



سازمان بهداشت و درمان

معاونت امور توانبخشی

**دستورالعمل شرایط و ضوابط اختصاصی مراکز توانبخشی معلولین  
توانبخشی (آموزشی، توانپزشکی، اجتماعی) و مراقبتی شبانه  
روزی افراد دارای اختلال هوشی رشدی**

۱۴۰۲

## دستورالعمل شرایط و ضوابط تخصصی مراکز توانبخشی معلولین

توانبخشی (آموزشی، توانپزشکی، اجتماعی) و مراقبتی شبانه روزی افراد دارای اختلال هوشی رشدی  
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 و انجمن مراکز غیر دولتی در سال ۱۴۰۲ جهت اجرا تنظیم و بازنگری گردیده است.

### ماده ۱

#### تعاریف تخصصی

**معلول ذهنی (فرد با ناتوانی هوشی رشدی) *person with Intellectual disability***

فردی است که دارای نقص در کارکرد هوشی (عقلانی) (مانند حل مسئله، برنامه ریزی، استدلال و قضاوت) همچنین دارای نقص در عملکرد سازگارانه (مانند ارتباط، مشارکت اجتماعی و زندگی مستقل) در حوزه عملی، اجتماعی و مفهومی بوده و نمره هوشبهر آنها بر اساس آزمون های استاندارد حد اکثر ( $70 \pm 5$ ) باشد. این نقص در دوران رشد (زیر ۱۸ سال) رخ می دهد.

طبقه بندی بر اساسی شدت معلولیت: بر اساس **DSM5** سطوح مختلف شدت بر اساس عملکرد انطباقی و نه بر اساس بهره هوشی تعیین می شود چرا که عملکرد انطباقی فرد تعیین کننده میزان حمایت های مورد نیاز فرد است.

مرکز توانبخشی و مراقبتی شبانه روزی معلولان ذهنی (افراد با ناتوانی هوشی رشدی): مرکزی است که توسط شخص حقیقی یا حقوقی با کسب مجوز از سازمان بهزیستی تأسیس شده و تحت نظارت و مطابق دستورالعمل مربوطه به معلولان ذهنی (افراد با ناتوانی هوشی - رشدی) در رده سنی کم تر و بیشتر از ۱۴ سال واجد شرایط مندرج در دستورالعمل مربوطه خدمات توانبخشی و مراقبتی ارائه می نماید این خدمات شامل خدمات توانبخشی آموزشی، اجتماعی، پزشکی و حرفه ای و مراقبت های اولیه پزشکی و پرستاری، خدمات مراقبتی، خدمات هنری و ورزشی و ارجاعی می باشد.

نگهداری موقت: این فعالیت به مراقبت های موقت و کوتاه مدت افراد دارای معلولیت ذهنی در مراکز نگهداری شبانه روزی گفته می شود تا برای خانواده ها در نگهداری از شخص معلول وقفه ای جهت تجدید قوا یا دلایل اضطراری ایجاد نماید.

## ماده ۲

### شرایط اختصاصی متقاضی و مسئول فنی

۲-۱: شرایط اختصاصی متقاضی تاسیس مرکز توانبخشی و مراقبتی شبانه روزی معلولان ذهنی - دارا بودن تحصیلات کارشناسی، کارشناسی ارشد و یا دکتری 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: در صورتیکه موسس شخصیت حقوقی باشد، باید حداقل یکی از اعضای هیئت مدیره دارای شرایط عمومی و تخصصی متقاضیان دریافت موافقت اصولی باشد.

۲-۲: شرایط اختصاصی مسئول فنی مرکز توانبخشی و مراقبتی شبانه روزی معلولان ذهنی دارا بودن مدرک تحصیلی کارشناسی، کارشناسی ارشد و یا دکترا (روانشناسی، فیزیوتراپی، کاردرمانی، گفتار درمانی، پرستاری، مددکاری اجتماعی، پزشکی، مدیریت توانبخشی و علوم تربیتی با گرایش کودکان استثنایی)

## ماده ۳

### شرایط اختصاصی پذیرش و ترخیص معلولان ذهنی

۳-۱: شرایط اختصاصی پذیرش معلولان ذهنی - معلولان ذهنی کمتر از ۱۴ سال و بیشتر از ۱۴ سال شدید، خیلی شدید و معلولانی که به تشخیص کمیته پذیرش، شرایط پذیرش در مرکز روزانه را ندارند و یا موجب بروز بحران در خانواده شده اند. به نحوی که مراکز کمتر از ۱۴ سال مختلط پسران و دختران و مراکز بیشتر از ۱۴ سال به تفکیک جنسیتی اقدام به پذیرش می نمایند. - پذیرش مددجو در مرکز منوط به داشتن معرفی نامه از اداره پذیرش و هماهنگی استان و یا بهزیستی شهرستان می باشد.

مدارک و آزمایشات لازم:

- خلاصه پرونده پزشکی و توانبخشی - گزارش مددکاری

-آزمایش کامل خون - آزمایش کامل ادرار و مدفوع (از نظر وجود انگل)

-آزمایش ایدز و هپاتیت - تست توپرکولین

-گواهی وضعیت سلامت براساس نتایج آزمایشات صورت گرفته فوق

تبصره ۱: داشتن ایدز و هپاتیت و مثبت بودن تست های فوق به منزله عدم پذیرش نبوده بلکه جهت تشخیص زود هنگام بیماری و اعمال مراقبت های ویژه می باشد. در موارد ضروری و اجتناب ناپذیر اعم از مسافرت ، بیماری فرد سرپرست و مراقب فرد دارای معلولیت یا سایر موارد مشابه مراکز می توانند نسبت به پذیرش بصورت موقت یا کوتاه مدت اقدام نمایند. اقامت در اتاق قرنطینه در بدو پذیرش جهت انجام آزمایشات ضروری و اطمینان از سلامت فرد ضروری می باشد. مدت ارائه خدمات توانبخشی مراقبتی موقت برای جامعه هدف مبتنی بر بررسی مددکاری در هر سال حداکثر ۴ ماه به صورت متوالی یا به صورت متناوب با توجه به شرایط خانواده می باشد.

تبصره ۲: پس از پذیرش توانخواهان، مراکز موظفند آزمایشات دوره ای سالیانه شامل آزمایش خون، ادرار و مدفوع (از نظر وجود انگل) از توانخواهان به عمل آورند.

تبصره ۳: اولویت پذیرش مددجویان در مراکز توانبخشی و مراقبتی معلولان ذهنی با افراد مجهول الهویه و فاقد سرپرست موثر به ویژه افراد دارای دستور قضایی می باشد، این افراد در اولویت پرداخت یارانه نیز خواهند بود.

تبصره ۴: پذیرش افراد دارای اختلال هوشی رشدی مجهول الهویه، بی سرپرست یا فاقد سرپرست موثر با هر سطح شدت معلولیت و تأیید رئیس بهزیستی شهرستان یا حکم قضایی بلامانع می باشد.

تبصره ۵: افراد پذیرش شده تبصره فوق پس از بررسی و در صورت احراز شرایط خانه های کوچک و در صورت وجود ظرفیت خالی در خانه ها می بایست در خانه ها ساماندهی گردند.

تبصره ۶: افراد دارای اختلال هوشی رشدی بالای ۶۰-۵۵ سال مراکز، به دلیل محدودیت های زود رس دوران سالمندی در بخشی جداگانه با مناسب سازی فضا، بدون مانع جهت تحرک و جهت پیشگیری از خطر افتادن (fall) ساماندهی شوند.

۲-۳: شرایط ترخیص از خدمات مرکز توانبخشی و مراقبتی

- کاهش اختلالات رفتاری به نحویکه نگهداری فرد دارای معلولیت را در خانواده با مشکل مواجه نسازد و یا مخاطرات اجتماعی ایجاد ننماید.

- رسیدن به سطحی از توانمندی جهت زندگی در سطح خانواده.

- فراهم نمودن بستر مناسب در خانواده از طریق ارتباط فعال و مؤثر آنان برای بازگشت و تداوم حضور فرد در خانواده.

- فراهم بودن شرایط تداوم توانبخشی از طریق مراکز روزانه و یا پیگیری ارائه خدمات توانبخشی در منزل

تبصره ۱: افراد دارای اختلال هوشی رشدی مجهول الهویه و یا بی سرپرست تا زمان شناسایی سرپرست و فراهم شدن امکان ترخیص به خانواده و یا دیگر خدمات (خانه های کوچک) در مرکز اقامت خواهند داشت.

تبصره ۲: در صورت شناسایی خانواده افراد فاقد سرپرست موثر و مجهول الهویه دارای حکم قضایی هرگونه ترخیص (موقت یا دائم) منوط به اخذ دستور قضایی میباشد.

## ماده ۴

### خدمات

۴-۱: مراکز توانبخشی و مراقبتی شبانه روزی

#### -خدمات مربوط به سلامت

به مجموعه ای از خدمات بهداشتی درمانی و پرستاری اطلاق می گردد که به معلولان ذهنی ارائه می شود تا از عوارض ناشی از معلولیت ذهنی بکاهد و از ابتلا آنها به بیماریهای واگیر و غیر واگیر پیشگیری نماید و یا در جهت حفظ سلامت اقدام نماید همچنین در مواقع ضروری نسبت به ارجاع آنان به مرکز بهداشتی و درمانی اهتمام ورزد.

اطلاع رسانی به هنگام در مواقع بروز حادثه و بیماری در مرکز به مرکز حوادث و فوریتهای پزشکی از دیگر خدمات این بخش می باشد. همچنین در صورت طغیان بیماری های واگیر بلافاصله با مرکز بهداشت استان هماهنگی های لازم به عمل می آید.

#### -خدمات مراقبتی شبانه روزی

مجموعه ای از اقدامات که در راستای حفظ بهداشت، تغذیه و نظافت فردی، نظافت البسه و وسایل شخصی، خودیاری و پیشگیری از عوارض معلولیت و در صورت رسیدن به سن ۵۵-۶۰ سالگی جهت پیشگیری یا کاهش عوارض ناشی از افزایش سن و تغییرات فیزیولوژیک بدن به این گروه ارائه میگردد .

