سازمان بهزیستی کشور

معاونت امور توانبخشی

دفتر امور مراکز توانبخشی و مراقبتی

دستور العمل خانه حمایتی توانبخشی (آموزش،توانپزشکی و اجتماعی) و پیگیری درمان بیماران روانی مزمن (شبانه روزی)

۱۳۹۹

دستور العمل خانه حمایتی توانبخشی (آموزش،توانپزشکی و اجتماعی) و پیگیری درمان بیماران روانی مزمن (شبانه روزی)

نظر به اینکه بر اساس شق ۸ بند پ ماده ۵۷ قانون احکام دائمی برنامه های توسعه کشور وقانون تشکیل سازمان بهزیستی و بند ۷ماده 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 سطح کیفی ارائه خدمات آموزشی، توانبخشی، مراقبتی به گروه هدف در جهت نیل به توانمند سازی آنان و کاهش تصدی گری دولت، بر عهده سازمان بهزیستی کشور میباشد، این دستور العمل در اجراء قوانین فوق، با هم اندیشی متخصصان و کارشناسان مرتبط در سازمان بهزیستی کشور، بهزیستی استانها، انجمن مراکز غیر دولتی و انجمن های علمی، در سال ۱۳۹۹ جهت اجرا تنظیم گردیده است.

ماده ۱

تعاریف

۱- ۱ **صاحب امتیاز:** به شخص حقیقی یا حقوقی اطلاق می‌شود که پس از طی مراحل پیش‌بینی شده، یک یا چند مجوز صادره از سوی سازمان بهزیستی اعم از پروانه تاسیس ، پروانه فعالیت را دریافت و اقدام به تاسیس مرکز یا موسسه غیردولتی می نماید.

۱-۲ **موافقت اصولی:** موافقت‌نامه‌ای است که پس از طی مراحل پیش‌بینی شده در این دستورالعمل توسط کمیسیون ماده۲۶ استان با اعتبار ۱۸ ماه برای متقاضیان صادر می‌شود تا نسبت به آماده‌سازی ساختمان، تجهیز و تأمین نیروی انسانی مورد نیاز و کسب تأییدیه‌های لازم اقدام نمایند. شایان ذکر است، اعتبار موافقت اصولی تنها یک بار و به مدت شش ماه قابل تمدید است.

۱-۳ **پروانه فعالیت:** مجوزی است که برای شروع و تداوم فعالیت مرکز پس از تجهیز و تأمین و معرفی نیروی انسانی مورد نیاز، صادر می‌شود.

۱-۴ **مسئول فنی:** شخص حقیقی واجد شرایطی است که از طرف صاحب امتیاز (حقیقی یا حقوقی) به بهزیستی استان معرفی می‌شود و پس از تأیید کمیسیون ماده۲۶ بهزیستی استان، برای وی پروانه مسئول فنی صادر می‌شود تا در مرکز مربوطه مطابق با دستورالعمل تخصصی انجام وظیفه کند.

۱- ۵ **شخصیت حقیقی:** به شخصی گفته می‌شود که به صورت انفرادی، خواهان دریافت مجوز فعالیت در یکی از بندهای ۱تا ۱۲ ماده۲۶ باشد.

۱-۶ **شخصیت حقوقی:** موسسه‌ای اعم از انتفاعی و غیر انتفاعی است که به موجب قانون تشکیل شده و خواهان دریافت مجوز فعالیت در یکی از بند های ۱ تا ۱۳ گانه ماده ۲۶ باشد.

۱-۷ **بیماران روانی مزمن :** به بیمارانی اطلاق می‌گردد که بیماری آنها شروع و پیشرفت تدریجی داشته باشد، به مدت طولانی(حدود دو سال) دوام یابد، با سابقه بستری در بخش روانپزشکی بیمارستان و تمایل به عود داشته باشد، منجر به افت عملکرد و ایجاد ناتوانی یا معلولیت شود.این نوع بیماری‌هاشامل:اسکیزوفرنی،اختلالات خلقی باعلائم سایکوتیک و افسردگی می شود.

تشخیص مزمن بودن اختلال و یا وجود افت کلی عملکرد، با روانپزشک معالج با توجه به سوابق پزشکی، معاینه و آزمایشهای انجام شده وتایید کمیسیون پزشکی تشخیص نوع و تعیین شدت معلولیت است که حداقل یک نفر روانپزشک در آن حضور داشته باشد .

۱-۸ **کمیسیون پزشکی توانبخشی تعیین نوع و شدت معلولیت:** ترکیبی از متخصصان و کارشناسان گروه‌های توان‌بخشی مرتبط با سلامت و گروه‌های پزشکی است که تشخیص نوع و تعیین شدت معلولیت را مطابق طبقه‌بندی بین‌المللی عملکرد، معلولیت (کم‌توانی) و سلامت برعهده دارد.

۱-۹ **کمیته نظارت تخصصی حوزه توانبخشی استان:** کمیته‌ای 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 فعالیت‌های مراکز توانبخشی در سطح استان نظارت دارد.

۱-۱۰ **کارشناس ناظر استان**: منظورکارشناس حوزه معاونت توانبخشی استان می باشد که توسط معاون امور توانبخشی بهزیستی استان بر عملکرد تخصصی مراکز توانبخشی در سطح استان نظارت د ارد .

۱-۱۱ **کارشناس ناظر شهرستان:** منظورکارشناس توانبخشی ادارات بهزیستی شهرستان می باشد که توسط رئیس اداره بهزیستی شهرستان بر عملکرد تخصصی مراکز توانبخشی در سطح شهرستان نظارت د ارد .

۱-۱۲ **توانبخشی:** فرایندی است هدفمند با بازه زمانی مشخص با هدف قادرسازی فرد توانخواه برای جبران معلولیت وی ازطریق ارائه خدمات، فراهم کردن تسهیلات و دسترس‌پذیری محیط ازجمله محیط زندگی و کار است به‌طوری‌که بتواند به سطح عملکرد فردی، اجتماعی و نیز کیفیت زندگی مناسب دست‌یابد.

۱-۱۳ **خانه های حمایتی بیماران روانی مزمن :** خانه ای است برای اسکان حداکثر ۱۰ بیمار روانی مزمن که به حدی از توانمندی رسیده اند که بتوانند امور شخصی خود را انجام دهند .و فاقد تحریکات عصبی روانی شدید بوده اند ولی شرایط لازم برای زندگی مستقل و در کنار خانواده را ندارند . و در سه نوع یک چهارم راهی، نیمه راهی و گروهی ایجاد میشوند.

هدف از ایجاد این خانه ها ارائه خدمات بهینه به شیوه ای نظام دار و هدفمند در محیط عاطفی ، اجتماعی و آموزشی مناسب در خانه هایی مشابه منازل عادی خانواده های ایرانی و بر اساس سنت های بومی و محلی می باشد. در این خانه ها که دیگر شباهتی به مراکز بزرگ آسایشگاهی ندارد ،بیماران به کارگاههای مراکز آموزشی و حرفه آموزی و نهایتا محل اشتغال اعزام می گردند. درصورت وجود بستر مناسب تحصیل میکنند . فرهنگ تلفیق اجتماعی و همبستگی و مشارکت اجتماعی را فرا می گیرند و زمینه الحاق اجتماعی را تجربه می کنند .

