



معاونت امور توانبخشی

**دستورالعمل شرایط و ضوابط اختصاصی مراکز توانبخشی معلولین
(ارائه خدمات توانبخشی افراد با معلولیت جسمی حرکتی و آسیب نخاعی در
منزل)**

۱۳۹۶

دستورالعمل تخصصی مراکز ارائه خدمات توانبخشی افراد با معلولیت جسمی حرکتی و آسیب نخاعی در

منزل (ظرفیت ۵۰ نفر)

نظر به اینکه بر اساس قانون تشکیل سازمان بهزیستی و بند ۷ 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 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 دستورالعمل 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 ۱۳۹۶ جهت اجرا تنظیم و بازنگری گردیده است.

ماده ۱

تعاریف اختصاصی

۱- فرد با معلولیت 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 فعالیت های روزمره زندگی و یا مشارکت اجتماعی است

۲- فرد با آسیب نخاعی

فردی است که بر اثر آسیب در طناب نخاعی دچار اختلال موقت یا دائمی در عملکرد سیستم های حرکتی، حسی و یا سیستم عصبی خودکار بدن خود شده است.

۳- مرکز ارائه خدمات توانبخشی افراد با معلولیت جسمی حرکتی و آسیب نخاعی

مرکزی است که توسط اشخاص حقیقی یا حقوقی با کسب مجوز از سازمان بهزیستی تأسیس و تحت نظارت آن به افراد با معلولیت جسمی حرکتی و آسیب نخاعی واجد شرایط، در محل اقامت آنها (خارج از مرکز توانبخشی) خدمات توانبخشی و مراقبتی باهدف ارتقای سطح سلامت و رسیدن به حداکثر استقلال نسبی در عملکرد فرد توسط تیم توانبخشی به صورت گروهی یا انفرادی انجام می شود.

۴- تیم توانبخشی مرکز ارائه خدمات توانبخشی افراد با معلولیت جسمی حرکتی و آسیب نخاعی در منزل

به تیمی از افراد مجرب گفته می شود که فعالیت آن، ارائه اقدامات توانبخشی پزشکی، توانبخشی آموزشی و توانبخشی اجتماعی به افراد با معلولیت جسمی حرکتی و آسیب نخاعی در منزل می باشد. اعضای این تیم در این دستورالعمل شامل پزشک عمومی، کارشناس فیزیوتراپی، کارشناس کاردرمانی، کارشناس گفتار درمانی (برحسب نیاز)، پرستار، روانشناس بالینی، مددکار اجتماعی و کارشناس ارثوپی فنی (برحسب نیاز) می باشد.

۵ تیم ارزیابی اولیه و ادواری

تیمی است متشکل از سه نفر کارشناس توانبخشی شامل: ۱. پرستار یا پزشک عمومی، ۲. کارشناس فیزیوتراپی یا کارشناس کاردرمانی و ۳. کارشناس روانشناسی یا کارشناس مددکاری اجتماعی که با برنامه ریزی و هماهنگی کارشناس مسئول مربوطه به محل زندگی معلولان جسمی حرکتی مراجعه می نمایند.

▪ ارزیابی اولیه در شروع خدمت و ارزیابی ادواری هر شش ماه یکبار صورت می پذیرد. پس از انجام این ارزیابی ها، برنامه و اهداف درمانی، نوع خدمات مورد نیاز معلول و تعداد جلسات خدمات مشخص میگردد.

ماده ۲

شرایط تخصصی متقاضی دریافت موافقت اصولی

- دارا بودن مدرک تحصیلی دکترای پزشکی (عمومی یا تخصصی)، مدرک تحصیلی حداقل کارشناسی در رشته های پرستاری، فیزیوتراپی، کاردرمانی، گفتاردرمانی، مددکاری اجتماعی، روانشناسی، بهداشت، مدیریت توانبخشی، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی و ارتوپدی فنی

تبصره ۱: مجوز فعالیت مرکز به اشخاص حقوقی و یا حقیقی به عنوان مؤسس داده می شود و چنانچه مؤسس شخصیت حقوقی داشته باشد باید حداقل یکی از اعضای هیئت مدیره دارای شرایط عمومی و تخصصی متقاضیان دریافت موافقت اصولی باشد.

تبصره ۲: بعد از تایید صلاحیت همه جانبه فرد متقاضی توسط کمیته نظارت تخصصی استان و قبل از صدور موافقت اصولی، باید تاسیس مرکز طبق ضوابط مندرج در دستورالعمل عمومی، توسط دفتر تخصصی مربوطه در ستاد تأیید شود.

ماده ۳

شرایط اختصاصی مسئول فنی

- دانش نامه دکترای در رشته تخصصی طب فیزیکی و توانبخشی، دارا بودن مدرک تحصیلی دکترای عمومی، مدرک تحصیلی حداقل کارشناسی ارشد در رشته های فیزیوتراپی، کاردرمانی و پرستاری و ارتوپد فنی تبصره: در صورت عدم وجود متقاضی مسئول فنی با مدرک کارشناسی ارشد در شهرستان، به شرط فراخوان در نشریات معتبر استانی، مدرک کارشناسی رشته های مذکور با ۲ سال سابقه کار مرتبط و با هماهنگی دفتر تخصصی مربوطه در سازمان بهزیستی کشور قابل قبول می باشد.