#### -خدمات توانبخشی (پزشکی، آموزشی، حرفه ای و اجتماعی) با توجه به شرایط معلولین

منظور از خدمات توانبخشی شامل مجموعه خدمات فیزیوتراپی یا کاردرمانی، گفتاردرمانی، روانشناسی، مددکاری، پزشکی، پرستاری و مراقبتی می باشد که در جهت بهبود عملکرد ذهنی، روانی، جسمی و اجتماعی معلول، سازگاری وی با محیط و ارتقاء کیفیت زندگی وی به صورت تیمی توسط افراد مجرب و آموزش دیده انجام می شود.

#### -خدمات ارجاعی

مجموعه اقداماتی است که در راستای ارجاع توانخواه به منظور دریافت خدمات پزشکی، مونتورینگ و پیگیری درمان خارج از مرکز با هماهنگی پزشک، تیم پرستاری و تیم توانبخشی و همراهی خانواده (در صورت داشتن سرپرست / قیم) صورت می پذیرد.

#### -خدمات هنری و ورزشی بسته به وضعیت معلولان

مجموعه اقدامات هنری (یکی از سه هنر نقاشی، تئاتر و موسیقی) و ورزشی در راستای ایجاد حس همکاری گروهی، نظم آموزشی، یادگیری مهارت های اجتماعی، کاهش اختلالات رفتاری، تخلیه هیجانی، دستیابی به آرامش و کاهش فقر حرکتی معلولان بر اساس سطح توانایی آنان ارائه میگردد.

**تبصره:** حضور توانخواهان در مراکز توانبخشی و مراقبتی شبانه روزی به منزله عدم امکان بهره مندی آنان از خدمات مراکز آموزشی و توانبخشی و یا اصولاً از امکانات اجتماعی خارج از مرکز شبانه روزی نبوده و با رضایت قیم و سرپرست، توانخواهان می توانند از خدمات اینگونه مراکز (مدارس، مراکز روزانه آموزشی یا حرفه آموزشی کارگاه های حمایتی، مدارس استثنایی و...) نیز استفاده نمایند .

## ماده ۵ نیروی انسانی

۱. مسئول فنی هر روز در ساعات اداری، در سایر ساعات جانشین مسئول فنی با معرفی وی به شهرستان و استان و تایید کتبی جانشین توسط بهزیستی استان
۲. یک نفر پزشک عمومی یک روز در هفته در یک شیفت کاری و در سایر شیفت ها و روز ها بصورت آنکال، تبصره ۱: در صورت نیاز به خدمات تخصصی پزشکی مرکز موظف به ارجاع به پزشک متخصص و درج نظریه تخصصی آنان در پرونده پزشکی معلولان میباشند.
- تبصره ۲: مرکز موظف است در صورت مرخصی و غیبت پزشک در مدت معین نسبت به معرفی جانشین اقدام نماید تا در دوره عدم حضور وی پزشک جانشین نسبت به ارائه خدمات اقدام نماید.
- تبصره ۳: انجام آزمایشات دوره ای حداقل یک بار در سال برای کلیه معلولان و انجام آزمایش در موارد مورد نیاز علاوه آزمایش دوره ای طبق دستور پزشک الزامی است.
۳. یک نفر مسئول بخش پرستاری با مدرک کارشناسی در رشته های پرستاری، امداد و نجات، فوریت‌های پزشکی و مامایی در هر شیفت.
- تبصره ۱: در صورتی که مرکز، علیرغم اعلام فراخوان عمومی با کمبود نیروی انسانی فوق الذکر مواجه باشد، مجاز است از نیروی کمک پرستار با مدرک آموزش کمک پرستاری و بهیاری در مراکز مورد تایید وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی و هلال احمر با دو سال سابقه کار استفاده نماید.
- تبصره ۲: حضور کارشناسان با مدارک اشاره شده در بند ۳ در شیفت صبح الزامی است.
۴. یک نفر روانشناس با مدرک حداقل کارشناسی ۳ روز در هفته
۵. یک نفر کاردرمانگر یا فیزیوتراپیست با مدرک حداقل کارشناسی ۲ روز در هفته (در طول ساعات کاری صبح یا عصر)
۶. یک نفر گفتار درمانگر با حداقل مدرک کارشناسی ۱ روز در هفته (در طول ساعات کاری صبح یا عصر)
۷. مددکار اجتماعی یا کارشناس علوم اجتماعی با مدرک حداقل کارشناسی در رشته های مددکاری، علوم اجتماعی، رفاه اجتماعی، جامعه شناسی و روانشناسی یک نفر ۳ روز در هفته
- تبصره ۱: حضور نیروهای روانشناس و مددکار ترجیحا در روزهای غیر متناظر برنامه ریزی گردد.
۸. کارشناس تغذیه یک نفر بصورت ماهانه و بر اساس برنامه تنظیمی

۹. مربی آموزشی ویا حرفه آموزی با مدرک معتبر از سازمان فنی و حرفه ای یک نفر ۲ روز در هفته با توجه به استعداد های معلولان مقیم
۱۰. مربی امور ورزشی با مدرک معتبر از سازمان تربیت بدنی یک نفر ۲ روز در هفته با توجه به استعداد ها و شرایط معلولان مقیم در مرکز
۱۱. مربی امور هنری با مدرک معتبر از مراجع ذیصلاح یک نفر ۲ روز در هفته با توجه به استعداد ها و شرایط معلولان بستری در مرکز
- تبصره ۱: در صورتی که مربی به کار گرفته شده دارای دو یا هر سه مدرک حرفه ای، ورزشی و هنری باشد همزمان می تواند ارائه خدمت نماید.
- تبصره ۲: ارائه خدمت بندهای ۹، ۱۰ و ۱۱ ترجیحا در روزها و ساعات غیرمتناظر با ارائه خدمات توانبخشی ( گفتاردرمانی ، کاردرمانی یا فیزیوتراپی و روانشناسی ) صورت پذیرد.
۱۲. مراقب (مادریار یا مددیار معلول) با مدرک تحصیلی ترجیحا حداقل دیپلم ( با اولویت دیپلم مددیاری افراد با نیاز ویژه) به ازای هر ۱۰ نفر فرد دارای معلولیت هوشی رشدی شدید و خیلی شدید وابسته در حیطة های خود مراقبتی حداقل یک نفر در هر شیفت کاری.
- تبصره ۱: در صورتی که شدت معلولیت توانخواهان، مانع از استقلال در انجام امور خود مراقبتی اعم از استفاده از سرویس بهداشتی و حمام ، تعویض لباس ، تحرک در محیط ، تغذیه ، بهداشت فردی نباشد تعداد توانخواهان تحت مراقبت هر مراقب به ۱۲ نفر قابل افزایش میباشد.
- تبصره ۲: مراقبین ملزم به گذراندن دوره های کمک های اولیه ، ایمنی سازمان آتش نشانی و اخذ مدارک مربوطه بوده و مسئول مرکز نیز ملزم به درج آن در پرونده پرسنلی میباشد.
- تبصره ۳: در زمان استخدام پرسنل مراقب، بیش از سه سال از تاریخ اخذ مدرک دوره های عنوان شده در تبصره (۲) نگذشته باشد. در غیر اینصورت مجددا بایستی دوره را گذرانده و مدرک آنان به روز گردد. پرسنلی که بیش از سه سال از تاریخ اخذ مدرک آن ها گذشته به شرط انجام کار و داشتن تجربه عملی در مدت پس از اخذ مدرک نیاز به اخذ مدرک مجدد ندارند .
- تبصره ۴: مراقبین تازه وارد ملزم به گذراندن دوره ۲ ماهه کارورزی در مرکز و یا سایر مراکز متناظر می باشند و گواهی حضور موثر در مرکز آموزش دهنده ارائه نمایند.
- تبصره ۵: رعایت تناسب جنسیت مراقبین با معلولان مراکز بالای ۱۴ سال دختران الزامی است ،
- تبصره ۶: در مراکز بالای ۱۴ سال پسران در امور مربوط به استحمام و نظافت شخصی ملزم به جذب مراقبین آقا می باشند.
- تبصره ۷: داشتن گواهی سلامت روان و گواهی عدم اعتیاد برای همه پرسنل با تشخیص روانپزشک، در دوره های ۲ ساله الزامیست.
۱۳. خدمه و آشپز به تعداد مورد نیاز

تبصره ۱: هریک از نیروی انسانی تخصصی در صورت انطباق شرایط با مسئول فنی می تواند به عنوان مسئول فنی معرفی شود.

تبصره ۲: در مراکز با ظرفیت بالای ۱۰۰ نفر به ازای هر ۱۰۰ نفر یک نفر بهیار یا کمک پرستار به نیروی انسانی در هر شیفت اضافه می گردد.

تبصره ۳: بدیهی است با افزایش ظرفیت مرکز با توجه به تبصره ۲، به استثنای مسئول فنی، کلیه نیروی انسانی آن نیز به همان نسبت افزایش خواهد یافت.

تبصره ۴: در مراکز با ظرفیت اسمی بالاتر از ۱۰۰ نفر، یک نفر مسئول بخش (مدیر داخلی) مطابق ماده ۲ بند ۲-۲ شرایط اختصاصی مسئول فنی مرکز توانبخشی و مراقبتی شبانه روزی معلولان ذهنی به ازای هر ۱۰۰ نفر به نیروی انسانی اضافه می گردد.

## ماده ۶

### شرح وظایف نیروی انسانی

#### ۱-۶: مسئول فنی

مسئول فنی مرکز علاوه بر رعایت موارد مندرج در آئین نامه داخلی ماده ۲۶ قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت موظف به رعایت موارد ذیل می باشد:

۱. سرپرستی و نظارت کامل بر ارائه خدمات آموزشی، مراقبتی و توانبخشی مرکز و رعایت استانداردهای

علمی و حرفه ای مندرج در دستورالعمل های سازمان بهزیستی

۲. اداره امور داخلی مرکز

۳. حفظ سلامت جسمی و روانی گروه هدف و اقدام در جهت بازتوانی و توانمند سازی آنان

۴. جلوگیری از دخالت افراد غیر مجاز در امور فنی مرکز

۵. اعلام گزارش مشکلاتی که در روند مراقبت و توانبخشی گروه هدف ایجاد اختلال نماید به اداره

بهزیستی شهرستان مربوطه

۶. اعلام نیازهای مرکز به مؤسس و درخواست تأمین آنها

۷. ثبت گزارش روزانه و حفظ مستندات مربوطه

۸. نظارت دقیق بر تشکیل پرونده های پرسنلی

۹. نظارت بر تشکیل پرونده های حمایتی (اجتماعی)، پزشکی و توانبخشی برای گروه هدف در مرکز و

درج اقدامات به عمل آمده و خدمات ارائه شده در آنها.