۱- ۱۴ **خانه های حمایتی یک چهارم راهی :** خانه ای است داخل مرکز توانبخشی شبانه روزی بیماران روانی مزمن و بیمارانی که دوره درمان وبازتوانی را با موفقیت درمراکز شبانه روزی طی کرده اند با تشخیص کمیته توانبخشی بهزیستی استان به این مرحله از بازتوانی رسیده اند و یا بیماران روانی مزمنی که به تشخیص کمیسیون پزشکی توانبخشی تعیین نوع و شدت معلولیت با شدت متوسط و خفیف و با نظر کمیته توانبخشی استان توانایی ورود به این خانه ها را دارند برای دوره موقت حداکثر تا ۱۲ ماه در این خانه اسکان می یابند .در این مرحله بیمار کلیه نیازهای رفاهی ودرمانی را از مرکز دریافت مینماید اما از نظر عملکرد شخصی و اجتماعی کاریابی و حرفه اموزی تحت حمایت مرکز خواهد بود . در این خانه ها مراقب به همراه خدمه بصورت تمام وقت حضور دارند . همچنین حضور مددکار و روانشناس هرکدام به صورت ۳ روز در طول ۶ روز هفته می باشد . مددکار و روان شناس مرکز شبانه روزی پشتیبان میبایست هر ۱۵ روز یکبار گزارش عملکرد شخصی،اجتماعی وحرفه ای توانخواه تهیه کرده و رفتار اجتماعی ، مشارکت پذیری،بهداشت فردی ،پایبندی به درمان و پایبندی به قانون و پیشرفت در عملکرد

حرفه ای وی را ارزیابی نمایند و گزارش مربوطه را ماهانه (یک گزارش) به بهزیستی شهرستان ارائه نمایند . براساس داده های گزارش و پیشنهاد روانپزشک و مسئول فنی مرکز به کمیته توانبخشی بهزیستی استان تصمیم گیری انجام میشود که فرد آمادگی ورود به خانه حمایتی نیمه راهی را دارد و یا به مرکز بازگردانده شود .

در صورت اخذ تصمیم عدم توانایی ورود به خانه حمایتی نیمه راهی و پیشنهاد ادامه حضور در خانه حمایتی یک چهارم راهی توسط روانپزشک و مسئول فنی مرکز و تائید کمیته توانبخشی استان این مدت حداکثر تا ۶ ماه قابل تمدید می باشد .

۱-۱۵ **خانه های حمایتی نیمه راهی :** افراد ترخیص شده موفق از خانه حمایتی یک/چهارم راهی در خانه های حمایتی نیمه راهی و یا افرادی که با تشخیص کمیسیون پزشکی توانبخشی تشخیص نوع و تعیین شدت معلولیت با شدت متوسط یا خفیف به کمیته توانبخشی استان معرفی شدند اسکان داده می شوند . در این خانه ها در محدوده شهری و خارج از مراکز توانبخشی ایجاد شده و فقط یک روان شناس و یا مددکار به صورت روزانه به همراه یک مراقب به صورت تمام وقت حضور دارند .افراد در این مرحله از نظر عملکرد شخصی به استقلال نسبی رسیده اند . تهیه غذا، نظافت منزل ، شستشوی لباس ها و کلیه کارهای خوابگاه توسط مددجویان انجام می شود و مراقب صرفا جهت نظارت بر حسن انجام کار، مصرف صحیح داروها و رفتار بیماران درمرکز حاضر میشوند و درصورت بروز مشکل موضوع را به روان شناس مرکز پشتیبان گزارش میکند .درخانه های حمایتی نیمه راهی توانخواهان می بایست حداقلی از عملکرد شغلی نظیر شغل پاره وقت راکسب کنند و بتوانند بخشی از نیازهای مادی خود را از این طریق تامین نمایند . هر ۶ ماه پس از ارزیابی روانپزشک مبنی بر توانایی کامل زندگی مستقل و اشتغال فرد و تائید کمیته توانبخشی بهزیستی استان به خانه های گروهی منتقل میشوند .مددکار یا روانشناس در این خانه ها ۲ بار در ماه گزارش پیشرفت مددجویان را تنظیم و بهزیستی استان ارائه می نماید و کمیته توانبخشی بهزیستی استان تصمیم گیری انجام میشود که فرد آمادگی ورود به خانه حمایتی گروهی را دارد .

۱-۱۶ **خانه های حمایتی گروهی :** افردی که درخانه حمایتی نیمه راهی به استقلال فردی رسیده و بیماری آنها تحت کنترل کامل با دارو با شدت معلولیت خفیف باشد و همچنین به قوانین زندگی مشارکتی آگاه و خود را ملزم به رعایت اصول آن بداند و توانایی مدیریت دارو و الزامات درمانی را کسب نموده شاغل باشند به خانه های حمایتی گروهی که در محدوده شهری و خارج از مرکز توانبخشی ایجاد میشود منتقل می گردند . در این خانه ها هیچ

پرسنل و مراقبی وجود ندارد ولی مددکار بصورت روزانه و هفت روز هفته و روان شناس دو روز در هفته در خانه حضور دارند . (مدت زمان حضور حداقل ۱ ساعت می باشد) و گزارش از وضعیت توانخواهان را تنظیم می نماید .

در این خانه ها یک نفر از مدد جویان به عنوان ارشد خانه در صورت بروز هر مشکلی با مددکار در ارتباط خواهد بود .

ویزیت روانپزشک جهت افراد مقیم خانه های حمایتی گروهی هر دوماه یکبار الزمی است .

۱-۱۷ کمیته توانبخشی :

گروهی متشکل از نیروهای تخصصی توانبخشی ومددکاران اجتماعی که در قالب یک تیم وظایف خودرا دردوسطح بهزیستی استان وشهرستان ارائه می نمایند.

ماده ۲

اهداف:

-ارائه مداخلات به هنگام جهت رفع آسیب های احتمالی فردی و اجتماعی

-آموزش مهارت های ارتباطی و حرفه ای و ایجاد شغل

-ایجاد بستر مناسب جهت آموزش زندگی مستقل و کسب استقلال

-ارزیابی و ارتقای میزان توانمندی فرد در رویارویی با مشکلات فردی وبین فردی

ماده ۳

شرایط اختصاصی و مدارک صدور مجوز تاسیس خانه های حمایتی بیماران روانی مزمن

علاوه بر موارد مندرج در آئین نامه داخلی ماده ۲۶ قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت و دستورالعمل شرایط و ضوابط عمومی مراکز توانبخشی معلولین ، مراکز حرفه آموزی معلولین ، مراکز توانبخشی و نگهداری سالمندان و مراکز توانبخشی و درمانی بیماران روانی مزمن (آموزشی و توانبخشی روزانه- توانبخشی و مراقبتی شبانه روزی):

دارا بودن تحصیلات کارشناسی و بالاتر در رشته های مرتبط با امور توانبخشی (روانشناسی، فیزیوتراپی، کاردرمانی، گفتار درمانی، پرستاری، مددکاری اجتماعی ، علوم تربیتی ،مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی،بینایی سنجی،ارتوپدی فنی، شنوایی شناسی،مدیریت توانبخشی و پزشکی)

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

تبصره۲:متقاضیان واجدشرایط تاسیس مراکز می بایست با انجام مصاحبه دقیق تخصصی و توجه به توانمندی های علمی، تحصیلی، تجربی و اقتصادی متقاضیان توسط بهزیستی استان انتخاب گردند.