ماده ۴

اهداف تاسیس مراکز ارائه خدمات توانبخشی معلولان جسمی حرکتی در منزل

۱. اقدام بموقع جهت رفع مشکلات و ارائه خدمات توانبخشی و پزشکی و بهداشتی

۲. بازتوانی معلولان

- شناخت مسائل و مشکلات معلولان و ارائه دستورات پزشکی و توانبخشی لازم به آنها
- شناخت مسائل و مشکلات روحی روانی و عاطفی و تلاش در جهت از بین بردن آنها
- شناخت مسائل و مشکلات اجتماعی، رفاهی و سعی در رفع آنها

۳. آموزش به معلولان و خانواده های آنها در زمینه های :

- عوارض معلولیت و نحوه پیشگیری از این عوارض
 - مسائل بهداشتی، پزشکی و توانبخشی
 - استفاده صحیح از تجهیزات بهداشتی و کمک توانبخشی
 - بهبود روابط بین فردی، خانوادگی و اجتماعی
۴. پیگیری مسائل و مشکلات معلولان به صورت مستمر تا حصول نتیجه مطلوب

ماده ۵

شرایط اختصاصی پذیرش ، فرآیند ارائه خدمات و ترخیص

۵-۱ : شرایط اختصاصی پذیرش

- معلول جسمی حرکتی یا ضایعه نخاعی با معلولیت شدید و خیلی شدید (تخت گرا)
- معلول جسمی حرکتی یا ضایعه نخاعی نیازمند دریافت خدمات مختلف پزشکی ، پرستاری و توانبخشی بر بالین
- عدم امکان مراجعه معلول جسمی حرکتی یا ضایعه نخاعی به مراکز بهداشتی درمانی و مراکز روزانه توانبخشی
- سکونت معلول جسمی حرکتی یا ضایعه نخاعی در مناطق صعب العبور و دوری از مراکز بهداشتی درمانی و مراکز روزانه توانبخشی

تبصره ۱: این افراد باید دارای وضعیت پایدار از لحاظ جراحی مغز و اعصاب ، ارتوپدی و بدون مشکلات تهدید کننده حیات باشند.

۵-۲ : فرآیند ارائه خدمات

۱. معرفی فر معلول جسمی حرکتی یا خانواده (ولی یا قیم) توسط بهزیستی شهرستان به مرکز یا پذیرش آزاد توسط مرکز با اطلاع رسانی به بهزیستی شهرستان
۲. تشریح شرایط و ضوابط بازدید از منزل و ارائه خدمات و پیگیری های لازم برای خانواده توسط مسئول فنی مرکز

۳. تکمیل فرم قرارداد بین خدمت گیرندگان و مراکز ارائه خدمات توانبخشی به معلولان جسمی حرکتی و ضایعه

نخاعی در منزل (فرم شماره ۱)

تبصره ۲: ثبت فرم شماره ۱ در بایگانی مرکز الزامی می باشد.

۴. ارزیابی اولیه معلول جسمی حرکتی توسط تیم ارزیابی اولیه و تکمیل فرم شماره ۲

تبصره ۳: خدمات توانبخشی قابل ارائه به معلول جسمی حرکتی و ضایعه نخاعی براساس فرم تکمیل شده ارزیابی اولیه (فرم شماره ۲) برنامه ریزی می گردد و در صورت وجود نسخه معتبر پزشک متخصص، خدمتی که در حیطه فعالیت مرکز باشد در فرم ارزیابی اولیه لحاظ گردیده و قابل ارائه به معلول خواهد بود.

۵. ارائه خدمات مطابق موارد مندرج در فرم ارزیابی اولیه و ثبت آن در فرم شماره ۴ (نحوه و سیر ارائه خدمات

مراقبتی و توانبخشی به معلولان جسمی حرکتی و ضایعه نخاعی در منزل)

- در بند ب فرم شماره ۵ منظور از " نوع تخصص ": قید کردن عناوین اعضای تیم توانبخشی می باشد برای مثال پزشک، فیزیوتراپیست و...
- در بند ج فرم شماره ۱ منظور از واژه تشخیص /مشکل اصلی، در صورت ویزیت پزشک تشخیص پزشک قید شود و در صورتی که درمانگر حاضر شود، منظور مشکل اصلی معلول جسمی حرکتی از نظر درمانگر می باشد.
- در بند ج فرم شماره ۲ منظور از " نوع خدمت ارائه شده " در صورت ویزیت پزشک ویزیت ذکر شود در صورت کادر توانبخشی غیر پزشک نوع خدمت ارائه شده قید شود برای مثال در صورت حضور کارشناس روانشناسی، روانشناسی قید شود.
- در بند ج شماره ۴ منظور از " اقدامات لازم و پیگیری ": نوع اقدامات انجام شده قید شود برای مثال در صورت حضور فیزیوتراپیست نوع دستگاه و اقدامات انجام شده قید شود.
- در بند ج شماره ۳ منظور از " سیر پیشرفت ": در صورتی که اولین جلسه توانبخشی باشد خط تیره کشیده شود در صورتی که بیش از یک جلسه باشد باید بهبودی یا عدم بهبودی بیمار یا بدتر شدن وضعیت بیمار با سه واژه بهبتر است، تغییری نکرده، بدتر شده است لحاظ شود.

تبصره ۴: تأیید حضور نیروها توسط معلول یا خانواده وی (امضا و اثر انگشت) الزامی می باشد.

