

Шифр	Э1
------	----



фотография
клиента

ЖУРНАЛ РАБОТЫ ЭРГОТЕРАПЕВТА/ ПОМОЩНИКА ЭРГОТЕРАПЕВТА

№ _____

_____ (название учреждения)

РАЗДЕЛ I ПЕРВИЧНЫЙ ОСМОТР

Дата: « _____ » _____ 200__ года

1. Клиент

1.1 Амбулаторный 1.2 Стационарный 1.3 Осмотр на дому
1.3 Осмотрен первично 1.4 Осмотрен повторно (№ осмотра _____)

2. Ф.И.О. _____

3.1 Возраст _____ 3.2 Пол муж / жен _____

4. Адрес проживания _____ телефон _____

5. Инвалидность _____

6. Основной медицинский диагноз _____

7. Краткая история жизни _____

8. Социальный статус:

8.1 Место проживания _____

8.2 Условия проживания _____

8.3 Состав семьи _____

8.4 Материальные условия _____

8.5 Социальное окружение _____



Oxford Policy Management

EveryChild.

A project implemented by a consortium led by
Oxford Policy Management

5/2 Alisher Navoi str.
Dushanbe, 734026, Tajikistan

www.opml.co.uk



This project is funded by the European Union

Delegation of the European Union
to the Republic of Tajikistan

45 Sovietskaya, Dushanbe, Tajikistan

9. Трудовая деятельность

9.1 Образование _____

9.2 Профессия _____

9.3 Трудовой статус в настоящее время: работает, не работает, инвалид, на пенсии
(нужное подчеркнуть)

11. Любимые занятия (хобби) _____

12. Осмотр

12.1 Двигательные функции _____

12.2 Когнитивные функции (память, внимание, восприятие, действие, воображение) _____

13. Имеющиеся ресурсы

13.1. со стороны клиента: _____

13.2. со стороны социального окружения: _____

14. Проблемы клиента, выявленные в результате оценки по СОРМ или по другим шкалам и тестам (не более пяти):

15. Эрготерапевтические цели:

15.1 Долгосрочные: _____

15.2 Краткосрочные: _____

16. Планируемые мероприятия:

- составление программы вмешательства (указать срок составления) _____

- проведение анализа активностей (при необходимости) _____

- другие _____

Эрготерапевт/помощник эрготерапевта: _____ / _____ / _____

РАЗДЕЛ II
ОЦЕНКА ВЫПОЛНЕНИЯ КЛИЕНТОМ
РАЗЛИЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
 (на основе канадской оценки выполнения деятельности)

Кто отвечает на вопросы (если не сам клиент):

Дата оценки:	Планируемая дата повторной оценки:	Фактическая дата повторной оценки:
Место проведения оценки		

1. Выявленные в ходе интервью проблемы в активностях (деятельности)

№ п/п	Проблемы	Важность проблемы для клиента в баллах
САМООБСЛУЖИВАНИЕ		

ПРОДУКТИВНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ (трудовая деятельность, работа по дому, забота о семье и др.)		
ОТДЫХ, ДОСУГ, ИГРЫ		

2. Подсчет баллов при первичной и повторной оценке

Наиболее важные проблемы в активности	Первичная оценка			Повторная оценка	
	Выполнение	Удовлетворенность	Выполнение	Удовлетворенность	
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
ВСЕГО	К-во проблем C	Сумма выполнения A	Сумма удовлетворенности B1	Сумма выполнения A2	Сумма удовлетворенности B2
Подсчет баллов					
Общий балл	A1/C	B1/C	A2/C	B2/C	
Изменения в выполнении	A2/C – A1/C				
Изменения в удовлетворенности	B2/C – B1/C				

Фамилия и подпись специалиста, проводившего оценку _____

РАЗДЕЛ III
Программа эрготерапевтической помощи

№ п/п	Описание планируемой деятельности эрготерапевта	Время, необходимое для одного занятия	Частота проведения занятий	Общее количество занятий	Примечания

Дополнения по программе: _____

РАЗДЕЛ IV
Дневник работы эрготерапевта с клиентом

№ занятия	Дата	Время проведения (с... до...)	Краткое описание работы эрготерапевта с клиентом	Подпись эрготерапевта
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				

12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				

25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				

РАЗДЕЛ V

Оценка эффективности программы эрготерапевтической помощи и рекомендации клиенту

Дата проведения оценки « ____ » _____ 201__ года

1. Результаты повторной оценки по СОРМ
 - 1.1. Изменения в выполнении _____ баллов
 - 1.2. Изменения в удовлетворенности _____ баллов
 - 1.3. Выводы: а)улучшение, б)без улучшения, в)ухудшение
(нужное подчеркнуть)

Если отмечено б) или в) – объяснить причину:

2. Результаты повторной оценки по другим тестам/шкалам (форма Э2) – если оценка проводилась _____

3. Выполнение программы эрготерапевтической помощи

4. Достигнутые результаты (краткое описание)

5. Оставшиеся проблемы (краткое описание с указанием причин)

6. Выводы эрготерапевта о необходимости продолжения работы с клиентом (нужное подчеркнуть):

- а) достигнуты все поставленные цели – продолжение работы не требуется
 - б) поставленные цели не достигнуты (достигнуты частично) – требуется продолжение работы:
 - необходимо *изменение* программы эрготерапевтической помощи
 - необходимо *продолжение реализации* программы эрготерапевтической помощи по ранее намеченному плану
 - в) дальнейшее продолжение работы с клиентом нецелесообразно (невозможно)
- Если отмечено б) или в) – объяснить причину, по которой нужно продолжать/прекращать программу

7. План дальнейших мероприятий (если работа с клиентом продолжается)

8. Рекомендации клиенту (если работа с ним закончена)

Эрготерапевт/помощник эрготерапевта _____

Руководитель (заместитель руководителя) учреждения _____