ماده ۴

شرایط اختصاصی و مدارک صدور پروانه فعالیت خانه های حمایتی بیماران روانی مزمن

علاوه بر موارد مندرج در آئین نامه داخلی ماده ۲۶ قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت و دستورالعمل شرایط و ضوابط عمومی مراکز توانبخشی معلولین ، مراکز حرفه آموزی معلولین ، مراکز توانبخشی و نگهداری سالمندان و مراکز توانبخشی و درمانی بیماران روانی مزمن (آموزشی و توانبخشی روزانه- توانبخشی و مراقبتی شبانه روزی):

- دارا بودن مدرک تحصیلی کارشناسی وبالاتر در رشته های (روانشناسی، فیزیوتراپی، کاردرمانی، گفتار درمانی، پرستاری، مددکاری اجتماعی ، پزشکی و مدیریت توانبخشی) برای مسئول فنی.

ماده ۵

شرایط اختصاصی پذیرش :

۵-۱ خانه حمایتی یک چهارم راهی

۱- دوره درمان و توانبخشی را درمرکز شبانه روزی به طور کامل طی کرده باشد.

تبصره :پس از معرفی بیمار توسط روانپزشک مرکز وتائید کمیته توانبخشی استان/ شهرستان به کمیسیون پزشکی توانبخشی تشخیص نوع و تعیین شدت معلولیت معرفی وپس از تعیین شدت متوسط یا خفیف به خانه یک چهارم راهی معرفی گردد.

۲- بیماران روانی مزمنی که به تشخیص کمیسیون پزشکی توانبخشی تشخیص نوع و تعیین شدت معلولیت با شدت متوسط و خفیف و با نظر کمیته توانبخشی استان/ شهرستان توانایی ورود مستقیم به این خانه ها را دارند

۳- علایم بیماری با کمترین تغییرات دارویی و کنترل شده باشد

۴- از نظر بهداشتی و روابط بین فردی در سطح مطلوب و عدم خشونت و یا خشونت کنترل شده ارزیابی شوند و توانایی زندگی مشترک با سایر توانخواهان را داشته باشد.

۵- عدم ابتلا به بیماریهای های واگیر دار و انحرافات جنسی

۶- عدم اعتیاد به مواد مخدر یا محرک

۷- پایبندی توانخواهان به قوانین گروه توسط روانپزشک و روان شناس مرکز مجری تایید شده باشد .

۸-مدارک و آزمایشات لازم شامل:

-خلاصه پرونده

- گزارش مددکاری

-آزمایش خون،آزمایش ادرار و مدفوع و گواهی سلامت در این آزمایشات

-آزمایش ایدز و هپاتیت

- تست توبرکولین

- تستهای بیماری های شایع روز مثل کووید۱۹

۵-۲ خانه حمایتی نیمه راهی

۱- کلیه شرایط خانه های یک چهارم راهی را داشته باشد.

۲- در ارزیابی اولیه به این سطح از بهبودی و مسئولیت پذیری رسیده باشد و روانپزشک و روانشناس و مددکار ورود به این سطح را تایید نمایند.

۳- توانایی اشتغال حمایت شده را داشته باشد .

۴- عملکرد اجتماعی مطلوب برای زندگی مشترک و تعاملات روزمره زندگی را داشته باشد

۵-۳ خانه حمایتی گروهی

علاوه بر شرایط مندرج در خانه های نیمه راهی و کسب کلیه اهداف خانه های نیمه راهی حداقل یک دوره اشتغال حمایت شده ۶ ماهه را طی نموده باشد و قادر به تامین بخشی از نیازهای مادی خود باشند طبق ارزیابی مددکار و کار فرما رضایت نسبی از عملکرد شغلی را داشته باشند . همچنین در سطح خانه نیمه راهی مسئولیت پذیری رعایت مصرف دارو و پایبندی به مقررات عمومی خانه و عدم تخلف قانونی وی به تایید روانپزشک،روان شناس ویا مددکار رسیده باشد.

ماده ۶

خدمات

۱-خدمات مراقبتی شبانه روزی

۲-آموزش مهارت های ارتباطی، اجتماعی و حرفه ای

۳- خدمات ارجاعی: منظور ارجاع به بیمارستان، پزشک متخصص و سایر خدمات تخصصی مورد نیاز است.

۴- پیگیری خدمات توانبخشی ،پزشکی،آموزشی، حرفه ای و اجتماعی

۵- پیگیری خدمات هنری و ورزشی بسته به وضعیت گروه هدف خارج از خانه

۶-برگزاری فعالیت های فوق برنامه با هماهنگی بهزیستی شهرستان و استان

۷- ایجاد شرایط مناسب و امن دراوقات فراغت

ماده ۷

نیروی انسانی

۷-۱صاحب امتیاز: (در خانه حمایتی یک چهارم راهی همان صاحب امتیاز مرکز میباشد و مرکز می‌تواند تا حداکثر سه خانه حمایتی را با مجوز اولیه مرکز ایجاد نماید و برای سایر متقاضیان جدید خانه های حمایتی(نیمه راهی و گروهی) امکان ایجاد ۵ خانه با صدور مجوز اولیه فراهم میباشد.

۷-۲مسئول فنی: هرروز در ساعات اداری در سایر ساعات ودر شیفت های کاری عصر و شب ، جانشین مسئول فنی واجد شرایط بند ب ماده ۲ وظیفه مسئول فنی را به عهده خواهد داشت (مسئول فنی مرکز توانبخشی پشتیبان همزمان در حداکثر سه خانه حمایتی مشروط به ظرفیت مجموع تا ۱۰۰ نفر و مسئول فنی مجوز صرف خانه تا ۵ خانه حمایتی را می تواند مدیریت کند)

۷-۳ مددکار اجتماعی: بر اساس بند ۱۴ و ۱۵ ماده یک فعالیت می‌کند.

۷-۴ روانشناس: با مدرک کارشناسی روانشناسی بر اساس بند ۱۴ و ۱۵ ماده یک فعالیت می‌کند.

۷-۵ مراقب :(مادریار یا مددیار معلول) با مدرک تحصیلی حداقل دیپلم ترجیحا در رشته مددیاری افراد با نیازهای ویژه ب. اساس بند ۱۴،۱۵ و ۱۶ ماده یک فعالیت می‌کند.

۷-۶ خدمه: یک نفر جهت انجام امور منزل و طبخ غذا بر اساس بند ۱۴و ۱۵ ماده یک فعالیت می‌کند.