تبصره ۵: فرم شماره ۴ توسط نیروهای تخصصی اعزامی به منزل معلول در هر بار مراجعه تکمیل و به مسئول فنی مرکز تحویل داده خواهد شد.

۶. تکمیل فرم شماره ۵ با عنوان ارائه خدمات توانبخشی معلولان جسمی حرکتی در منزل ماه مرکز

- در ستون " نوع هزینه " در صورت یارانه ای یا آزاد بودن علامت × لحاظ شود در صورتی که خانواده به صورت آزاد پرداخت کرده است علاوه بر علامت × در قسمت مشارکت خانواده میزان هزینه به هزار ریال قید شود. همچنین اگر معلول جسمی حرکتی علاوه بر یارانه مبلغی پرداخت می نماید در ستون مشارکت خانواده ذکر شود.
- واژه ها و عبارات دیگر مانند فرم شماره ۴ می باشد این فرم پس از جمع بندی مندرجات فرم های شماره ۴ (درج شده شده توسط اعضای تیم توانبخشی) تکمیل و پس از تأیید مسئول فنی باید در بایگانی مرکز ضبط گردد.

۷. تکمیل فرم شماره ۶ با عنوان خدمت گیرندگان مرکز ارائه خدمات توانبخشی معلولان جسمی حرکتی در

منزل به تفکیک نوع خدمات ارائه شده در ماه، سال

▪ پس از تکمیل فرم شماره ۵ و مشخص شدن تعداد و نوع خدمات ارائه شده به هر معلول جسمی حرکتی، برای تمامی معلولان جسمی حرکتی خدمت گرفته از مرکز به تفکیک نوع خدمت و تعداد جلسات این فرم تکمیل و پس از تأیید توسط مسئول فنی مرکز می بایست جهت تأیید به بهزیستی شهرستان ارسال شود بدیهی است کارشناس بهزیستی شهرستان پس از تأیید به بهزیستی استان ارسال خواهد کرد. تصویر این فرم بایست در بایگانی مرکز ضبط گردد.

۳-۵: شرایط ترخیص

▪ رسیدن به سطحی از توانمندی جسمی و روانی لازم برای داشتن مشارکت فعال در خانواده و جامعه

▪ فراهم بودن شرایط تداوم توانبخشی از طریق مراکز روزانه آموزشی و توانبخشی

▪ عدم تمایل معلول و خانواده به دریافت خدمات (با هماهنگی بهزیستی شهرستان)

▪ حداکثر زمان ارائه خدمات توانبخشی به گروه هدف ۱۲ ماه بوده که در موارد خاص با پیشنهاد کمیته توانبخشی شهرستان و تأیید کمیته تخصصی توانبخشی استان به مدت ۶ ماه قابل تمدید است.

ماده ۶

خدمات آموزشی ، توانبخشی و مراقبتی

- مراقبت های پزشکی ، پرستاری و بهداشتی شامل ویزیت معلولان، کنترل و ارزیابی وضعیت سلامت و ارتقاء آن ، ارائه خدمات مراقبتی مهارتی و پرستاری ، تعیین خط مشی درمانی ، ثبت سیر درمان ، دستور انجام آزمایشات و سایر امور پاراکلینیکی و دارو درمانی در صورت نیاز
- ارائه خدمات فیزیوتراپی ، کاردرمانی و در صورت نیاز گفتاردرمانی جهت ارزیابی عملکرد ، حفظ یا ارتقاء سطح عملکردی ، پیشگیری از عوارض ناشی از معلولیت
- بررسی توانایی های فردی و آموزش و تقویت مهارت در انجام فعالیت های روزمره زندگی و فعالیت های ابزاری زندگی (ADL و IADL) و آموزش استفاده از وسایل کمک توانبخشی
- تجویز و ساخت وسیله کمکی و اسپیلنت در صورت نیاز (در منزل یا ارجاع به مراکز تخصصی)
- بررسی وضعیت محل زندگی و محدودیت های موجود و ارائه پیشنهادات در خصوص مناسب سازی توسط کارشناس کاردرمانی و فیزیوتراپی
- آموزش ، مشاوره و مددکاری فردی و خانوادگی
- روانشناسی و بررسی مشکلات روحی و روانی معلول و خانواده و حمایت لازم روانی و اجتماعی معلولان
- آموزش اصول مراقبتی ، بهداشتی درمانی و توانبخشی به خانواده جهت پیگیری امر درمان و پیشگیری از عوارض ثانویه معلولیت
- پیگیری تهیه وسایل و لوازم مصرفی پزشکی بهداشتی بر اساس دستورالعمل جامع حمایت های مالی سازمان

- پیگیری تهیه داروی تجویز شده توسط پزشک بر اساس دستورالعمل جامع حمایت های مالی سازمان
- پیگیری و رسیدگی به وضعیت اجتماعی، اقتصادی خانواده و ارائه راهکارهای لازم

تبصره ۱: ارائه خدمات بالینی، پزشکی و توانبخشی به معلول جسمی حرکتی در منزل توسط افراد غیر متخصص ممنوع می باشد.

تبصره ۲: ارائه هرگونه خدمات توانبخشی، پرستاری در محل ثابت مرکز ممنوع می باشد.

