوم توانبخشی و مراقبت و با مشارکت اعضای خانوار (خانواده) به گروه هدف واجد شرایط، صورت می گیرد.

۱-۵: گروه هدف واجد شرایط

معلولان ، سالمندان ، بیماران روانی مزمن و افراد دارای اختلالات طیف اتیسم که معلولیت یا ناتوانی ایشان به تایید کمیسیون تعیین نوع و شدت معلولیت استان رسیده باشد و به تشخیص کمیته توانبخشی (شهرستان/استان) نیازمند خدمات مراقبتی

توانبخشی در منزل باشند .

۱-۵-۱: معلول جسمی حرکتی: فردی است که به دلیل اختلالات در سیستم عصبی، عضلانی و یا اسکلتی، دچار محدودیت در عملکرد اندام‌های فوقانی و تحتانی، تنه و یا ستون فقرات شده و به تبع آن دچار محدودیت در فعالیت‌های روزمره زندگی و یا مشارکت اجتماعی است.

۱-۵-۲: معلول ذهنی

فردی است که دارای نقص در کارکرد هوشی (عقلانی) مانند حل مسئله، برنامه‌ریزی، استدلال، قضاوت و نیز عملکرد سازگارانۀ مانند برقراری ارتباط، مشارکت اجتماعی و یا داشتن زندگی مستقل بوده و براساس آزمون‌های استاندارد، دارای نمره هوش بهر کم‌تر از هفتاد باشد. این نقص در دوران رشد (رده سنی کم‌تر از هجده سال تمام) رخ می‌دهد. درجه شدت معلولیت این فرد از خفیف تا خیلی شدید است.

۱-۵-۳: سالمند

به فردی اطلاق می‌گردد که دارای ۶۰ سال و بالاتر باشد . از نظر سنی به سه گروه سالمند جوان (۶۰-۷۰ سال)، سالمند میانسال (۷۱-۸۰ سال) و سالمند پیر (۸۱ به بالا) تقسیم می‌گردند و از نظر میزان وابستگی به ۳ گروه سالمندان دارای حداقل وابستگی، وابستگی نسبی و حداکثر وابستگی تقسیم میشود.

۱-۵-۴: بیمار روانی مزمن

فردی است که دارای علائم بالینی مشخص بیماری روانی به مدت حداقل دو سال باشد و سابقه بستری شدن در بخش روان پزشکی بیمارستان را بیش از یک بار در طی دو سال گذشته داشته و از نظر عملکرد فردی، اجتماعی و یا شغلی دچار مشکل باشد.

۱-۵-۵: فرد دارای اختلال طیف اتیسم

فردی است که با نشانه‌هایی در زمینه‌های رفتاری مشخص شامل اشکال در ارتباط اجتماعی، اشکال در رفتارها و علایق، و یا انجام فعالیت‌های تکراری و محدود، مشخص می‌شود. علائم این اختلال به صورت طیفی از خفیف تا خیلی شدید بروز می‌کند.

۱-۶: خدمات توانبخشی و مراقبتی

خدمات توانبخشی و مراقبتی شامل خدمات مختلف مراقبت‌های بهداشتی و ارائه خدمات توانبخشی براساس برنامه تدوین شده توسط کارشناسان علوم توانبخشی و مراقبت، آموزش به افراد با معلولیت جسمی- حرکتی، افراد با اختلالات هوشی- رشدی، بیماران روانی مزمن و سالمندان و خانواده آن‌ها درخصوص مسائل بهداشتی، استفاده صحیح از وسایل کمک توانبخشی، مناسب‌سازی، تطابقات فضای فیزیکی و وسایل به منظور ارتقای مهارت‌ها و کسب استقلال فردی و افزایش توانمندی خانواده است.

۱-۷: مراقب آموزش دیده

فردی است واجد شرایط که پس از تأیید صلاحیت و گذراندن دوره آموزشی تعریف شده و موفقیت در آزمون، وظیفه ارائه خدمات مراقبتی و توانبخشی در منزل را طبق مقررات به عهده دارد.

#### ۸-۱: کارشناس ناظر پایشگر

منظور نیروی انسانی تخصصی توانبخشی با مدرک تحصیلی تعریف شده در دستورالعمل است که توسط مرکز جهت پایش و نظارت بر عملکرد مراقبین آموزش دیده انتخاب می گردد.

#### ۹-۱: کمیسیون پزشکی تشخیص نوع و تعیین شدت معلولیت

ترکیبی از متخصصان و کارشناسان گروه های توان بخشی مرتبط با سلامت و گروه های پزشکی است که تشخیص نوع و تعیین شدت معلولیت را مطابق طبقه بندی بین المللی عملکرد، معلولیت (کم توانی) و سلامت برعهده دارد.

#### ۱۰-۱: کمیته نظارت تخصصی حوزه توانبخشی استان

کمیته ای است متشکل از معاون توانبخشی اداره کل بهزیستی استان، کارشناسان مرتبط در معاونت توانبخشی اداره کل بهزیستی استان و در صورت نیاز رئیس اداره بهزیستی شهرستان مربوطه که بر حسن اجرای قوانین و انجام فعالیت های مراکز توانبخشی در سطح استان نظارت دارد.

#### ۱۱-۱: موافقت اصولی

مطابق بند الف تعاریف عمومی ماده ۲ دستور العمل اجرایی " (موضوع بندهای ۱ تا ۱۲ ماده ۲۶) قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت " می باشد .

#### ۱۲-۱: پروانه فعالیت

مطابق بندهای الف تعاریف عمومی ماده ۲ دستور العمل اجرایی " (موضوع بندهای ۱ تا ۱۲ ماده ۲۶) قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت " می باشد .

#### ۱۳-۱: مؤسس (صاحب امتیاز)

مطابق بندهای الف تعاریف عمومی ماده ۲ دستور العمل اجرایی " (موضوع بندهای ۱ تا ۱۲ ماده ۲۶) قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت " می باشد .

#### ۱۴-۱: مسئول فنی

مطابق بند الف تعاریف عمومی ماده ۲ دستور العمل اجرایی " (موضوع بندهای ۱ تا ۱۲ ماده ۲۶) قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت " می باشد .

#### ۱۵-۱: شخصیت حقیقی

مطابق بند الف تعاریف عمومی ماده ۲ دستور العمل اجرایی " (موضوع بندهای ۱ تا ۱۲ ماده ۲۶) قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت " می باشد .

## ۱-۱۶: شخصیت حقوقی

مطابق بند الف تعاریف عمومی ماده ۲ دستور العمل اجرایی " (موضوع بندهای ۱ تا ۱۲ ماده ۲۶) قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت " می باشد .

## ۱-۱۷: کارشناس ناظر استان

منظور کارشناس حوزه معاونت توانبخشی استان می باشد که توسط معاون امور توانبخشی بهزیستی استان بر عملکرد تخصصی مراکز توانبخشی در سطح استان نظارت دارد .

## ۱-۱۸: کارشناس ناظر شهرستان

منظور کارشناس توانبخشی ادارات بهزیستی شهرستان می باشد که توسط رئیس اداره بهزیستی شهرستان بر عملکرد تخصصی مراکز توانبخشی در سطح شهرستان نظارت دارد .

## ماده ۲

### اهداف

#### هدف کلی

تغییر رویکرد مراقبتی از نگهداری شبانه روزی در مراکز به ارائه خدمات مراقبتی و توانبخشی در منزل

#### اهداف اختصاصی

- ارتقاء سطح کمی و کیفی خدمات مراقبتی و توانبخشی در منزل
- تکریم گروه هدف با تحکیم بنیان خانواده
- ارائه مراقبت جامع و کل نگر
- تقویت برنامه های آگاهسازی ، آموزش خانواده ها و ارتقاء سطح دانش آنان در خصوص اصول مراقبتی توانبخشی جهت پیشگیری یا به تعویق انداختن عوارض ثانویه معلولیت
- گسترش چتر خدمات مراقبتی توانبخشی در اقصی نقاط کشور
- استفاده از افراد محلی برای ارائه خدمات توانبخشی مراقبتی ( بومی سازی)
- ایجاد فرصت های اشتغال و توانمندسازی شغلی

## ماده ۳

### شرایط و وظایف متقاضیان تاسیس مراکز ( صاحب امتیاز)

۳-۱: شرایط متقاضیان تاسیس مراکز (صاحب امتیاز)

شرایط عمومی متقاضیان تاسیس مراکز علاوه بر موارد مندرج در ماده ۱۳ قوانین ومقررات تاسیس مراکز غیر دولتی موضوع بندهای ۱ تا ۱۲ ماده ۲۶ قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت:

- دارا بودن حداقل ۲۵ سال سن
- سکونت در استان محل تقاضا
- دارا بودن مدرک تحصیلی کارشناسی در رشته های مرتبط با علوم توانبخشی، پیراپزشکی (پرستاری، بهداشت عمومی، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی)، علوم اجتماعی (خدمات اجتماعی، مددکاری)، روانشناسی، علوم تربیتی (با گرایش کودکان استثنائی، مشاوره) کارشناسی ارشد در رشته مدیریت توانبخشی و دکترای پزشکی عمومی
- داشتن ۲ سال سابقه کار مرتبط

تبصره ۱: در مراکز حقوقی و هیأت امنایی اهداف اساسنامه موسسه باید در راستای فعالیت حوزه معاونت توانبخشی باشد و حداقل یک نفر از اعضای هیأت مدیره باید دارای مدرک تحصیلی منطبق با شرایط مندرج در دستورالعمل تخصصی باشد.

تبصره ۲: انتخاب افراد واجد شرایط تاسیس مراکز با شخصیت حقیقی یا حقوقی می بایست پس از شرکت در فراخوان که بر حسب نیاز حوزه توانبخشی استان انجام می پذیرد با انجام مصاحبه دقیق تخصصی و توجه به توانمندی های علمی، تحصیلی، تجربی و اقتصادی متقاضیان توسط بهزیستی استان انتخاب گردند.

تبصره ۳: متقاضیانی که علاوه بر نقش موسس دارای شرایط و خواهان پذیرفتن مسئولیت فنی مرکز باشند، در اولویت قرار دارند.

۲-۳: وظایف دارنده پروانه فعالیت (صاحب امتیاز)

- تعیین و معرفی مسئول فنی واجد شرایط به سازمان بهزیستی
  - رعایت موازین حقوقی و قانونی
  - پاسخگوئی به شکایات مطروحه از مرکز و افراد شاغل در آن
  - رعایت قانون کار جمهوری اسلامی ایران درمورد کارکنان شاغل در مرکز
  - تامین استانداردهای مرکز اعم از ساختمانی، تجهیزاتی، ایمنی، بهداشتی و ...
  - انعقاد قرارداد جهت بیمه مسئولیت و حوادث برای گروه هدف و پرسنل
  - تامین کلیه مایحتاج و هزینه های مرکز به پیشنهاد مسئول فنی
  - انتشار فراخوان در روزنامه های کثیرالانتشار جهت جذب نیروی انسانی مراقب
  - انتخاب متقاضیان ارائه خدمت پس از بررسی مدارک و سوابق کاری
  - تامین نیروی انسانی با عنوان کارشناس ناظر پایشگر بر عملکرد مراقبین
  - انعقاد قرارداد با پرسنل
  - پرداخت به موقع حقوق و مزایای کارکنان مرکز طبق قرارداد منعقد و بر اساس قوانین جاری کشور
  - تقبل مسئولیت صلاحیت تخصصی، اخلاقی و فردی نیروی انسانی مرکز در زمان همکاری با مرکز
  - همکاری و فراهم نمودن فرصت های لازم برای نظارت کارشناسان بهزیستی
- تبصره ۴: موسس موظف است در هنگام استخدام و جذب نیروی انسانی نسبت به اخذ صلاحیت فردی آنان (گواهی سلامت، عدم سوء پیشینه و عدم اعتیاد) اقدام نماید.

تبصره ۵: در موسسات غیردولتی رئیس هیئت مدیره و مدیرعامل مسئولیت کلیه فعالیت های مرتبط با صاحب امتیاز مرکز را بعهده

خواهند داشت.

تبصره ۶: موسس موظف است هرگونه تغییر و جابجایی در خصوص مسئول فنی مرکز را صرفاً با مجوز کتبی بهزیستی استان اعمال نماید.

## ماده ۴

### نحوه صدور موافقت اصولی، پروانه فعالیت، تمدید آن

۴-۱: مدارک لازم برای صدور موافقت اصولی

علاوه بر موارد مندرج در ماده ۱۴ دستور العمل اجرایی " (موضوع بندهای ۱ تا ۱۲ ماده ۲۶) قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت "

- اصل تأییدیه کمیته تخصصی حوزه معاونت توانبخشی استان مبنی بر صلاحیت علمی و اجرایی متقاضی

۴-۲: فرایند صدور موافقت اصولی

مطابق با ماده ۱۵ دستور العمل اجرایی (موضوع بندهای ۱ تا ۱۲ ماده ۲۶) قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت تبصره ۱: متقاضی تاسیس مرکز با فعالیت " مراقبت در منزل " می تواند صرفاً بر اساس هر یک از بندهای ۷، ۹ یا ۱۰ و یا به صورت ادغام دو یا سه فعالیت بر اساس بندهای ۷ (گروه هدف معلول)، ۹ (گروه هدف سالمند)، و ۱۰ (گروه هدف بیمار روانی مزمن) درخواست صدور موافقت اصولی نماید.