تبصره۱–مراقبین ملزم به طی نمودن دوره کمک پرستاری، ارتباط موثر ،کمک های اولیه و دوره های ایمنی سازمان آتش نشانی بوده و مدارک مربوطه را اخذ نمایند و مسئول خانه نیز ملزم به درج آن در پرونده پرسنلی می باشند.

تبصره۲- کلیه پرسنل ملزم به ارائه گواهی سلامت روان در زمان استخدام بوده و سالانه بایستی این گواهی تمدید گردد

ماده۸

شرح وظایف نیروی انسانی

۸–۱ وظایف دارنده پروانه فعالیت (صاحب امتیاز)

علاوه بر مفاد مندرج در آیین نامه داخلی ماده ۲۶ شرح وظیفه صاحب امتیاز خانه به شرح ذیل می باشد.

۱. تعیین و معرفی مسئول فنی واجد شرایط به سازمان بهزیستی

۲. رعایت شئونات اسلامی، اخلاقی، مسائل حرفه ای و موازین حقوقی و قانونی

۳. پاسخگوئی به شکایات مطروحه از خانه و افراد شاغل در آن

۴. انعقاد قرارداد با پرسنل واجدشرایط تحت نظارت مسئول فنی

۵. پرداخت به موقع حقوق ومزایای مسئول فنی وکارکنان خانه طبق قرارداد منعقده وبر اساس قوانین جاری کشور

۶. تامین کلیه مایحتاج و هزینه های خانه به پیشنهاد مسئول فنی

۷.تامین اقدامات لازم جهت توانمند سازی و ارتقاء کیفیت زندگی فرزندان

۸. اقدام جهت بیمه مسئولیت مدنی گروه هدف وحوادث جهت کارکنان

۹. تامین استانداردهای خدماتی، بهداشتی و فنی مرکز اعم از ساختمانی، تجهیزاتی، ایمنی، بهداشتی، دارویی و توانبخشی

۱۰. تسلط واجرای دقیق مفاد دستورالعملها، ضوابط و مقررات ابلاغی از بهزیستی

۱۱. افتتاح حساب بانکی به نام مرکز یا صاحب امتیازدر یکی از بانک های کشور

۱۲. ثبت و ضبط کلیه اسناد مالی مرکز

۱۳.اقدام درجهت استخدام و جذب نیروی انسانی (تخصصی و غیرتخصصی) و اخذ صلاحیت فردی آنان

۱۴. مسئولیت تایید صلاحیت تخصصی ، اخلاقی وفردی نیروی انسانی در ساعات حضور در خانه

تبصره۱ :در موسسات غیردولتی رئیس هیئت مدیره و مدیرعامل مسئولیت کلیه فعالیت های مرتبط با صاحب امتیازمرکز را بعهده خواهند داشت.

تبصره۲:موسس موظف است هرگونه تغییر و جابجایی در خصوص مسئول فنی مرکز را صرفاً با مجوز کتبی بهزیستی استان اعمال نماید.

۸-۲ شرح وظایف مسئول فنی:

علاوه بر وظایف مندرج در آیین نامه داخلی ماده ۲۶ و دستور العمل عمومی(بند ۳-۴ماده ۴)موارد ذیل نیز از وظایف مسئول فنی خانه های حمایتی میباشد.

۱. هماهنگی و برنامه ریزی حضور کارشناسان و مراقبین در شیفت های کاری

۲. برنامه ریزی و هماهنگی برنامه های فرزندان با کارشناسان و تقسیم وظایف محوله

۳. سرکشی متناوب از واحد های مسکونی در صورتی که بیش از یک واحد مسکونی در حوزه فعالیت موسس تعریف شده است.

۴. پیگیری و نظارت آموزش مهارت های ارتباطی و حرفه ای

۵. برنامه ریزی مشارکت افراد مقیم خانه در انجام امور شخصی و خانه به منظور تقویت حس مسئولیت پذیری متناسب با توانمندی و ایجاد امکان زندگی مستقل آنان.

۶. آموزش مهارت های خود یاری و ارتباطی با مشارکت مددکار و مراقبین

۷.پیگیری انجام شرح وظایف پرسنل تعریف شده در خانه ها.

۸.هماهنگی و برنامه ریزی جهت کلاسهای آموزش وتوانبخشی حرفه ای با توجه به شرایط و توانمندیهای افراد

۹.ارسال گزارش کتبی خدمت گیرندگان فوت شده در خانه با ذکرزمان و علل فوت آنها به بهزیستی شهرستان

۸-۳ شرح وظایف مراقب:

۱. کمک در انجام فعالیت‌های آموزشی ارائه شده توسط روانشناس و مددکار خانه حمایتی

۲. اعلام هرگونه تغییر در وضعیت جسمی یا روانی افراد مقیم خانه از جمله ایجاد قرمزی ، کبودی ، تورم ، نقاط دردناک ، و شکایت ها و مشکلات وی به مافوق

۳. کمک در انجام امور شخصی افراد مفیم خانه.

۴.آموزش مهارت های خودیاری و ارتباطی با همکاری مسئول فنی و مددکار

۵. هماهنگی و کمک به افراد مقیم خانه جهت حضور و شرکت در برنامه های فرهنگی تفریحی در داخل و خارج از خانه و انجام کلیه وظایف مربوطه

۶. تحویل گرفتن شیفت از مراقب شیفت قبل و ثبت آن در دفتر گزارش وتحویل آن به مراقب شیفت بعد طبق ضوابط و گزارش به مافوق

۷. حفظ و نگهداری اموال اختصاصی هریک از افراد مقیم خانه مانند لیوان ، حوله ، لیف ، شانه ، دمپایی و...

۸-۴شرح وظایف مددکار اجتماعی:

۱. برقراری ارتباط حرفه ای با افراد مقیم خانه

۲. تشکیل پرونده اجتماعی جهت این افراد و ثبت اطلاعات و وقایع

۳. تعامل و همکاری مداوم با مسئول فنی و مراقبین در آموزش های فردی و خودیاری و ارتباطی افراد

۴. انجام اقدامات لازم به منظور روشن نمودن وضعیت افراد مجهول الهویه و اخذ مدارک مربوط به آنان

۵. بررسی و فراهم سازی زمینه ترخیص افراد از خانه به مراحل بالاتر

۶. ایجاد زمینه برای مشارکت دادن جامعه هدف در فعالیت های اجتماعی خارج از خانه و ایجاد زمینه های شغلی متناسب علاقه و توان آنان

۷. ایجاد زمینه در خصوص شرکت دادن افراد در مجامع عمومی ، مراسم مختلف و برنامه های تفریحی

۸. پیگیری امورمربوط به درمان ،توانبخشی وحقوقی معلولان بنابه ضرورت

۹. ارتباط با مراکز حرفه ای و آموزش شغلی و موسسات آموزشی با هماهنگی مسئول آموزش

۸-۵ شرح وظایف روانشناس

۱. تشکیل پرونده روانشناسی

۲. ارزیابی هوشی به کمک تست های مربوطه و ثبت نتایج در پرونده روانشناسی

۳. مشاوره با فرزند و در صورت داشتن خانواده با خانواده وی

۴. ایفای نقش تسهیل گری باهمکاری مددکارمرکز در ایجاد ارتباط مستمر بین خانواده و خانه

۵. حضور مؤثر در تیم تخصصی مرکز در خصوص ارزیابی دوره ای وضعیت روانی فرد

۶. حضور در پذیرش اولیه معلول و تشریح خانه برای افراد مقیم خانه و خانواده جهت پذیرش شرایط جدید.