تبصره ۳: مرکز به عنوان هماهنگ کننده ارائه خدمات توانبخشی و مراقبتی به خدمت گیرندگان (معلولان جسمی حرکتی و ضایعه نخاعی نیازمند به خدمات توانبخشی در منزل) به صورت روزانه (یک یا دو شیفت) عمل خواهد نمود و خدمات مرکز در دو شیفت صبح و بعد از ظهر با هماهنگی و حضور خانواده ارائه خواهد گردید.

ماده ۷

نیروی انسانی

۷-۱: نیروی انسانی تیم توانبخشی مرکز ارائه خدمات توانبخشی افراد با معلولیت جسمی حرکتی و آسیب نخاعی با ظرفیت ۵۰ نفر

- پزشک عمومی : یک نفر بر حسب نیاز
- کارشناس فیزیوتراپی : یک نفر
- کارشناس کاردرمانی : یک نفر بر حسب نیاز
- کارشناس پرستاری : یک نفر
- کارشناس روانشناسی بالینی : یک نفر بر حسب نیاز
- کارشناس مددکاری اجتماعی : یک نفر
- سایر اعضای تیم تخصصی توانبخشی بر حسب ضرورت (کارشناس گفتاردرمانی ، کارشناس ارتوپدی فنی و)

تبصره ۱: حضور فعال و پاسخگویی مناسب مسئول فنی

تبصره ۲: مسئول فنی می تواند با توجه به مدرک تحصیلی مطابق با موارد مندرج در فرم ارزیابی اولیه به عنوان عضوی از تیم تخصصی ارائه خدمت نماید .

تبصره ۳: مسئولیت صلاحیت تخصصی، اخلاقی و فردی پرسنل در زمان همکاری با مرکز به عهده صاحب امتیاز مرکز می باشد.

تبصره ۴: مرکز موظف است با انعقاد قرارداد لازم با نیروی انسانی تخصصی، حسب مورد و نیاز، خدمات توانبخشی و مراقبتی را به معلولان جسمی حرکتی و ضایعه نخاعی ارائه دهد.

۷-۲: نیروی انسانی غیر تخصصی

- متصدی امور دفتری : یک نفر

شرح وظایف نیروی انسانی

وظایف مسئول فنی مرکز

۱. سرپرستی کلیه امور فنی و خدمات پزشکی و توانبخشی و مسئولیت رعایت موازین قانونی
۲. نظارت بر انتخاب و بکارگیری نیروی انسانی واجد شرایط و صلاحیت براساس ضوابط موجود
۳. رسیدگی به شکایات فنی گروه هدف و پاسخگویی به آنان و مراجع ذیصلاح
۴. جلوگیری از ارائه خدمات غیر مجاز و خارج از وظایف مرکز
۵. ارائه آمار فعالیت ماهانه و سالانه مرکز به تفکیک خدمات مطابق دستورالعمل
۶. اعلام فهرست اسامی پزشکان و کارشناسان توانبخشی در ساعات مختلف همکاری با مرکز به بهزیستی شهرستان
۷. رعایت مفاد کلیه دستورالعملها، ضوابط و مقررات ابلاغی از سازمان
۸. اداره امور مرتبط با مرکز
۹. ارسال گزارش کتبی گروه هدف فوت شده به بهزیستی شهرستان
۱۰. نظارت دقیق بر تشکیل پرونده های حمایتی (اجتماعی) و توانبخشی و درج اقدامات به عمل آمده
۱۱. حضور فعال و پاسخگویی مناسب
۱۲. 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
۱۳. اعلام بیماریهای واگیردار طبق دستورالعمل های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به بهزیستی شهرستان
۱۴. انجام مکاتبات رسمی و اداری
۱۵. اخذ تصمیمات لازم در ارتباط با امور مرتبط با نیازهای گروه هدف با توجه به گزارشات ارائه شده توسط تیم توانبخشی
۱۶. پذیرش و ترخیص گروه هدف

شرح وظایف پزشک

۱۷. جلب اعتماد و اطمینان معلول و خانواده و برقراری ارتباط حرفه ای موثر
۱۸. ویزیت هر معلول بر اساس نیاز مطابق با فرم ارزیابی اولیه
۱۹. انجام ویزیت دوره ای و پیگیری آزمایشات و اقدامات پاراکلینیکی بر اساس نیاز معلول
۲۰. دارو درمانی و تعیین خط مشی درمانی
۲۱. تشکیل پرونده و ثبت دقیق شرح حال، ارزیابی و خط مشی درمانی
۲۲. نظارت بر اجرای درمان های پزشکی و نحوه استفاده از لوازم بهداشتی
۲۳. ارجاع برای اقدامات پزشکی تخصصی در صورت نیاز
۲۴. تکمیل فرم های مربوطه
۲۵. همکاری با سایر اعضای تیم توانبخشی برای ارائه مداخلات لازم

شرح وظایف پرستار

۱. جلب اعتماد و اطمینان معلول و خانواده و برقراری ارتباط حرفه ای موثر
۲. حضور در منزل معلول بر اساس نیاز مطابق با فرم ارزیابی اولیه
۳. بررسی ، شناخت و کسب اطلاعات از وضعیت سلامت معلول و ثبت در پرونده
۴. تعیین و ثبت مشکلات و نیازهای بهداشتی معلول
۵. انجام اقدامات پرستاری بر بالین فرد (پانسمان، سونداژ ، تزریقات ، گرفتن نمونه آزمایش و.....)
۶. آموزش به معلول و خانواده
۷. مراقبت از سیستم پوششی (مراقبت از پوست ، زخم ها و....)
۸. کمک به حفظ سلامتی جسمانی از طریق کنترل علائم حیاتی
۹. نظارت بر نحوه مصرف داروها
۱۰. آموزش فرد و خانواده در مورد مسائل بهداشتی و کلیه امور مراقبتی
۱۱. نظارت بر رعایت بهداشت فردی و اجتماعی
۱۲. گزارش هر گونه تغییر در سطح سلامت
۱۳. پیگیری امور پاراکلینیکی و دستورات پزشکی
۱۴. تشکیل پرونده و ثبت اقدامات، نتایج حاصله و اقدامات لازم جهت پیگیری
۱۵. همکاری با سایر اعضای تیم توانبخشی برای ارائه مداخلات لازم
۱۶. تکمیل فرم های مربوطه

شرح وظایف فیزیوتراپیست

۱. جلب اعتماد و اطمینان معلول و خانواده و برقراری ارتباط حرفه ای موثر
۲. حضور در منزل معلول بر اساس نیاز مطابق با فرم ارزیابی اولیه
۳. تکمیل فرم های مربوطه
۴. همکاری با سایر اعضای تیم توانبخشی برای ارائه مداخلات لازم
۵. ارزیابی معلول جسمی حرکتی و انجام مدالیته های درمانی
۶. آموزش و نظارت بر نحوه استفاده صحیح از وسایل کمک توانبخشی نظیر عصا ، واکر ، ویلچر و...
۷. بازآموزی راه رفتن در صورت نیاز
۸. ارجاع برای خدمات توانبخشی تخصصی در صورت نیاز
۹. آموزش وضعیت ها و تمرینات ضروری به معلول و یا خانواده وی جهت انجام در منزل
۱۰. تعیین میزان دامنه حرکتی مجاز برای معلول جسمی حرکتی و آموزش نحوه انجام آن به مراقب وی و بیان عوارض و پیامد های ناشی از انجام ورزشهای نامناسب

۱۱. تعیین نحوه و زمان وضعیت دهی و جابجایی معلولان جسمی حرکتی تخت گرا به مراقب وی و بیان عوارض و پیامدهای ناشی از بی حرکتی و وضعیت دهی نامناسب اندامها
۱۲. نظارت بر مناسب سازی منزل و ارگونومی تجهیزات مورد استفاده معلول
۱۳. مستند سازی اقدامات و مداخلات درمانی

شرح وظایف کارشناس کاردرمانی

۱. جلب اعتماد و اطمینان معلول و خانواده و برقراری ارتباط حرفه ای موثر
۲. حضور در منزل معلول بر اساس نیاز مطابق با فرم ارزیابی اولیه
۳. ارزیابی و کسب آگاهی از توانایی ها و ناتوانی های معلول
۴. ارزیابی معلولان جسمی حرکتی در خصوص نحوه انجام کارهای روزمره
۵. ارائه آموزش های لازم برای دستیابی مجدد به مهارت ها و کسب استقلال فردی
۶. ساخت اسپلینت و وسایل کمکی و در صورت نیاز ارجاع به مراکز تخصصی توانبخشی ارتوپدی فنی
۷. ارتقاء سطح عملکرد بدن و اندام ها جهت بازگرداندن یا افزایش توانایی معلول در انجام فعالیت های روزمره و ابزاری زندگی

۸. آموزش مهارت های موردنیاز برای انجام فعالیت های روزمره و ابزاری زندگی (ADL و IADL)

۹. آموزش جابجایی

۱۰. آموزش استفاده از وسایل کمک توانبخشی

۱۱. بهبود مهارت های شناختی ، حرکتی

۱۲. بررسی وضعیت محل زندگی و ارائه پیشنهادات لازم در خصوص تطبیق و مناسب سازی تجهیزات و مکان بر اساس نیازهای فردی معلول

۱۳. بررسی مسائل شغلی قبل و بعد از معلولیت و تلاش در جهت سازگاری فرد با عوارض ناشی از معلولیت و بهبود کیفیت زندگی

۱۴. تکمیل فرم های مربوطه

۱۵. همکاری با سایر اعضای تیم توانبخشی برای ارائه مداخلات لازم

۱۶. مستند سازی اقدامات و مداخلات درمانی

شرح وظایف روانشناس

۱۷. جلب اعتماد و اطمینان معلول و خانواده و برقراری ارتباط حرفه ای موثر

۱۸. حضور در منزل معلول بر اساس نیاز مطابق با فرم ارزیابی اولیه

۱۹. ارزیابی بالینی

۲۰. مصاحبه و مشاوره با فرد و خانواده

۲۱. - آموزش مهارت های روانی و اجتماعی به فرد و خانواده (مهارت های برقراری ارتباط، حل مسئله، مقابله با فشار

درمانی، مدیریت بحران و ...)

۲۲. حضور مؤثر در تیم توانبخشی مرکز در خصوص ارزیابی دوره ای وضعیت روحی و روانی معلول
۲۳. تشخیص به موقع اختلالات روانی و رفتاری معلول جسمی حرکتی و ارجاع صحیح در صورت لزوم .
۲۴. ارائه مشاوره های لازم به فرد و خانواده در خصوص مشکلات روحی پس از آسیب
۲۵. ارزیابی نحوه پیشرفت درمان
۲۶. تکمیل فرم های مربوطه
۲۷. تشکیل پرونده و ثبت اقدامات، نتایج حاصله و اقدامات لازم جهت پیگیری

شرح وظایف مددکار اجتماعی

۱. جلب اعتماد و اطمینان معلول و خانواده و برقراری ارتباط حرفه ای موثر و مبتنی بر اصول مددکاری با معلول و خانواده وی
۲. حضور در منزل معلول حداقل بر اساس نیاز مطابق با فرم ارزیابی اولیه
۳. ایفای نقش تسهیل گری در ایجاد ارتباط مستمر بین فرد، خانواده و مرکز
۴. تشکیل پرونده اجتماعی و ارزیابی دقیق وضعیت فردی - اجتماعی - اقتصادی معلول و خانواده وی
۵. شناسایی مشکلات اجتماعی اقتصادی معلول و منابع موجود جهت ارتقاء وضعیت فردی - اجتماعی و سوق دادن فرد و خانواده به بهره گیری از منابع فوق
۶. پیگیری مسائل حقوقی
۷. همکاری با سایر اعضای تیم توانبخشی برای ارائه مداخلات لازم
۸. ارائه مشاوره های لازم در خصوص مشکلات و مسائلی که فرد و خانواده با آن روبرو هستند
۹. ایجاد زمینه لازم جهت مشارکت اجتماعی معلول و خانواده در جامعه (مجامع عمومی، مراسم های مختلف، برنامه های تفریحی و...)
۱۰. راهنمایی فرد برای بهره مندی از خدمات سازمان های حمایتی
۱۱. تکمیل فرم های مربوطه
۱۲. تشکیل پرونده، ثبت اقدامات، نتایج حاصله و اقدامات لازم جهت پیگیری
۱۳. پیگیری حمایت مالی مورد نیاز فرد برای تامین هزینه های دارو و درمان از طریق بهزیستی شهرستان مطابق با دستورالعمل جامع حمایت های مالی سازمان

شرح وظایف گفتار درمان

۱. جلب اعتماد و اطمینان معلول و خانواده و برقراری ارتباط حرفه ای موثر
۲. ارزیابی، تشخیص و درمان اختلالات گفتاری

۳. بهبود وضعیت حرکتی اندام های دخیل در گفتار
۴. تسهیل وضعیت مطلوب و امن تغذیه از راه دهان در معلولان
۵. کاهش اختلالات عصبی - عضلانی و کاهش اختلال در کنترل زبان و بلع
۶. بهبود کنترل حرکتی مراحل بلع از طریق تعدیل تون عضلانی و تسهیل کیفیت حرکت
۷. آموزش به خانواده یا مراقب در خصوص نحوه و زمان وضعیت دهی و جابجایی معلولان تخت گرا و بیان عوارض و پیامدهای ناشی از بی حرکتی و وضعیت دهی نامناسب در تنفس فرد
۸. همکاری با سایر اعضای تیم توانبخشی برای ارائه مداخلات لازم
۹. تکمیل فرم های مربوطه
۱۰. مستند سازی اقدامات در پرونده توانبخشی

شرح وظایف متصدی امور دفتری

۱. حضور تمام وقت در ساعات اداری در مرکز
۲. ارتباط و پاسخگویی به معلول و خانواده
۳. تکمیل فرم قرارداد مرکز با معلول یا خانواده
۴. بایگانی نمودن مدارک و مستندات

تبصره ۱: به منظور انجام هماهنگی های لازم در بین اعضای تیم، یکی از اعضای تیم با اولویت کارشناس فیزیوتراپی به عنوان مسئول هماهنگ کننده تیم انتخاب خواهد شد.

تبصره ۲: در صورت نیاز معلول به جلسات بیشتر یک نوع خدمت بر اساس پیشنهاد تیم تخصصی و با هماهنگی کارشناس ناظر شهرستان می توان خدمت مورد نظر را به جای خدمات دیگر به فرد ارائه نمود. (مثلاً در صورت وجود زخم بستر و نیاز بیشتر به خدمات پرستاری)

تبصره ۳: برنامه ریزی ارائه خدمات می بایست به نحوی صورت گیرد که معلول از هریک از خدمات تیم توانبخشی مشتمل بر پرستاری، فیزیوتراپی و مددکاری در ماه بهره مند گردد و بر اساس ضرورت و مبتنی بر نیاز، دیگر خدمات توانبخشی (کاردرمانی، روانشناسی، پزشکی و...) به صورت جایگزین تعریف گردد.

تبصره ۴: مسئول فنی وظیفه نظارت بر تکمیل فرم های قرارداد با معلول یا خانواده را برعهده دارد.

ماده ۹

فضای فیزیکی

لازم است مکان مناسبی به عنوان مرکزی یا واحد ارائه خدمات توانبخشی معلولان جسمی حرکتی و ضایعه نخاعی در منزل با

شرایط زیر تهیه شود.

- اتاق مسئول فنی و برگزاری جلسات حداقل ۶ متر مربع
- اتاق اموردفتری، انبار و بایگانی حداقل ۶ متر مربع
- آبدارخانه
- سرویس بهداشتی

تبصره : تامین فضای فیزیکی مندرج در جدول برای مراکز ارائه خدمات توانبخشی در منزل صرف، الزامی می باشد و در مراکز جامع توانبخشی با فعالیت ارائه خدمات توانبخشی در منزل ، با رعایت مفاد دستورالعمل ها ، استفاده از فضاهای مشترک به شرط عدم ایجاد اختلال در فعالیت های مرکز بلا مانع است.

