Наименование учреждения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Перечень оборудования, подлежащий внедрению в процесс реабилитации и абилитации инвалидов**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№****п/п** | **Перечень оборудования**  | **Наименование проекта стандарта по направлению реабилитации и абилитации инвалидов** *(в рамках которого используется оборудование)* | **Примечание** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |

**ИНСТРУКЦИЯ**

**ДЛЯ СОСТАВЛЕНИЯ ОТЧЕТА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АПРОБАЦИИ И ВНЕДРЕНИЯ МЕТОДИЧЕСКИХ ДОКУМЕНТОВ И РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ОБОРУДОВАНИЯ**

**1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

1. В настоящей инструкции изложены требования к составлению отчета по апробации проектов стандартов по организации основных направлений реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей инвалидов, разработанных Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации и внедрению приобретенного в 2017 году оборудования в реабилитационный процесс.

1.2. Директор несет персональную ответственность за качество подготовки и достоверность предоставленной информации.

**2. ТРЕБОВАНИЯ К ОТЧЕТУ**

2.1. Отчет о проведенной апробации представляется по утвержденной форме (Приложения 1). В нём излагается развернутое и аргументированное мнение об апробируемом оборудовании в рамках направлений деятельности изложенных в проектах стандартов по реабилитации

2.1.1. В отчете даётся характеристика по установленным параметрам, данные отчета подкрепляются результатами мониторинга результативности процесса реабилитации по основным направлениям реабилитации и абилитации инвалидов (Приложение 2), которые могут быть запрошены Министерством социальной политики Свердловской области по его требованию.

2.1.2. В отчете необходимо отразить возможность использования оборудования в нескольких направлениях реабилитации.

2.1.3. В случае необходимости в отчете возможно изложить свои предложения по эффективному использованию реабилитационного оборудования.

2.2. К отчету, представляемому учреждением, прилагаются результаты анкетирования получателей социальных услуг (прошедших курс реабилитации с использованием оборудования) являющиеся составной часть отчета.

2.3. Отчет и результаты анкетирования в электронном виде ежеквартально представляются в Министерство социальной политики Свердловской области на электронный адрес: e.saksonova@egov66.ru и ГАУ «Областной центр реабилитации инвалидов» на электронный адрес: rbl-so@gov66.ru ежеквартально в срок до 18 числа последнего месяцаквартала **на каждый апробируемый вид оборудования, входящий в «Перечень оборудования, подлежащий внедрению в процесс реабилитации и абилитации инвалидов».**

2.4. Отчет должен быть подписан руководителем организации.

Приложение 1

**ОТЧЁТ**

по результатам апробации проектов стандартов по реабилитации и внедрения оборудования

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(указывается наименование объекта апробации – проект стандарта)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(указывается наименование объект внедрения – оборудование)*

*Период\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

1. Ф.И.О. *(должностного лица, ответственного за проведение апробации)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контакты *(указывается сотовый телефон ответственного лица) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

2. Наименование отделения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Специалисты, участвующие в апробации *(указывается должность)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Ко-во инвалидов *(всего прошедших курс реабилитации с использованием оборудования)*: | из них с ограничением жизнедеятельности |
| по передвижению | по самообслуживанию | по способностик ориентации | к контролю за своим поведением | к общению | к обучению |
|  |  |  |  |  |  |  |
| из них: |
| Без изменения |  |  |  |  |  |  |
| Улучшение |  |  |  |  |  |  |
| Ухудшение |  |  |  |  |  |  |
| Отказ от занятий |  |  |  |  |  |  |
| Пояснения |  |

\* *Заполняется на всех получателей социальных услуг, прошедших курс реабилитации за отчетный период*

3. Сложности в ходе апробации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Выводы о реализации реабилитационных мероприятий в соответствии с проектом стандарта организации основных направлений реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов с учетом нарушенных функций и ограничений жизнедеятельности (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Выводы о результативности использования реабилитационного оборудования в рамках направления реабилитации:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Результаты анкетирования получателей социальных услуг**

**Респонденты: Получатели социальных услуг**

**Количество опрошенных респондентов: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Показатели** | **Индикаторы** | **Итого** |
|  | Как Вы бы охарактеризовали оборудование? | Качественное |  |
| Не качественное |  |
| Эффективное  |  |
| Неэффективное |  |
| Устаревшее |  |
| Современное |  |
|  | Как Вы бы оценили уровень безопасности при использовании данного оборудования? | Безопасно |  |
| Не устойчивое |  |
| Не внушает доверие |  |
|  | Оцените физическую и навигационную доступность? | Доступно |  |
| Комфортно |  |
| Не доступно |  |
| Не удобно |  |
|  | Как Вы считаете, занятия с использованием данного оборудования принесли Вам пользу? | Бесполезны |  |
| Малополезны |  |
| Полезны |  |
|  | Вы бы рекомендовали занятия с использованием данного оборудования своим знакомым, имеющим подобные ограничения жизнедеятельности? | Не знаю |  |
| Нет |  |
| Рекомендую |  |
|  | Вы планируете продолжить реабилитацию с использованием данного оборудования в следующий раз? | Да |  |
| Нет |  |
| Не знаю |  |
|  | Как Вы оцениваете проведенные реабилитационные мероприятия по данному направлению реабилитации? | Отлично |  |
| Хорошо  |  |
| Удовлетворительно |  |
| Плохо  |  |
|  | Ваши предложения и пожелания |  |

Подпись руководителя Дата

Приложение 2

 **Мониторинг результативности процесса реабилитации по основным направлениям реабилитации и абилитации инвалидов**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №п/п | Ф.И.О(клиента) | **Возраст** | **ОЖД** | Ко-во  | Результаты диагностики (до курса) | Результаты диагностики (после курса) | Результативность |
| *Указать диагностический инструмент* |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |

\*Предоставляется по запросу Министерства социальной политики Свердловской области