۷. کنترل اختلالات روانی و رفتاری افراد و ارجاع صحیح آنان در صورت لزوم.

۸. آموزش به پرسنل مرکز در خصوص شیوه برقراری ارتباط با فرد روانی مزمن بر اساس ویژگی های روانشناختی آنان مانند نقایص حسی یا مشکلات عاطفی

۹. همکاری با تیم توانبخشی جهت تعیین علایق و فعال سازی افراد مقیم خانه

۱۰. غربالگری مشکلات روانشناختی افراد ومداخله به هنگام

۱۱. مستند سازی اقدامات درپرونده

۱۲. انجام کار تیمی جهت پیگیری های لازم بمنظور ادامه درمان توانبخشی جامعه هدف

۱۳. بررسی و ارزیابی میزان تاثیر آموزشها بر حامعه هدف

۱۴. برنامه ریزی همه جانبه جهت دستیابی به استقلال فردی و اجتماعی جامعه هدف

۱۵.برنامه ریزی جهت حضور افراد دارای معلولیت در اجتماع وارتقاء روابط اجتماعی افراد دارای معلولیت

۱۶.آموزش و زمینه سازی مشارکت افراد مقیم خانه در امور شخصی به منظور تقویت حس مسئولیت پذیری متناسب با سن و توانمندی وی

۸-۶شرح وظایف خدمه:

۱. شستشوی لباس و ملحفه های تعویض شده توسط مراقب و آماده سازی البسه برای استفاده مجدد

۲. انجام نظافت منزل با نظر مراقب

۳.انجام امور مربوط به پخت و پز و آشپزی بر اساس برنامه اعلام شده از سوی مسئول فنی با توجه به نیاز هر یک از افراد مقیم خانه

۴. همکاری با مراقبین در مراقبت از افراد بر حسب نیاز

تبصره- کلیه پرسنل موظف به رعایت مفاد زیرمیباشند.

۱. رعایت سلسله مراتب اداری

۲. رعایت شئونات اسلامی در محیط کار

۳. رعایت و به کارگیری اخلاق و رفتار مناسب با همکاران و افراد مقیم خانه

۴. حفظ ظاهر مناسب

۵. گذرانیدن دوره های آموزشی و خود آموزی طبق دستور مافوق

۶. رعایت موازین و ضوابط حرفه ای و اداری

۷. رعایت سیاست ها ، ضوابط و دستورالعمل های سازمان بهزیستی

ماده ۹

فضای فیزیکی (با ظرفیت اسمی حد اکثر ۱۰ نفر)

هدف ارائه خدمات بهینه به شیوه ای نظام دار و هدفمند در محیط عاطفی ، اجتماعی و آموزشی مناسب مشابه منازل عادی خانواده های ایرانی و براساس سنت های بومی محلی میباشد.

لذا خانه مورد نظر در این برنامه با توجه به حد اکثر ظرفیت اسمی ۱۰ نفر است که ساختمانی است دارای اتاق نشیمن و پذیرایی ، آشپزخانه و سرویس بهداشتی و حمام بوده و برنامه ریزی لازم استفاده از حمام و برنامه غذایی می بایست رعایت گردد و موارد ایمنی و مناسب سازی از جمله نصب دستگیره های کمکی در حمام و سرویس بهداشتی و سایر فضا ها و ورودی ها مد نظر قرار گیرد.

تبصره۱:

هراتاق ۱۲ متری به ازای ۲ الی۳نفر بایستی به نحوی انتخاب گردد که هر فرد دارای تخت وکمد خاص خود بوده و دارای حریم شخصی باشد.ضمنا استفاده از تخت های دو طبقه پرهیز گردد.

تبصره۲:

حداکثر ۲ خانه حمایتی در یک مجتمع مسکونی آن هم به صورت کاملا مجزا میتوان ایجاد نمود.

ماده ۱۰:

نظارت:

علاوه بر موارد مندرج در آیین نامه داخلی ماده ۲۶ نظارت بر خانه ها به شرح ذیل می باشد:

ساختار نظارت تخصصی:

۱۰–۱ 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 توانبخشی در مراکز شبانه روزی و روزانه به گروه هدف، کمیته نظارت تخصصی استانی در مرکز استان تشکیل خواهد شد. کمیته مذکور متشکل از معاون امور توانبخشی اداره کل بهزیستی استان(رئیس کمیته)،

کارشناسان مرتبط در معاونت توانبخشی اداره کل بهزیستی استان، نماینده رسمیتشکل استانی وابسته به انجمن عالی مراکزو در صورت نیاز رئیس اداره بهزیستی شهرستان مربوطه می باشد.

تبصره: در صورت ضرورت از نماینده مرکزتوانبخشی جهت شرکت در کمیته دعوت به عمل می آید.

۱۰–۲ :وظایف و اختیارات اعضای کمیته نظارت تخصصی معاونت توانبخشی بهزیستی استان

۱.اخذ تاییدیه بهزیستی کشور جهت تاسیس مرکز ، بررسی صلاحیت تخصصی کلیه متقاضیان حقیقی و حقوقی تاسیس خانه حمایتی و مسئول فنی و اعلام نفرات برگزیده به کمیسیون ماده ۲۶

۲. نظارت برچگونگی پرداخت یارانه ها، کمک ها و تسهیلات تخصیص یافته از سازمان بهزیستی کشور

۳. بررسی و تائید نام و نشانی موسس و موقعیت جغرافیایی مکان در نظر گرفته شده

۴. نظارت بر نحوه کار مراکز، رعایت ضوابط و مقررات جاری، استانداردهای خدمات و الگوی کار ابلاغ شده، تغییر محل مراکز و نحوه کار مسئول فنی

۵. اعلام نظر در خصوص 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 به کمسیون ماده ۲۶ استانی

۶. ارسال گزارش کامل از وضعیت مراکز توانبخشی استان به حوزه معاونت توانبخشی بهزیستی کشور

۷. نظارت برارزیابی،ارزشیابی و درجه بندی مراکز توانبخشی و رسیدگی به شکایات ارسالی در خصوص توانخواهان وپرسنل

۸. بررسی عملکرد مرکز و تصمیم گیری و اعلام نظر به کمیسیون ماده ۲۶ در خصوص تمدید پروانه فعالیت مرکز

۹. انجام هماهنگی های درون سازمانی، برون سازمانی و نیز تصمیم گیری های کلان استانی جهت ساماندهی گروه هدف سازمان

۱۰. نظارت بر اجرای دستورالعمل های ابلاغی در موردمراکز توانبخشی

۱۱. بررسی روند رسیدگی به تخلفات مطابق با آئین نامه داخلی ماده ۲۶ می باشد.