ماده ۱۰

تجهیزات تخصصی

وسایل پزشکی:

دیف	وسایل	تعداد
۱	گوشی پزشکی	۱ عدد
۲	فشار سنج	۱ عدد
۳	تخت معاینه و پاروان	۱ عدد
۴	چراغ قوه	۱ عدد
۵	وسایل کمک های اولیه و لوازم مصرفی پزشکی بهداشتی	بسته به میزان مصرف
۶	داروهای اورژانسی با تاریخ مصرف مجاز	بسته به میزان مصرف
۷	وسایل تزریق و سرم	بسته به میزان مصرف
۸	بخچال (برای نگهداری دارو)	۱ دستگاه

تبصره : وجود تجهیزات توانپزشکی مورد نیاز جهت ارائه خدمات در محل مرکز الزامی نمی باشد و اعضای تیم می بایست متناسب با خدمات مورد نیاز معلول تجهیزات پورتابل لازم را به همراه داشته باشند.

ماده ۱۱

ضوابط اخلاقی

- حفظ کرامت انسانی معلولان و خانواده آنان در تمام مراحل ضروری است.
- حفظ اسرار بیماران با نهایت دقت بایستی صورت پذیرد.
- اطلاعات مربوط به بیماران بایستی محرمانه تلقی شود و غیر از افراد واجد شرایط لازم (به حکم شغل و یا وظیفه) اشخاص دیگر به اطلاعات دسترسی نداشته باشند.

ماده ۱۲

این دستورالعمل در ۱۲ ماده و ۲۳ تبصره توسط حوزه معاونت امور توانبخشی، دفتر امور مراکز مراقبتی و توانبخشی 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.

فرم شماره ۱

تاریخ

شماره پرونده:

نمونه فرم قرارداد بین خدمت گیرندگان و مراکز ارائه خدمات توانبخشی به معلولان جسمی حرکتی در منزل

مشخصات معلول جسمی حرکتی:

نام: نام خانوادگی: جنس: تاریخ تولد: محل تولد:
شماره شناسنامه: کد ملی: صادره: وضعیت تأهل: شغل:

وضعیت بیمه:

شماره تماس و آدرس محل سکونت:

شماره تماس و آدرس محل کار در صورت اشتغال:

(ب) مشخصات سرپرست / قیم معلول جسمی حرکتی

نام: نام خانوادگی: جنس: تاریخ تولد:

محل تولد:

شماره شناسنامه: صادره: وضعیت: تأهل: نسبت با معلول جسمی حرکتی:

آدرس و تلفن محل سکونت:

آدرس و تلفن محل کار:

توضیحات: بر اساس اعلام نیاز آقا / خانم

که در این قرارداد معلول جسمی حرکتی نامیده می شود و اطلاعات مندرج

در فرم ارزیابی اولیه معلول جسمی حرکتی که توسط تیم توانبخشی تکمیل گردیده است یا نسخه معتبر پزشک، خدمات مورد نیاز معلول جسمی حرکتی شامل موارد:

۱-

۲-

۳-

۴-

بر آورد گردیده است که هزینه انجام آنها در طول دوره ارائه خدمات حدود ریال محاسبه می گردد که هزینه مذکور از طرف معلول جسمی حرکتی / سرپرست معلول جسمی حرکتی یا سازمان بهزیستی قابل پرداخت می باشد.

تبصره ۱: مبلغ ذکر شده به عنوان هزینه مدت ارائه خدمات تقریبی می باشد که بر اساس وضعیت فردی معلول جسمی حرکتی و نیازهای وی و یا سایر عوامل ممکن است هزینه اصلی و واقعی، اندکی بیشتر یا کمتر از مبلغ یاد شده در این قرار داد باشد و بر همین اساس، معلول جسمی حرکتی با اطلاع از مورد اقدام به تکمیل قرار داد می نماید.

تبصره ۲: در صورتیکه معلول جسمی حرکتی / سرپرست معلول جسمی حرکتی به هر علتی قبل از پایان کامل دوره خدمات، قصد لغو و فسخ قرارداد را داشته باشند باید ۲۴ ساعت قبل به دفتر مراجعه نموده و مراتب را کتباً اعلام نمایند تا تسویه حساب و فسخ قرارداد در اسرع وقت به عمل آید.

اینجانب (معلول جسمی حرکتی / سرپرست معلول جسمی حرکتی) 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 معلول جسمی حرکتی 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.

امضاء یا اثر انگشت معلول جسمی حرکتی:

امضاء یا اثر انگشت سرپرست معلول جسمی حرکتی:

امضاء مسئول فنی مرکز: آدرس مؤسسه: تلفن تماس:

فرم شماره ۲: نمونه فرم ارزیابی اولیه معلول جسمی حرکتی

شماره پرونده: تاریخ:
الف) مشخصات معلول جسمی حرکتی:
نام: نام خانوادگی: جنس: تاریخ تولد: محل تولد:
شماره شناسنامه: کد ملی:
صادره: شغل: وضعیت بیمه:
شماره تماس و آدرس محل سکونت معلول جسمی حرکتی:

ب) افرادی که معلول جسمی حرکتی با آنها زندگی می کند و سطح تحصیلات آنها:

۱- ۲- ۳-

ج) گزارش گروه توانبخشی:

۱) گزارش پزشک (وضع عمومی معلول جسمی حرکتی - تشخیص اولیه - خدمات پزشکی و پرستاری مورد نیاز)

۲) گزارش مددکار یا روانشناس (خدمات توانبخشی مورد نیاز):

۳) گزارش سایر کارشناسان توانبخشی (فیزیوتراپیست، کاردرمانگر، گفتاردرمانگر و.....):

مطالب فوق مورد تأیید است (مهر و امضاء)

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

امضاء یا اثر انگشت معلول جسمی حرکتی / سرپرست یا قیم معلول جسمی حرکتی

شماره تماس و آدرس مؤسسه:

فرم شماره ۳

تاریخ:

شماره پرونده:

نمونه فرم پرسشنامه پرسنل اعزامی (ارائه دهندگان خدمت)

۱) مشخصات فردی ارائه دهندگان خدمات:

الف) نام:

نام خانوادگی:

نام پدر:

سن:

جنس: مذکر مؤنث

تاریخ تولد:..... محل تولد:

شماره شناسنامه:..... صادره:.....

وضعیت تأهل: مجرد متأهل

شماره تلفن:

آدرس منزل:.....

آدرس محل کار:.....

۲) سابقه تحصیلات و اشتغال:

آخرین مدرک تحصیلی:

سال اخذ مدرک:.....

دانشگاه محل تحصیل:

سابقه کاری خود را از زمان فارغ التحصیلی تاکنون بنویسید:

.....
.....

۳) آیا سابقه محکومیت کیفری و یا نظام پزشکی دارید؟ بلی خیر

توضیحات:.....

۴) آمادگی فعالیت در کدامیک از نوبت های کاری را دارید؟ صبح عصر شب اینجانب کلیه مندرجات فوق را

تأیید نموده و تعهد می نمایم. در صورت مغایرت هر کدام از موارد فوق با واقعیت حق هیچگونه اعتراضی نسبت به تصمیمات متخذه از سوی مؤسسه را ندارم.
امضاء و مهر

فرم شماره ۴

گزارش نحوه و سیر ارائه خدمات توانبخشی به معلولان جسمی حرکتی در منزل

تاریخ:

شماره پرونده:

این برگ توسط نیروهای تخصصی اعزامی
می بایست در هر بار مراجعه به منزل
معلول جسمی حرکتی تکمیل گردد

الف (اطلاعات معلول جسمی حرکتی:

۱- نام: ۲- نام خانوادگی: ۳- جنس: مذکر مؤنث ۴- سال تولد:

۵- شغل: ۶- وضعیت بیمه:

۷- آدرس محل سکونت معلول جسمی حرکتی:

ب) اطلاعات نیروی تخصصی اعزامی:

۱- نام: ۲- نام خانوادگی: ۳- نام پدر: ۴- نوع تخصص:

۵- مقطع تحصیلی:

ج) سیر ارائه خدمات توانبخشی

۱. تشخیص / مشکل اصلی معلول جسمی حرکتی:

۲. نوع خدمت ارائه شده:

۳. سیر پیشرفت بیماری:

۴. اقدامات انجام شده برای معلول جسمی حرکتی:

۵. تاریخ ویزیت بعدی

۶. توضیحات:

د) اطلاعات مالی:

بدینوسیله تأیید می گردد مبلغ

حرکتی دریافت گردید.

ریال بابت اقدامات انجام یافته فوق از معلول جسمی حرکتی / سرپرست معلول جسمی

امضاء

امضاء یا اثر انگشت معلول جسمی حرکتی / سرپرست معلول جسمی حرکتی

کارشناس خدمت دهنده

آدرس مرکز / مؤسسه:

تلفن مرکز:

فرم شماره ۵: ارائه خدمات توانبخشی معلول جسمی حرکتی در منزل.... ماه مرکز

شماره پرونده

نام و نام خانوادگی معلول جسمی حرکتی

مشارکت خانواده	نوع هزینه		نام و امضای درمانگر یا پزشک	سیر پیشرفت	تاریخ ویزیت بعدی	اقدامات لازم و پیگیری	نوع خدمت ارائه شده	تشخیص / مشکل اصلی معلول جسمی حرکتی	تاریخ ویزیت	ردیف
	آزاد	یارانه ای								

نام و نام خانوادگی مسئول فنی:

امضاء

شماره ۶: خدمت گیرندگان مرکز ارائه خدمات توانبخشی معلول جسمی حرکتی در منزل به تفکیک نوع خدمات ارائه شده در ماه، سال

مشارکت خانواده	سهم سازمان	جمع کل		سایر خدمات تخصصی	مدهکاری		روانشناسی		گفتاردرمانی		کاردرمانی		فیزیوتراپی		پرستاری		پزشکی		خدمات	نام و نام خانوادگی	رتبه		
		مبلغ	تعداد مراجعه		مبلغ	تعداد مراجعه	مبلغ	تعداد مراجعه	مبلغ	تعداد مراجعه	مبلغ	تعداد مراجعه	مبلغ	تعداد مراجعه	مبلغ	تعداد مراجعه	مبلغ	تعداد مراجعه					
																							جمع

بهبزیستی استان

مهر وامضاء

تأیید بهزیستی شهرستان

مهر وامضاء

تأیید مدیر مرکز

مهر وامضاء

