

**\* Настоящий документ недействителен, если он не подкреплён медицинскими документами согласно требованиям, за подписью в каждом разделе**  
**\* Пожалуйста, заполните все разделы на четком почерком, за подписью и печатью лечащего врача / патронажной медицинской сестры**



Государство Израиль  
 Министерство Обороны  
 Отдел семей и памяти

Дата \_\_\_\_\_

Дело № \_\_\_\_\_

Кому: Лечащему врачу / патронажной сестре

**БЛАНК НАЗНАЧЕНИЯ ПОМОЩИ НУЖДАЮЩЕМУСЯ В ПОСТРОННОМ УХОДЕ И ОРГАНИЗАЦИОННАЯ СТРУКТУРА**

Будем благодарны Вам за заполнение настоящего бланка для назначения месячного количества часов для ближнего.

Имя и фамилия просителя: \_\_\_\_\_ Возраст: \_\_\_\_\_ Удостоверение личности № \_\_\_\_\_:  
 Адрес: \_\_\_\_\_

**А. Последнее медицинское обследование (следует приложить дополнительно компьютеризованное медицинское заключение)**

Движение	
<input type="checkbox"/>	Передвигается самостоятельно
<input type="checkbox"/>	С посторонней помощью
<input type="checkbox"/>	С помощью вспомогательного средства, наименование: _____ палка/ходунок
<input type="checkbox"/>	Инвалидное кресло
<input type="checkbox"/>	Прикован к постели

Одевание	
<input type="checkbox"/>	Самостоятельно
<input type="checkbox"/>	С частичной помощью
<input type="checkbox"/>	С полной помощью

Купание	
<input type="checkbox"/>	Самостоятельно
<input type="checkbox"/>	С частичной помощью
<input type="checkbox"/>	С полной помощью

Прием пищи	
<input type="checkbox"/>	Ест сам (самостоятельно)
<input type="checkbox"/>	С частичной помощью (приготовление и/или подача и/или ускорение)
<input type="checkbox"/>	Полная помощь

Зрение	
<input type="checkbox"/>	В норме
<input type="checkbox"/>	В норме в очках
<input type="checkbox"/>	Слеп на один глаз
<input type="checkbox"/>	Слабовидящий
<input type="checkbox"/>	Слепой

Управление испражнениями	Мочевой пузырь	Кишечник
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Использование впитывающих материалов: да нет

**\*Следует приложить: Удостоверение слепого / слабовидящего (имеет право до 75 лет) или заключение офтальмолога / семейного врача о состоянии зрения (имеет право после 75 лет)**

Присмотр вследствие деменции / душевного состояния	
<input type="checkbox"/>	Незначительные нарушения в определении места нахождения и/или памяти / душевного состояния Нуждается в частичном присмотре другого человека, но может оставаться один на короткие промежутки времени
<input type="checkbox"/>	Значительные нарушения в определении места нахождения и/или памяти / душевного состояния Нуждается в постоянном присмотре (присутствии) другого человека. Представляет опасность для самого себя / других, если остается один
<input type="checkbox"/>	Деменция в продвинутой стадии

Оценка периода времени до выздоровления	
<input type="checkbox"/>	До 3-х месяцев
<input type="checkbox"/>	До 6-и месяцев
<input type="checkbox"/>	До 1 года
<input type="checkbox"/>	Навсегда

**\* В возрасте моложе 80- лет необходима постановка диагноза гериатром / психиатром / неврологом**

**\* В возрасте свыше 80- лет без диагностики будет предоставлено половинное число часов (смотреть таблицу часов в виде Приложения В к распоряжению)**

Б. Заключение и оценка функционирования (следует отметить состояние функционирования по следующим категориям:

1.  Слабый  Ментально изношен (слаб)  Прикован к кровати и нуждается в помощи  
 Нуждается в посторонней помощи  Нуждается в посторонней помощи в расширенном объеме  Самостоятельный, но нуждается в помощи  Совершенно самостоятельный

2. Основные функциональные ограничения больного: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Рекомендации:  Направление в дом престарелых  
 Может оставаться дома и нуждается в помощи на дому

4. Проживание:  живет один  живет с \_\_\_\_\_

5. Имя, фамилия врача \_\_\_\_\_ Имя, фамилия медицинской сестры \_\_\_\_\_  
Печать врача (с указанием номера лицензии) \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

Отказ от секретности (заполняется просителем):

Я, нижеподписавшийся, разрешаю передачу медицинской информации в Отдел семей и памяти Министерства обороны.

Дата: \_\_\_\_\_ Имя, фамилия \_\_\_\_\_ Подпись имеющего право \_\_\_\_\_