۱۲. نظارت بر روند بازدید از مراکز توسط کارشناسان استان

۱۰–۳ :کمیته نظارت تخصصی شهرستان

به منظور نظارت لازم در زمینه عملکرد مراکز توانبخشی، کمیته ای متشکل از رئیس بهزیستی شهرستان (رئیس کمیته)،مسئول امور توانبخشی شهرستان، کارشناس ناظر توانبخشی شهرستان و در صورت نیاز نماینده

مرکزتوانبخشی به دعوت رئیس کمیته در مرکز بهزیستی شهرستان تشکیل خواهد شد. این کمیته هماهنگ با کمیته استانی فعالیت خواهد داشت.

۱۰-۴ :شرح وظایف کمیته نظارت تخصصی شهرستان

۱. هماهنگی لازم با کمیته نظارت تخصصی استان جهت اجرای برنامه های توانبخشی در مراکز

۲. نظارت بر عملکرد مراکز توانبخشی شهرستان

۳. ارسال گزارش عملکرد مراکز به حوزه توانبخشی استان

۴. ایجاد بانک اطلاعاتی درخصوص توانخواهان پشت نوبت دریافت ارائه خدمات توانبخشی در مراکز

۵. نظارت بر اجرای دستورالعمل های ابلاغی در مورد مراکزتوانبخشی

ماده۱۱

مقررات عمومی

علاوه بر مقررات مندرج در ماده ۲۶ دستورالعملاجرایی (موضوع بندهای ۱ تا ۱۲ ماده ۲۶) قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت و رعایت موارد ذیل الزامی می باشد.

۱. خانه های حمایتی بیماران روانی مزمن در راستای تلفیق اجتماعی و حذف برچسب زنی بدون نصب هر گونه تابلو خواهند بود

۲. فضای استقرار میز وملزومات مسئول فنی در خانه ها می بایست به صورتی طراحی گردد که از تداعی فضای خانه بصورت مرکز جلوگیری نماید

۳. صدور پروانه فعالیت براساس الگوی پیوست می باشد.

۴.باتوجه به اینکه در بعضی از شهرستانها امکان تاسیس خانه با حداقل ظرفیت وجود ندارد ، در صورت تایید کمیته تخصصی حوزه توانبخشی استان بعضی از شهرستانها می توانند شهرهای کوچک همجوار را پوشش دهند.

۵. پروانه فعالیت و پروانه مسئول فنی قابل دسترسی جهت کارشناسان بازدید کننده باشد.

۶. انجام آزمایشات سالیانه جهت توانخواهان الزامی است.

۷. برنامه شیفت کاری کارکنان وفهرست اسامی کارکنان شاغل ، ساعات کار در تابلویی نصب گردد.

۸.مسئول خانه موظف است جهت تمامی گروه هدف پرونده های ذیل را تشکیل دهد

الف - پرونده اجتماعی شامل مدارک هویتی، سوابق خانوادگی، خلاصه پرونده بهزیستی ،تصویر برگه کمیسیون تایید نوع و شدت معلولیت، تصویر صورتجلسه کمیته توانبخشی ، علت پذیرش در مرکز

ب- پرونده مراقبتی و توانبخشی شامل:

مدارک اقدامات درمانی وتوانبخشی انجام شده ودر حال انجام

ج-پرونده تحصیلی/شغلی/مهارتی..../

تبصره ۱: نگهداری مدارک و مستندات جهت هر یک از خدمت گیرندگان به صورت محرمانه الزامی می باشد.

تبصره ۲: ضمن رعایت احترام وشئونات مقیمان خانه از بیان هرگونه سوابق شخصیتی ، اجتماعی وسلامت در حضور فرد خودداری گردد.

۹.کلیه کارکنان خانه می بایست ضمن قرارداد و مستندات بیمه نسبت به رعایت موارد ذیل اقدام نمایند:

الف) رعایت سلسله مراتب اداری

ب) رعایت شئونات اسلامی در محیط خانه

ج) رعایت و به کارگیری اخلاق و رفتار مناسب با همکاران و توانخواهان

د) حفظ ظاهر مناسب

ه) گذرانیدن دوره های آموزشی و خود آموزی طبق دستور مافوق

و) رعایت موازین و ضوابط حرفه ای و اداری

ن) رعایت سیاست ها ، ضوابط و دستورالعمل های سازمان بهزیستی

۱۰. شرح وظایف هر یک از نیروهای انسانی در چهارچوب قوانین و مقررات دستورالعملهای سازمان بهزیستی کشورمی باشد.

۱۱.کمک هزینه خدمات خانه ها هر سال یکبار توسط معاونت امور توانبخشی سازمان بهزیستی کشورتهیه و پس از تصویب هیات محترم وزیران، جهت اجرای آن توسط خانه ها به بهزیستی استانها ابلاغ می گردد.

۱۲. پذیرش گروه هدف تحت پوشش در خانه ها صرفا'' از طریق معرفی کمیته توانبخشی صورت می گیرد.

۱۳.دستور العمل جامع حمایت های مالی سازمان درمورد فرزندان واجد شرایط مقیم این خانه ها نیز جاری خواهد بود .

۱۴.تنظیم برنامه غذایی خانه با در نظر گرفتن نیاز غذایی و مشارکت همه افراد مقیم خانه.

۱۵. ورود و خروج روزمره افراد مقیم خانه با نظر خانواده / توانخواه / قیم و با هماهنگی مسئول فنی بلامانع می باشد.

۱۶. حضور بازدیدکنندگان تحت هر عنوان از جمله خیر ،فعالان عرصه هنر و ورزش و...بدون هماهنگی با بهزیستی استان ممنوع می باشد.

۱۷. تنظیم دقیق دفاتر حضوروغیاب کارکنان وتوانخواهان جهت دسترسی ناظران الزامی است.

۱۸.هرگونه سوءاستفاده از مدارک شناسایی (شناسنامه وکارت ملی)توانخواهان در جهت مطامع ومنافع سیاسی خصوصا درجریان انتخابات تخلف محسوب می گردد.

۱۹.بکارگیری افراد واشتغال اتباع بیگانه غیرمجاز ممنوع می باشد

۲۰. اخذ تاییدیه فنی ومهندسی ساختمان الزامی می باشد.

۲۱. هرگونه فیلمبرداری ،عکسبرداری ،حضور خبرنگاران بخش خبری و.....پس از کسب مجوز کتبی از بهزیستی وتایید حراست با حضور نماینده روابط عمومی وحوزه توانبخشی صورت پذیرد.

۲۲.بازدید میهمانان خارجی ،سازمان های حقوقی وبین المللی وهرگونه ارتباط با افراد خارجی وایرانیان مقیم خارج از کشور با اخذ مجوزکتبی از بهزیستی واداره حراست باشد.

۲۳. این نوع خانه ها می بایست در محله های مسکونی امن تاسیس گرددودسترسی به امکانات با توجه به شرایط افراد مقیم خانه لحاظ گردد.