۴-۳: مدارک لازم جهت صدور پروانه فعالیت

مطابق با ماده ۱۷ دستور العمل اجرایی (موضوع بندهای ۱ تا ۱۲ ماده ۲۶) قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت

۴-۴: فرایند صدور پروانه فعالیت

مطابق با ماده ۱۸ دستور العمل اجرایی (موضوع بندهای ۱ تا ۱۲ ماده ۲۶) قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت تصویب بازنگری ۹۵/۸/۲۴

۴-۵: مدارک مورد نیاز جهت تمدید پروانه فعالیت

علاوه بر موارد مندرج در ماده ۱۹ دستور العمل اجرایی (موضوع بندهای ۱ تا ۱۲ ماده ۲۶) قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت - اصل گزارش کارشناس ناظر حوزه معاونت امور توانبخشی سازمان بهزیستی استان در خصوص بررسی وضعیت و عملکرد مرکز که به تأیید کمیته نظارت تخصصی حوزه توانبخشی (موصوف ساختار نظارتی) رسیده باشد.

۴-۶: فرایند تمدید پروانه فعالیت

علاوه بر موارد مندرج در ماده ۲۰ دستور العمل اجرایی (موضوع بندهای ۱ تا ۱۲ ماده ۲۶) قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت

- اصل گزارش کارشناس ناظر حوزه معاونت امور توانبخشی سازمان بهزیستی استان در خصوص بررسی وضعیت و عملکرد مرکز که به تأیید معاون توانبخشی استان رسیده باشد.

تبصره ۲: صدور موافقت اصولی یا پروانه فعالیت برای متقاضیان به منزله ایجاد تعهد برای سازمان در پرداخت یارانه و تسهیلات نمی باشد.

## ماده ۵

### شرایط و مدارک مسئول فنی

#### ۵-۱: شرایط مسئول فنی

- اعتقاد به دین مبین اسلام یا یکی از ادیان رسمی تصریح شده در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران
  - تابعیت جمهوری اسلامی ایران
  - دارا بودن حداقل ۲۵ سال
  - دارا بودن مدرک تحصیلی :
  - دکترای پزشکی عمومی ، حداقل مدرک کارشناسی در رشته های پرستاری ، فیزیوتراپی ، کاردرمانی، روانشناسی ، مددکاری، خدمات اجتماعی ، بهداشت عمومی، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی و کارشناسی ارشد در رشته مدیریت توانبخشی ، آسیب شناسی و حرکات اصلاحی
  - داشتن ۲ سال سابقه کار مرتبط
  - عدم اشتغال همزمان در کلیه دستگاهها و نهادها و واحدهای اداری، نظامی، انتظامی، قضائی، تولیدی، خدماتی و صنفی
- تبصره ۱: توانایی های علمی و تخصصی ، سوابق شغلی و علاقه مندی مسئول فنی باید در مصاحبه کمیته تخصصی حوزه معاونت توانبخشی بهزیستی استان بررسی و مورد تأیید قرار گیرد.

#### ۵-۲: مدارک لازم جهت صدور پروانه مسئول فنی

علاوه بر موارد مندرج در ماده ۲۴ دستورالعمل اجرایی (موضوع بندهای ۱ تا ۱۲ ماده ۲۶ قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت ، مدارک موردنیاز شامل :

۱. گواهی سابقه کار از سازمانها یا مراکز معتبر مرتبط با امور توانبخشی
۲. گواهی صلاحیت علمی و تخصصی به تأیید کمیته تخصصی حوزه معاونت توانبخشی اداره بهزیستی استان

تبصره ۲: اعتبار پروانه مسئول فنی مرکز ۳ سال می باشد.

تبصره ۳: چنانچه دارنده موافقت اصولی و مسئول فنی یک نفر باشد، نیازی به ارائه مجدد مدارک شخصی نمی باشد و پروانه مسئول فنی برای فرد مذکور برای ۳ سال صادر خواهد شد.

تبصره ۴: مسئول فنی می تواند با معرفی جانشین واجد شرایط مندرج در بند ۱-۵ ماده ۵ این دستورالعمل و کسب موافقت از

بهزیستی شهرستان مطابق ضوابط و مقررات از مرخصی استفاده نماید. جانشین معرفی شده، در مدت تصدی دارای اختیارات، وظایف و مسئولیت های مسئول فنی می باشد و در مقابل سازمان و دیگر مراجع ذیصلاح قانونی پاسخگو می باشد.

۳-۵: مدیریت در مراکز جامع توانبخشی با فعالیت مراقبت در منزل به شرح ذیل می باشد:

- ۱- شبانه روزی + مراقبت در منزل، با در نظر گرفتن یک مسئول فنی واجد شرایط اختصاصی هر دو فعالیت برای دو قسمت
- ۲- روزانه + مراقبت در منزل، با در نظر گرفتن یک مسئول فنی واجد شرایط اختصاصی هر دو فعالیت برای دو قسمت
- ۳- ارائه خدمات توانبخشی در منزل + مراقبت در منزل ، با در نظر گرفتن یک مسئول فنی واجد شرایط اختصاصی هر دو فعالیت برای دو قسمت
- ۴- شبانه روزی + روزانه + مراقبت در منزل:

- در صورتیکه مجموع ظرفیت اسمی فعالیت شبانه روزی و روزانه ۱۰۰ و کمتر از ۱۰۰ باشد و مسئول فنی دو فعالیت روزانه و شبانه روزی شخص واحد باشد. فرد واجد شرایط برای مسئولیت فنی برای فعالیت مراقبت در منزل باید انتخاب می گردد. مسئول فنی فعالیت مراقبت در منزل می تواند به عنوان کارشناس ناظر پایشگر نیز انجام وظیفه نماید.

- در صورتیکه ظرفیت اسمی فعالیت شبانه روزی و روزانه بالای ۱۰۰ و مسئول فنی هر فعالیت مجزا تعریف گردیده است. هر یک از مسئولین فنی فعالیت شبانه روزی یا روزانه، می تواند مسئولیت فنی فعالیت مراقبت در منزل را عهده دار گردد.

۵- روزانه + ارائه خدمات توانبخشی در منزل + مراقبت در منزل با در نظر گرفتن دو مسئول فنی

۶- شبانه روزی + ارائه خدمات توانبخشی در منزل + مراقبت در منزل با در نظر گرفتن دو مسئول فنی

۷- دو فعالیت روزانه + مراقبت در منزل با در نظر گرفتن دو مسئول فنی

تبصره ۵: در مراکز جامع با فعالیت مراقبت در منزل، در صورتیکه یک مسئول فنی صرفاً مسئولیت فنی فعالیت مذکور را عهده دار باشد، با رعایت ضوابط حاکم بر دستورالعمل مراکز مراقبت در منزل، میتواند با کارشناس ناظر پایشگر شخص واحد تعریف گردد.

## ماده ۶

### مقررات عمومی

علاوه بر موارد مندرج در ماده ۲۸ دستورالعمل اجرایی ( موضوع بندهای ۱ تا ۱۲ ماده ۲۶) قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت:

۱-۶: استفاده از پروانه فعالیت منحصرأ محدود به شهرستانی است که مجوز برای آن صادره شده است، هرگونه تغییر محل در همان استان یا توسعه مرکز باید با اطلاع و تأیید کمیسیون ماده ۲۶ بهزیستی استان انجام پذیرد.

تبصره ۱: باتوجه به اینکه در بعضی از شهرستانها امکان تاسیس مرکز با حداقل ظرفیت وجود ندارد، با نظر کمیته تخصصی حوزه توانبخشی استان بعضی از شهرستانها می توانند شهرهای کوچک همجوار را پوشش دهند.

۲-۶: ویژگی های تابلو مرکز می بایست مطابق با دستورالعمل "استانداردسازی تابلو مراکز" ابلاغی از سوی ستاد بهزیستی کشور

صورت پذیرد.

۳-۶ : نصب پروانه فعالیت و پروانه مسئول فنی در معرض دید مراجعان الزامی است.

۴-۶ : فهرست اسامی کارکنان شاغل ، ساعات کار باید در اتاق مسئول فنی مرکز در تابلویی نصب گردد.

۵-۶ : مرکز موظف است جهت تمامی گروه هدف پرونده های ذیل را به صورت جداگانه تشکیل دهد

الف - پرونده اجتماعی شامل مدارک هویتی، سوابق خانوادگی، علت پذیرش در مرکز و ...

ب - پرونده مراقبتی و توانبخشی شامل:

۱- خلاصه پرونده بهزیستی ۲- تصویر برگه کمیسیون تایید نوع و شدت معلولیت ۳- تصویر صورت جلسه کمیته توانبخشی ۴- فرم

شماره ۱ و یا ۲ بر حسب مورد ۵- فرم شماره (۳) ۶- فرم شماره (۴) ۷- فرم شماره (۵) ۸- فرم شماره (۶) ۹- فرم شماره (۷) ۱۰-

فرم شماره (۱۱) حسب مورد ۱۱- فرم شماره (۱۳) حسب مورد

تبصره ۲: تشکیل پرونده ( ثبت مشخصات کامل گروه هدف ، اقدامات ارزیابی اولیه فرد خدمت گیرنده، تعیین اهداف و برنامه های مراقبتی توانبخشی ،..... ) و نگهداری مدارک و مستندات جهت هر یک از خدمت گیرندگان به صورت محرمانه الزامی می باشد.

۶-۶ : مرکز موظف است جهت تمامی کارکنان ، پرونده پرسنلی به صورت جداگانه شامل مدارک شناسایی ، فرم قرارداد، مستندات بیمه ، گواهی عدم سوء پیشینه، گواهی عدم اعتیاد، گواهی سلامت ، گواهی نامه دوره های آموزشی و... تشکیل دهد .

۷-۶ : کلیه کارکنان مرکز می بایست دارای فرم قرارداد با مرکز و مستندات بیمه باشند.

۸-۶ : کلیه کارکنان اعزامی مرکز می بایست دارای کارت شناسایی معتبر تأیید شده از طرف مرکز باشند.

۹-۶ : شرح وظایف هر یک از نیروهای انسانی در چهارچوب قوانین و مقررات دستورالعملهای سازمان بهزیستی کشوری باشد.

۱۰-۶ : مرکز توانبخشی و مراقبتی مبتنی بر خانواده به صورت صرف یا به صورت مرکز جامع با تلفیق فعالیت شبانه روزی، ارائه خدمات توانبخشی در منزل یا روزانه تاسیس می گردد.

تبصره ۳ : مراکز ارائه خدمات توانبخشی در منزل در صورت احراز درجه ارزشیابی عالی در دو سال اخیر نسبت به تغییر کاربری به مرکز جامع با تلفیق فعالیت مراقبت در منزل در اولویت می باشند.

تبصره ۴ : سازمان های مردم نهاد (شخص حقوقی) و مجتمع خدمات بهزیستی مجاز به تاسیس مرکز بر اساس ضوابط و مقررات شخصیت حقوقی می باشند.

۱۱-۶ : حداکثر ظرفیت مجاز جهت صدور مجوز برای مراکز مراقبت در منزل صرف ۳۲۰ نفر و برای فعالیت مراقبت در منزل در قالب مرکز جامع ۱۶۰ نفر می باشد. بدیهی است موارد استثناء با در نظر گرفتن شرایط ویژه توسط دفتر تخصصی مربوطه قابل بررسی و تأییدیه دفتر بصورت مکتوب به استان اعلام میگردد.

۱۲-۶ : در ارائه خدمات به گروه هدف معلول ذهنی، جسمی حرکتی، روانی مزمن و سالمند، به ازای ظرفیت ۱۲۰ نفر، حداقل ۲۰ مراقب و یک کارشناس ناظر پایشگر تعریف می گردد.

تبصره ۵: در خصوص ارائه خدمت به گروه هدف اختلال طیف اتیسم موضوع بر اساس بخشنامه های ابلاغی برنامه ریزی می گردد.

۱۳-۶: مرکز موظف به برگزاری دوره آموزشی مقدماتی با هماهنگی سازمان بهزیستی و براساس دستورالعمل و جزوات آموزشی برای متقاضیان ( نیروی انسانی مراقب ) قبل از گزینش نهایی آنان می باشد.

۱-۱۳-۶: حداقل ۱۲۰ ساعت ( ۸۰ ساعت تئوری و ۴۰ ساعت عملی ) برای متقاضیان ( نیروی انسانی مراقب ) خدمت به گروه های هدف معلول، سالمند و بیمار روانی مزمن

۲-۱۳-۶: حداقل ۸۰ ساعت تئوری و عملی برای متقاضیان خدمت ( نیروی انسانی مراقب ) به گروه هدف دارای اختلال طیف اتیسم تبصره ۶: برای تسهیل برنامه مراقبت در منزل برای افراد دارای اختلال طیف اتیسم و نیز افزایش سطح کارایی برنامه با توجه به سن فرد، بسته های مراقبتی در سه سطح کودک، نوجوان و بزرگسال تهیه می شود. بسته های مراقبتی با توجه به سطح سنی می توانند شامل ابزار، راهنما و توصیه هایی در قالب جعبه ابزار (Tool Kit) باشند. در این بسته ها، موارد و توصیه ها و اقلام پایه ای مورد نیاز برای انجام و تسهیل توصیه های ارائه شده وجود دارد.

۱۴-۶: مرکز موظف است با بررسی و نیازسنجی آموزشی مراقبین، هر شش ماه یک بار نسبت به برگزاری دوره آموزشی تکمیلی ( هر دوره آموزشی تکمیلی، حداقل ۱۲ ساعت ) با هماهنگی معاونت توانبخشی بهزیستی استان اقدام نماید.

۱۵-۶: کمک هزینه خدمات مراقبت در منزل هر سال یکبار توسط معاونت امور توانبخشی سازمان بهزیستی کشور تهیه و جهت اجرای آن توسط مراکز به بهزیستی استانها ابلاغ می گردد.

۱۶-۶: مرکز به عنوان هماهنگ کننده ارائه خدمات توانبخشی و مراقبتی بین خدمت دهندگان و خدمت گیرندگان (گروه هدف نیازمند به خدمات مراقبتی و توانبخشی در منزل) به صورت روزانه در یک شیفت (صبح یا عصر) یا دو شیفت ( صبح و عصر) عمل خواهد نمود.

۱۷-۶: پذیرش گروه هدف تحت پوشش در مراکز مراقبت در منزل صرفاً از طریق معرفی کمیته توانبخشی صورت می گیرد.

۱۸-۶: در مراکز با فعالیت مراقبت در منزل، ارزیابی اولیه، تعیین اهداف و برنامه های مراقبتی توانبخشی (care plan) گروه هدف توسط کارشناسان ناظر پایشگر صورت می گیرد. در صورت عدم ارتباط مدرک تحصیلی پایشگر با نوع معلولیت گروه هدف مرکز موظف است نسبت به تامین نیروی انسانی مورد نیاز جهت مشاوره در بدو ارائه خدمت و به صورت دوره ای ( هر سه ماه یک بار) اقدام نماید.

۱۹-۶: مرکز می بایست ماهیانه نسبت به ارسال آمارو عملکرد و گزارش موارد ترخیص یا فوت به بهزیستی شهرستان اقدام نماید.

۲۰-۶: مرکز موظف به تنظیم قرارداد فیما بین خانواده و مرکز برای کلیه خدمت گیرندگان (آزاد-پوشش یارانه) در سه نسخه مطابق فرم شماره ۳ پیوست می باشد.

## شرایط اختصاصی پذیرش، ضوابط پذیرش و تریخیص گروه هدف

## ۷-۱: شرایط اختصاصی پذیرش :

کلیه افراد گروه هدف که نیازمند خدمات مراقبتی و توانبخشی در منزل می باشند ( از جمله افراد بسترگرا، مبتلا به معلولیت یا بیماری روانی مزمن شدید و خیلی شدید، اختلال طیف اتیسم و...) و خانواده قادر به تامین نیازهای مراقبتی توانبخشی آنان نمی باشند.

۷-۱-۱: گروه هدف این برنامه، باید معلولیت یا ناتوانی آنها به تأیید کمیسیون تشخیص نوع و تعیین شدت معلولیت استان رسیده باشد و به تشخیص کمیته توانبخشی (شهرستان / استان) نیازمند خدمات توانبخشی و مراقبتی در منزل باشند.

۷-۱-۲: مراقبت از افراد دارای اختلال طیف اتیسم واجد شرایط در سه سطح کودک، نوجوان و بزرگسال قابل اجرا می باشد.

۷-۱-۳: کودکان معلول واجد شرایط در دوران طلایی رشد و افرادی که جدیداً به معلولیت مبتلا شده اند و نیازمند مداخله به هنگام و دریافت خدمات مستمر توانبخشی و مراقبتی هستند در اولویت می باشند.

۷-۱-۴: بیماران روانی باید فاقد تحریکات روانی و علائم حاد باشند.

۷-۱-۵: بیماران روانی معتاد، تنها بعد از سم زدایی توسط مرکز پذیرش خواهند شد.

۷-۱-۶: بیماران روانی عضوی بعد از انجام درمان های لازم و در صورت فقدان علائم حاد جسمی و روانی توسط مرکز پذیرفته می شوند.

۷-۱-۷: افراد دارای اختلالات طیف اتیسم باید فاقد تحریکات روانی و علائم حاد حاکمی از اختلالات همراه و یا تشخیص دوگانه باشند.

## ۷-۲: ضوابط پذیرش

۷-۲-۱: پذیرش گروه هدف واجد شرایط به دو صورت انجام می گیرد:

- با پوشش یارانه بر اساس قرارداد منعقد شده بین سازمان و مرکز و ارجاع به مرکز

- پذیرش به شیوه آزاد توسط مرکز با تعرفه ابلاغی بهزیستی کشور و اطلاع رسانی به بهزیستی شهرستان

۷-۲-۲: ادارات بهزیستی شهرستانها موظفند اطلاعات لازم در خصوص شرایط، نوع و میزان خدماتی که مراکز مراقبت در منزل ملزم به ارائه آن می باشند را به کلیه متقاضیان پذیرش در مراکز مذکور اعلام نموده و گروه هدف پشت نوبت واجد شرایط را به این مراکز معرفی نمایند.

۷-۲-۳: در زمان پذیرش اخذ رضایت نامه از گروه هدف / قیم یا ولی قانونی وی الزامی است.

۷-۲-۴: بهزیستی استان مجاز می باشد با تأیید دفتر تخصصی حوزه معاونت امور توانبخشی بهزیستی کشور و وجود اعتبار، با توجه به ظرفیت موجود تا سقف ۷۵ درصد ظرفیت اسمی، به مرکز یارانه پرداخت نماید.

۷-۲-۵: گروه هدف تحت پوشش (دارای پرونده توانبخشی) پشت نوبت دریافت خدمات توانبخشی و مراقبتی در اولویت دریافت یارانه می‌باشند.

۷-۲-۶: پذیرش آزاد گروه هدف با رعایت دستورالعمل تعیین شده از سوی حوزه معاونت امور توانبخشی، در صورت اثبات احراز شرایط، توسط مسئول فنی مرکز مجاز می‌باشد منوط به اینکه در بازه زمانی ده روز کاری، اطلاع رسانی به بهزیستی شهرستان صورت پذیرد.

۷-۲-۷: شهریه ارائه خدمت به گروه هدف با پذیرش آزاد، بر اساس تعرفه ابلاغ شده به ازای هر ساعت ارائه خدمات از سوی سازمان بهزیستی کشور و تعداد ساعات خدمت در ماه محاسبه می‌گردد.

### ۷-۳: ضوابط ترخیص

۷-۳-۱: ترخیص از مرکز مراقبت در منزل به تشخیص کارشناس ناظر پایشگر مرکز و به تأیید مسئول فنی خواهد بود.

۷-۳-۲: پس از احراز شرایط موضوع بند ۷-۳-۱، ترخیص گروه هدف تحت پوشش از مرکز با رعایت ضوابط پس از بررسی در کمیته توانبخشی و ترخیص گروه هدف آزاد با اطلاع بهزیستی شهرستان صورت می‌پذیرد.

۷-۳-۳: بدیهی است در صورت رضایت خانواده و گروه هدف برای ترخیص و عدم تمایل به ادامه فرآیند توانبخشی، با اطلاع کمیته توانبخشی، ترخیص امکان پذیر است.

### ۷-۴-۲: شرایط ترخیص

- درخواست خانواده مبنی بر ترخیص
  - توانمندی خانواده در ارائه خدمات به جامعه هدف بدون نیاز به مراقب
  - توانمندی معلول جهت استفاده از خدمات مراکز روزانه توانبخشی (ایجاد بستر مناسب در جامعه)
  - عدم همکاری خانواده در ارائه خدمات یا درخواست خدماتی خارج از دستورالعمل در صورت تأیید در کمیته توانبخشی
- تبصره: جامعه هدف تحت پوشش حد اکثر ۲ سال از خدمات مراقبتی و توانبخشی در منزل بهره مند میگردند. ادامه ارائه خدمت بیش از ۲ سال منوط به بررسی و نظر کمیته تخصصی توانبخشی استان خواهد بود.

## ماده ۸

**نیروی انسانی مورد نیاز مرکز با ظرفیت ۱۲۰ نفر (گروه هدف سالمند، معلول جسمی حرکتی، معلول ذهنی و بیمار روانی مزمن)**

- مسئول فنی
- کارشناس ناظر پایشگر با مدرک تحصیلی دکترای پزشکی عمومی یا حداقل مدرک کارشناسی در رشته های پرستاری، فیزیوتراپی، کاردرمانی، روانشناسی، مددکاری، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، بهداشت عمومی و کارشناسی ارشد در رشته مدیریت توانبخشی، آسیب شناسی و حرکات اصلاحی با ۲ سال سابقه کار مرتبط، یک نفر
- مراقبین آموزش دیده با مدرک تحصیلی حداقل دیپلم متوسطه حداقل ۲۰ نفر

تبصره ۱: در مورد گروه هدف سالمند، معلول جسمی حرکتی، معلول ذهنی و بیمار روانی مزمن، بسته به شرایط و نیاز، به ازاء خدمت به ۶ نفر از گروه هدف، یک مراقب تعریف می گردد.

تبصره ۲: در مراکز مراقبت در منزل اختلالات طیف اتیسم، به ازای خدمت به ۳ فرد اتیستیک، یک مراقب تعریف میگردد.

- متصدی اموردفتری - یک نفر

- کارشناسان علوم مراقبت و توانبخشی جهت تعیین اهداف و برنامه مراقبت، ارائه ملاحظات و مشاوره به مراقبین بصورت

دوره ای (هر سه ماه یک بار)

تبصره ۳: مراقبین باید دارای مدرک تحصیلی حداقل دیپلم متوسطه ترجیحاً دیپلم مددیاری سالمند و مددیاری افراد با نیازهای ویژه و دامنه سنی ۵۰-۱۸ باشند.

تبصره ۴: مراقبین با مدرک تحصیلی مرتبط با امور توانبخشی یا داشتن سابقه کار در امور توانبخشی در اولویت می باشند.

تبصره ۵: در انتخاب مراقبین، خانواده جامعه هدف در صورت احراز شرایط، گذراندن دوره آموزشی و موفقیت در آزمون و مصاحبه در اولویت می باشند.

تبصره ۶: در صورتیکه موسس و مسئول فنی مرکز شخص واحد نباشد، مسئول فنی مرکز و کارشناس ناظر پایشگر می تواند شخص واحد باشد.

تبصره ۷: در مورد گروه هدف سالمند و معلول جسمی حرکتی، نیروی انسانی با مدرک تحصیلی پرستاری، فیزیوتراپی، کاردرمانی، پزشکی و در مورد گروه هدف معلولان ذهنی، بیماران روانی مزمن و افراد دارای اختلالات طیف اتیسم، نیروی انسانی با مدرک تحصیلی روانشناسی و کاردرمانی جهت تصدی مسئولیت کارشناس ناظر پایشگردار اولویت می باشند.

## ماده ۹

### فرایند گزینش مراقبین و مقررات تخصصی

#### ۹-۱: فرایند گزینش

۹-۱-۱: پس از ارائه فراخوان توسط مرکز توانبخشی، متقاضیان می توانند با مراجعه به مرکز ثبت نام نمایند.

۹-۱-۲: پس از بررسی مدارک و سوابق کاری متقاضیان و تأیید صلاحیت در مصاحبه انجام شده توسط مرکز، افراد واجد شرایط برای گذراندن دوره آموزشی انتخاب می شوند.

۹-۱-۳: داشتن گواهی عدم سوء پیشینه کیفری و عدم اعتیاد به مواد مخدر و گواهی سلامت برای تمام متقاضیان الزامی می باشد.

۹-۱-۴: در مرحله اول انتخاب، تعداد منتخبین بایست ۲۰٪ بیش از تعداد مورد نیاز باشد.

۹-۱-۵: پس از تأیید صلاحیت در مصاحبه، گذراندن دوره آموزشی تئوری و عملی و قبولی در آزمون، تعداد مراقب واجد شرایط مورد نیاز برنامه از بین افراد شرکت کننده در دوره آموزشی انتخاب می شوند.

۹-۱-۶: گذراندن دوره آموزشی تئوری و عملی برای تمامی متقاضیان با هر مدرک و رشته تحصیلی اجباریست و شرط پذیرش علاوه بر احراز شرایط عمومی و تأیید صلاحیت در مصاحبه، قبولی در آزمون می باشد.

## ۹-۲: مقررات تخصصی

- ۹-۲-۱: تقویم کاری مراقبین ۶ روز در هفته از شنبه تا پنجشنبه و با محاسبه زمان تردد بین منزل خدمت گیرندگان، ۷ ساعت و ۳۰ دقیقه در روز می باشد.
- ۹-۲-۲: مراقب جامعه هدف معلول ذهنی، جسمی حرکتی، بیمار روانی مزمن و سالمند مسئولیت ارائه خدمات مراقبتی و توانبخشی حداکثر ۶ نفر از جامعه هدف را عهده دار می گردد.
- ۹-۲-۳: مراقب صرف افراد دارای اختلالات طیف اتیسم، مسئولیت خدمات مراقبتی و توانبخشی حداکثر ۳ نفر از جامعه هدف را عهده دار می گردد.
- ۹-۲-۴: هر فرد جامعه هدف معلول، سالمند و بیمار روانی مزمن تحت پوشش برنامه بصورت پایه ۳ روز در هفته (یک روز در میان)، ۲ ساعت و ۳۰ دقیقه در روز، طبق برنامه از خدمات بهره مند می گردد.
- ۹-۲-۵: هر فرد جامعه هدف اختلالات طیف اتیسم تحت پوشش برنامه بصورت پایه ۲ روز در هفته (دو روز در میان)، ۷ ساعت و ۳۰ دقیقه در روز، طبق برنامه از خدمات بهره مند می گردد.
- تبصره: کمیته نظارت تخصصی بهزیستی شهرستان مجاز می باشد منوط به رعایت سقف ظرفیت یارانه ای مرکز نسبت به کاهش و افزایش ساعات خدمت متناسب با نیاز و شرایط گروه هدف عمل نماید.
- ۹-۲-۶: در صورت نیاز گروه هدف تحت پوشش به دریافت خدمات مازاد بر ساعات مقرر در بند ۴-۲-۹ و ۵-۲-۹ (بنا به درخواست گروه هدف یا خانواده) ارائه خدمات مراقبتی و توانبخشی توسط مرکز با اخذ وجه مطابق با تعرفه ابلاغی سازمان، از سوی خانواده بلا مانع می باشد.
- ۹-۲-۷: مرکز مجاز است برای افراد واجد شرایط با پذیرش آزاد نسبت به برنامه ریزی ساعات ارائه خدمت مبتنی بر نیاز بر اساس درخواست فرد/خانواده اقدام نماید.
- ۹-۲-۸: غیبت بیش از ۴ روز مراقب بدون دلیل موجه در وهله اول منجر به دریافت اخطار کتبی از سوی مرکز و تکرار آن تا ۳ بار منجر به فسخ قرارداد خواهد شد.
- ۹-۲-۹: در صورت درخواست گروه هدف یا خانواده مبنی بر عدم حضور مراقب در روزهایی از ماههای سال به دلیل بستری شدن خدمت گیرنده در بیمارستان، مسافرت و ...، مدیریت تعریف خدمت برای مراقب در ساعات آزاد با ابقاء دستمزد به عهده مرکز می باشد.

## ماده ۱۰

### شرح وظایف نیروی انسانی

۱-۱۰: شرح وظایف مسئول فنی:

- سرپرستی و نظارت کامل بر ارائه خدمات آموزشی و خدمات مراقبتی و توانبخشی
- نظارت بر رعایت موازین قانونی

- نظارت بر انتخاب و بکارگیری نیروی انسانی واجد شرایط و صلاحیت براساس ضوابط موجود
- رسیدگی به شکایات فنی گروه هدف و پاسخگویی به آنان و مراجع ذیصلاح
- جلوگیری از ارائه خدمات غیر مجاز و خارج از وظایف مرکز
- ارائه آمار فعالیت ماهانه و سالانه مرکز به تفکیک خدمات مطابق دستورالعمل
- اخذ تصمیمات لازم در ارتباط با امور مرتبط با نیازهای گروه هدف با توجه به گزارشات ارائه شده
- رعایت مفاد کلیه دستورالعمل ها، ضوابط و مقررات ابلاغی از سازمان
- اداره امور مرتبط با مرکز
- ارسال گزارش کتبی گروه هدف فوت شده به بهزیستی شهرستان
- نظارت دقیق بر تشکیل پرونده های مراقبتی و توانبخشی و درج اقدامات به عمل آمده و خدمات ارائه شده در آنها
- انجام مکاتبات رسمی و اداری
- همکاری با کارشناسان ناظر اعزامی از معاونت امور توانبخشی سازمان بهزیستی استان و شهرستان ها، کمیسیون صدور پروانه های بهزیستی، دفتر بازرسی و حراست سازمان
- اعلام بیماریهای واگیردارگروه هدف طبق دستورالعمل های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به بهزیستی شهرستان
- پذیرش و ترخیص گروه هدف
- انجام مصاحبه، آموزش متقاضیان ارائه خدمت و گزینش آنان بر اساس نتایج مصاحبه و آزمون
- اعلام اسامی مراقبین پذیرش شده جهت ارائه خدمات مراقبتی و توانبخشی در منزل به بهزیستی شهرستان و بهزیستی استان
- پذیرش جامعه هدف معرفی شده از سوی اداره بهزیستی شهرستان
- همسو نمودن قابلیت های مراقبین با نیازهای جامعه هدف
- اخذ رضایت نامه از خانواده و شفاف سازی وظایف خانواده در پیگیری امور مراقبتی و توانبخشی جامعه هدف
- اعلام روزها و ساعت حضور مراقبین در منزل به جامعه هدف و خانواده های آنان
- جمع بندی اطلاعات ارسالی مراقبین و کارشناسان ناظر و ارائه گزارش عملکرد ماهانه به بهزیستی شهرستان
- ارائه گزارش مالی فصلی و سالیانه به بهزیستی شهرستان
- برنامه ریزی در خصوص ارجاع جامعه هدف با پیشنهاد مراقبین و تأیید کارشناس ناظر پایشگر به مراکز درمانی و توانبخشی جهت دریافت خدمات تخصصی ویژه با همکاری خانواده
- برنامه ریزی در خصوص ارجاع جامعه هدف جهت دریافت وسایل کمک توانبخشی در حد مورد انتظار بر اساس تشخیص و گزارش مراقبین و تأیید کارشناس ناظر پایشگر توسط مرکز
- پیگیری مناسب سازی مسکن جامعه هدف برنامه در حد انتظار بر اساس تشخیص و گزارش مراقبین و تأیید کارشناس ناظر پایشگر با همکاری خانواده و بهزیستی شهرستان
- برنامه ریزی برگزاری دوره آموزشی مقدماتی و برگزاری آموزش های ضمن خدمت (تکمیلی) برای ارتقاء سطح علمی و عملکردی مراقبین هرشش ماه بر اساس ارزیابی انجام شده و نیازهای آموزشی
- اتخاذ راهکارهای مناسب جهت کمک به استقلال فردی، اجتماعی و اقتصادی جامعه هدف و خانواده آنان
- ارزیابی عملکرد خانواده در پیگیری امور مراقبتی و توانبخشی جامعه هدف در منزل در ساعات عدم حضور مراقب

## ۱۰-۲: شرح وظایف کارشناس ناظر پایشگر:

- تعیین اهداف و ارزیابی اولیه برنامه های مراقبتی و توانبخشی فرد معلول یا سالمند، بیماران روانی مزمن، فرد دارای اختلال ا تیسم و تدوین برنامه مراقبت
- بررسی وضعیت مناسب سازی محیط زندگی
- بررسی نیاز ها و خدمات مدد کاری مورد نیاز (حمایت های اجتماعی و اقتصادی )
- ارزیابی ، نظارت و پایش عملکرد مراقبین با حضور در منزل گروه هدف بطور تصادفی و بازدید فرم ارائه خدمات روزانه (عملکرد هر مراقب حداقل یک بار در ماه بدون هماهنگی قبلی توسط کارشناس ناظر مورد ارزیابی قرار خواهد گرفت ).
- تنظیم گزارش ماهانه در خصوص نحوه عملکرد مراقبین و میزان رضایت گروه هدف و خانواده آنان و ارائه گزارش به مرکز
- بررسی نیازهای آموزشی مراقبین و اقدام لازم جهت اجرای برنامه های آموزشی
- مشارکت با مسئول فنی در تنظیم برنامه های آموزشی ضمن خدمت برای مراقبین جهت ارتقاء سطح علمی و عملکردی مراقبین بصورت فصلی بر اساس ارزیابی انجام شده و نیازهای آموزشی
- گزارش تخلفات صورت گرفته از سوی مراقبین به مسئول مرکز در خصوص قصور در وظایف محوله و تحویل اخطار کتبی مرکز به مراقبین متخلف
- برقراری ارتباط با خانواده در ساعات عدم حضور مراقب و بررسی وضعیت ارائه خدمت و میزان رضایت خانواده
- برنامه ریزی در راستای پیشرفت گروه هدف و تحقق ترخیص

## ۱۰-۳: شرح وظایف مراقب :

- تکمیل فرم ارزیابی نحوه کمک یا انجام فعالیت روزمره زندگی (فرم شماره ۴)
- تنظیم برنامه اقدامات ارائه خدمات مراقبتی و توانبخشی شامل، مصاحبت با فرد ، ثبت گزارش روزانه ( اقدامات انجام شده ، تغییرات مشاهده گردیده و نیازهای گروه هدف )
- ارائه خدمات مراقبتی و توانبخشی در منزل به جامعه هدف تحت پوشش طرح طبق برنامه مراقبت مقرر
- حضور مستمر و به موقع در منزل جامعه هدف بر اساس ضوابط زمانی مقرر
- ارائه آموزش های لازم برای دستیابی به مهارت ها و کسب استقلال فردی مطابق با نظر پایشگر و یا کادر تخصصی
- آموزش به جامعه هدف و خانواده آنان در خصوص انجام فعالیت های روزمره زندگی،
- آموزش به جامعه هدف و خانواده آنان در خصوص روش های ساده توانبخشی برای توسعه مهارت ها و توانایی های آنان
- آموزش به جامعه هدف و خانواده آنان در خصوص استفاده صحیح از وسایل کمک توانبخشی و تطابق برخی از وسایل

## در محل زندگی و گزارش مشکلات مرتبط با موضوع

- پیشنهاد و معرفی جامعه هدف به مددکار مربوطه جهت استفاده از منابع آموزشی، تحصیلی و فعالیتهای اجتماعی
- کمک به افزایش مشارکت اجتماعی گروه هدف بر اساس برنامه مدون
- در صورت نیاز به خدمات تخصصی موردی، کمک به فرد جهت ارجاع به مراکز درمانی و توانبخشی با همکاری خانواده و هماهنگی با کارشناس پایشگر
- ارائه گزارش ماهانه به مرکز در خصوص فعالیت
- اطلاع بموقع به خانواده به منظور ارتباط با اورژانس های مربوطه در صورتی که علائم حیاتی جامعه هدف دچار اختلال می شود.
- اطلاع فوری به اورژانس های مربوطه در مواقع ایجاد اختلال جدی در علائم حیاتی جامعه هدف یا وقوع حادثه غیرمترقبه ( مثل آتش سوزی و ... )
- در صورت نیاز گروه هدف جهت الحاق به اجتماع ، هماهنگی با کارشناس ناظر پایشگر و مرکز جهت برنامه ریزی ارجاع به توانبخشی مبتنی بر جامعه
- ارائه خدمات بهداشت فردی ، شامل بهداشت پوست ، مو ، ناخن ، دست و پا ، پوشاک دهان و دندان و ارائه آموزش های لازم به خانواده
- وضعیت دهی و جابجایی مناسب فرد خدمت گیرنده مطابق با نظر کادر تخصصی و کارشناس ناظر پایشگر و ارائه آموزش لازم به فرد و خانواده
- کمک به جامعه هدف در خصوص انجام صحیح تمرینات ورزشی و مهارتی تعیین شده توسط پایشگر و سایر اعضا مراقبتی و توانبخشی ثبت شده در فرم اولیه (۱)
- اعلام نیاز جامعه هدف به خدمات مددکاری (حمایتهای اجتماعی و اقتصادی ، مانیتورینگ سبد غذایی )
- اطلاع رسانی و گزارش به کارشناس ناظر پایشگر در خصوص نیاز جامعه هدف به مناسب سازی محیط زندگی و وسایل کمکی
- پیشگیری از زخم بستر و مراقبت از زخم بستر مطابق با دستورات پایشگر یا کادر تخصصی مربوطه
- کمک به جامعه هدف در خصوص انجام صحیح فعالیت های روزمره زندگی (غذا خوردن ، حمام کردن ، لباس پوشیدن و درآوردن ، جابجایی ، راه رفتن ، توالت رفتن ، آراستگی ظاهر و اصلاح سروصورت )

## ۱۰-۴ : شرح وظایف متصدی امور دفتری

- حضور تمام وقت در ساعات اداری در مرکز
- انجام کلیه امور دفتری (بایگانی نمودن مدارک و مستندات و...)

- یک اتاق مستقل امور دفتری و بایگانی
  - اتاق انتظار
  - آبدارخانه و سرویس بهداشتی
  - ترجیحاً یک سالن با تجهیزات مورد نیاز آموزشی جهت برگزاری دوره آموزشی اولیه و ضمن خدمت مراقبین ، در غیر اینصورت تامین سالن با تجهیزات مورد نیاز جهت برگزاری دوره آموزشی
- تبصره : تامین فضای فیزیکی فوق الذکر برای مراکز مراقبت در منزل صرف، الزامی می باشد و در مراکز جامع توانبخشی با فعالیت مراقبت در منزل ، با اختصاص یک اتاق مستقل امور دفتری و بایگانی با تابلو مشخص بیانگر خدمت ، در بقیه موارد بارعایت مفاد دستورالعمل ها ، استفاده از فضاهای مشترک به شرط عدم ایجاد اختلال در فعالیت های مرکز بلا مانع است.

- لوازم اداری شامل میز و صندلی مناسب، یک دستگاه رایانه، یک خط تلفن ثابت و یک خط تلفن همراه و فاکس مستقل
  - سیستم بایگانی جهت نگهداری پرونده های توانبخشی و مراقبتی گروه هدف و پرونده های کارکنان
  - لوازم التحریر مصرفی ، تابلوی اعلانات و سایر وسایل مورد نیاز.
  - وسایل ایمنی از قبیل کپسول آتش نشانی و جعبه کمک های اولیه
  - تجهیزات مورد نیاز دوره های آموزشی مراقبین
- تبصره : وجود یک خط تلفن همراه جهت دسترسی تلفنی گروه هدف به مسئول فنی مرکز الزامی است.

۱-۱۳ : مراکز حداقل هر سه ماه یک بار توسط کارشناس ناظر شهرستان و هر سال یک بار توسط تیم کارشناسی بهزیستی استان طبق دستورالعمل ارزشیابی ارسالی از سوی معاونت توانبخشی می بایست مورد ارزشیابی قرارگیرد و پس از تجزیه و تحلیل نتایج و تأیید نمره ارزشیابی در کمیته نظارت تخصصی استان، رتبه مرکز تعیین و بصورت کتبی به مرکز مربوطه ابلاغ و جهت درج در بانک اطلاعات به دفتر مربوطه در ستاد بهزیستی کشور ارسال گردد. بدیهی است رتبه بندی مراکز در تخصیص تسهیلات تأثیرگذار خواهد بود.

۲-۱۳ : ارزیابی خدمات از طریق تماس تلفنی و بازدید از منزل خدمت گیرندگان صورت خواهد گرفت.

تبصره ۱: کمیته نظارت تخصصی استان می تواند با گزارش کارشناس ناظر شهرستان مبنی برافت کمی و کیفی خدمات مرکز،

تبصره ۲: نمرات ارزشیابی مراکز مستقر در مناطق کمتر توسعه یافته استان ۵٪ و مراکز مستقر در مناطق محروم استانها ۱۰٪ بیشتر خواهد گردید. تعیین میزان توسعه یافتگی یا محرومیت استان بر اساس شاخص های وزارت کشور می باشد.

تبصره ۳: بدیهی است رتبه بندی مراکز در تخصیص تسهیلات و تداوم همکاری با مرکز تأثیرگذار خواهد بود.

تبصره ۴: در صورت اعتراض مرکز توانبخشی به نتیجه ارزشیابی سالیانه، مراتب در کمیته نظارت توانبخشی استان با حضور نماینده مراکز غیر دولتی و صاحب امتیاز مرکز قابل بررسی و تجدید نظر خواهد بود.

## ماده ۱۴

### نظارت

- مطابق با دستورالعمل ارزیابی و نظارت بر موسسات و مراکز غیردولتی ماده ۲۶ بازنگری ۹۵/۸/۲۴

ساختار نظارت تخصصی :

۱۴-۱: کمیته نظارت تخصصی حوزه توانبخشی استان

به منظور هماهنگی های درون سازمانی، برون سازمانی و نیز تصمیم گیری های کلان استانی در زمینه امور مرتبط با ارائه خدمات مراقبتی و توانبخشی در منزل توسط مراقبین آموزش دیده به گروه هدف، همچنین نظارت بر فرایند گزینش و آموزش مراقبین، کمیته نظارت تخصصی استانی در مرکز استان تشکیل خواهد شد.

تبصره: در صورت ضرورت از نماینده مرکز توانبخشی و مراقبتی مبتنی بر خانواده جهت شرکت در کمیته دعوت به عمل می آید.

۱۴-۲: وظایف و اختیارات اعضای کمیته نظارت تخصصی معاونت توانبخشی بهزیستی استان

- انجام مصاحبه بمنظور بررسی صلاحیت تخصصی از کلیه متقاضیان حقیقی و حقوقی تاسیس مراکز توانبخشی و مراقبتی مبتنی بر خانواده و اعلام نمرات برگزیده به کمیسیون صدور پروانه ها
- بررسی چگونگی جذب و هزینه کرد یارانه ها، کمک ها و تسهیلات تخصیص یافته از سازمان بهزیستی کشور
- بررسی و تأیید نام و نشانی موسس و موقعیت جغرافیایی مکان در نظر گرفته شده
- نظارت بر نحوه کار مراکز، رعایت ضوابط و مقررات جاری، اجرای استانداردهای خدمات و الگوی کار ابلاغ شده، تغییر محل مراکز
- بررسی وضعیت ساختمان، تجهیزات، وضعیت بهداشتی، نیروی انسانی و.... (پس از صدور موافقت اصولی و قبل از صدور پروانه فعالیت) و تطابق آن با مفاد این دستورالعمل و ارائه گزارش، بررسی و اعلام نظر به کمیسیون ماده ۲۶ استانی
- ارسال گزارش کامل از وضعیت مراکز توانبخشی استان به حوزه معاونت توانبخشی بهزیستی کشور
- ارزیابی و رتبه بندی مراکز توانبخشی و مراقبتی مبتنی بر خانواده و رسیدگی به امور پرسنلی
- بررسی عملکرد مرکز و تصمیم گیری و اعلام نظر به کمیسیون ماده ۲۶ در خصوص تمدید پروانه فعالیت مرکز

- انجام هماهنگی های درون سازمانی، برون سازمانی و نیز تصمیم گیری های کلان استانی جهت ساماندهی معلولان، سالمندان و بیماران روانی مزمن
- نظارت بر اجرای دستورالعمل های ابلاغی در مورد ارائه خدمات مراقبتی و توانبخشی در منزل

۳-۱۴: کمیته نظارت تخصصی شهرستان

به منظور نظارت لازم در زمینه عملکرد مراکز ارائه خدمات مراقبتی و توانبخشی در منزل توسط مراقبین آموزش دیده، کمیته ای متشکل از رئیس بهزیستی شهرستان (رئیس کمیته) و کارشناسان ناظر توانبخشی شهرستان و در صورت نیاز نماینده مراکز ارائه خدمات مراقبتی توانبخشی در منزل توسط مراقبین آموزش دیده به دعوت رئیس کمیته در مرکز در بهزیستی شهرستان تشکیل خواهد شد. این کمیته هماهنگ با کمیته استانی فعالیت خواهد داشت.

۴-۱۴: شرح وظایف کمیته نظارت تخصصی شهرستان

- هماهنگی لازم با کمیته نظارت استان جهت نظارت لازم در زمینه عملکرد مراکز ارائه خدمات مراقبتی و توانبخشی در منزل توسط مراقبین آموزش دیده
- نظارت بر عملکرد مراقبین آموزش دیده شهرستان
- ارسال گزارش از مرکز به بهزیستی استان
- ایجاد بانک اطلاعاتی در خصوص توانخواهان پشت نوبت ارائه خدمات توانبخشی و مراقبتی در منزل توسط مراقبین آموزش دیده در شهرستان
- نظارت بر اجرای دستورالعمل های ابلاغی در مورد ارائه خدمات مراقبتی توانبخشی در منزل توسط مراقبین آموزش دیده

## ماده ۱۵

این دستورالعمل در ۱۵ ماده و ۳۷ تبصره توسط حوزه معاونت امور توانبخشی، دفتر امور مراکز توانبخشی و مراقبتی بازنگری و در سال ۱۳۹۶ در شورای مدیران حوزه معاونت امور توانبخشی کشور به تصویب رسید و هرگونه تغییر در آن مستلزم تأیید مجدد شورای مذکور می باشد.

## راهنمای استفاده از فرم های ارائه خدمات توانبخشی مراقبتی در منزل توسط مراقبین آموزش دیده

### فرم شماره (۱ و ۲)

این فرم توسط مرکز مراقبت در منزل به معلول / سالمند / بیمار روانی مزمن یا اتیسم تکمیل می گردد. این فرم شامل اطلاعات شناسنامه ای و نظریه کارشناسان تخصصی مرکز می باشد، خلاصه ای از وضعیت معلول / سالمند / بیمار روانی مزمن یا اتیسم و چنانچه فرد دچار بیماری خاصی می باشد در این فرم یادداشت می گردد و با بهزیستی شهرستان نیز هماهنگی لازم به عمل می آید.

### فرم شماره (۳)

نمونه فرم قرارداد بین خدمت گیرندگان و مرکزی باشد که در سه نسخه تنظیم می شود. یک نسخه نزد مرکز، یک نسخه نزد سالمند، معلول / سرپرست سالمند، معلول ، بیمار روان و فرد دارای اختلالات طیف اتیسم یک نسخه توسط مرکز به اداره بهزیستی شهرستان تحویل می گردد.

### فرم شماره (۴)

این فرم توسط مراقبین از لحظه ورود به منزل فرد طبق تاریخ علامت زده می شود. فرم شامل چک لیست ارزیابی سه ماهه نحوه کمک یا انجام فعالیت روزمره زندگی شامل غذاخوردن ، لباس پوشیدن و درآوردن ، جابجایی و راه رفتن ، حمام کردن و توالیت رفتن ، آراستگی ظاهر و کنترل و پیشگیری از زخم بستر می باشد که بر اساس شیوه نامه نحوه تکمیل و استفاده از چک لیست ها و از طریق ثبت تاریخ ارزیابی تکمیل می گردد. این فرم ها هر سه ماه یکبار باید مجدداً توسط مراقب بررسی و تکمیل میشود.

### فرم شماره (۵)

این فرم توسط کارشناس ناظر پایشگر با حضور مراقب و با پیش زمینه ارزیابی های اولیه ( فرم شماره ۱ و ۲ و فرم شماره ۴) و با بررسی نظر توانخواه و خانواده تکمیل و برنامه مراقبت بر اساس آن تنظیم می گردد.

### فرم شماره (۶)

این فرم مخصوص گزارش روزانه است که توسط مراقبین برای هر فرد معلول / سالمند / بیمار روانی مزمن یا اتیسم تکمیل می شود و گزارشی از اقدامات انجام شده ، تغییراتی که در فرد مشاهده می نماید و نیازهای وی به طور کامل همراه با تاریخ ثبت می شود. ضمن اینکه توانخواه، سرپرست و یابکی از اعضای خانواده می بایست آن را تایید نماید.

### فرم شماره (۷)

فرم گزارش بازدید کارشناس ناظر پایشگر در بازدیدهای ماهانه توسط کارشناس ناظر پایشگر تکمیل می گردد.

#### فرم شماره (۸)

فرم ثبت ماهانه توانخواهان و مراقبین آنان جهت ارائه به شهرستان و استان از سوی مرکز تهیه و تکمیل میگردد و با امضاء و مهر مدیر مرکز جهت ارائه به شهرستان و با امضاء و مهر رئیس بهزیستی شهرستان جهت ارائه به بهزیستی استان تایید میگردد.

#### فرم شماره (۹)

لیست خدمت گیرندگان مرکز ارائه خدمات توانبخشی مراقبتی در منزل به تفکیک نوع معلولیت که شش ماهه جهت ارائه استان به ستاد کشور ارسال میگردد.

#### فرم شماره (۱۰)

فرم گزارش تخلفات موردی که مراقب مرتکب شده و به بهزیستی شهرستان منعکس میگردد. این فرم در پرونده پرسنلی مراقبین درج می گردد.

#### فرم شماره (۱۱)

فرم ارجاع معلول که توسط مرکز، بهزیستی شهرستان و معاونت توانبخشی بهزیستی استان تکمیل و اقدامات صورت گرفته درج می گردد.

#### فرم شماره (۱۲)

فرم ارزیابی عملکرد مراقبین که توسط کارشناسان ناظر پایشگر انجام میگردد. این ارزیابی عملکرد هر ماه یکبار میبایست اجرا شده و فرم مربوطه در پرونده پرسنلی مراقب درج گردد.

#### فرم شماره (۱۳)

فرم پیشنهاد ترخیص توانخواه از دریافت خدمات مراقبت در منزل توسط کارشناس ناظر پایشگر تکمیل و از سوی مسئول فنی مرکز تأیید میگردد.

\* لازم به ذکر است محتوای پرونده توانخواهان شامل موارد ذیل می باشد:

- ۱- خلاصه پرونده بهزیستی ۲- تصویر برگه کمیسیون تایید نوع و شدت معلولیت ۳- تصویر صورت جلسه کمیته توانبخشی ۴- فرم شماره ۱ و ۲ بر حسب مورد ۵- فرم شماره (۳) ۶- فرم شماره (۴) ۷- فرم شماره (۵) ۸- فرم شماره (۶) ۹- فرم شماره (۷) ۱۰- فرم شماره (۱۱) حسب مورد ۱۱- فرم شماره (۱۳) حسب مورد

## فرم شماره (۱)

تاریخ :

شماره پرونده :

نمونه فرم ارزیابی اولیه فرد معلول یا سالمند برای ارائه خدمات مراقبتی

### الف) مشخصات معلول یا سالمند:

نام : نام خانوادگی : جنس : تاریخ تولد : محل تولد :

شماره شناسنامه : کد ملی : صادره : شغل : وضعیت بیمه :

نوع معلولیت : شدت معلولیت : سیر معلولیت: الف) پیشرونده ☐ ب) ثابت ☐

شماره تماس و آدرس محل سکونت معلول / سالمند:

ب) خلاصه ای از وضعیت اقدامات توانبخشی (انجام شده، در حال انجام و یا نیازمند پیگیری و ارجاع)

ج) فعالیت های روز مره زندگی مرتبط با مراقبت:

### ۱) تغذیه

۱-۱) مستقل ☐

۱-۲) تغذیه با کمک: تغذیه با لوله ☐ تغذیه با غذای میکس شده ☐ قادر به جویدن و بلع ☐ با اندکی کمک با قاشق و چنگال غذا میخورد ☐

توضیحات:

### ۲) لباس پوشیدن و در آوردن

۲-۱) مستقل ☐

۲-۱) نیازمند کمک در موارد ذیل است:

پوشیدن لباس ☐ در آوردن لباس ☐ بستن دکمه ☐ باز کردن دکمه ☐ پوشیدن کفش ☐ در آوردن کفش ☐ باز کردن زیپ ☐ بستن زیپ ☐ پوشیدن جوراب ☐ در آوردن جوراب ☐ بستن بند کفش ☐ باز کردن بند کفش ☐

توضیحات:

### ۳) نحوه جابجایی فرد:

۳-۱) مستقل □

۳-۲) فرد در انجام موارد ذیل نیازمند کمک است:

خوابیده به نشسته □ نشسته به خوابیده □ تخت به صندلی □ صندلی به تخت □ نشسته به ایستاده □ ایستاده به نشسته □ جابجایی در تخت یا بستر (پهلوی به پهلوی شدن) □

توضیحات:

### ۴) راه رفتن:

۴-۱) مستقل □

۴-۲) با کمک و سایل کمکی حرکت میکند: عصا □ واکر □ صندلی چرخدار □

توضیحات:

### ۵) توالت رفتن:

۵-۱) کاملاً مستقل: توالت معمولی □ توالت فرنگی □

۵-۲) نیازمند کمک در موارد ذیل:

استفاده از لگن روی تخت □ استفاده از پوشک □ در مکانی غیر از توالت مثلاً در حمام و با استفاده از صندلی مخصوص □ مشکل در جابجایی از صندلی به توالت فرنگی و بالعکس □ علاوه بر جابجایی در رعایت بهداشت و شستشو نیز نیازمند کمک است □

توضیحات:

### ۶) حمام کردن:

۶-۱) مستقل: استفاده از حمام و وسایل معمول در حمام □ با استفاده از ویلچر و یا صندلی مخصوص حمام □

۶-۲) نیازمند کمک در موارد ذیل: روی تخت یا بستر □ در حمام با وسایل کمکی و نیازمند کمک و مراقبت در مراحل شستشو و جابجایی □

توضیحات:

### ۷) آراستگی ظاهر و اصلاح سر و صورت:

۷-۱) مستقل: میتواند به آرایشگاه برود □ برای موهای سر به آرایشگاه میرود اما صورت را خود اصلاح میکند □ قادر به کوتاه کردن ناخن خود میباشد □

۲-۷) نیازمند کمک در موارد ذیل :

فرد قادر به اصلاح صورت و ناخن ها نیست □ فرد اجازه کوتاه کردن مو را نمی دهد □ فرد اجازه کوتاه کردن ناخن را نمی دهد □ فرد اجازه اصلاح صورت را نمی دهد □

۳-۷) بهداشت دهان و دندان:

مستقل: می تواند از دهان شویه یا مسواک استفاده کند □

نیازمند کمک در موارد ذیل:

فرد قادر به استفاده از مسواک یا دهان شویه نیست □ فرد اجازه استفاده از مسواک یا دهان شویه را نمی دهد □

توضیحات:

## ۸) کنترل زخم بستر:

۱-۸) آیا فرد دچار زخم بستر می باشد؟ بله □ خیر □

۲-۸) آیا فرد قادر به جابجایی برای پیشگیری از زخم بستر میباشد. بله □ خیر □

۳-۸) آیا فرد قبلاً دچار زخم بستر شده است؟ بله □ خیر □

توضیحات:

مطالب فوق مورد تأیید است (مهر و امضاء)

پزشک: روانشناس: مددکار: سایر کارشناسان با ذکر نوع تخصص:

امضاء یا اثر انگشت سرپرست یا قیم معلول / سالمند

شماره تماس و آدرس مؤسسه

تاریخ ارزیابی ماهیانه بعدی .....

اقدامات .....

دستورات .....

※ لازم به ذکر است کارشناس ناظر پایشگر می بایست پس از ارزیابی مجدد ماهیانه نسبت به اقدامات و دستورات لازم با ذکر مورد و تاریخ اقدام نماید

تاریخ :

شماره پرونده :

### فرم شماره (۲)

نمونه فرم ارزیابی اولیه بیمار روانی مزمن برای ارائه خدمات مراقبتی

#### الف) مشخصات بیمار روانی مزمن:

نام : نام خانوادگی : جنس : تاریخ تولد : محل تولد :  
شماره شناسنامه : کد ملی : صادره : شغل : وضعیت بیمه :  
شدت معلولیت: سیر بیماری: الف) پیشرونده ☐ ب) ثابت ☐  
شماره تماس و آدرس محل سکونت بیمار روانی مزمن:

ب) خلاصه ای از وضعیت اقدامات مراقبتی توانبخشی (انجام شده، در حال انجام و یا نیازمند پیگیری و ارجاع)

## چک لیست ارزیابی

این چک لیست برای ارزیابی اولیه و ارزیابی های بعدی بیمار استفاده می شود که در ارزیابی اولیه تحت نظارت تیم ناظر تکمیل و تایید می شود و در ارزیابی های بعدی توسط مراقب تکمیل می شود.

چک لیست ارزیابی				
نام و نام خانوادگی معلول :				نام مراقب:
۱- خصوصیات و ویژگی های فردی بیمار	اصلاً (۰)	کم (۱)	تا حدودی (۲)	خوب (۳)
وضعیت ظاهر و آراستگی بیمار				
الف) پرداختن به خود				
ب) رعایت اصول بهداشت فردی				
ج) متعارف و همگون بودن				
وضعیت تکلم بیمار				
الف) قابل فهم بودن تکلم				
وضعیت حرکات جسمانی بیمار				
الف) تناسب حرکات جسمانی بیمار				
وضعیت حافظه بیمار				
الف) حافظه دور				
ب) حافظه نزدیک (اخیر)				
ج) حافظه فوری				
قدرت تصمیم گیری بیمار				
الف) انعطاف پذیری				
ب) مصمم بودن (مردد نبودن)				
ج) استقلال فردی				
توجه بیمار				
الف) توانایی جمع کردن حواس				
وضعیت خواب بیمار				
الف) خواب پیوسته				
ب) خواب مناسب				

خوب (۳)	تاحدودی (۲)	کم (۱)	اصلاً (۰)	۲- مهارت‌های اجتماعی و شغلی بیمار
				رعایت آداب معاشرت و موازین اخلاقی
				رعایت مقررات جمعی
				مسئولیت پذیری
				همکاری در کارها و امور مربوطه
				رفتارهای طبیعی اجتماعی و اخلاقی
				علاقه مندی به انجام فعالیت‌های آزاد و اوقات فراغت
				رعایت آداب غذا خوردن و آشامیدن
				برخورد با اعضا خانواده
				الف) سازگاری نسبت به اعضای خانواده
				ب) رفتار مسالمت آمیز و صلح جویانه با دیگران
				ج) حفظ و نگهداری وسایل شخصی و اسباب منزل
				مسائل مربوط به شغل
				الف) رضایت شغلی
				ب) حضور به موقع و مستمر در محل کار
				ج) میزان سطح کار کرد و فعالیت
				د) ثبات شغلی
				ه) رضایت سرپرست در محل کار

روانشناس :

مطالب فوق مورد تأیید است (مهر و امضاء پزشک:

مددکار:

سایر کارشناسان با ذکر نوع تخصص:

امضاء یا اثر انگشت سرپرست یا قیم بیمار روانی مزمن:

شماره تماس و آدرس مؤسسه :

### فرم شماره (۳)

#### نمونه فرم قرارداد بین خدمت گیرندگان و مراکز مراقبت در منزل

تاریخ :

شماره پرونده:

الف) مشخصات سالمند/معلول/بیمار روان/فرد دارای اختلال طیف اتیسم:

نام: نام خانوادگی: جنس: تاریخ تولد: محل تولد: شماره شناسنامه: کد ملی: صادره از: کد معلولیت: وضعیت تأهل: شغل: وضعیت بیمه: شماره تماس و آدرس محل سکونت:

ب) مشخصات سرپرست / قیم سالمند، معلول، بیمار روان/فرد دارای اختلال طیف اتیسم

نام: نام خانوادگی: جنس: تاریخ تولد: محل تولد: شماره شناسنامه: صادره: وضعیت تأهل: نسبت با سالمند: آدرس و تلفن محل سکونت: آدرس و تلفن محل کار:

ج) مدت قرارداد: ۳ ماه ☐ ۶ ماه ☐ ۹ ماه ☐ ۱۲ ماه ☐

د) توضیحات: بر اساس اعلام نیاز آقا / خانم که در این قرارداد سالمند، معلول/ سرپرست سالمند، معلول، بیمار روان، فرد دارای اختلال طیف اتیسم نامیده می شود و اطلاعات مندرج در فرم ارزیابی اولیه که توسط مرکز تکمیل گردیده است، هزینه ارائه خدمات مورد نیاز سالمند/معلول/بیمار روان، فرد دارای اختلال طیف اتیسم بر اساس ساعات ارائه خدمت و تعرفه ابلاغی سازمان بهزیستی کشور محاسبه می گردد که هزینه مذکور از طرف سالمند، معلول/ سرپرست سالمند، معلول، بیمار روان، فرد دارای اختلال طیف اتیسم یا سازمان بهزیستی (خدمت گیرندگان تحت پوشش سازمان بهزیستی) قابل پرداخت می باشد:

۱. خدمت گیرندگان تحت پوشش یارانه سازمان بهزیستی:

۱.۱. ارائه خدمت بر اساس تقویم کاری مراقب مطابق با دستورالعمل

روزهای هفته	شنبه	یک شنبه	دوشنبه	سه شنبه	چهارشنبه	پنج شنبه
ساعت	..... - .....	..... - .....	..... - .....	..... - .....	..... - .....	..... - .....
مبلغ						

۱.۲. ارائه خدمت در ساعات مازاد بر زمان تعیین شده در دستورالعمل

روزهای هفته	شنبه	یک شنبه	دوشنبه	سه شنبه	چهارشنبه	پنج شنبه
ساعات مازاد	..... - .....	..... - .....	..... - .....	..... - .....	..... - .....	..... - .....
مبلغ ارائه خدمت در ساعات مازاد						

۲. خدمت‌گیرندگان با پذیرش آزاد :

روزهای هفته	شنبه	یک شنبه	دوشنبه	سه شنبه	چهارشنبه	پنج شنبه
ساعت	..... - .....	..... - .....	..... - .....	..... - .....	..... - .....	..... - .....
مبلغ						

تبصره ۱: روزها و ساعات ارائه خدمت برای خدمت‌گیرندگان تحت پوشش یارانه سازمان بهزیستی در جداول گزینه‌های ۱،۱ و ۱،۲ حسب مورد درج می‌گردد. مبلغ درج شده در جدول ۱،۱، هزینه ارائه خدمات بر اساس تقویم کاری مراقب در ساعات تعیین شده مطابق دستورالعمل می باشد. در صورت درخواست سالمند، معلول / سرپرست سالمند، معلول، بیمار روان به دریافت خدمت مازاد بر زمان مقرر در دستورالعمل، هزینه ارائه خدمت مازاد بر اساس تعرفه ابلاغی سازمان بهزیستی کشور محاسبه و در جدول ۱،۲ درج می‌گردد. برای خدمت‌گیرندگان با پذیرش آزاد، ساعات و روزهای ارائه خدمت و مبلغ محاسبه شده بر اساس تعرفه ابلاغی سازمان بهزیستی کشور، در جدول گزینه ۲ درج می‌گردد. بر همین اساس سالمند، معلول / سرپرست سالمند، معلول، بیمار روان، فرد دارای اختلال طیف اوتیسم با اطلاع از مورد اقدام به تکمیل قرار داد می نماید.

تبصره ۲: در صورتیکه سالمند، معلول / سرپرست سالمند، معلول، بیمار روان، فرد دارای اختلال طیف اوتیسم به هر علتی قبل از پایان کامل دوره خدمات، قصد لغو و فسخ قرارداد را داشته باشد باید ۲۴ ساعت قبل به دفتر مراجعه نموده و مراتب را کتباً اعلام نماید تا تسویه حساب و فسخ قرارداد در اسرع وقت به عمل آید.

اینجانب ..... (سالمند، معلول / سرپرست سالمند، معلول، بیمار روان، فرد دارای اختلال طیف اوتیسم) پس از مطالعه دقیق مندرجات این قرارداد تعهد می نمایم که کلیه موارد فوق را پذیرفته و به مسئولین و مجریان مرکز اجازه می دهم آنگونه که صلاح می دانند نسبت به مراقبت / توانبخشی از ..... اقدام نمایند.

همچنین متعهد می گردم که امنیت و احترام پرسنل در زمانیکه در محل سکونت خدمت گیرنده مشغول ارائه خدمات می باشند را تأمین و تضمین نمایم و حق هرگونه دخالت غیرمنطقی در نحوه ارائه خدمات را از خود و خانواده ام سلب نمایم.

ه) این قرارداد در سه نسخه تنظیم می‌شود، یک نسخه نزد مرکز، یک نسخه نزد سالمند، معلول / سرپرست سالمند، معلول، بیمار روان، فرد دارای اختلال طیف اوتیسم و یک نسخه توسط مرکز به اداره بهزیستی شهرستان تحویل می‌گردد.

امضاء یا اثر انگشت سالمند، معلول: امضاء یا اثر انگشت سرپرست سالمند، معلول، بیمار روان، فرد دارای اختلال طیف اوتیسم:

امضاء مسئول فنی مرکز:

آدرس مرکز:

تلفن تماس:

**چک لیست ارزیابی سه ماهه نحوه کمک یا انجام فعالیت روزمره زندگی (فرم شماره ۴)**

سه ماهه اول تاریخ: .....				سه ماهه دوم تاریخ: .....			سه ماهه سوم تاریخ: .....			سه ماهه چهارم تاریخ: .....			میزان استقلال در	
													تاریخ های تعیین شده	موضوع فعالیت
مستقل	با کمک	کاملاً وابسته	مستقل	با کمک	کاملاً وابسته	مستقل	با کمک	کاملاً وابسته	مستقل	با کمک	کاملاً وابسته	مستقل	با کمک	کاملاً وابسته
														تغذیه با غذای میکس شده
														تغذیه با غذای عادی
														پوشیدن و درآوردن لباس
														بستن و باز کردن دکمه
														پوشیدن و درآوردن کفش
														بازو بسته کردن زیپ
														پوشیدن و درآوردن جوراب
														باز کردن و بستن بند کفش
														پهلوی به پهلو شدن
														خوابیده به نشسته
														نشسته به خوابیده
														تخت به صندلی
														صندلی به تخت
														نشسته به ایستاده
														ایستاده به نشسته
														صندلی به توالت فرنگی
														توالت فرنگی به صندلی
														راه رفتن بدون وسیله کمکی
														با عصا
														با واکر
														ویلچر
														در حمام و با وسایل معمول
														در حمام با صندلی مخصوص
														حمام روی تخت
														استفاده از توالت معمولی یا فرنگی
														استفاده از لگن روی تخت
														نیازمند کمک جهت رفتن به توالت
														در مکانی غیر از توالت مثلاً در حمام و با استفاده از صندلی مخصوص
														استفاده از پوشک
														آراستگی موهای سر
														آراستگی و اصلاح صورت
														آراستگی و اصلاح بدن و ناخن ها
														استفاده از مسواک یا دهان شویه
														توانایی پهلوی به پهلوی شدن
														توانایی معاینه محل های مستعد زخم بستر
														توانایی مراقبت از زخم بستر

## شیوه نامه نحوه تکمیل و استفاده از چک لیست

### ارزیابی و نحوه کمک یا انجام فعالیت های مراقبتی معلولان و سالمندان

با توجه به وظیفه مهم مراقبین معلولان و سالمندان و نیز تخصصی شدن امور توانبخشی این گروه و نیز در جهت تسهیل استفاده از چک لیست ارزیابی و نحوه کمک شیوه نامه حاضر تدوین گردید.

فعالیت هایی که در این شیوه نامه آورده شده فعالیت هایی است که شخص بطور روزمره آنها را انجام میدهد و در واقع نوعی مراقبت از جسم و سلامتی خود است که شامل غذا خوردن، لباس پوشیدن و درآوردن، جابجایی و راه رفتن، حمام کردن، تواله رفتن، آراستگی ظاهر، کنترل یا پیشگیری از زخم بستر و... می باشد، که در چک لیست حاضر مهمترین آنها مورد بررسی قرار میگیرد.

مراقب موظف است هر سه ماه یکبار چک لیست را تکمیل نموده (ثبت تاریخ نماید) و به هر یک از اعضای تیم توانبخشی و یا پزشک متخصص معلول یا سالمند تحویل دهد. در ضمن مراقب در برگه گزارش روزانه که به چک لیست ضمیمه است هرگونه تغییری در وضعیت فرد (پیشرفت و یا پسرفت) را یادداشت و به تیم توانبخشی اطلاع دهد.

حال به بررسی آیتم های مختلف چک لیست می پردازیم:

#### ۱- غذا خوردن

یکی از موارد بسیار مهم در مراقبت از فرد معلول و سالمند تغذیه و نحوه غذا خوردن است در صورت استقلال در غذا خوردن بنحوی که فرد غذای آماده شده را بتواند با قاشق و چنگال و یا با دست به راحتی و بدون کمک تناول کند گزینه "مستقل" را علامت بزنید. در صورتی که فرد مستقل غذا میخورد ولی برای برخاستن از بستر کمک لازم دارد این نکته را حتما در قسمت ملاحظات چک لیست ثبت کنید. اگر فرد کاملا وابسته است و شما خود در دهان وی غذا میگذارید گزینه "کاملا وابسته" را علامت بزنید اگر در برخی موارد مثل نگه داشتن ظرف و یا با گرفتن دست معلول و سالمند به غذا خوردن وی کمک میکنید باز هم در چک لیست و گزارش روزانه ثبت کنید. گاهی فرد معلول یا سالمند با استفاده از لوله های مخصوص تغذیه می شود که در این صورت نیز تغذیه "کاملا وابسته" بوده و باید آنرا ثبت کند.

#### ۲- لباس پوشیدن و درآوردن

لباس پوشیدن و درآوردن فعالیتی است که شامل دو فعالیت پوشیدن و درآوردن میباشد. توجه داشته باشید که درآوردن لباس از پوشیدن آن آسانتر است و در آموزش و بازآموزی ها همیشه ابتدا درآوردن لباس آموزش داده می شود همین مسئله در مورد باز کردن و بستن دکمه و زیپ صادق است به نحوی که باز کردن دکمه و زیپ آسانتر از بستن آن می باشد. شما نیز به عنوان مراقب فرد با مشاهده وی نسبت به انتخاب گزینه ها اقدام نمایید و هر کجا وی نیاز به کمک دارد توضیح دهید و در گزارش خود نیز بیان کنید.

### ۳-جابجایی

مفهوم جابجایی در این چک لیست تغییر وضعیت فرد از حالات مختلف و نیز تغییر مکان از یک نقطه به یک نقطه دیگر در محدوده محل استراحت، اتاق و منزل فرد است. برای مثال پهلوی به پهلوی شدن، بلند شدن از حالت خوابیده یا جابجا شدن از صندلی به تخت یا بالعکس. در این مورد نیز هر گونه پیشرفت یا بدتر شدن وضعیت فرد در امور جابجایی را سریعاً به تیم توانبخشی اطلاع داده و در گزارش خود ثبت نمایید.

### ۴-راه رفتن

راه رفتن انتقال از یک مکان به یک مکان دیگر در فواصل مختلف میباشد مثل راه رفتن در اطراف خانه، رفتن به خرید و... در صورت مستقل بودن فرد، گزینه "مستقل" و اگر وابسته است گزینه های "عصا"، "واکر" و یا "ویلچر" بسته به وسیله مورد استفاده فرد را علامت بزنید و هرگونه تغییر را هم در گزارش و هم به تیم توانبخشی اطلاع دهید. در صورتیکه معلول یا سالمند جهت شروع راه رفتن و یا هنگام راه رفتن نیاز به فرد مراقب دارد حتماً گزارش شود همچنین در صورتیکه در هنگام انجام این فعالیت احساس ترس دارد این مورد را هم بیان کنید.

### ۵-حمام کردن

در صورتی که وی به طور مستقل از حمام استفاده میکند گزینه "مستقل" را علامت بزنید و اگر وی قادر به حرکت نیست و در بستر او را حمام می کنید گزینه "کاملاً وابسته" را انتخاب نمایید و اگر برای استحمام کمک لازم دارد میزان کمک خود را بیان کنید و در گزارش ثبت نمایید. همچنین تعداد و روزهای استحمام و ساعت آنرا نیز دقیقاً ثبت کنید.

### ۶-توالی رفتن

توانایی توالی رفتن معلولان و سالمندان از اهمیت ویژه ای برخوردار است بنحوی که در صورت توانایی فرد خانواده نیز با خاطری آسوده تر نسبت به مراقبت از وی میپردازند در صورت مستقل بودن فرد در بخش مستقل گزینه مناسب "توالی فرنگی و یا ایرانی" را انتخاب نمایید و در صورت وابسته بودن در صورتی که فرد روی تخت واز لگن استفاده میکند گزینه "روی تخت" و در صورتی که فرد از توالی عادی استفاده میکند اما برای رفتن و نشستن کمک لازم دارد گزینه "نیازمند کمک جهت رفتن به توالی" را انتخاب کنید، اگر در مکانی غیر از توالی مثلاً در حمام و از صندلی مخصوص استفاده می نماید و یا در صورت استفاده از پوشک گزینه های مربوطه را انتخاب کنید و اگر باز مسئله دیگری مد نظرتان است در توضیحات آنرا توضیح دهید و در گزارش خود ثبت کنید. ساعت استفاده از توالی و تعداد معمول آنرا بیان کنید. در صورتیکه دفعات آن کم یا زیاد باشد حتماً ثبت شود.

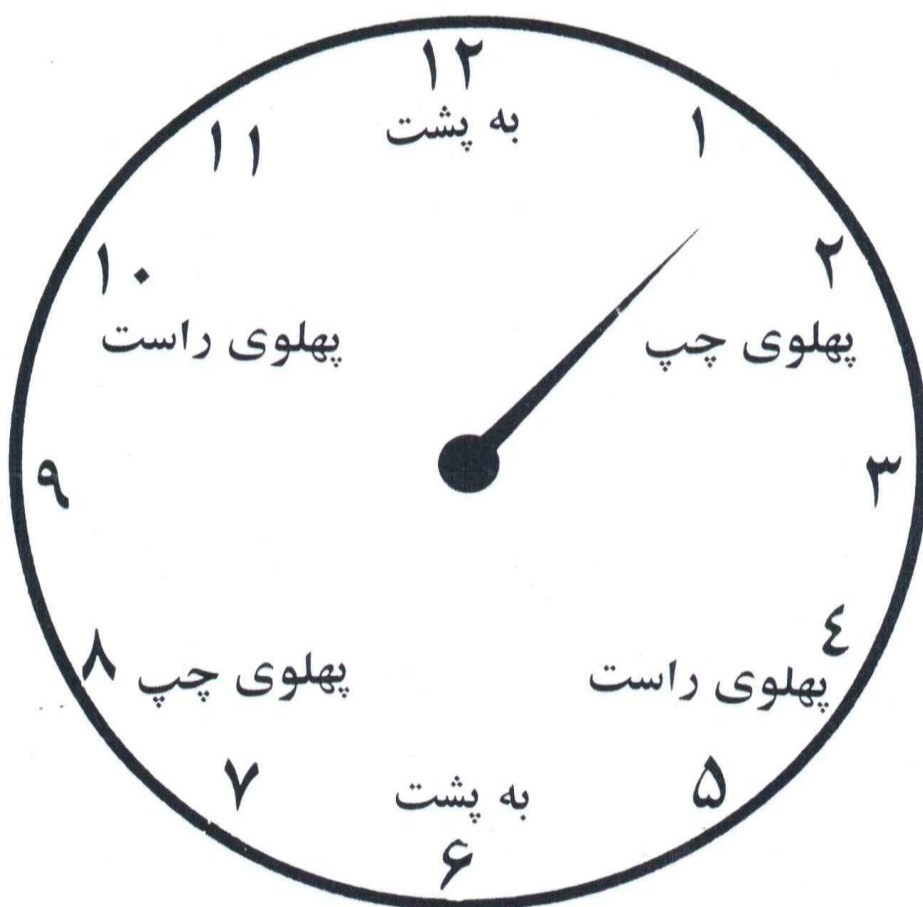
### ۷-آراستگی ظاهر

آراستگی ظاهر منظور اصلاح موی سر و صورت، برطرف کردن موهای زاید، شانه زدن و مرتب کردن مو، شستن دست و صورت، مرتب کردن لباس و ظاهر شخص میباشد. در صورت مستقل بودن فرد، گزینه "مستقل" و در صورت وابسته بودن گزینه "وابسته" را علامت زده و در توضیحات میزان وابستگی و نحوه کمک کردن ثبت گردد.

## ۸- کنترل ویا پیشگیری از زخم بستر

یکی از موارد خطرناک و مشترک بین معلولان و سالمندان وابسته به تخت که درانجام حرکات محدودیت دارند ویا کسانی که اختلالات حسی دارند زخم بستر می باشد که مراقب باید توجه کافی به آن داشته و هر گونه قرمزی و یا زخم کوچک را جدی بگیرد و برای پیشگیری از این عارضه هر دو ساعت یکبار نسبت به تغییر وضعیت و پهلوی به پهلوی کردن وی اقدام نماید به همین منظور یک ساعت شماتیک از برنامه جابجایی، پیوست این شیوه نامه گردیده ، که میبایست طبق ساعت برنامه عمل گردد. در صورتیکه فرد قادر به این امر میباشد گزینه "مستقل" و در صورتیکه وابسته است و نیاز به کمک و جابجایی در هر ساعت از شبانه روز دارد توضیحات لازم را در چک لیست و گزارش روزانه خود ثبت کنید. این امر به مراقب شیفت بعد هم کمک میکند تا ساعت دقیق جابجایی را رعایت نماید.

### ساعت شماتیک جهت کنترل زخم بستر



## فرم شماره ۵- تدوین برنامه مراقبت

الف - مشخصات توانخواه :				نام و نام خانوادگی:			
نوع معلولیت: معلول جسمی حرکتی <input type="checkbox"/> معلول ذهنی <input type="checkbox"/> سالمند <input type="checkbox"/> بیمار روانی مزمن <input type="checkbox"/> ا تیسم <input type="checkbox"/>							
مشکلات از دیدگاه خانواده: چه مشکلاتی را شما (توانخواه یا خانواده) تجربه می کنید؟							
<p>نظر توانخواه یا خانواده در زمینه حل مشکل: از میان مشکلات، حل کدام موارد بیشتر به شما کمک می کند؟</p> <p style="text-align: right;">..... -</p> <p style="text-align: right;">..... -</p> <p style="text-align: right;">..... -</p> <p style="text-align: right;">..... -</p> <p style="text-align: right;">..... -</p>							
<p>اولویت های شما (گروه هدف و خانواده) : آیا می توانید نظرتون را بر اساس اهمیت و الویت از شماره ۱ تا ۵ لیست کنید؟</p> <p style="text-align: right;">..... ۱.</p> <p style="text-align: right;">..... ۲.</p> <p style="text-align: right;">..... ۳.</p> <p style="text-align: right;">..... ۴.</p>							
انجام فعالیت های روزمره زندگی (ADL) از نظر گروه هدف یا خانواده: کدامیک از فعالیت های زیر را توانخواه می تواند انجام دهد؟							
نام فعالیت		به تنهایی می تواند انجام دهد		با کمک انجام می دهد		نمی تواند انجام دهد	
استحمام - Bathing & Showering							
توالیت رفتن و رعایت بهداشت - Hygiene Toileting & toilet							
پوشیدن و درآوردن لباس (dressing)							
بلع و خوردن - Eating / Swallowing							
خوراندن / تغذیه - Feeding							
تحرک عملکردی - Functional Mobility							
مراقبت از ابزار شخصی - Personal (Device Care)							
بهداشت شخصی و آراستن - Personal Grooming & Hygiene							

### برنامه مراقبت اولیه

**نظر کارشناس ناظر پایشگر در زمینه مشکلات و توانایی ها و در نتیجه تعریف اهداف به ترتیب اولویت:**

اولویت	اهداف	توضیحات
۱		
۲		
۳		
۴		
۵		
....		

وسایل کمکی موردنیاز و ابزارهای تطبیقی

اصلاح محیط (تطبیق فضای فیزیکی و وسایل)

لیست ارجاع یا مشاوره تخصصی	
نوع تخصص	مشکل

## برگه گزارش روزانه مراقب (فرم شماره ۶)

نام مراقب:

نام معلول ، سالمند یا بیمار روانی مزمن یا فرد دارای اختلالات طیف اتیسم :

نوع معلولیت:

ردیف	شرح گزارش	امضا و تایید معلول ، سالمند یا بیمار روانی مزمن یا فرد دارای اختلالات اتیسم یا یکی از اعضای خانواده
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>ساعت ورود :</div> <div>ساعت خروج :</div> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <div>خدمات ارائه شده:</div> <div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: flex-end;"> <div>۱-</div> <div>۲-</div> <div>۳-</div> <div>۴-</div> <div>۵-</div> <div>۶-</div> <div>۷-</div> </div> </div>	
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>ساعت ورود :</div> <div>ساعت خروج :</div> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <div>خدمات ارائه شده:</div> <div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: flex-end;"> <div>۱-</div> <div>۲-</div> <div>۳-</div> <div>۴-</div> <div>۵-</div> <div>۶-</div> <div>۷-</div> </div> </div>	
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>ساعت ورود :</div> <div>ساعت خروج :</div> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <div>خدمات ارائه شده:</div> <div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: flex-end;"> <div>۱-</div> <div>۲-</div> <div>۳-</div> <div>۴-</div> <div>۵-</div> <div>۶-</div> <div>۷-</div> </div> </div>	

## فرم گزارش ماهانه بازدید کارشناس ناظر پایشگر (فرم شماره ۷)

الف - مشخصات توانخواه :

نام و نام خانوادگی:

نوع معلولیت: معلول جسمی حرکتی ☐ معلول ذهنی ☐ سالمند ☐ بیمار روانی مزمن ☐ اتیسم ☐

ب - اقدامات انجام شده توسط مراقب بر اساس برنامه مراقبت:

- ۱.
- ۲.
- ۳.
- ۴.
- ۵.

ج - شرح عملکرد:

تاریخ بازدید منزل	گزارش (موارد بحث شده، اهداف و برنامه های مقرر، وسایل کمکی مورد نیاز، مناسب سازی و تطبیق وسایل، پیشنهادات برای ارجاع و ....)	بازخورد و نظرات گروه هدف و خانواده

د - مرور بر تغییرات ایجاد شده و رضایت مندی خانواده

اولویت بر اساس برنامه مراقبت قبلی	تغییرات ایجاد شده (نمره ۱-۴)	میزان رضایت مندی توانخواه یا خانواده در زمینه تغییرات حاصله (نمره ۱-۴)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ۱= بدون تغییر</li> <li>• ۲= بهبودی کم</li> <li>• ۳= بهبودی قابل توجه</li> <li>• ۴= بهبودی کامل</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ۱= عدم رضایت</li> <li>• ۲= رضایت متوسط</li> <li>• ۳= رضایت کامل</li> <li>• ۴= رضایت بیش از انتظار</li> </ul>
۱.		
۲.		
۳.		
۴.		
۵.		

نظر کارشناس ناظر پایشگر:

- ☐ - برنامه مراقبت مطابق قبل ادامه یابد
- ☐ - ارائه برنامه مراقبت جدید
- ☐ - اتمام خدمت و تکمیل فرم ترخیص

شرح برنامه مراقبت جدید :

۱. ....
۲. ....
۳. ....
۴. ....
۵. ....

تذکر: در صورت تأیید ادامه برنامه مراقبت مطابق قبل، نیاز به شرح برنامه جدید نمی باشد.

اعلام نیازهای آموزشی جدید برای مراقب (در صورت نیاز) :

.....

.....

.....

امضاء یا اثر انگشت توانخواه یا سرپرست:

نام و نام خانوادگی کارشناس ناظر پایشگر:

امضاء کارشناس ناظر پایشگر:

ارائه خدمات توانبخشی و مراقبتی در منزل..... ماه مرکز ..... (فرم شماره ۸)

ردیف	نام و نام خانوادگی مراقب	نام و نام خانوادگی معلول، سالمند یا بیمار روانی مزمونفرد دارای اختلالات طیف اتیسم	نوع معلولیت یا کد معلولیت	تعداد جلسات مراجعه در ماه
۱				
۲				
۳				
۴				
۵				
۶				
۷				
۸				
۹				
۱۰				
۱۱				
۱۲				
۱۳				
۱۴				
۱۵				
۱۶				
۱۷				
۱۸				

امضاء و مهر مدیر مرکز

امضا و مهر رئیس بهزیستی شهرستان

فرم شماره ۹: خدمت گیرندگان مرکز مراقبت در منزل ..... به تفکیک نوع معلولیت در شش ماهه اول /دوم (جهت ارائه استان به ستاد کشور)

نام و نام خانوادگی مراقب	نوع معلولیت (نوع معلولیت با عدد ۱ علامت زده شود و در صورت ابتلای توانخواه به چند معلولیت، معلولیت غالب مدنظر قرار گیرد .						جنسیت		سن ( درج سن به سال ) - به عنوان مثال در مورد فرد ۹ ساله صرفاً عدد ۹ درج گردد)	کد ملی	نام و نام خانوادگی	ردیف			
	اتیسم	بیمار روانی مزمن	معلول ذهنی	سالمند		معلول جسمی حرکتی و حسی							مذکر	مونث	
				سایر	مبتلا به آلزایمر	حسی	سایر معلولیت های جسمی	c.p							MS

امضاء و مهر مدیر استان

امضا و مهر معاون توانبخشی استان

## فرم گزارش تخلفات موردی از مرکز (فرم شماره ۱۰)

فرم گزارش تخلفات موردی از مرکز به بهزیستی شهرستان	
شرح وقایع	
	نام و نام خانوادگی مراقب متخلف
	مورد یا موارد تخلف
	نام و نام خانوادگی معلول یا معلولانی که با تخلف نامبرده متضرر شده اند.
	اقدامات صورت پذیرفته در رابطه با تخلف

امضا و مهر مدیر مرکز

## فرم ارجاع معلول، سالمند، بیمار روانی مزمن، فرد دارای اختلال طیف اتیسم توسط مراقب، مرکز و شهرستان (فرم شماره ۱۱)

نام و نام خانوادگی معلول، سالمند، بیمار روانی مزمن، فرد دارای اختلال طیف اتیسم:	نام و نام خانوادگی مراقب:	نام مرکز:
نوع معلولیت:		
دلایل ارجاع معلول به مرکز توسط مراقب با تایید پایشگر		
شرح اقدامات صورت گرفته توسط مرکز		
امضا مسئول فنی مرکز و تاریخ		
دلایل ارجاع معلول به بهزیستی شهرستان توسط مرکز		
شرح اقدامات صورت گرفته توسط شهرستان		
امضای رئیس بهزیستی شهرستان و تاریخ		
گزارش از بهزیستی شهرستان به استان در صورت لزوم		
شرح اقدامات صورت گرفته در بهزیستی استان		
امضا معاون توانبخشی استان و تاریخ		
گزارش مرکز توانبخشی به کارشناس ناظر پایش گر و مراقب		
شرح اقدامات صورت گرفته		
امضا مسئول فنی و تاریخ		

توضیحات :

## فرم ارزیابی عملکرد ماهانه مراقب توسط ناظر مربوطه (فرم شماره ۱۲)

ماه ..... سال .....

نام و نام خانوادگی مراقب: .....

عملکرد				شاخص های مورد ارزیابی
ضعیف	متوسط	خوب	بسیار خوب	
				حضور به موقع و منظم مراقب در منزل معلولان و توانخواهان
				انجام وظایف بر اساس شرح وظایف تعیین شده
				نحوه برقراری ارتباط با خانواده و توانخواه
				ثبت دقیق گزارشات
				آشنایی مراقب با وظایف محوله
				انجام ابتکارات و اقدامات خلاقانه
				میزان پیشرفت توانخواه در انجام امور مراقبت شخصی
				ارجاعات صحیح مراقب به سطوح بالا تر
				شناسایی صحیح معلولین نیازمند به خدمات مراقبتی
				عدم وجود موارد تخلف

امضا کارشناس ناظر مرکز

## فرم پیشنهاد ترخیص توانخواه از دریافت خدمات مراقبت در منزل

مرکز توانبخشی ..... (فرم شماره ۱۳)

توانخواه ، با نام و نام خانوادگی ..... نام پدر ..... کدملی ..... دارای معلولیت ..... که  
از تاریخ ..... لغایت ..... تحت پوشش خدمات مراقبت در منزل قرار گرفته است و بمدت ..... ماه از این  
خدمات بهره مند بوده است .

### اقدامات صورت گرفته توسط مراقب:

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

### علت ترخیص:

۱- توانمند سازی و رسیدن به استقلال فردی توانخواه ☐

۲- عدم تاثیرپذیری خدمات مراقبت در منزل در رسیدن به توانمندسازی توانخواه ☐

۳- عدم همکاری مددجو با مراقب ☐

۴- عدم همکاری و اعلام انصراف خانواده ☐

۵- فوت مددجو ☐

۶- اتمام زمان استفاده از خدمات طرح ☐

لذا پیشنهاد می گردد، فعالیت مراقب در مورخ ..... پایان پذیرد و توانخواه ..... از دریافت خدمات  
مراقبت در منزل ترخیص گردد .

تاریخ و امضاء کارشناس ناظرپایشگر

تائید مسئول فنی