۱۰. حضور فعال و مستمر در ساعات اداری و در صورت نیاز و ضرورت در سایر اوقات شبانه روز

۱۱. حفظ و رعایت استانداردهای خدماتی، بهداشتی و فنی مرکز اعم از ساختمانی، تجهیزاتی، ایمنی،



بهداشتی دارویی، توانبخشی و...

۱۲. همکاری با کارشناسان ناظر اعزامی از معاونت امور توانبخشی سازمان بهزیستی کشور، استان و شهرستان ها، کمیسیون ماده ۲۶، دفتر مدیریت عملکرد و حراست سازمان
۱۳. اعلام بیماریهای واگیردار خدمت گیرندگان (سل، وبا، هیپاتیت، ایدز و...) طبق دستورالعمل های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به بهزیستی شهرستان
۱۴. ارسال گزارش کتبی خدمت گیرندگان فوت شده، مفقودی، متواری و آسیب دیده در مرکز با ذکر زمان و علت آنها حداکثر ظرف مدت ۲۴ ساعت به بهزیستی شهرستان
۱۵. بازبینی دوربین های مدار بسته در ساعاتی که در مرکز حضور ندارد و ثبت گزارش وقایع آن در دفتری جداگانه
۱۶. انجام مکاتبات رسمی و اداری
۱۷. رعایت و تسلط کامل بر مفاد کلیه دستورالعملها، ضوابط و مقررات ابلاغی از سازمان
۱۸. بررسی و رسیدگی به شکایات مطروحه مرتبط با مرکز
۱۹. رعایت و نظارت بر الگوهای مراقبتی، توانبخشی، آموزشی و غذایی مورد تأیید و ابلاغی از سازمان بهزیستی به مراکز
۲۰. نصب اسامی پرسنل مرکز و رشته تخصصی هر فرد در اتاق مسئول فنی، برنامه کاری مرکز و برنامه روزانه در خصوص نحوه مدیریت اوقات فراغت توانخواهان در تابلو اعلانات
۲۱. نصب برنامه غذایی و میان وعده، مهمور به مهر کارشناس تغذیه و متناسب با فصل ورزش غذایی گروه هدف در آشپزخانه مرکز
۲۲. حفظ حریم شخصی و برخورد مناسب و توأم با تکریم با گروه هدف
۲۳. اخذ تصمیمات لازم در ارتباط با امور مرتبط با نیازهای گروه هدف با توجه به گزارش های ارائه شده توسط مسئولین شیفت ها
۲۴. برنامه ریزی جهت آگاه سازی و آموزش کارکنان جدید الورد به مقررات اداری و رعایت استانداردهای مراقبتی و توانبخشی مرکز
۲۵. برنامه ریزی جهت ارتقاء سطح آگاهی و دانش کلیه کارکنان
۲۶. برنامه ریزی به منظور تقسیم کار برای کلیه پرسنل بخش بر اساس نیاز گروه هدف
۲۷. نظارت و کنترل مواد غذایی، دارو ها و تجهیزات (از نظر تاریخ مصرف و ...)
۲۸. هماهنگی جهت تهیه ما یحتاج مرکز اعم از دارو ها، مواد غذایی، بهداشتی و ...
۲۹. برنامه ریزی آموزشی جهت افزایش سطح آگاهی گروه هدف در زمینه اصول مراقبت های فردی
۳۰. کنترل و نظارت بر نحوه پذیرش، ترخیص و تحویل گروه هدف
۳۱. برنامه ریزی و ایجاد هماهنگی جهت حضور نیروهای تخصصی مورد نیاز مطابق با دستورالعملهای ابلاغی
۳۲. برنامه ریزی و ایجاد هماهنگی جهت حضور یا ارجاع به پزشکان تخصصی مورد نیاز

۳۳. ارسال آمار ماهیانه به سازمان بهزیستی جهت اخذ یارانه

۳۴. برنامه ریزی جهت امور فوق برنامه و فعالیتهای تفریحی

## ۲-۶: شرح وظایف پزشک:

- ویزیت مستمر و دستور انجام آزمایشات دوره ای، رادیوگرافی، سونوگرافی و..
- درج هرگونه بیماری ویا اختلال همراه با معلولیت ذهنی در پرونده و پیگیری موارد مربوطه
- دارو درمانی و تعیین خط مشی درمانی
- نظارت بر اجرای درمان های پزشکی و نحوه استفاده از لوازم بهداشتی
- ارجاع برای اقدامات پزشکی تخصصی در صورت نیاز
- نظارت بر نحوه ارائه خدمات تیمی توانپزشکی و پرستاری مراقبتی
- CPR
- حضور و همکاری با گروه توانپزشکی و مراقبتی
- مستندسازی اقدامات در پرونده پزشکی

## ۳-۶: شرح وظایف مسئول پرستاری

- تحویل دادن بخش ها و ارائه گزارش کتبی به پرستار شیفت بعدو تحویل گرفتن آن از پرستار شیفت قبل
- در هر شیفت کاری
- ارزیابی سلامت معلولان ، اعلام شفاهی و کتبی هرگونه تغییر به مسئول فنی و پزشک مرکزدرهرشیفت
- نظارت بر بهداشت عمومی مرکز
- نظارت بر سلامت تجهیزات پرستاری و اعلام به موقع جهت رفع کمبودها و نواقص
- نظارت بر کلیه امور مراقبتی معلولان از جمله حمام کردن – غذاخوردن و ...
- انجام اقدامات پرستاری شامل کنترل فشارخون ، علائم حیاتی ، بصورت مستمر و ثبت آن و در صورت لزوم پانسمان ، تعویض سونداژ ، تزریق آمپول ، سرم و ...
- احیای قلبی (CPR)در موارد اورژانسی
- کنترل نظارت و پایش دارو درمانی با توجه به افزایش استعداد ابتلا به عوارض دارویی در معلولان
- مشاوره ، آموزش و انجام مداخلات در الگوی دفع طبیعی
- ثبت اقدامات انجام شده و تعیین برنامه های مراقبتی و تکمیل پرونده
- کنترل تاریخ مصرف داروها
- تقسیم کار مراقبین و بهیاران مرکز و نظارت بر نحوه کار
- ارزیابی وضعیت معلولان و ثبت در پرونده آنان و اعلام کتبی هرگونه تغییر به مسئول تیم توانبخشی
- حضور و همکاری در تیم توانپزشکی و مراقبتی
- مستند سازی اقدامات در پرونده

- راهنمایی و آموزش در رعایت بهداشت فردی در کلیه سیستم های بدن معلولان و پرسنل مرکز
- ثبت و درج گزارش کامل وضعیت سلامت جسمانی توانخواه هنگام ترخیص موقت و یا دائم در پرونده توانخواه
- پیگیری خدمات ارجاعی توانخواهان با نظر پزشک مرکز

#### ۴-۶: شرح وظایف بهیار یا کمک پرستار

- تحویل گرفتن بخش از بهیارشیفت قبل و تحویل آن به بهیارشیفت بعد طبق ضوابط و درغیراین صورت گزارش به مافوق.
- انجام امور مراقبت طبق دستور پرستار
- تأمین نیازهای مراقبتی معلولان وابسته شامل: نظارت و کمک به مراقب در حمام دادن
- تغذیه معلولانی که دارای لوله معده هستند با نظارت پرستار
- تنقیه بنا به دستور پزشک و با نظارت پرستار
- تعویض کیسه کلتومی
- گرفتن نمونه های آزمایشگاهی شامل ادرار - مدفوع و خلط تحت نظارت پرستار
- استفاده از کیسه آب گرم و یخ در حفظ درجه حرارت طبیعی بدن
- مراقبت در حفظ نظم و نظافت
- آماده کردن وسایل لازم جهت امور مراقبتی توسط پرستار (مانند وسایل پانسمان و ...) و جمع آوری آنها پس از اتمام کار، شستشوی وسایل و در صورت لزوم استریل کردن آنها
- آماده کردن معلول برای معاینه پزشک شامل: برقراری ارتباط، دادن وضعیت مناسب به وی، حفظ محیط مناسب برای معاینه، برداشتن پوشش و در معرض قرار دادن عضو مورد معاینه، در دسترس قرار دادن وسایل مورد نیاز جهت معاینه
- کنترل و تحویل البسه، ملحفه، پتو، روتختی و ... از مسئول رختشویخانه
- کنترل مواد شوینده و تسهیل در تحویل آن
- پیشگیری از بروز حوادث احتمالی در حفظ امنیت معلول
- کمک در امر توانبخشی معلول طبق دستور تیم توانبخشی (حضور و همکاری در تیم توانپزشکی و مراقبتی)
- انجام سایر امور محوله طبق دستور مافوق
- پیگیری خدمات ارجاعی توانخواهان با نظر پزشک و تیم پرستاری مرکز
- مستند سازی اقدامات در پرونده

#### ۵-۶: شرح وظایف مراقب

- ۱- تحویل بخش ها و ارائه گزارش کتبی به مراقب شیفت بعد و تحویل گرفتن آن از مراقب شیفت قبل در هر شیفت کاری

- ۲- اعلام هرگونه تغییر در وضعیت جسمی یا روانی معلول از جمله ایجاد قرمزی ، کبودی ، تورم ، نقاط دردناک ، و شکایت ها و مشکلات وی به مافوق
  - ۳- کمک در انجام جابه جایی معلولان دارای ناتوانی
  - ۴- آموزش و کمک در انجام کلیه امور شخصی معلولان ( غذا خوردن ، لباس پوشیدن ، استحمام ، شستن دست و صورت ، توالت رفتن ، به خود رسیدن )
  - ۵- مرتب کردن البسه ، ملحفه و وسایل شخصی معلول ( حوله ، لیف ، مسواک ، شانه و ...)
  - ۶- کمک به معلولانی که به هنگام راه رفتن تعادل ندارند.
  - ۷- تعویض پوشک معلولان طبق برنامه زمان بندی و در صورت لزوم با توجه به دستور مافوق ، تعویض خارج از نوبت
  - ۸- دادن لگن به معلولان در صورت نیاز ، ضد عفونی کردن آن پس از هر بار استفاده و مرتب نگه داشتن محل نگهداری لگن ها
  - ۹- جمع آوری البسه ، روبالشتی ، ملحفه جهت شستشو به رختشویی
  - ۱۰- شستشو و نظافت مددجویان پس از گرفتن لگن و یا به هنگام تعویض پوشک
  - ۱۱- انجام ماساژ با صلاحدید تیم توانبخشی
  - ۱۲- ضد عفونی کردن تخت و تجهیزات معلول در نظافت های دوره ای و هم چنین پس از فوت و یا ترخیص وی
  - ۱۳- هماهنگی و کمک به معلول جهت حضور و شرکت در برنامه های فرهنگی تفریحی در داخل و خارج از مراکز و انجام کلیه وظایف مربوطه
  - ۱۴- همکاری لازم با تیم توانبخشی در خصوص انجام ماساژ ، ورزش ، تحرک بدنی ، گپ و گفتگو و..... طبق دستور اعضای تیم
  - ۱۵- حفظ و نگهداری اموال اختصاصی هریک از معلولان مانند لیوان ، حوله ، لیف ، شانه ، دمپایی و ...
- تبصره: صاحب امتیاز موظف است پس از ثبت وضعیت مراقبین و انعقاد قرارداد هماهنگی لازم جهت آموزش آنان راجهت شرکت در دوره های آموزشی در زمینه های مختلف فراهم نماید.

#### ۶-۶: شرح وظایف روانشناس

- ۱- تشکیل پرونده روانشناسی
- ۲- ارزیابی هوشی به کمک تست های مربوطه و ثبت نتایج در پرونده روانشناسی
- ۳- مشاوره با فرد معلول و خانواده
- ۴- ایفای نقش تسهیل گری باهمکاری مددکار مرکز در ایجاد ارتباط مستمر بین خانواده و مرکز نگهداری
- ۵- حضور مؤثر در تیم توانبخشی مرکز در خصوص ارزیابی دوره ای وضعیت روانی فرد
- ۶- حضور در پذیرش اولیه معلول و تشریح شرایط مرکز برای فرد معلول و خانواده جهت پذیرش شرایط جدید.
- ۷- کنترل اختلالات روانی و رفتاری معلولان و ارجاع صحیح آنان در صورت لزوم .

- ۸- آموزش به پرسنل مرکز در خصوص شیوه برقراری ارتباط با فرد معلولان ذهنی بر اساس ویژگی های روانشناختی آنان مانند نقایص حسی یا مشکلات عاطفی
- ۹- همکاری با تیم توانبخشی جهت تعیین علایق و فعال سازی افراد معلول ذهنی
- ۱۰- غربالگری ودسته بندی معلولان ذهنی براساس شرایط هوشی و روانی آنها
- ۱۱- مستند سازی اقدامات درپرونده توانبخشی
- ۱۲- انجام کار تیمی جهت پیگیری های لازم بمنظور ادامه درمان توانبخشی معلولان

#### ۶-۷: شرح وظایف کاردرمان

- ۱- ارزیابی و کسب آگاهی از توانایی های هرفردو ارائه برنامه توانبخشی زمان بندی شده برای کلیه معلولان ونصب آن دربخش .
- ۲- تشکیل تیم توانبخشی متشکل از نیرو های تخصصی و مراقبتی
- ۳- کاردرمانی امور ذهنی و جسمانی معلولان
- ۴- ارائه آموزش های لازم برای دستیابی مجدد به مهارت ها و کسب استقلال فردی
- ۵- تهیه اسپلینت و وسایل کمکی و در صورت عدم امکان، ارجاع به مراکز تخصصی توانبخشی
- ۶- آموزش فعالیت های روزمره زندگی
- ۷- آموزش کادر مراقبت درخصوص مشکلات حرکتی معلولان و عوارض و پیامدهای بی حرکتی آنان و نحوه پیشگیری از آن
- ۸- تعیین نحوه و زمان وضعیت دهی و جابجایی معلولان تخت گرا به مراقبین و بیان عوارض و پیامدهای ناشی از بی حرکتی و وضعیت دهی نامناسب اندامها
- ۹- تعیین میزان دامنه حرکتی مجاز برای معلولان و آموزش نحوه انجام آن به مراقب وی و بیان عوارض و پیامد های ناشی از انجام حرکات نامناسب
- ۱۰- آموزش فعالیت های ورزشی و هنری گروهی معلولان
- ۱۱- ایجاد حس همکاری معلولان جهت ادامه و پیگیری برنامه کاردرمانی و در صورت لزوم هماهنگی با روانشناس مرکز در این زمینه
- ۱۲- انجام کار تیمی جهت پیگیری های لازم بمنظور ادامه درمان توانبخشی معلولان
- ۱۳- شرکت در جلسات تیمی به صورت مرتب و دوره ای برای بررسی وضعیت معلولان
- ۱۴- برگزاری کلاسهای آموزشی با همکاری روانشناس در ارتباط با ویژگی ها و نیازهای معلولان برای همکاران و خانواده آنان
- ۱۵- بازی درمانی و آموزش مهارتهای زندگی
- ۱۶- بررسی و فراهم سازی زمینه در خانواده برای ترخیص معلولان واجد شرایط باهمکاری مددکاراجتماعی .
- ۱۷- همکاری با تیم توانبخشی جهت تعیین علایق و فعال سازی افراد معلول ذهنی

۱۸- مستند سازی اقدامات در پرونده توانبخشی

۱۹- مسئولیت انجام امور روانی اجتماعی PSYCHOSOCIAL با دیگر اعضای مرتبط

۸-۶: شرح وظایف فیزیوتراپیست

- ۱- راهنمایی معلولان یا مراقبین آنان جهت آماده شدن و به منظور استفاده از خدمات فیزیوتراپی
- ۲- برنامه ریزی جهت ویزیت کلیه معلولان مرکزوارائه برنامه توانبخشی زمان بندی شده براساس نیازهریک ونصب آن دربخش.
- ۳- بکارگیری وسایل فیزیوتراپی بسته به نوع نیاز معلولان از جمله اولتراسوند، اشعه مادون قرمز و...
- ۴- آموزش نحوه استفاده از وسایل مکانوتراپی نظیر پارالل، دوچرخه ثابت و ...
- ۵- بازآموزی راه رفتن در صورت نیاز
- ۶- ایجاد حس همکاری معلولان جهت ادامه و پیگیری برنامه فیزیوتراپی و در صورت لزوم هماهنگی با روانشناس مرکز در این زمینه
- ۷- انجام کار تیمی جهت پیگیری های لازم بمنظور ادامه درمان توانبخشی معلولان(حضور و همکاری در تیم توانبخشی و مراقبتی )
- ۸- ارجاع برای خدمات توانبخشی تخصصی در صورت نیازارزیابی معلولان درخصوص نحوه انجام کارهای روزمره و تجویز برنامه فیزیوتراپی با هماهنگی تیم توانبخشی
- ۹- بازدید وبررسی دستگاههای فیزیوتراپی از نظر ایمنی
- ۱۰- تعیین میزان دامنه حرکتی مجاز برای معلولان 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 تخت گرا به مراقبین و بیان عوارض و پیامدهای ناشی از بی حرکتی و وضعیت دهی نامناسب اندامها
- ۱۲- آموزش کادر مراقبت درخصوص مشکلات حرکتی معلولان و عوارض و پیامدهای بی حرکتی آنان و نحوه پیشگیری از آن
- ۱۳- آموزش نحوه استفاده از وسایل کمکی نظیر عصا، واکر، ویلچرو...
- ۱۴- آموزش فعالیت های ورزشی گروهی معلولان
- ۱۵- همکاری تیمی جهت تهیه بروشور، پمفلت آموزشی، کتابچه و ... بمنظور آموزش معلولان وکادر مراقبتی
- ۱۶- همکاری با تیم توانبخشی جهت تعیین علایق و فعال سازی افراد معلول ذهنی
- ۱۷- مستند سازی اقدامات در پرونده توانبخشی

۹-۶: شرح وظایف گفتاردرمان

- ۱- ارزیابی و کسب آگاهی از توانایی های هرفردو ارائه برنامه گفتاردرمانی زمان بندی شده برای معلولان ونصب آن دربخش .

- ۲- نظارت بر رعایت بهداشت دهان و دندان معلولان.
- ۳- ارائه آموزش های لازم برای دستیابی به مهارت های گفتاری و کسب استقلال فردی
- ۴- آموزش کادر مراقبت در خصوص مشکلات ارتباطی، گفتاری، بلع، و تنفس معلولان
- ۵- تعیین نحوه و زمان وضعیت دهی و جابجایی معلولان تخت گرا به مراقبین و بیان عوارض و پیامدهای ناشی از بی حرکتی و وضعیت دهی نامناسب در تنفس معلولان
- ۶- ارزیابی ویژگی های عملکردی ساختاری منطقه دهانی، حواس، رفتار، مهارت های دیداری، مهارت های شنیداری، شناخت در راستای گفتار، زبان، بلع و رفع اختلالات فوق و یا ارجاع توانخواه
- ۷- آموزش بازی و شناخت اشیاء اطراف
- ۸- ایجاد حس همکاری معلولان جهت ادامه و پیگیری برنامه گفتاردرمانی و در صورت لزوم هماهنگی با روانشناس مرکز در این زمینه
- ۹- انجام کار تیمی جهت پیگیری های لازم بمنظور ادامه درمان توانبخشی معلولان
- ۱۰- شرکت در جلسات تیمی به صورت مرتب و دوره ای برای بررسی وضعیت معلولان
- ۱۱- برگزاری کلاسهای آموزشی با همکاری روانشناس در ارتباط با ویژگی ها و نیازهای معلولان برای همکاران و خانواده آنان
- ۱۲- آموزش و مشاوره در خانواده
- ۱۳- همکاری با تیم توانبخشی جهت تعیین علایق و فعال سازی افراد معلول ذهنی
- ۱۴- مستند سازی اقدامات در پرونده توانبخشی

#### ۱۰-۶: شرح وظایف مددکار اجتماعی

- ۱- برقراری ارتباط حرفه ای با معلولان و خانواده های آنان
- ۲- تشکیل پرونده اجتماعی جهت معلولان و ثبت اطلاعات و وقایع (و تهیه گزارش مددکاری از خانواده)
- ۳- تعامل و همکاری مداوم با مسئول فنی و کارشناسان و مراقبین
- ۴- شرکت در جلسات تیمی توانبخشی و مراقبتی به صورت مرتب و دوره ای برای بررسی وضعیت معلولان
- ۵- برگزاری کلاسهای آموزشی با همکاری روانشناس در ارتباط با ویژگی ها و نیازهای معلولان برای همکاران و خانواده آنان
- ۶- انجام اقدامات لازم به منظور روشن نمودن وضعیت معلولان مجهول الهویه و اخذ مدارک جهت آنها
- ۷- همکاری با نیروی انتظامی
- ۸- بررسی و فراهم سازی زمینه در خانواده برای ترخیص معلولان واجد شرایط و انجام اقدامات قانونی
- ۹- بررسی وضعیت توانخواه در مدت ترخیص در خانواده در صورت لزوم
- ۱۰- فراهم سازی شرایط تسهیل و تسریع ملاقات معلولان با خانواده
- ۱۱- ایجاد زمینه برای مشارکت دادن معلولان در فعالیت های درون مرکز

- ۱۲- انجام امور حقوقی معلولان در رابطه با مسایل خانوادگی و اجتماعی به طور وکالتاً
- ۱۳- ایجاد زمینه در خصوص شرکت دادن معلولان در مجامع عمومی ، مراسم مختلف و برنامه های تفریحی پس از اخذ مجوز از بهزیستی شهرستان و استان
- ۱۴- پیگیری امور بیمه ای و درمانی معلولان
- ۱۵- انجام امور مربوط به معلولان فوتی مرکز
- ۱۶- حسب نیاز و با هماهنگی مراجع قضایی نسبت به استعلام اموال و دارایی توانخواهان بی سرپرست اقدام و در صورت داشتن دارایی جهت هزینه کرد برای توانخواه
- ۱۷- مستند سازی اقدامات در پرونده

#### ۱۱-۶: شرح وظایف کارشناس تغذیه:

۱. ارزیابی اولیه تغذیه ای کلیه معلولان
۲. ارزیابی اولیه تخصصی تغذیه ای برای افراد غربال شده از ارزیابی اولیه و پیگیری موارد نیازمند به مشاوره تخصصی تغذیه
۳. تهیه لیست مددجویان نیازمند به رژیم غذایی خاص و ارائه مشاوره تغذیه و تنظیم رژیم درمانی و ثبت در پرونده
۴. پیگیری برنامه مراقبت تغذیه ای براساس برنامه تغذیه ای تنظیم شده معلولان
۵. تهیه و تنظیم برنامه غذایی فصلی برای کلیه مددجویان مقیم مرکز
۶. تهیه و تنظیم و بازنگری در منوهای غذایی معمولی و رژیمی
۷. ارزیابی دوره ای هر شش ماه یکبار وضعیت تغذیه برای کلیه مددجویان
۸. آموزش و نظارت در خصوص مراحل آماده سازی ، ذخیره سازی ، پخت و نحوه چیدمان و بسته بندی غذاهای معمولی و رژیمی
۹. پیشنهاد انجام آزمایشات لازم از مواد خام و پخته و پیگیری نتایج آن
۱۰. آموزش نحوه سرپرستی مستقیم بر انبار مواد غذایی
۱۱. مستند سازی اقدامات

#### ۱۲-۶: شرح وظایف مربی آموزشی و حرفه آموزی

- ۱- ارزیابی و کسب آگاهی از توانایی های هرفرد و ارائه برنامه های آموزشی معلولان و نصب آن در بخش
- ۲- ارائه آموزش های لازم برای دستیابی به مهارت های روزمره زندگی در قالب فعالیت های هنری و بدنی با همکاری تیم توانبخشی مرکز
- ۳- مشورت و هماهنگی با تیم توانبخشی مرکز در خصوص مشکلات حرکتی معلولان و عوارض و پیامدهای بی حرکتی آنان و نحوه پیشگیری از آن
- ۴- انجام فعالیت ها در دامنه حرکتی مجاز برای معلولان با همکاری کاردرمانگر ویا فیزیوتراپیست مرکز



- ۵- آموزش فعالیت های گروهی معلولان جهت دستیابی به مهارت های سازگاری، مهارت های اجتماعی و ارتباطی
- ۶- ایجاد حس همکاری معلولان جهت ادامه و پیگیری برنامه های فوق برنامه با هماهنگی با روانشناس مرکز در این زمینه
- ۷- برگزاری کلاسهای آموزشی با همکاری روانشناس در ارتباط با ویژگی ها و نیازهای معلولان برای همکاران و خانواده آنان
- ۸- همکاری با تیم توانبخشی جهت تعیین علایق و فعال سازی افراد معلول ذهنی
- ۹- مستند سازی اقدامات در پرونده توانبخشی

### ۱۳-۶: شرح وظایف کارشناس هنری و ورزشی

- ۱- ارزیابی و کسب آگاهی از توانایی های هر فرد و ارائه برنامه هنری (شامل یکی از سه فعالیت: نقاشی، موسیقی و یا تئاتر) و ورزشی معلولان و نصب آن در بخش .
- ۲- ارائه آموزش های لازم برای دستیابی به مهارت های روزمره زندگی در قالب فعالیت های هنری و بدنی با همکاری تیم توانبخشی مرکز
- ۳- آموزش کادر مراقبت در خصوص مشکلات حرکتی معلولان و عوارض و پیامدهای بی حرکتی آنان و نحوه پیشگیری از آن
- ۴- تعیین میزان دامنه حرکتی مجاز برای معلولان با همکاری کاردرمانگر و یا فیزیوتراپیست مرکز
- ۵- آموزش فعالیت های گروهی معلولان جهت دستیابی به مهارت های سازگاری، مهارت های اجتماعی و ارتباطی
- ۶- ایجاد حس همکاری معلولان جهت ادامه و پیگیری برنامه های هنری و ورزشی با هماهنگی با روانشناس مرکز در این زمینه
- ۷- برگزاری کلاسهای آموزشی با همکاری روانشناس در ارتباط با ویژگی ها و نیازهای معلولان برای همکاران و خانواده آنان
- ۸- همکاری با تیم توانبخشی جهت تعیین علایق و فعال سازی افراد معلول ذهنی
- ۹- مستند سازی اقدامات در پرونده توانبخشی

## ماده ۷

### فضای فیزیکی

- ۱-۷: فضای فیزیکی مورد نیاز کلینیک توانبخشی و مراقبتهای پزشکی مرکز
- فضای فیزیکی مراکز بایستی متناسب با انواع خدمات درمانی و توانبخشی ارائه شده در مرکز باشد همچنین وسایل و امکانات تفریحی، سرگرمی و ورزشی مناسب پیش بینی گردد. حداقل فضای فیزیکی مورد نیاز بشرح زیر می باشد:

- ۱- اتاق مسئول فنی (رئیس مرکز) با مساحت حداقل ۱۲ متر مربع
  - ۲- اتاق یا سالن انتظار معلولان جدید الورد و همراهان آنها و اتاق ملاقات خانواده ها با معلولان
  - ۳- اتاق معاینه پزشک و داروهای ضروری با مساحت حدود ۱۲ متر مربع
  - ۴- اتاق مددکاری و روانشناسی حدود ۱۲ متر مربع
  - ۵- یک اتاق ۱۵ متری برای خدمات توانبخشی
- تبصره: در فضای فیزیکی معرفی شده برای دریافت مجوز بهره برداری، فعالیتهای غیر از پیگیری درمان و توانبخشی معلولان تحت پوشش مرکز مجاز نیست
- ۲-۷: فضای فیزیکی مورد نیاز بخشهای بستری
- فضای فیزیکی مورد نیاز بخشهای بستری بایستی متناسب با انواع خدمات توانبخشی و مراقبتی ارائه شده در مرکز و نیز تعداد توانخواه بستری باشد که حداقل آنها بشرح زیر می باشد.
- ۱- فضای اقامتی افراد دارای معلولیت با گنجایش حداکثر ۱۰ تا ۱۲ نفر به صورت سوئیتی مستقل با حفظ حریم شخصی به ازای هر نفر کمتر از ۱۴ سال سه متر مربع و بیشتر ۱۴ سال چهار متر مربع فضا با سرویس بهداشتی (یکی عادی یکی فرنگی) و حمام در نظر گرفته شود.
- تبصره ۱: رعایت این بند برای مراکز جدید التاسیس بعد از ابلاغ این دستور العمل الزامی بوده و اجرای این بند عطف به ماسبق نمی شود لیکن اصلاح وضعیت فضاهای سالنی موجود مراکز با توجه به سیاست کوچک سازی فضای فیزیکی، می باید در دستور کار مراکز قرار داده شود.
- ۲- اتاق استراحت پرستاران و بهیاران و مراقبین یک اتاق به مساحت حداقل ۱۲ متر مربع
  - ۳- یک حمام و دو سرویس بهداشتی (یکی ایرانی و یکی فرنگی) به ازاء هر ۲۰ نفر معلول مقیم در مراکز سالنی
  - ۴- سالن غذاخوری با فضای حداقل ۱۵ متر مربع
  - ۵- سالن ورزشی، هنری و آموزش و فوق برنامه به ابعاد ۳۰ متر مربع و به طور مشترک برای انجام فعالیت های هنری، بازی در مانی و جلسات آموزشی معلولان استفاده گردد.
- تبصره: مرکز موظف به تامین بند فوق جهت معلولین بوده و در صورت عدم وجود فضای کافی و مناسب در داخل مرکز، هماهنگی های لازم نسبت به عقد قرار داد با دستگاه های ذیربط و تامین و استفاده از فضا و امکانات مورد نظر به صورت هفتگی جهت معلولین (با توجه به شرایط معلولین) با کسب رضایت از قیم/سرپرست به عمل آورد.

۶- اتاق قرنطینه با مساحت حداقل ۱۲ متر مربع ، با پنجره های باز شو با جریان هوا به سمت بیرون ، تهویه مناسب ، تخت مناسب و تجهیزات لازم باشد. ضمناً جهت کنترل وضعیت معلول نصب دوربین مدار بسته در این اتاق الزامی است. ترجیحاً اتاق قرنطینه برای کنترل عفونت دارای سرویس بهداشتی و حمام باشد.

۳-۷ : فضای فیزیکی عمومی مورد نیاز مرکز

۱- آشپزخانه: بصورت مستقل و فضایی متناسب با حداکثر تعداد پذیرش.

۲- حمام و سرویس های بهداشتی پرسنل متناسب با تعداد آنان و جدا از حمام و سرویس بهداشتی معلولان باید وجود داشته باشد.

۳- انبار

۴- رختشویخانه مناسب

۵- تاسیسات

ماده ۸

تجهیزات

۱- تخت های بستری با توجه به اندازه و ارگونومی بدنی و میزان استقلال معلولان دارای حفاظ ایمنی و با ارتفاع مناسب متناسب

۲ - تشک مواج برای معلولان بسترگرا ، بسته به نیاز

۳- لوازم پزشکی شامل: درجه اندازه گیری حرارت، دستگاه اندازه گیری فشارخون، گوشی پزشکی، برانکارد، تخت معاینه، پاراون، ترازوی پزشکی، ست احیاء، ساکشن، کیسول اکسیژن، اتوسکوپ، اتوکلاو یا فور و وسایل و لوازم خدمات پرستاری و لوازم طبی مصرف شدنی

۴- لوازم توانبخشی (فیزیوتراپی، کاردرمانی، گفتار درمانی و ...)

۵- تجهیزات مربوط به امور هنری، آموزشی و حرفه آموزی بسته به نیاز و توان مقیمان

۶- سایر تجهیزات:

- لوازم اداری (شامل میز و صندلی مناسب، خط تلفن مستقل و ...) و وسایل کمک آموزشی و حرفه آموزی متناسب با موضوع فعالیتهای مرکز، قفسه نگهداری پرونده های پزشکی معلولان، تخت و کمد مناسب (برای بخشهای بستری)

- سیستم حرارتی و برودتی متناسب با منطقه جغرافیایی مرکز و فصول مختلف سال همراه با رعایت موازین ایمنی

- وسایل صوتی و تصویری

- مناسب سازی قسمتهای مورد نیاز

- نصب دوربین های مدار بسته در کلیه اماکن باستثناء سرویس های بهداشتی ، حمام و اتاق استراحت پرسنل تبصره ۱: نصب دوربین های مدار بسته طوری طراحی گردد که رفت و آمد به سرویس های بهداشتی ، حمام و اتاق استراحت پرسنل قابل کنترل باشد و به هیچ وجه دارای نقاط کور نباشد.

### تجهیزات عمومی

۱- تجهیزات اداری :

میز - صندلی - خط تلفن مستقل - فاکس - فایل - سیستم بایگانی - رایانه، چاپگر، لوازم التحریر مصرفی در حد متعارف و یک خط تلفن همراه به منظور برقراری ارتباط در موارد اضطراری

۲- وسایل و تجهیزات آشپزخانه :

اجاق گاز - یخچال - فریزر - وسایل و ظروف غذاخوری (کلیه ظروف غذاخوری استیل و یا چینی باشد) و...

۳- تجهیزات فضای رختشویخانه :

ماشین لباسشویی - خشک کن - دستگاه ضد عفونی کننده البسه

۴- سایر وسایل و تجهیزات عمومی مرکز :

سیستم گرمایشی و سرمایشی استاندارد - چراغ های اضطراری با باتری های شارژی و منبع آب اضطراری متصل به شبکه لوله کشی در مراکز شبانه روزی - کپسول های آتش نشانی متناسب با فضای مرکز - جعبه کمکهای اولیه - وسایل صوتی و تصویری

### ماده ۹

این دستورالعمل در ماده ۹ و ۳۲ تبصره توسط حوزه معاونت امور توانبخشی ، دفتر مدیریت و نظارت بر مراکز توانبخشی و بازنگری و به تصویب رسید.

# **محتوای پرونده پزشکی وتوانبخشی**

**مراکز شبانه روزی افراد با اختلال هوشی**

**کمتر و بیشتر از ۱۴ سال**

پیوست یک :

### شیوه نامه تکمیل فرم های محتوای پرونده

فرم شماره ۱:

این فرم در پذیرش اولیه برای مرکز بایستی توسط خانواده و یا قیم فرزند تکمیل و پس از ثبت محضری در پرونده وی درج گردد.

فرم شماره ۲ (فرم شرح حال پزشکی) :

این فرم توسط پزشک مرکز با توجه به سوابق پزشکی و معاینه فرد دارای معلولیت تکمیل می گردد.

فرم شماره ۳ ( فرم ویزیت پزشک) :

این فرم توسط پزشک پس از هر بار ویزیت فرد تکمیل تکمیل می گردد.و تیم پرستاری بر اساس همین ویزیت و تجویز دارو و یا آزمایشات ، پیگیر درمان فرد خواهند بود.

فرم شماره ۴(کاردکس دارویی):

این فرم توسط تیم پرستاری مرکز با توجه به ویزیت پزشک مرکز یا متخصصی که فرد را ویزیت نموده تکمیل و اجرا می گردد.

فرم شماره ۵(گزارش پرستاری):

این فرم توسط تیم پرستاری در شیفت های مختلف تکمیل می شود.علاوه بر یادداشت های دارو های روتین ، در صورت تغییر داروها ، تغییر وضعیت سلامت فرد گزارشات کاملی در این برگه درج می گردد.

فرم ۶(چارت علائم حیاتی):

این فرم توسط تیم پرستاری برای مددجویانی که بیمار هستند و یا بالای سن ۵۵-۶۰ سالگی هستند هر روز بایستی پر شود.در همه گیری ها مثل بیماری کرونا و یا آنفلوانزا نیز جهت پیشگیری از بدتر شدن علائم و مداخله به هنگام همچنین پیشگیری از سرایت بیشتر به دیگران بایستی روزانه برای کلیه افراد مقیم و حتی پرسنل تکمیل شود.

فرم شماره ۷(جدول بررسی ماهانه وضعیت بهداشت دهان و دندان)

این فرم به صورت ماهانه وضعیت بهداشت دهان و دندان ها را بررسی می کند و توسط تیم پرستاری و یا گفتار درمانگر تکمیل می گردد و سپس باتوجه به این فرم فرد به دندانپزشکی یا سایر تخصص ها ارجاع می گردد.

فرم شماره ۸ ( فرم پذیرش اولیه)

این فرم بایستی در ابتدای پذیرش فرد در مرکز توسط مددکار تکمیل گردد و سپس با توجه به مندرجات به سایر گروه تخصصی مرکز ارجاع گردد.

فرم شماره ۹ (فرم روانشناسی):

این فرم توسط روانشناس مرکز تکمیل می گردد و در پرونده روانشناسی درج می شود بر همین اساس روانشناس با سایر اعضای گروه بایستی کار تیمی در راستای بهبود وضعیت روحی ، روانی و عاطفی فرد صورت پذیرد.

فرم شماره ۱۰ (فرم ارزیابی کاردرمانی )

این فرم مخصوص بررسی کاردرمانی بوده و پس از تکمیل توسط کاردرمانگر در پرونده کاردرمانی وی درج می شود کاردرمانگر بر این اساس اهداف و برنامه های درمانی را تدوین و با تعامل با سایر گروه ها اجرا می نماید.

فرم شماره ۱۱ (فرم ارزیابی جسمی و حرکتی):

این فرم که به صورت سه ماهه توسط کاردرمانگر یا فیزیوتراپ و در مورد افرادی که مشکل حرکتی دارند تکمیل می گردد. و در صورت نیاز فرد به ارتز ، پروتز و یا هروسيله کمکی مورد توسط مسئول فنی پیگیری می شود .

فرم شماره ۱۲ (فرم ارزیابی گفتار درمانگر):

این فرم بایستی توسط گفتار درمانگر تکمیل گردد و بر اساس آن برنامه درمانی و گزارشات اقدامات انجام شده نوشته شود.

فرم شماره ۱۳ (فرم ارزیابی فیزیوتراپی)

این فرم بایستی توسط فیزیوتراپ تکمیل گردد و بر اساس آن برنامه درمانی و گزارشات اقدامات انجام شده نوشته شود.

فرم شماره ۱۴ (فرم طرح درمان توانبخشی):

این فرم در ادامه فرم های ارزیابی هریک از اعضای تخصصی مرکز شامل کاردرمانگر ، گفتار درمانگر، روانشناس ، فیزیوتراپیست و مددکار تکمیل می گردد وشامل اهداف کوتاه مدت سه ماهه و بلند مدت بوده و همچنین شیوه درمان هریک بیان می گردد.

فرم شماره ۱۵ (فرم گزارش روزانه):

این فرم برای گزارش ویزیت های صورت گرفته ، اقدامات و وضعیت فرد نسبت به گزارشات قبلی درج می گردد. این فرم توسط گروه تخصصی شامل کاردرمان، فیزیوتراپ، گفتار درمانگر ، روانشناس و مددکار مرکز تکمیل می گرددو در پرونده های مربوطه درج می شود.

فرم شماره ۱۶ (فرم ارزیابی اقدامات هنری، ورزشی، آموزشی و حرفه آموزی)

این فرم که توسط مربیان آموزشی مرکز تکمیل می گردد بر اساس توانمندی و علایق فرد در زمینه های مختلف ارزیابی می شود و به امضای مربی و مسئول فنی مرکز می رسد.

فرم شماره ۱۷ (گزارش اقدامات هنری، ورزشی ، آموزشی و حرفه آموزی ):

این فرم توسط مربیان تکمیل می گردد و علاوه بر اقدامات انجام شده در تاریخ مشخص شده وضعیت توانخواهان نسبت به قبل با توجه به علایق فرد بایستی درج گردد.

فرم شماره ۱۸ (خلاصه پرونده):

این فرم خلاصه ای از وضعیت اجتماعی، روحی روانی، عاطفی ، توانبخشی و پزشکی پرستاری را در اختیار قرار می دهد و در زمان جا به جایی فرد از یک مرکز به مرکز دیگر یا خانه کوچک کاربرد دارد به نحوی که اقدامات توانبخشی و درمانی فرد در محل جدید قابل پیگیری و از سرگیری خواهد بود.

فرم شماره ۱۹،۲۰ و ۲۱ ( فرم های ترخیص ، تحویل درخواست ترخیص)



فرم شماره ۱۹ فرم ترخیص موقت یا دائم فرد از مرکز می باشد. فرم شماره ۲۰ فرم تحویل فرد از خانواده به مرکز بوده و فرم ۲۱ فرم درخواست ترخیص از مرکز توسط خانواده است. تمامی فرم ها بایستی توسط افرادی که در انتهای فرم درج شده اند امضا شود و اثر انگشت قییم / و سرپرست نیز بایستی گرفته شود. این فرم ها در پوشه ای جداگانه نگهداری شوند.

**تعهد نامه محضری**  
**در خواست پذیرش در مرکز**  
**(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 بستری و اقدامات درمانی و توانبخشی که در آن مرکز جهت درمان و  
توانبخشی و نگهداری به عمل خواهد آمد ، رضایت و درخواست خود را مبنی بر پذیرش نامبرده در آن مرکز اعلام و موارد زیر را تعهد می  
نمایم :

- ۱- اعلام بلافاصله هرگونه تغییر در آدرس محل سکونت بیمار یا سرپرست یا ولی و قیم قانونی او به مرکز
  - ۲- اعلام هرگونه 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 تا پایان دوره بستری خارج از مرکز
  - ۴- همکاری در زمینه پیگیری و ادامه درمان و توانبخشی توانخواه و مراجعه حسب درخواست مرکز 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 مرکز توانبخشی و ترخیص معلول در شرایط خاص طبق اعلام اداره بهزیستی
- در صورت عدم رعایت هر یک از موارد فوق توسط خانواده ، مرکز می تواند با هماهنگی طی مکاتبه و دریافت مجوز کتبی با بهزیستی شهرستان نسبت به ترخیص و تحویل فرد به خانواده اقدام نماید

<b>مشخصات توانخواه/ ولی / قیم توانخواه</b>
<b>نام</b>
<b>نام خانوادگی</b>
<b>امضاء و اثر انگشت</b>
<b>تاریخ</b>

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)

برگ شرح حال پزشکی

MEDICAL HISTORY SHEET

شماره پرونده : Unit Number :

پزشک معالج : Attending Physician :	بخش : Ward :	نام : Name :	نام خانوادگی : Family Name :
	اتاق : Room :		
تاریخ پذیرش : Date of Admission :	تخت : Bed :	تاریخ تولد : Date of Birth :	نام پدر : Father's Name :

نشانه‌های فعلی بیمار : Presenting Symptoms :

تاریخچه بیماری فعلی : History of Present Illness :

تاریخچه بیماریهای قبلی : Past Disease History :

داروهای در حال مصرف و سایر اعتیادات : Current Drugtherapy & Other Addiction :

حساسیت به : Allergy To :

سوابق فامیلی : Family History :

معاینات بدنی و بررسیهای بالینی : Physical Examination & Clinical Investigation :

پوست : Skin :

جمجمه : Skull :

گوش : Ear :

Please Complete the Back of the sheet.

لطفاً پشت صفحه را تکمیل کنید.

شهرستان : نام مرکز :

نام استان :

شهرستان

نام استان :

## برگ شرح حال

### MEDICAL HISTORY SHEET

Physical Examination & Clinical Investigation (Continued)	معاینات بدنی و بررسیهای اولیه بالینی (ادامه):
<input type="checkbox"/> .....□Eye : چشم :	<input type="checkbox"/> .....□Nose : بینی :
<input type="checkbox"/> .....□Mouth : دهان :	<input type="checkbox"/> .....□Throat: گلو :
<input type="checkbox"/> .....□Neck : گردن :	<input type="checkbox"/> .....□Lymphatic Glands: غدد لنفاوی :
<input type="checkbox"/> .....□Chest : قفسه سینه :	<input type="checkbox"/> .....□Breast : پستان :
<input type="checkbox"/> .....□Heart : قلب :	<input type="checkbox"/> .....□Lung : ریه :
<input type="checkbox"/> .....□Vessels : عروق :	<input type="checkbox"/> .....□Abdomen: شکم :
<input type="checkbox"/> .....□Genital Organ(male): اندام تناسلی (مرد) :	<input type="checkbox"/> .....□Genital Organ(female): اندام تناسلی (زن) :
<input type="checkbox"/> .....□Rectum: مقعد :	<input type="checkbox"/> .....□Nervous system : اعصاب :
<input type="checkbox"/> .....□Extremities: اندام ها (فوقانی تحتانی) :	<input type="checkbox"/> .....□Bone-Joints- Muscles : استخوان - مفاصل - عضلات :
توضیح: در صورت وجود بیماری یا نقص و هر علامت دیگر در دستگاههای فوق در مقابل آن توضیح و در غیر اینصورت با علامت ☒ مشخص گردد.	
Note : In Case of abnormalities in any organ please explain in front of it, other wise please put ☒	
<input type="checkbox"/> .....□ Summary : خلاصه :	
<input type="checkbox"/> .....□ Pre-DX : تشخیص اولیه :	
<input type="checkbox"/> .....□ Signature of Examining Physician : امضاء پزشک معاینه کننده :	

### ویزیت و دستورات پزشک

شماره پرونده:

نام و نام خانوادگی:

امضاء	شرح ویزیت	تاریخ

## کاردکس دارویی

سازمان بهزیستی استان : شهرستان : نام مرکز :  
 نام : نام خانوادگی : شماره تخت :  
 رژیم غذایی : تشخیص : تاریخ پذیرش :

تاریخ	داروهای خوراکی	مقدار دارو		صبح	عصر	شب
تاریخ	داروهای تزریقی	مقدار دارو	راه تزریق	صبح	عصر	شب
تاریخ	توجهات مخصوص پرستاری					
تاریخ	آزمایشات و رادیوگرافیها					

## برگه گزارش پرستاری

فرم شماره (۵)

نام مرکز :

شهرستان :

بهزیستی استان :

تاریخ	ساعت	اقدامات داروئی و درمانی Medical Procedures	مشاهدات ، نظرات ، امضاء پرستار

چارت علائم حیاتی

نام و نام خانوادگی: سن: بخش: تخت:

تاریخ	ساعت	درجه حرارت	تعداد نبض	تعداد تنفس	فشار خون	ملاحظات



**جدول بررسی ماهانه وضعیت بهداشت دهان و دندان (بررسی توسط گروه پرستاری و یا گفتار درمانگر)**

تاریخ :

نیاز به مداخله فوری توسط دندانپزشک نیاز به ارجاع به دندانپزشکی		گزارش از وضعیت کلی بهداشت دهان و دندان و نیاز به ارجاعات دندانپزشکی	سن :	نام و نام خانوادگی
ندارد	دارد			

فرم شماره (۸)

فرم پذیرش اولیه (گزارش مددکاری)

مشخصات فرد توانخواه:

نام خانوادگی :	نام :
تاریخ تولد :	نام پدر :
کد معلولیت :	کد ملی :
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:

- آیا تاکنون فرد معلول جدایی از والدین 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

گفتاردرمانی: کاردرمانی:

روانشناسی: سایر موارد:

فیزیوتراپی:

- استفاده از وسایل کمکی  بلی  خیر

در صورت وجود نوع و مدت استفاده از آن:

مسائل، مشکلات و نیازهای توانخواه از نظر خانواده:

مسائل، مشکلات و نیازهای توانخواه از نظر مددکار:

پیشنهاد مددکار:

نام و نام خانوادگی کارشناس:

امضاء

## فرم روانشناسی

نام : ..... نام خانوادگی : ..... تاریخ تولد : .....

پزشک معالج : ..... تشخیص : .....

تاریخ پذیرش : .....

آدرس:

.....  
.....  
.....

۱- تحصیلات: ..... پدر: ..... مادر: .....

۲- شغل: ..... پدر: ..... مادر: .....

۳- گروه خونی: ..... پدر: ..... مادر: .....

۴- وضعیت مادر در هنگام حاملگی: سن : ..... بیماریهای مادر : .....

داروهای مصرفی:

۵- وضعیت کودک پس از تولد: طبیعی : ..... سیانوزه .....

۶- وضعیت زایمان :

طبیعی  سزارین  بافورسپس  استفاده از مکنده  زایمان طولانی

۷- بیماریهای مهمی که کودک تاکنون داشته است.

۸- آیا نمونه معلولیت در فامیل وجود دارد. بلی  خیر

نسبت با فرد معلول.....

آیا فرد معلول مبتلا به صرع می باشد. بلی  خیر

۹- اختلال رفتاری:

اختلال تمرکز  زیاده فعالی  بیقراری  پرخاشگری  ترس  سایر موارد

۱۰- مهارتهای خود یاری:

توانایی لباس پوشیدن  غذا خوردن  نظافت شخصی

۱۱- مهارتهای شناختی:

شناخت شمای بدن  شناخت رنگ  شناخت اشیاء  شناخت زمان  شناخت مکان  مفاهیم ریاضی   
شناخت مشاغل  شناخت پول

۱۲- مهارتهای حسی و درکی:

سکل اشیاء را درک میکند  نام صداهای مختلف را می داند  نام بوهای مختلف را می داند   
نام مزه های مختلف را می داند  توانایی درک روابط را دارد

۱۳- مهارتهای حرکتی:

حرکات بزرگ  حرکات کوچک  حرکات عمومی بدن

۱۳- مهارتهای فردی و اجتماعی:

الف- مهارتهای فردی :

ب- مهارتهای اجتماعی:

۱۴- اکتسابات آموزشی:

۱۵- تاریخچه روانشناسی (سابقه مراجعه به روانشناس)

زمان شروع درمان                      زمان خاتمه درمان                      درمانگر

۱۶- میزان شدت معلولیت هوشی :

معلولیت ندارد       خفیف       متوسط       شدید       خیلی شدید

۱۷- تست های ارزیابی:

۱۸- نتیجه ارزیابی روانشناس از عملکرد فرد:

نام و نام خانوادگی روانشناس:

امضاء



فرم شماره (۱۰)

## فرم ارزیابی کاردرمانی

نام مرکز : تاریخ پرونده گیری :

۱- مشخصات فردی

نام :	نام خانوادگی :	جنس :	تاریخ تولد :
آدرس و تلفن :			

۲- مشخصات خانوادگی :

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

۲-۲- سن مادر هنگام بارداری :

۲-۳- سابقه معلولیت در فامیل :  بله  خیر

نسبت معلول با توانخواه : نوع معلولیت : علت معلولیت :

۳- تاریخچه توانبخشی :

۴- تاریخچه پزشکی :

۴-۱- مشکلات و بیماری های توانخواه

۴-۲- سابقه مصرف دارو (داروهای مصرفی توانخواه)

## ارزیابی مهارت ها:

۱- مهارت های رفتاری - ارتباطی و بازی

اختلال تمرکز  زیاده‌فعالی  بیقراری  پرخاشگری  ترس  سایر موارد  وضعیت بازی و ارتباطی توضیح داده شود.

#### ۲- مهارت‌های روز مره زندگی :

توانایی لباس پوشیدن  لباس درآوردن  غذا خوردن  نظافت شخصی

#### ۳- مهارت‌های شناختی:

شناخت اعضای بدن  شناخت تصاویر  شناخت رنگ  شناخت اشیاء  شناخت زمان  شناخت مکان   
مفاهیم ریاضی و ابقا  شناخت مشاغل  شناخت پول  شناخت کمیت‌ها  شناخت جهت  شناخت اشکال هندسی  شناخت خود و افراد دیگر  وضعیت حافظه  اطلاعات عمومی

#### ۴- مهارت‌های حسی و درکی:

شکل اشیاء را درک میکند  نام صداهای مختلف را می‌داند  نام بوهای مختلف را می‌داند   
نام مزه‌های مختلف را می‌داند  توانایی درک روابط را دارد

#### ۵- مهارت‌های درکی حرکتی:

حرکات بزرگ  حرکات کوچک  حرکات عمومی بدن

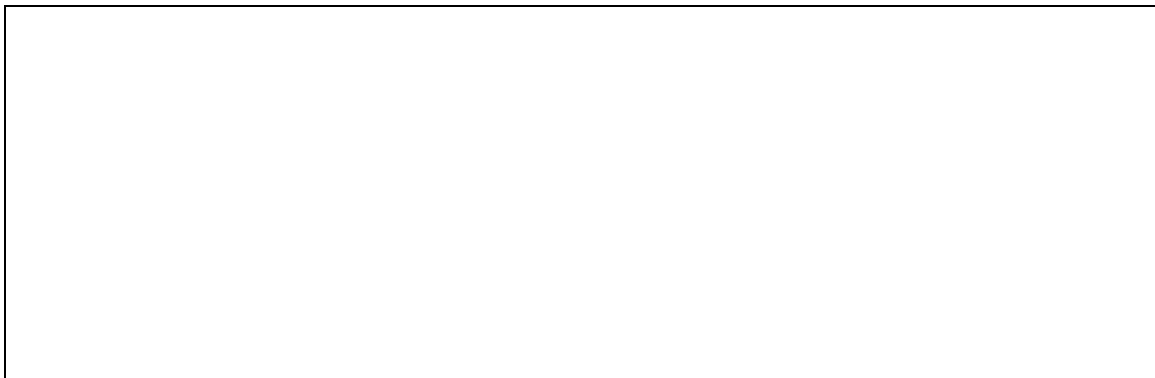
نام و نام خانوادگی کارشناس

امضاء ::

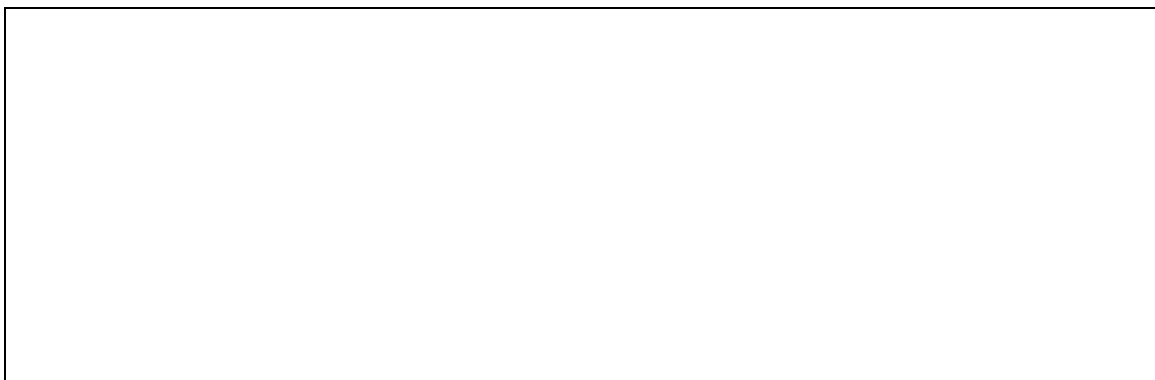
فرم شماره (۱۱)

فرم ارزیابی جسمی - حرکتی (به صورت سه ماهه)

ارزیابیهای انجام شده:



نتایج ارزیابی:



ارزیابی وسایل کمکی:



فرم شماره (۱۲)

## فرم ارزیابی گفتار درمانی

نام مرکز : تاریخ پرونده گیری : تشخیص :  
۱- مشخصات فردی

نام :	نام خانوادگی :	جنس :	تاریخ تولد :
آدرس و تلفن :			

۲- 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 :

۳- تاریخچه توانبخشی :

۴- تاریخچه پزشکی :

۱-۴- مشکلات و بیماری های توانخواه :

۲-۴- سابقه مصرف دارو (داروهای مصرفی توانخواه) :

۵- ارزیابی های گفتار درمانی :

۱-۵- ویژگیهای فیزیکی

حس شنوایی  حس بینایی  حس پویایی و چشایی  حس لامسه

**۲-۵- ارزیابی ویژگیهای ساختاری / عملکردی منطقه دهانی**

لبها (ساختار و عملکرد)  دندانها  فکها (ساختار و عملکرد)  زبان (ساختار عملکرد)  سختکام و نرمکام (ساختار و عملکرد)  حلق دهانی

**۳-۵- ارزیابی ویژگی های تنفسی**

**۴-۵- ارزیابی ویژگیهای رفتاری**

**۵-۵- ارزیابی مهارت های دیداری و شنیداری**

**۶-۵- ویژگیهای شناختی**

**۷-۵- ارزیابی ویژگیهای زبانی**

زبان درکی  زبان بیانی

**۸-۵- ارزیابی ویژگیهای گفتاری**

تولید / روانی گفتار  تشدید و صوت

نام و نام خانوادگی کارشناس

امضاء:

فرم شماره (۱۳)

## فرم ارزیابی فیزیوتراپی

تشخیص :

نام و نام خانوادگی :

نام مرکز :

تاریخ تولد :

تاریخ :

درمانگر :

۱- تاریخچه پزشکی و توانبخشی :

۲- سابقه مصرف دارو (داروهای مصرفی توانخواه) :

۳- معاینه و ارزیابی :

نام و نام خانوادگی کارشناس :

امضاء :

فرم (۱۴)

فرم طرح اقدام توانبخشی (کار درمانی، گفتار درمانی، روانشناسی، فیزیوتراپی، مددکاری)

نام خانوادگی: نام:

درمانگر: تشخیص:

شیوه درمان	اهداف کوتاه مدت سه ماهه	اهداف کلی یا بلند مدت

گزارش روزانه کار درمانی، گفتار درمانی، روانشناسی، فیزیوتراپی، مددکاری

گزارش روزانه	تاریخ



## فرم فعالیت های هنری، ورزشی، آموزشی و حرفه آموزی

نام و نام خانوادگی توانخواه : سن توانخواه :

نوع رشته :

نمایش  موسیقی (ارف)  نقاشی (ترسیم)  تحرک بدنی و بازی  سرود

سایر با ذکر مورد

تاریخ شروع فعالیت :

نام مربی :

گزارش از نحوه فعالیت :

امضای مسئول فنی

امضای مربی



**خلاصه پرونده**

نام و نام خانوادگی :	
تاریخ تولد :	شماره پرونده:
نوع معلولیت :	کد معلولیت :
تاریخ پذیرش در مرکز :	مدت حضور در مرکز :
آدرس:	

**نظر روانشناسی:**

وضعیت رفتاری - روانی و عاطفی :

وضعیت آموزشی:

اقدامات صورت گرفته و سیر پیشرفت :

**نظر مددکاری :**

وضعیت اقتصادی اجتماعی:

خلاصه بازدید از منزل:

پیشنهادات:

**اظهار نظر تخصصی**

پزشک :

کارشناس کاردرمانی :

کارشناس گفتاردرمانی :

کارشناس فیزیوتراپی:

پیشنهادات :

**نام و نام خانوادگی مسئول فنی:**

**امضاء**

**فرم ترخیص معلول از مرکز توانبخشی و مراقبتی شبانه روزی**

نام استان: نام شهرستان: نام مرکز: تاریخ تکمیل: شماره

پرونده:

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

و شدت معلولیت:

الف) نحوه ترخیص :

- ترخیص دائم به منزل با رضایت خانواده / قیم قانونی فرد معلول

- ترخیص موقت به خانواده و با درخواست قیم قانونی در محدود زمانی مشخص  (از تاریخ لغایت

(

- انتقال به سایر مراکز

- فوت

- سایر  توضیحات :

ب) وضعیت معلول در هنگام ترخیص براساس نظریه مسئول فنی (در حضور خانواده / قیم قانونی)

ج) بررسی وضعیت خانوادگی معلول در هنگام ترخیص و نظریه مددکاری :

نام و امضاء مسئول فنی :

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

نام و امضاء پزشک/پرستار/جانشین پرستار :

اثر انگشت ولی/قیم قانونی :

**فرم تحویل معلول به مرکز توانبخشی و مراقبتی شبانه روزی معلولان ذهنی  
(ویا بازگشت از مرخصی موقت)**

نام استان: نام شهرستان: نام مرکز: تاریخ تکمیل:

شماره پرونده:

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

و شدت معلولیت:

تاریخ بازگشت به مرکز :

الف) وضعیت معلول در هنگام بازگشت به مرکز براساس نظریه پزشک/پرستار/جانشین پرستار مرکز (معاینه کامل در حضور قیم قانونی فرد معلول) :

الف) وضعیت معلول در هنگام بازگشت به مرکز براساس نظریه مسئول فنی یا جانشین وی مرکز در حضور قیم قانونی فرد معلول :

نام و امضاء مسئول فنی یا جانشین وی :

نام و امضاء پزشک/پرستار/جانشین پرستار :

نام و امضاء و اثر انگشت قیم قانونی :

**فرم درخواست ترخیص توسط خانواده / قیم قانونی فرد معلول از مرکز توانبخشی و مراقبتی شبانه روزی**

نام و نام خانوادگی تانخواه : کد ملی : نام

پدر / قیم قانونی :

آدرس : شماره تلفن :

اینجانب ..... ولی / قیم معلول ذهنی ..... درخواست ترخیص 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