۲۴. باتوجه به شرایط خانه وبدون تابلو بودن آن درخصوص اقدامات احتمالی خارج از این دستورالعمل از قبیل حضور واقامت افراد غیرمرتبط ،بدون هماهنگی کتبی بهزیستی شهرستان منجر به ابطال مجوز خانه می گردد.

ماده ۱۲

تجهیزات

۱.لوازم اداری (شامل میزوصندلی مناسب، خط تلفن مستقل و ...) وسایل کمک آموزشی متناسب با وضعیت آموزشی معلولان مرکز، قفسه نگهداری پرونده های پزشکی و اجتماعی افراد مقیم خانه.

۲ .تخت و کمد مناسب جهت وسایل شخصی افراد و پرسنل.

۳ .لوازم ضروری زندگی (تلویزیون ،یخچال،گاز، ماشین لباسشویی،کمد،تخت،وسایل آشپزخانه و..)

۴ .انواع لوازم بازی و سرگرمی برای معلولان

۵ .سیستم اطفاء حریق متناسب با شرایط خانه

۶ .جعبه کمکهای اولیه و تجهیزاتی که در ارزیابی اولیه از فرزندان بسته به نیاز آنان باید پیش بینی گردد.

۷ .سیستم حرارتی و برودتی متناسب با منطقه جغرافیایی خانه و فصول مختلف سال همراه با رعایت موازین ایمنی

۸ .وسایل صوتی و تصویری

۹ .وسیله نقلیه مناسب جهت جابجایی معلولان به مراکز آموزشی ،حرفه آموزی ویا کارگاهی بسته به شرایط افراد مقیم خانه.

۱۰ .نصب دوربین های مدار بسته در کلیه اماکن باستثناء سرویس های بهداشتی ، حمام و اتاق استراحت پرسنل یا محل تعویض لباس افراد مقیم خانه.

تبصره: نصب دوربین های مدار بسته طوری طراحی گردد که رفت و آمد به سرویس های بهداشتی ، حمام و اتاق استراحت پرسنل یا محل تعویض لباس قابل کنترل باشد.

۱۱ .حداقل یک خط تلفن ثابت

۱۲ .خانه ها در هر سه سطحش نباید دارای تابلو یا وجه ممیزه ای که انها را از منازل معمولی متمایز کند داشته باشد.

۱۳ .مرکز مجری می بایست با ذکر اسامی توانخواهان قرارداد ویزیت روانپزشک منعقد نماید.

ماده ۱۳

این دستورالعمل در ۱۳ ماده توسط حوزه معاونت امور توانبخشی ، دفتر امور مراکز مراقبتی و توانبخشی تهیه ودر سال۱۳۹۹در شورای مدیران حوزه معاونت امور توانبخشی کشور به تصویب رسید و هرگونه تغییر در آن مستلزم تائید مجدد شورای مذکور می باشدً.

فرم شماره یک:

تعهد نامه محضری

درخواست پذیرش در خانه حمایتی بیماران روانی مزمن

(رضایت نامه)

اینجانب .... فرزند .... به شماره شناسنامه .... متولد .... صادره از .... ساکن ....

کدپستی ده رقمی تلفن ثابت و همراه شخصاً و متضامناً با خانم / آقای .... فرزند .... به شماره شناسنامه ....

صادره از .... ساکن ....

به عنوان قیم / ولی قانونی توانخواه، فوق با آگاهی کامل از شرایط پذیرش ، اقامت و پیگیری اقدامات درمانی و توانبخشی که در آن خانه جهت نگهداری به عمل خواهد آمد ، رضایت و درخواست خود را مبنی بر پذیرش نامبرده در آن مرکز اعلام وموارد زیر را تعهد می نمایم :

۱- اعلام بلافاصله هرگونه تغییر در آدرس محل سکونت سرپرست و قیم قانونی او به مرکز
۲- اعلام هر گونه تغییر در وضعیت قیمومت یا سرپرستی بیمار از لحاظ قانونی
۳- همکاری و انتقال بیمار به سایر مراکز درمانی و بیمارستانی در صورت لزوم و همراهی یکی از اعضاء خانواده یا بستگان تاپایان دوره بستری خارج از خانه
۴- همکاری در زمینه پیگیری و ادامه درمان و توانبخشی توانخواه خارج از خانه و مراجعه حسب درخواست مسئولین خانه در اسرع وقت
۵- پرداخت هزینه های درمان و توانبخشی توانخواه طبق مقررات و شهریه مصوب سازمان بهزیستی کشور در صورت تمکن مالی و تا سقف اموال و دارایی های توانخواه از محل این دارایی ها
۶- اقدام جهت مرخصی در دوره های زمانی مشخص با هماهنگی مسئولین خانه و ترخیص معلول در شرایط خاص طبق اعلام اداره بهزیستی
۷-رعایت مقررات خانه

مشخصات ت ولی / قیم توانخواه
نام
نام خانوادگی
امضاء و اثر انگشت
تاریخ

توجه:این برگه در سه نسخه تهیه و پس از امضا یک نسخه در اختیار مرکز، یک نسخه در اختیار سرپرست توانخواه و یک نسخه به اداره بهزیستی شهرستان تحویل می گردد.

فرم شماره ۲

فرم رضایت خانواده جهت خدمات مورد نیاز فرد در خارج از خانه
بر اساس ارزیابی های انجام شده

اینجانب .... فرزند .... به شماره شناسنامه .... متولد .... صادره از .... ساکن ....

کدپستی ده رقمی تلفن ثابت و همراه شخصاً و متضامناً با خانم / آقای .... فرزند .... به شماره شناسنامه ....

صادره از .... ساکن ....

به عنوان قیم / ولی قانونی توانخواه، فوق با آگاهی کامل از شرایط پذیرش ، اقامت و پیگیری اقدامات درمانی و توانبخشی که در آن خانه جهت نگهداری به عمل خواهد آمد ، رضایت و درخواست خود را مبنی بر دریافت خدمات خارج از خانه مورد نیاز ذیل که بر اساس ارزیابی های انجام شده اعلام می نمایم :

دفعات خروج از خانه در ماه	دلایل خروج بر اساس ارزیابی صورت گرفته	مقصد فرد پس از خروج از خانه	آدرس مقصد

امضا و اثر انگشت قیم/سرپرست

فرم شماره ۳

فرم خلاصه پرونده و پذیرش اولیه

مشخصات فرد توانخواه:

نام :	**نام خانوادگی :**
نام پدر :	**تاریخ تولد :**
کد ملی :	**کد معلولیت :**
نوع معلولیت :تاریخ شروع معلولیت :	
شماره پرونده:	
آدرس منزل :	
شماره تلفن :	

آیا توانخواه بیمه درمانی است؟ بلی خیر

نوع بیمه و شماره آن:

نوع معلولیت: حرکتی☐ ذهنی☐ نابینا☐ ناشنوا☐ روانی☐

علت معلولیت: قبل از تولد☐ حین تولد☐ بعد از تولد☐ ذکر مورد:

تاریخ شروع معلولیت:

ارجاع دهنده: **تاریخ ارجاع:**

دلیل ارجاع:

مشخصات خانوادگی :

۱-۲- آیا والدین نسبت فامیلی دارند ؟ بله ☐ خیر ☐

۲-۲- سن مادر هنگام بارداری :

