**Чек-лист вариант 1**

**Бланк** **Физического состояния подопечного к переводу из ДДИ в ПНИ**

Подопечный не в состоянии передвигаться самостоятельно (Уровень по GMFCS 4 - 5 ).

Заполняется не ранее, чем за 3 месяца до перевода из ДДИ в ПНИ.

**ФИО подопечного: ………………………………………………………………………………………………………Дата рождения: ………………………**

**Адрес проживания: …………………………………………………………………………………………………….**

**Планируемая дата переезда из ДДИ в ПНИ: ……………………**

Составил /фио, должность/……………………………………………………………… Дата …………………………….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **год** |  |  |
| **2020** | **Меры предосторожности /ограничения:**  *(описание значимых индивидуальных особенностей: например, не демонстрирует реакции на боль и дискомфорт, возможны судороги, возможно усиление неконтролируемых движений, имеет гастростому, использует индивидуальные ортопедические изделия и т. д.).* | |
| **2020** | **Возможности. Что может самостоятельно.** | |
| **2020** | **Возможности. Что может с поддержкой** | |
| **2020** | **Особенности сопровождения.** | |

**Постуральная карта - см. приложение № 1**

Дата заполнения …………………………….. Заполнил: (фио, должность)………………………………………………….

**ТСР к передаче в ПНИ:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Оборудование, материалы: вариант/модель, размеры |
| Укладка |  |
| Коляска комнатная | Модель  Дата получения  Инд. адаптация: |
| Коляска прогулочная | Модель  Дата получения  Инд. адаптация: |
|  |  |
|  |  |
|  |  |