۳-۲- سابقه معلولیت در فامیل : بله ☐ خیر ☐

نسبت معلول با توانخواه :   **نوع معلولیت :**   **علت معلولیت :**

- آیا تاکنون فرد معلول جدایی از و الدین را تجربه نموده است؟

به چه علت:

- آیا تاکنون از آموزش ویژه برخوردار بوده است؟

- آیا مشکل رفتاری خاص در توانخواه وجود دارد؟

مشخصات افراد خانواده:

ردیف	نام و نام خانوادگی	نسبت با توانخواه	سن	تحصیلات	شغل	وضعیت سلامت جسمی روانی	ملاحظات

نسبت والدین: **وضعیت تأهل والدین:**

وضعیت مسکن: شخصی☐ رهن☐ اجاره☐ میزان اجاره یا رهن:

سایر موارد☐

آدرس محل سکونت و تلفن :

- وضعیت بهداشت روانی خانواده چگونه است و تا چه حد پذیرای فرزند معلول می باشد.

- چه کسی در خانواده بیشتر مسئولیت تربیت و رسیدگی به فرد معلول را بر عهده دارد.

وضعیت اقتصادی و اجتماعی:

تاریخچه درمانی:

- مراحل درمان پزشکی تاکنون به چه صورت بوده است.

- استفاده از خدمات توانبخشی و مدت استفاده از آن

کاردرمانی:

روانشناسی: سایر موارد:

- استفاده از وسایل کمکی بلی ☐ خیر☐

در صورت نیاز فرد به تجهیزات خاصی در رابطه با وسایل کمکی به تفضیل بیان شود.

مسائل، مشکلات و نیازهای توانخواه از نظر خانواده:

مسائل، مشکلات و نیازهای توانخواه از نظر تیم ارزیابی کننده:

امضای روانپزشک:

امضای پزشک:

امضای روانشناس:

امضای مددکار:

امضای مسئول فنی:

فرم شماره۴-فرم طرح اقدام مراقبتی ، آموزشی و توانبخشی (مددکاری□، مراقب □، روانشناس□ ،مسئول فنی□)

نام توانخواه: نام خانوادگی:

تشخیص :   نام و نام خانوادگی آموزش دهنده:

اهداف کلی یا بلند مدت براساس تعیین میزان نیاز فرد	اهداف کوتاه مدت ۶ماهه	شیوه اقدام

فرم شماره ۵–گزارش روزانه مسئول فنی□ کارشناس روانشناسی□ ،مددکاری□،مراقب□،

تاریخ	گزارش روزانه(اقدامات مراقبتی و آموزشی)

Unit Number: شماره پرونده :	برگ دستورات پزشک(فرم شماره ۶) **PHYSICIAN ORDERS SHEET**		
نام خانوادگی : Family Name	نام: :Name	خانه: اتاق: Room:	پزشک معالج :Attending Physician:
نام پدر : Father's Name :	تاریخ تولد:Date of Birth :	تخت: Bed:	تاریخ پذیرش : Date of Admission :

تاریخ Date	ساعت Time	دستورات Orders	امضاء پزشک Sign of Physician

فرم شماره ۷–جدول دارو های مصرفیروزانه یا ماهانه

نام و نام خانوادگی فرد	نام دارو های مصرفی به تفکیک تعداد					
	مثال:سدیم والپرات					
	۲					

امضای مسئول فنی

فرم شماره۸–جدول علام حیاتی

نام و نام خانوادگی	تاریخ	ساعت	درجه حرارت	تعداد نبض	تعداد تنفس	فشار خون	ملاحظات

امضای مسئول فنی:

سازمان بهزیستی کشور فرم شماره۹

معاونت امور توانبخشی

دفتر امور توانبخشی و مراقبتی

فرم درخواست ترخیص توسط خانواده / قیم قانونی فرد دارای اختلال هوشی رشدی از خانه کوچک

نام و نام خانوادگی توانخواه : کد ملی : نام سرپرست / قیم قانونی :

آدرس : شماره تلفن:

اینجانب .... ولی / قیم................................ درخواست ترخیصص موقت ☐ از تاریخ .... تا تاریخ .... ترخیص دائم ☐ از تاریخ ....داشته و مسئولیت نامبرده را پس از ترخیص در زمان های فوق الذکر به عهد خواهم داشت .

امضای ولی / قیم

اثر انگشت

سازمان بهزیستی کشور

فرم شماره ۱۰

معاونت امور توانبخشی

دفتر امور مراکز توانبخشی و مراقبتی

فرم تحویل بیمار به خانه حمایتی بیماران روانی مزمن
(ویا بازگشت از مرخصی موقت)

نام استان: **نام شهرستان:** **نام خانه:** **تاریخ تکمیل:** **شماره پرونده:**

نام و نام خانوادگی فرزند: **جنسیت:** **کد ملی:** **تاریخ پذیرش در خانه:** **نوع و شدت معلولیت:**

تاریخ بازگشت به مرکز :

الف) وضعیت فرد در هنگام بازگشت به خانه براساس نظریه پزشک (معاینه کامل در حضور قیم قانونی فرد معلول) :

ب) وضعیت فرد در هنگام بازگشت به مرکز براساس نظریه مسئول فنی و در حضور قیم قانونی فرد:

ج) گزارش مددکاری از وضعیت فرد در خانواده در مدت زمان مرخصی :

نام و امضاء مددکار اجتماعی : **نام و امضاء مسئول فنی :**

نام و امضاء پزشک : **نام و امضاء و اثر انگشت تحویل گیرنده :**

نام و امضاء و اثر انگشت قیم قانونی :

سازمان بهزیستی کشور فرم شماره۱۱

معاونت امور توانبخشی

دفتر امور مراکز توانبخشی و مراقبتی

فرم ترخیص بیمار از خانه حمایتی بیماران روانی مزمن

نام استان: نام شهرستان: نام خانه: تاریخ تکمیل: شماره پرونده:

نام و نام خانوادگی بیمار: جنسیت: کد ملی: تاریخ پذیرش در مرکز: نوع و

شدت معلولیت:

الف) نحوه ترخیص :

- **ترخیص دائم به منزل با رضایت خانواده / قیم قانونی فرد ☐**
- **ترخیص موقت به خانواده و با در خواست قیم قانونی در محدود زمانی مشخص☐ (از تاریخ لغایت)**
- **انتقال به سایر مراکز ☐**
- **فوت ☐**
- **سایر☐ توضیحات :**

ب) وضعیت فرد در هنگام ترخیص براساس نظریه پزشک (معاینه کامل در حضور خانواده / قیم قانونی)

ج) وضعیت فرد در هنگام ترخیص براساس نظریه مسئول فنی (در حضور خانواده / قیم قانونی)

د) بررسی وضعیت خانوادگی فرد در هنگام ترخیص و نظریه مددکاری :

نام و امضاء پزشک : نام و امضاء مسئول فنی :

نام و امضاء مددکار : نام و امضاء ولی/ قیم قانونی:

اثر انگشت ولی/قیم قانونی: