



ORDIN
mun. Chișinău

„13” „martie” 2013

nr. 481/251

Cu privire la aprobarea Instrucțiunii de lucru pentru specialiștii din cadrul sistemului medical și social "Managementul de Caz al persoanei care trăiește cu HIV"

În scopul implementării Legii nr.23 din 16 februarie 2007 cu privire la profilaxia infecției HIV/SIDA, și în baza Hotărîrii Guvernului nr.1143 din 16 decembrie 2011 „Privind aprobarea Programului național de prevenire și control al infecției HIV/SIDA și infecțiilor cu transmitere sexuală pentru anii 2011-2015”,

ORDONĂM:

1. Se aprobă Instrucțiunea de lucru pentru specialiștii din cadrul sistemului medical și social "Managementul de Caz al persoanei care trăiește cu HIV" (se anexează).
2. Instrucțiunea de lucru "Managementul de Caz al persoanei care trăiește cu HIV" se va aplica de către: medicii infecționiști din teritorii, medicii infecționiști din cabinetele teritoriale pentru supravegherea medicală și tratamentul antiretroviral în condiții de ambulatoriu persoanelor infectate cu HIV și bolnavilor cu SIDA, IMSP SDMC ca instituție ce coordonează activitățile ce țin de infecția cu HIV, asistenții sociali, specialiștii din cadrul Centrelor sociale Regionale din mun. Chișinău, Bălți, Comrat, specialiștii din cadrul Direcțiilor/Secțiilor de asistență socială și protecția familiei.
3. Colaborarea dintre autoritățile competente medicale și sociale în vederea

incluziunii sociale a persoanelor care trăiesc cu HIV se va realiza în baza abordării multidisciplinare a cazului.

4. Controlul asupra executării prezentului ordin se pune în sarcina Ministerului Muncii, Protecției Sociale și Familiei și Ministerul Sănătății.

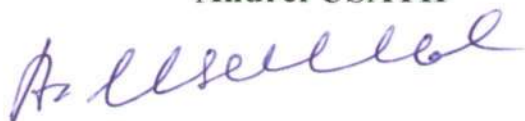
**Ministrul muncii,
protecției sociale și familiei,**

Valentina BULIGA



Ministrul sănătății,

Andrei USATÎ



Instrucțiune de lucru pentru specialiștii din cadrul sistemului social și medical ”Managementul de Caz al persoanei care trăiește cu HIV”

Instrucțiunea de lucru *Managementul de Caz al persoanei care trăiește cu HIV (PTH)* este elaborată în cadrul proiectului „Reducerea impactului infecției HIV în Republica Moldova”, Grant al Fondului Global de combatere HIV/SIDA, Tuberculozei și Malariei, Runda a 8-a, în scopul realizării Programului Național de Prevenire și Control al infecției HIV/SIDA și infecțiilor cu transmitere sexuală pentru anii 2011-2015, Obiectivului specific IX: ”Asigurarea cu îngrijiri și suport a 10% din numărul estimat al persoanelor cu HIV și bolnavilor de SIDA până în 2015”. Această instrucțiune a fost elaborată de un grup de specialiști, reprezentanți ai Ministerului Sănătății și ai Ministerului Muncii, Protecției Sociale și Familiei, cu susținerea experților de la Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate (Centrul PAS) și se bazează pe actele normative din domeniu, pe ghidurile internaționale și naționale privind standardele serviciilor dezvoltate pentru PTH.

Instrucțiunea metodică este elaborată în vederea îndrumării personalului implicat nemijlocit în acordarea serviciilor medicale, sociale și psihosociale PTH și membrilor familiilor acestora și determină regularitatea și consecutivitatea serviciilor oferite pentru a satisface necesitățile identificate.

Instrucțiunea a fost discutată la ședința comună a 2 grupuri tehnice ale Consiliului Național de Coordonare a Programelor Naționale de Profilaxie și Control a Infecției HIV/SIDA, Infecțiilor cu Transmitere Sexuală și de Control al Tuberculozei (CNC TB/SIDA), proces verbal din 3 mai 2012.

Versiunea electronică a instrucțiunii este disponibilă pe site-ul: www.pas.md

Managementul de Caz al persoanei care trăiește cu HIV: Instrucțiune de lucru pentru specialiștii din cadrul sistemului social și medical

ISBN

CZU

CUPRINS

Introducere	
Conceptul de „Management de Caz al persoanei care trăiește cu HIV”	
Funcțiile Managementului de Caz	
Mecanismul de referire a cazului în sistemul medical și social prin interacțiunea dintre diferiți actori	
Instituțiile și persoanele implicate nemijlocit și responsabile de acordarea asistenței prin aplicarea metodologiei Managementul de Caz al persoanelor care trăiesc cu HIV	
Instituții din cadrul sistemului medical	
Instituții din cadrul sistemului de protecție socială	
ONG-ri care activează și prestează servicii sociale și psihosociale pentru populația-cheie și pentru PTH	
<u>Tipurile de servicii medicale și sociale oferite pentru persoanele care trăiesc cu HIV.....</u>	
Serviciile medicale	
Serviciile sociale	
Completarea dosarului persoanei.....	
Bibliografie.....	
Anexe	
<i>Anexa 1. Acord informat.....</i>	
<i>Anexa. 2 . Chestionar de înregistrare și evaluare inițială.....</i>	
<i>Anexa 3. Evaluarea complexă a adultului</i>	
<i>Anexa 4 . Evaluarea complexă a familiei cu copii</i>	
<i>Anexa 5. Formularul privind planul individualizat de asistență</i>	
<i>Anexa 6. Model de acord.....</i>	
<i>Anexa 7. Formularul privind reevaluarea cazului și revederea planului individualizat de asistență sau închiderea cazului</i>	
<i>Anexa 8. Lista ONG care prestează servicii sociale și psihosociale pentru populația-cheie și pentru PTH.....</i>	

Introducere

Epidemia HIV/SIDA se numără printre maladiile care provoacă daune sociale mari la nivel de comunitate, de țară și la nivel global. Abordarea actuală a bolilor cronice, în particular a infecției HIV/SIDA, este complexă, vizând rezolvarea tuturor aspectelor alterate: somatic, psihic, socio-economic, accentul fiind pus pe calitatea vieții. Tocmai de aceea a devenit obligatorie îngrijirea multidisciplinară. Rolul preventiv/curativ al medicinei este completat armonios de rolul consilierii psihologice și sociale, al educării și al asistenței în îngrijire. Ca și orice altă boală cronică, suferința persoanei infectate are repercusiuni asupra propriei familii, cu importante consecințe intra/ extrafamiliale.

Persoanele infectate și afectate de HIV sunt nevoite să facă față unor situații greu de suportat, cu grad ridicat de stres emoțional, care determină apariția și amplificarea unor devastatoare trăiri negative cu efect destructiv asupra stării de sănătate psihică, determinate de discriminare, de stigmatizare ori de frica de a fi stigmatizat, de lipsa de confidențialitate, de incertitudine, de izolare fizică și psihică, de excludere ori marginalizare comunitară sau familială, de integrare socială școlară sau profesională destul de scăzută, de diminuarea până la excludere a relațiilor interpersonale, de teama pentru ziua de mâine, de proceduri medicale dureroase și tratament medicamentos continuu cu efecte psihologice și/sau psihiatrice și de înrăutățirea stării generale a persoanei.

Având în vedere că evoluția infecției HIV se caracterizează prin progresarea maladiilor asociate și a infecțiilor oportuniste, este clar că pentru acordarea unui ajutor complet și eficient, se impune crearea unor echipe de specialiști organizate – medici cu profil diferit, psihologi, asistenți sociali cu implicarea în activitățile ”de la egal la egal”, consultanți din rândul PTH.

Persoanele care trăiesc cu HIV și familiile lor au nevoie de ajutor divers, chiar dacă infecția decurge asimptomatic. Implicarea pleneră a unei echipe multidisciplinare și constituirea unui parteneriat interinstituțional asigură abordarea globală a situației persoanei aflate în dificultate prin acțiuni sinergice și coerente pe plan individual, familial și comunitar și, totodată, contribuie în mod esențial la soluționarea cazului.

Totodată, în ultimii ani se observă o tendință de sporire a ponderii persoanelor de sex feminin în totalul de persoane HIV pozitive înregistrate. Schimbarea structurii cazurilor noi de HIV diagnosticate în funcție de căile probabile de transmitere ne demonstrează tendința feminizării epidemiei. Rezultatele studiilor în domeniu din 2010 și 2011 realizat în Transnistria ne arată că femeile sunt în special vulnerabile la infecția HIV datorită unei combinații de factori biologici și a inechității de gen, care le fac să se lanseze involuntar în comportamente de risc sporit. De aceea, la stabilirea obiectivelor și la identificarea acțiunilor este foarte important să se țină cont de diferențele de gen între femei și bărbați pentru facilitarea incluziunii sociale a acestora și pentru combaterea răspândirii infecției, pentru identificarea resurselor proprii și pentru mobilizarea acestora, pentru motivarea PTH.

Conceptul de „Management de Caz al persoanei care trăiește cu HIV”

Definiție

Managementul de Caz reprezintă un proces de coordonare a serviciilor sociale și medicale, oferite persoanei care trăiește cu HIV. Acesta reprezintă un set de etape și un proces de interacțiune în cadrul unei rețele de servicii care facilitează accesul persoanelor la serviciile de care au nevoie în mod eficient, rentabil și care le oferă sprijinul necesar. Managementul de caz reprezintă un instrument de lucru prin intermediul căruia se asigură complianța la tratament, schimbarea comportamentului și se reduce răspândirea infecției HIV.

Ce este **Managementul de Caz**? Istoric, *Managementul de Caz* a apărut din necesitatea de a oferi prin coordonare servicii de calitate, dar și de a furniza servicii sociale într-o manieră eficientă și rentabilă. Obiectivul principal rezidă în abordarea individuală a persoanei și a problemelor cu care se confruntă, precum și motivarea acesteia. *Managementul de Caz* presupune pregătire profesională, cunoștințe și deprinderi în vederea atingerii obiectivelor stabilite de comun acord cu beneficiarul și cu familia acestuia, după caz.

Managementul de Caz reprezintă o metodă prin care o persoană-cheie – **managerul de caz (asistentul social, asistentul medical cu suportul lucrătorului de la egal la egal)** – conlucrează și stabilește o relație continuă cu persoana și cu familia acestuia în vederea elaborării și implementării unui **Plan individualizat de intervenție** pentru a-i asigura accesul la serviciile sociale și medicale necesare, pentru a monitoriza prestarea serviciilor identificate, pentru a promova satisfacerea nevoilor și pentru a evalua rezultatele serviciilor prestate. Rolul principal, asumat de managerul de caz, rezidă în coordonarea serviciilor prestate – de consiliere și de motivare a pacientului prin direcționarea acțiunilor de participare a acestuia la realizarea planului individualizat de intervenție.

Sarcinile Managementului de Caz:

- crearea și menținerea independenței persoanei care trăiește cu HIV și îmbunătățirea calității vieții acestuia;
- facilitarea acordării serviciilor medicale și sociale în modul cel mai eficient.

Managementul de Caz este un proces format din câteva etape, orientat spre asigurarea accesului persoanei infectate cu HIV, a rudelor și a persoanelor apropiate acesteia la servicii medicale și sociale în timp optim și spre coordonarea prestării serviciilor date. Acest lucru nu presupune doar ajutorul de moment acordat persoanei într-o situație aparte, provocată de împrejurări nefavorabile, ci un ajutor integru și continuu, îndreptat spre rezolvarea problemelor și spre îmbunătățirea calității vieții pentru toată perioada în care are nevoie de ajutor persoana infectată cu HIV.

La diferite etape ale *Managementului de Caz* se evaluează nevoile persoanei și ale familiei acesteia. Coordonarea, monitorizarea și susținerea persoanei se realizează în comun, pentru a-i asigura accesul la diferite tipuri de servicii sociale. Serviciile propuse trebuie să răspundă necesităților identificate și problemelor cu care se confruntă persoanele care trăiesc cu HIV, copiii și membrii familiilor acestora.

Caracteristicile distinctive ale Managementului de caz:

- Abordarea complexă a cazului, când toate problemele și necesitățile persoanei se identifică și se analizează, reieșind din situația curentă și particularitățile mediului social;
- Prioritatea intereselor și necesităților persoanei față de interesele specialistului;
- Motivarea și mobilizarea persoanei care trăiește cu HIV pentru implicare activă, pentru ridicarea activismului social, pentru schimbare comportamentală, pentru solicitarea și acceptarea ajutorului;

- Coordonarea activităților între diferiți specialiști.

Principiile Managementului de Caz:

Principiul fundamental al *Managementului de Caz* constă în asigurarea legăturii dintre persoanele și resursele sistemelor de servicii sociale și medicale, facilitând accesul astfel încât serviciile identificate să răspundă necesităților persoanelor care trăiesc cu HIV.

1. *Profesionalismul și înalta calificare a membrilor echipei multidisciplinare.* Membrii echipei multidisciplinare au experiență și abilități pentru a oferi asistența necesară persoanelor care trăiesc cu HIV.
2. *Prioritatea intereselor persoanei și acordarea benevolă a serviciilor.* În interesul persoanei, este absolut necesară complianța cu instrucțiunea de lucru anume în situațiile de dificultate. Activitățile realizate în baza obiectivelor identificate în vederea susținerii persoanei presupun cheltuieli mari de finanțe și de resurse umane. Respingerea de către PTH a suportului și nerespectarea cerințelor formulate de specialiști ar conduce la ineficiența serviciilor acordate.
3. *Implicarea activă a persoanei în managementul de caz și dezvoltarea potențialului personal al acesteia.* Aceasta presupune că pacientul posedă nu doar drepturi la asistență, dar și obligații. Pacientul, prin participarea sa activă în *Managementul de caz*, se implică în formularea scopului, a obiectivelor și în descrierea activităților planului individual de intervenție, cu asumarea responsabilității pentru punerea în aplicare a acțiunilor din planul individual de intervenție.
4. *Schimbul eficient de informații.* Pentru a asigura coerența lucrului în cadrul echipei multidisciplinare, profesioniștii trebuie să dispună de o informație exactă despre persoană și să fie informați periodic cu privire la dinamica cazului.
5. *Confidențialitatea informațiilor.* Orice informație despre persoana care trăiește cu HIV și familia acesteia, cunoscută de managerul de caz și de membrii echipei, este confidențială. Informația poate fi prezentată altor instituții sau altor specialiști doar cu consimțământul scris al acesteia sau al reprezentantului său legal.
6. *Coerența și continuitatea etapelor de acordare a asistenței.* *Managementul unui caz* durează de la câteva ore până la câțiva ani. Indiferent de durata *Managementului de caz*, toate etapele în procesul de asistență trebuie să fie logice și coerente.

Funcțiile Managementului de Caz:

Managementul de Caz este un proces de identificare a cazului, de evaluare a nevoilor PTH, de planificare, de coordonare și de furnizare directă a serviciilor, de monitorizare și de evaluare continuă a nevoilor în cea mai eficientă și promptă modalitate.

Identificarea cazului:

- contactarea persoanelor seropozitive și informarea lor despre complexul de servicii din cadrul Centrului social regional pentru asistența PTH;
 - menținerea susținută a legăturii cu PTH pentru prevenirea abandonului serviciilor și pentru sporirea aderenței la tratament.
1. *Evaluare și planificare individualizată și comprehensivă:*
 - a. efectuarea unei evaluări complete și individuale pentru identificarea nevoilor persoanelor trăiesc cu HIV, luând în considerare aspectele socio-medicale și diferențele de gen;
 - b. elaborarea și dezvoltarea în comun cu persoana a unui plan individualizat, bazat pe prestarea serviciilor, pentru rezolvarea problemelor identificate.
 2. *Coordonarea serviciilor:*
 - a. stabilirea legăturilor între pacienți, resurse și servicii multiple;

- b. menținerea legăturii active și continue cu instituțiile din vecinătate, managerul de caz devenind un factor-cheie în coordonarea eforturilor intersectoriale.
3. *Monitorizare și evaluare:*
 - a. monitorizarea implementării planurilor individualizate;;
 - b. evaluarea realizării obiectivelor și a satisfacției persoanelor.

Descrierea etapelor de lucru cu persoana care trăiește cu HIV prin prisma Managementului de Caz

Managementul de caz se desfășoară în următoarele etape:

1. **Identificarea cazului** – proces de depistare a persoanei infectate/afectate cu HIV. Identificarea persoanelor pot fi efectuată pe mai multe căi:
 - a. la consilierea posttestare în cabinetele de CTV;
 - b. la consultarea medicului infecționist de la locul de trai;
 - c. la adresarea persoanei la serviciul de asistență socială cu divulgarea benevolă a statutului HIV;
 - d. la adresarea persoanei la ONG-urile care acordă servicii în domeniul HIV/TB;
 - e. la depistarea statutului HIV a persoanelor în instituțiile medicale.

În toate cazurile, specialiștii care au realizat identificarea cazului trebuie să refere persoana infectată cu HIV la cabinetele teritoriale medicale pentru examinare medicală și pentru înregistrarea acesteia.

2. **Înregistrarea cazului:**

- a. medicul infecționist din cadrul cabinetului teritorial înregistrează PTH și completează formularul de identificare (anexa 2);
- b. medicul infecționist informează PTH despre existența serviciilor sociale și psihosociale
- c. medicul infecționist va propune persoanei semnarea Acordului informat pentru asistență prin procedura Managementului de caz, cu îndeplinirea formularului de acord informat (anexa 1);
- d. ulterior persoana care trăiește cu HIV este referită la Centrul social regional pentru asistența PTH;
- e. personalul medical din cadrul Centrului social regional pentru asistența PTH săptămânal va prelua de la medicul infecționist din cadrul cabinetului teritorial Acordul informat și copia formularului de identificare pentru a fi prezentate asistentului social de la Centru;
- f. oportunitatea și deschiderea sistemului social se va realiza prin colaborarea cu asistentul social din cadrul Centrului social regional, se va completa chestionarul de evaluare inițială și complexă (anexe 3-4).

3. **Evaluarea inițială**

Presupune o investigare de o singură dată realizată de asistentul social în baza vizitei la domiciliul sau la locul aflării PTH. Evaluarea inițială descrie situația persoanei pentru încadrarea acesteia în criteriile de asistență socială. Pentru evaluarea inițială se utilizează *Ancheta socială*, care este completată de către asistentul social din cadrul Centrului social regional pentru asistența și protecția PTH.

Din perspectiva necesităților identificate sunt posibile următoarele recomandări:

- Persoana care trăiește cu HIV are nevoie de intervenții de lungă durată. În acest caz se va efectua evaluarea complexă, cu acordul beneficiarului.
- Persoana care trăiește cu HIV și membrii familiei acesteia vor fi informați despre prestațiile și serviciile sociale, despre susținerea psihologică, juridică de care ar putea beneficia fie cu suportul specialiștilor din cadrul Centrului social regional pentru PTH, fie cu cel al specialiștilor de la nivel raional din cadrul Secției/Direcției asistență socială și protecție a familiei și cu suportul consultanților de la egal la egal din ONG-uri.
- Toate serviciile disponibile vor fi oferite doar odată cu semnarea acordului informat între asistentul social și persoana care trăiește cu HIV.
- Persoana necesită ajutor medical de alt profil și se recomandă discutarea cazului la ședința echipei multidisciplinare din sistemul medical (cabinetul teritorial).

- Persoana nu necesită asistență prin metodologia de lucru Managementul de Caz al persoanei care trăiește cu HIV.

4. Evaluarea complexă

Reprezintă o analiză amănunțită a situației cazului, pe care o realizează asistentul social în comun cu PTH. Aceasta se efectuează în cazul când în urma evaluării inițiale s-a stabilit necesitatea unei evaluări complexe. Evaluarea complexă a cazului se va realiza în conformitate cu ord. MPSFC nr. 71 din 3 octombrie 2008, inclusiv se va solicita evaluarea efectuată de specialiștii implicați în lucrul cu copilul, cu familia, cu persoana în etate sau cea cu dizabilități, care pot oferi informație suplimentară necesară pentru exactitatea evaluării.

5. Planul individualizat de asistență

După efectuarea evaluării complexe sau inițiale Managerul de Caz, în funcție de datele obținute despre persoană, va formula concluzii și recomandări despre situația lui și va propune acțiuni de intervenție, care vor fi stipulate în **Planul individualizat de asistență** (anexa 5). Managerul de caz completează planul cu participarea persoanei în cadrul **ședinței de planificare a asistenței**. Această ședință este organizată de către Managerul de Caz, la care se implică copilul (mai mare de 10 ani), familia, persoana HIV pozitivă, asistentul social, care a efectuat evaluarea complexă și alți specialiști relevanți pentru cazul dat. La ședință sunt examinate rezultatele evaluării complexe și recomandările pentru planul individualizat de asistență, formulate de către asistentul social. Ulterior, în baza recomandărilor, se formulează scopul și obiectivele de asistență.

<i>La intervenția planificată trebuie să răspundem la următoarele întrebări:</i>	<i>Obiectivele stabilite pentru realizarea schimbării situației persoanei trebuie să îndeplinească următoarele condiții:</i>
Care sunt obiectivele ce trebuie atinse?	Să fie specifice
Care dintre factorii ce determină vulnerabilitatea persoanei PTH și a familiei trebuie înlăturați?	Să fie măsurabile
Ce poate fi schimbat în dinamica familiei?	Să fie abordabile
Care sunt prioritățile pentru PTH sau familie?	Să fie realiste
Ce acțiuni trebuie întreprinse?	Să se încadreze în timp
care sunt limitele de timp?	
Care sunt instituțiile ce vor colabora pentru atingerea obiectivelor?	Să fie identificate cu suportul partenerilor, a instituțiilor relevante
În ce măsură intervenția se poate asigura pe bază de voluntariat și în ce măsură trebuie să fie implicați specialiștii?	

Se convine asupra Planului individualizat de asistență și se va purcede la realizarea programului de sprijin și implementare a intervențiilor pe termen scurt, care trebuie efectuate în parteneriat.

Managerul de Caz elaborează Planul individualizat de asistență care va conține următoarea informație:

- Familia. Se va înregistra numele familiei beneficiare de suport. În cazul în care familia nu este înregistrată oficial, se notează numele ambilor parteneri.
- Domiciliul. Este recomandat ca asistentul social să înregistreze adresa la care locuiește familia în realitate, și nu adresa conform vizei de reședință.
- Tipul familiei. Este relevant a se preciza tipul familiei (completă, monoparentală, neînregistrată oficial (uniune consensuală), deoarece acesta poate influența modalitatea de intervenție.
- Numărul de copii. Se va înregistra numărul total al copiilor (atât cei din familie, cei care locuiesc separat de părinți, cât și cei incluși în alte forme de protecție socială).
- Obiective. Planul individualizat de asistență trebuie să cuprindă descrierea acțiunilor în linii generale.

- Acțiuni /Durată/ Persoana responsabilă. Vor fi înregistrate acțiunile care vor fi întreprinse pentru atingerea obiectivelor, durata lor de desfășurare, precum și resursele necesare/disponibile pentru realizarea acestor acțiuni. Este importantă structurarea acestor informații, deoarece astfel asistentul social urmărește cum se manifestă responsabilizarea membrilor familiei, identifică dificultățile și nivelul de pregătire a familiei pentru depășirea lor, evaluează și valorifică resursele familiei.
- În urma identificării acțiunilor și formulării obiectivelor pentru asistență se va semna acordul de colaborare dintre persoană și Managerul de Caz (anexa 6).

6. Acordul

Acordul este un instrument care se individualizează pentru fiecare caz în parte în funcție de specificul acestuia și de conținutul planului individualizat de asistență. Utilizarea acordului în relația cu beneficiarul are rolul de a determina responsabilizarea acestuia și implicarea în intervenție ca parte activă. De asemenea, forma scrisă a termenelor de colaborare dintre Managerul de Caz și persoană are rolul de a-l face pe acesta să conștientizeze propriile responsabilități. Nerespectarea ulterioară a termenelor acordului pot argumenta decizii ale Managerului de Caz cu privire la cazul respectiv (întreruperea sprijinului financiar, prelungirea perioadei de intervenție, reevaluarea situației de risc etc.). În acord vor fi stipulate:

- Obligațiile părților. Se prezintă clar și succint responsabilitățile stabilite de comun acord pentru ambele părți implicate în rezolvarea cazului: asistentul social și beneficiarul serviciilor sociale. Acțiunile specificate ca obligații trebuie să fie ușor de evaluat.
- Durata acordului. Se înregistrează perioada estimată pentru implementarea planului individualizat de asistență și în care pot fi îndeplinite real și eficient obiectivele stabilite.
- Data întocmirii. Se înregistrează data la care se semnează acordul de către ambele Părți (Managerul de Caz și beneficiar).

7. Intervenția

După etapele enumerate mai sus, începe **intervenția** propriu-zisă, care se realizează în baza planului individualizat de asistență elaborat.

8. Monitorizarea

Monitorizarea este procesul de verificare permanentă a progreselor stabilite în cadrul planului individualizat de asistență, pentru a putea sesiza evoluția cazului. Acest lucru este foarte important pentru schimbarea intervenției și a modului de lucru la caz, dacă nu se observă o schimbare în bine a situației beneficiarului, precum și pentru îmbunătățirea calității serviciilor și al impactului pe care-l au ele. Monitorizarea oficială a progresului beneficiarului se efectuează în cadrul ședințelor de revedere. În baza analizei schimbărilor intervenite, Managerul de Caz întocmește raportul cu privire la progresul beneficiarului și al familiei, la efectele care le-a avut intervenția asupra cazului, care este adus la cunoștință lor înainte de ședința de revedere. Raportul cu privire la progres este anexat la dosarul cazului. În procesul de discuții se dă prioritate închiderii cazurilor, dacă se atestă progrese esențiale.

9. Reevaluarea cazului și revederea planului individualizat de asistență

Are loc prin evaluarea periodică a progreselor înregistrate de persoană, totodată se operează îmbunătățirea planului individualizat de asistență. Pentru ședințele de revedere Managerul de Caz utilizează **formularul privind reevaluarea cazului și revederea planului individualizat de asistență** (anexa 7).

Formularul privind reevaluarea cazului și revederea planului individualizat de asistență	Va include următoarea informație
Data	Se înregistrează ziua în care se realizează întrevăderea, chiar dacă data completării formularului nu corespunde datei întrevăderii. De asemenea, se înregistrează orice întrevădere, indiferent de

	modalitatea de desfășurare a acesteia
Locul întreprinderii	Se precizează spațiul în care se desfășoară întâlnirea dintre Managerul de Caz și beneficiar sau alte persoane (membri ai familiei). Locul întreprinderii poate fi la Centrul Social regional, la domiciliul persoanei sau în alte spații (la locul de muncă, în instituția medicală, la centrul de plasament etc).
Durata discuției	Se precizează timpul alocat discuției (o întreprindere eficientă nu durează mai mult de 30 - 45 de minute). Este important să fie înregistrat acest indicator, la fel și conținutul întreprinderii, pentru că se realizează o evaluare mai complexă a eficienței acestei tehnici.
Persoanele participante	Se stabilește numele asistentului social și al persoanei/persoanelor care participă la întâlnire (PTH, membri ai familiei lărgite, un alt profesionist din echipa multidisciplinară). Acest indicator este important pentru că, în general, prezența pe parcursul întreprinderii a altor persoane decât persoana care trăiește cu HIV poate influența cursul discuției și informațiile oferite de către acesta. Orice ședință de revedere poate fi și ședință de închidere a cazului în acordarea asistenței sociale.

10.Închiderea cazului

Închiderea cazului se organizează atunci când se înregistrează progrese durabile în dinamica cazului. Pentru promovarea ședinței date sunt pregătite și analizate documentele elaborate anterior în procesul de lucru asupra cazului:

- Raportul cu privire la progresul beneficiarului și al familiei;
- Planul individualizat de asistență revăzut;
- Decizia cu privire la închiderea cazului.

Persoanele/famiile infectate/afectate de HIV/SIDA, care au beneficiat anterior de asistență socială și au nimerit repetat în situație de dificultate, au dreptul să solicite asistență socială și atunci cazul se redeschide, dacă el se încadrează în criteriile de sprijin social. Decizia cu privire la *închiderea cazului centrat pe familie cu copii* trebuie să fie bazată pe progrese ce vizează:

- intrarea persoanei care trăiește cu HIV și a familiei sale într-o perioadă de stabilitate relativă;
- satisfacerea necesităților fundamentale ale persoanei;
- formarea la copil a sentimentului de încredere și respect de sine în cadrul familiei /comunității;
- nivelul de cunoaștere mai bună de către părinți a necesităților copilului/copiilor;
- consolidarea capacităților parentale;
- ameliorarea relațiilor intrafamiliale;
- conștientizarea de către părinți a responsabilităților vis-a-vis de copil.

Decizia cu privire la închiderea cazului **centrat pe adult** trebuie să corespundă următoarelor:

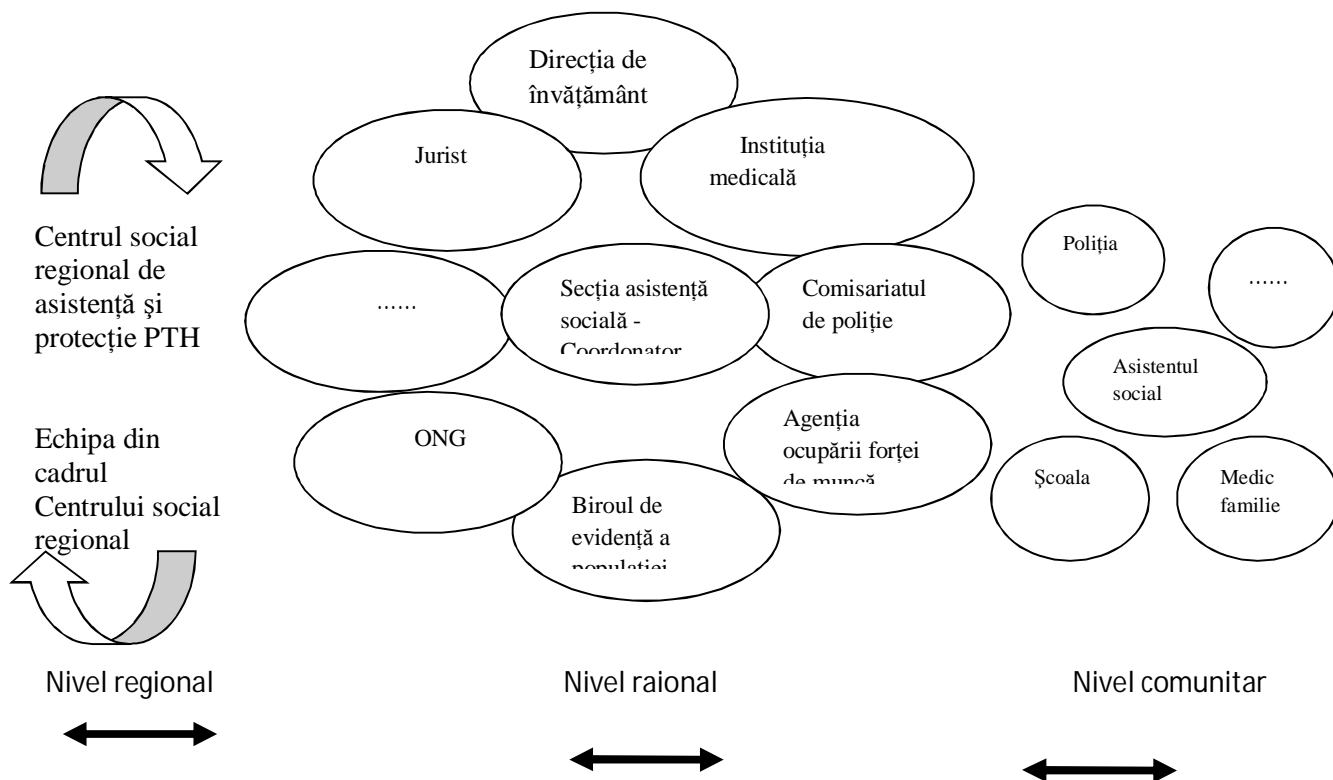
- capacitate de auto deservire și independență a persoanei;
- integrare socială;
- relații stabile cu membrii familiei.

Mecanismul de referire a cazului în sistemul medical și social

prin interacțiunea dintre diferiți actori

Managementul de Caz este un complex de activități desfășurate în colaborare strânsă de către o echipă de specialiști din diferite domenii pentru a atinge obiective comune, pentru a proteja interesele și

pentru a respecta drepturile PTH. Membrii unei echipe multidisciplinare unice trebuie să fie experți din diferite domenii, capabili să acorde asistență persoanelor infectate/afectate HIV/SIDA. Persoanele care trăiesc cu HIV identificate pot fi asistate de echipele multidisciplinare la diferite nivele: de către echipa multidisciplinară din cadrul Centrului social regional de asistență a PTH, de către Echipa multidisciplinară de la nivel raional și de către echipa creată la nivel de comunitate.



Componența echipelor multidisciplinare

Echipele multidisciplinare create la nivel regional:

Medicul infecționist din cabinetul teritorial de tratament al pacienților cu HIV
Personalul medical din cadrul Centrului social regional pentru asistență PTH

Asistentul social din cadrul Centrului social regional pentru asistență PTH

Consultantul “de la egal la egal” din ONG-urile locale cu activități desfășurate în domeniul HIV/SIDA

Echipele multidisciplinare create la nivel raional:

Reprezentantul instituției medicale

Reprezentantul Agenției teritoriale de Ocupare a Forței de Muncă

Comisariatul de poliție
Reprezentantul Biroului de evidență a populației

Reprezentantul Direcției de Învățământ, Tineret și Sport

Echipele multidisciplinare create la nivel de comunitate:

Medicul de familie

Asistentul social comunitar
Reprezentantul școlii

Psihologul din cadrul Centrului social regional pentru asistența PTH

Reprezentantul ONG-urilor locale

Reprezentantul ONG-urilor locale

La necesitate, pot fi implicați și alți specialiști: medicul ftiziopneumolog, medicul narcolog, medicul psihiatru, juristul, reprezentanții ATOFM, reprezentanții OCT, reprezentanții poliției

Reprezentantul Direcției/secției raionale de asistență socială și protecție a familiei

Alți specialiști, după necesitate (jurist, psiholog, profesor, educator)

Slujitorii cultelor religioase

Rolul echipei multidisciplinare constă în implicarea specialiștilor în identificarea, asistența de criză și asistență de lungă durată (reintegrare) cu accent sporit pe procesul de monitorizare a cazurilor asistate la nivel local. Misiunea echipei multidisciplinare este de a referi persoana conform necesităților acesteia, identificate și incluse în Planul individualizat de reabilitare și reintegrare socială, spre serviciile existente la nivel de raion sau la Centrele sociale.

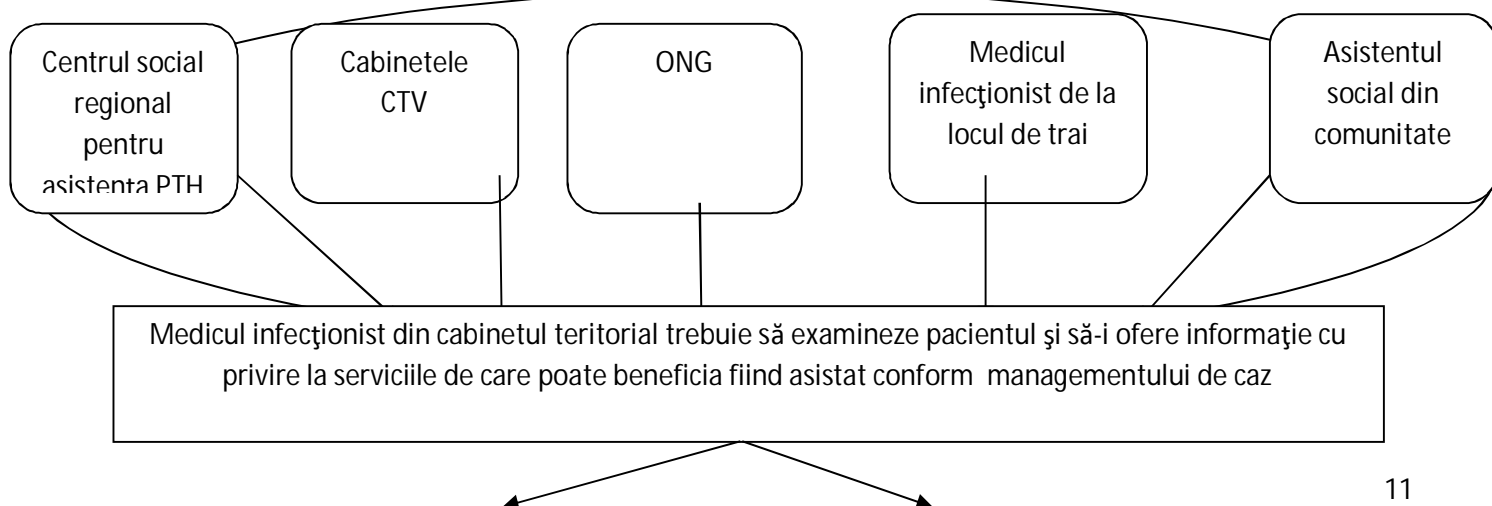
Managerul de Caz monitorizează realizarea Planului individualizat de reabilitare și de reintegrare socială și pe o perioadă post reintegrare. **Funcțiile de bază** ale Managerului de Caz constau în: **evaluare, planificare, coordonare și monitorizare**. Manager de caz poate deveni specialistul care deține competență și pregătire în domeniu. Managerul de caz dispune de informația completă despre caz și organizează activitatea de asistență a persoanei.

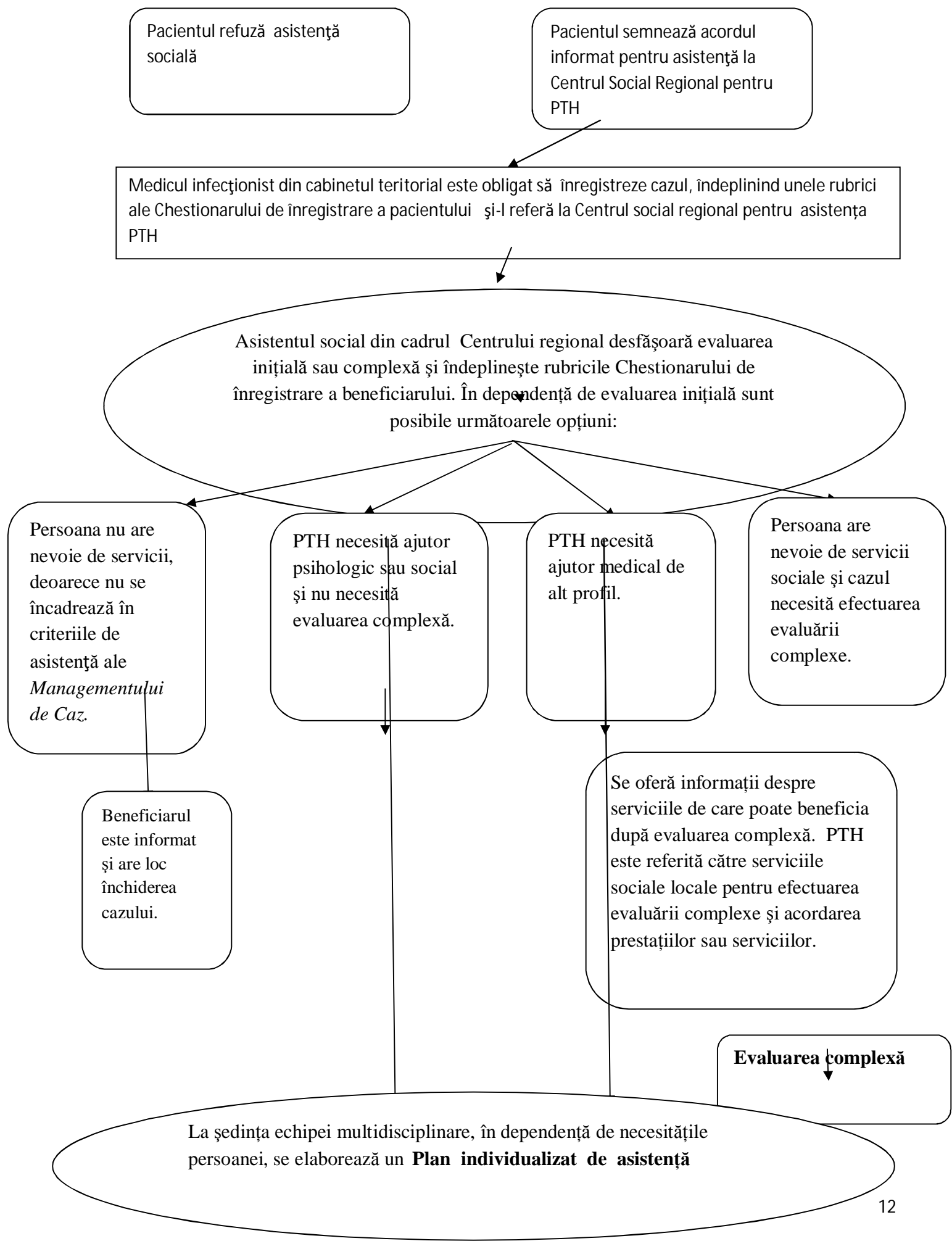
Timpu de lucru asupra cazului și durata etapelor în fiecare caz este diferită și este determinată de complexitatea cazului, de resursele familiei, de contextul social și de posibilitățile asistenței sociale. În situația în care problema persoanei care trăiește cu HIV nu poate fi soluționată la nivel de comunitate, iar PTH necesită servicii sociale specializate prestate la nivel de raion sau național, cazul acestuia va fi referit spre raion. Procesul de referire a cazului în sistemul de protecție socială se realizează în conformitate cu procedurile stabilite și aprobate prin ordinul MPSFC nr. 55 din 12 iunie 2009.

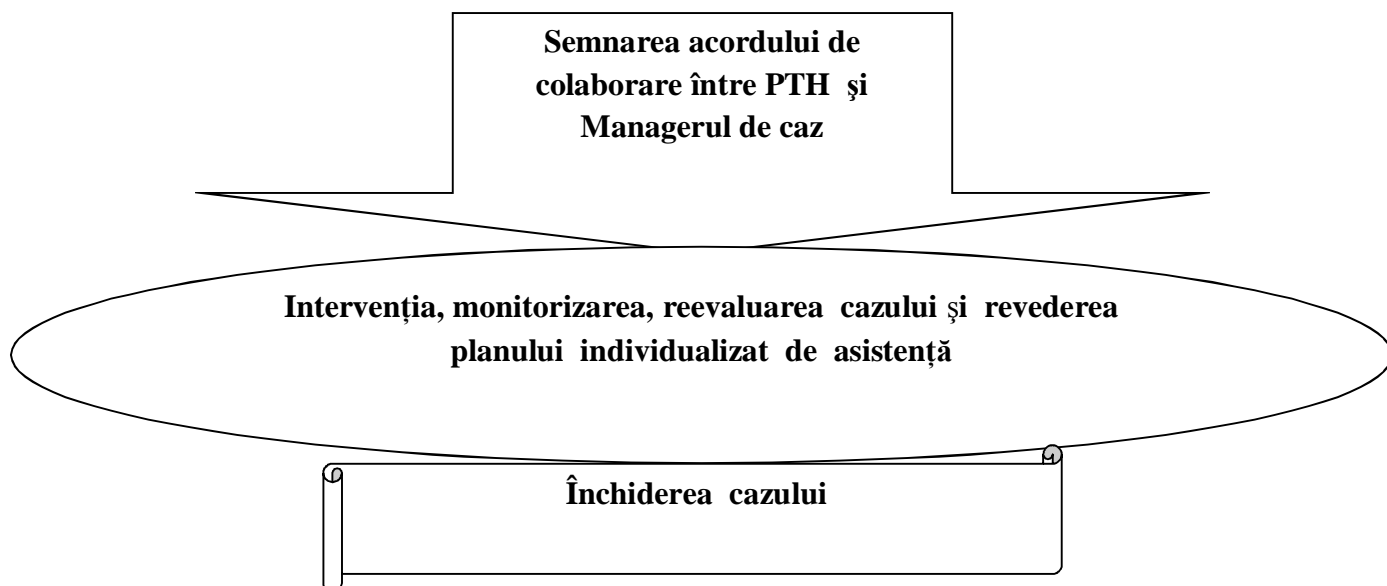
În urma intervențiilor efectuate în baza instrucțiunii *Managementul de Caz al persoanei care trăiește cu HIV*, se stabilește următorul traseu:

Descrierea mecanismului de referire al cazului în sistemul medical și social prin interacțiunea dintre diferiți actori

Identificarea cazului







Instituțiile și persoanele implicate nemijlocit și responsabile de acordarea asistenței prin aplicarea metodologiei Managementul de Caz al persoanelor care trăiesc cu HIV

Instituții din cadrul sistemului medical:

1. Organizarea asistenței medicale specializate la nivel de raion/municipiu se efectuează de către medicul infecționist al raionului/municipiului (numit prin ordin intern, responsabil de organizarea asistenței medicale persoanelor infectate cu HIV și bolnavilor cu SIDA).
2. Organizarea asistenței medicale specializate la nivel de cabinete teritoriale (Spitalul de Dermatologie și Maladii Comunicabile, Spitalul Clinic Municipal Bălți, Spitalul Clinic Raional Cahul, Centrul SIDA din or. Tiraspol) se efectuează de către medicul infecționist.
3. Organizarea asistenței medicale specializate la nivel național se efectuează de către Spitalul de Dermatologie și Maladii Comunicabile.
4. Centrele comunitare pentru suportul pacienților cu TB (Strășeni, Orhei, Rezina, Glodeni, Ungheni, Hâncești, Ialoveni, Criuleni, Cahul, Rîbnița).

Instituții din cadrul sistemului de protecție socială:

1. Ministerul Muncii, Protecției Sociale și Familiei (unitatea națională de coordonare, SNR);
2. Direcția/secția asistență socială și protecție a familiei la nivel raional;
3. Fondul republican/local de susținere socială a populației;
4. Centrele sociale regionale pentru asistența și protecția PTH (mun. Chișinău, mun. Bălți, mun. Comrat, or. Tiraspol);
5. Centrele sociale cu plasament de zi și plasament temporar, Centrele maternale, Centrele multifuncționale;

6. Centrul republican experimental de protezare, ortopedie și reabilitare, mun. Chișinău;
7. Centrul de asistență și protecție a victimelor și a potențialelor victime ale traficului de ființe umane (mun. Chișinău);
8. Consiliul republican de expertiză medicală a vitalității;
9. Fondul republican de susținere socială a populației;
10. Centrul republican de reabilitare a invalizilor, veteranilor muncii și ai războiului, com. Cocieri, r-nul Dubăsari;
11. Centrul republican de recuperare a invalizilor și pensionarilor „Speranța”, or. Vadul-lui-Vodă, mun. Chișinău;
12. Centrul de reabilitare a invalizilor și pensionarilor "Victoria" al Republicii Moldova, or. Sergheevka, Ucraina;
13. Azilul republican pentru invalizi și pensionari, mun. Chișinău;
14. Internatul psihoneurologic, com. Cocieri, r-nul Dubăsari;
15. Internatul psihoneurologic, com. Bădiceni, r-nul Soroca;
16. Internatul psihoneurologic, s. Brînzeni, r-nul Edineț;
17. Internatul psihoneurologic, mun. Bălți;
18. Casa internat pentru copii cu deficiențe mintale (fete), or. Hîncești;
19. Casa internat pentru copii cu deficiențe mintale (băieți), or. Orhei;
20. Centrul de plasament temporar al copiilor în situații de risc "Azimut", or. Soroca;
21. Centrul pentru copii cu cerințe educative speciale "Speranța", or. Criuleni;
22. Centrul de reabilitare și protecție socială a copiilor în situație de risc din or. Taraclia.

ONG-ri care activează și prestează servicii sociale și psihosociale pentru populația-cheie și pentru PTH (vezi anexa 8).

Tipurile de servicii medicale și sociale oferite pentru persoanele care trăiesc cu HIV

Serviciile medicale și sociale, pe care le poate primi persoana, sunt oferite în contextul ușurării suferințelor fizice, al incluziunii ei sociale, aderenței la tratament și îmbunătățirii calității vieții.

Serviciile medicale sunt orientate spre ușurarea suferințelor fizice:

- Supravegherea la medicul infecționist la locul de trai și în cabinetul teritorial pentru determinarea necesității inițierii în termene optime a Tratatamentului ARV și/sau primirea tratamentului profilactic al infecțiilor oportuniste (de regulă, de 2 ori pe an);
- În cazul prezenței indicațiilor pentru inițierea Tratatamentului ARV – pregătirea pentru inițierea TARV (primirea informației depline despre doze, regim, reacții secundare posibile, urmările întreruperii tratamentului etc.), primirea preparatelor ARV, monitorizarea tratamentului, a reacțiilor secundare etc. (de regulă, de 4 ori pe an; la necesitate – mai des);
- În cazul prezenței indicațiilor pentru profilaxia infecțiilor oportuniste – primirea preparatelor, monitorizarea eficacității și a reacțiilor secundare posibile (de regulă, de 4 ori pe an; la necesitate – mai des);

- În cazul necesității tratamentului infecțiilor oportuniste și a maladiilor SIDA asociate – primirea tratamentului respectiv în condiții de ambulator în cabinetele teritoriale și/sau în condiții de staționar în secția pentru pacienții cu HIV și bolnavii cu SIDA la Spitalul de Dermatologie și Maladii Comunicabile;
- În cazul ineficacității tratamentului, prezența maladiilor incurabile, a simptomelor necontrolabile cu medicamente obișnuite – primirea serviciilor de îngrijiri paliative, atât în condiții de staționar în secția de Îngrijiri Paliative, la Spitalul de Dermatologie și Maladii Comunicabile, cât și la domiciliu prin intermediul echipei mobile;
- În cazul prezenței sarcinii la femeile infectate cu HIV – primirea tratamentului ARV profilactic pentru sine și pentru copil în centre;
- În cazul stabilirii diagnosticului de infecție cu HIV a unei femei în procesul nașterii – primirea de către toate maternitățile din țară a preparatelor ARV pentru profilaxia de urgență pentru mamă și copil. În cazul copiilor născuți de mame infectate cu HIV – primirea gratuită a amestecurilor adaptate pentru înlocuirea alimentării la sân și investigarea copilului pentru stabilirea statutului HIV în centrele teritoriale (vârsta copilului de la 6 la 12 săptămâni și de la 18 la 19 luni). Medicul examinează pacientul, prescrie investigațiile (de exemplu, testarea la HIV, examinarea imunologică, ecografică) și tratamentul (de exemplu, terapia ARV combinată, tratamentul maladiilor oportuniste, tratamentul simptomatic). Infecționistul atrage atenția asupra apariției anumitor infecții în ordine cronologică, identifică bolile somatice, indică tratamentul. Expertul în narcologie (medicul narcolog) identifică preponderent problemele de sănătate asociate consumului de droguri – culege anamneza utilizării drogurilor, trimite pacientul la dezintoxicare și reabilitare.

Trebuie menționat că persoanele care posedă poliță de Asigurare medicală, indiferent de statutul HIV, au dreptul la servicii medicale prevăzute de Programul unic al asigurărilor medicale.

Serviciile sociale

Serviciile sociale oferite sunt orientate spre reintegrarea socială a persoanei și ridicarea calității vieții lui. Centrul regional social pentru asistența și protecția persoanelor infectate/afectate HIV/SIDA are drept scop acordarea serviciilor de asistență socială persoanelor care trăiesc cu HIV. Centrul organizează și prestează o gamă de servicii sociale, medicale de referire, juridice și psihosociale, fiind un suport pentru femeile, bărbații și copiii infectați și afectați de HIV/SIDA, pentru familiile acestora, precum și pentru cei din comunitate aflați în dificultate.

Principalele servicii sociale acordate în cadrul Centrului:

- servicii de asistență medicală (consultativ / referire);
- servicii de reabilitare (recuperare fizică, terapie prin muncă);
- servicii de reabilitare psihosocială;
- servicii de consiliere psihologică;
- servicii de informare;
- servicii de consiliere juridică;
- servicii de sprijin familial;
- spațiu de organizare a întâlnirilor cu comunitatea (sala de odihnă);
- spațiu de agrement pentru copii;
- monitorizarea reintegrării.

Completarea dosarului persoanei

Pentru fiecare persoană care necesită servicii sociale se întocmește un **dosar personal**, care trebuie să conțină următoarele:

- Acordul informat pentru acordarea serviciilor sociale (anexa1). Se îndeplinește de medicul infecționist al cabinetului teritorial.
- Chestionar de înregistrare și evaluare inițială (anexa 2). Se îndeplinește de medicul infecționist al cabinetului teritorial și de asistentul social din cadrul Centrului social regional.

- Formularul de evaluare complexă a adultului (anexa 3 conform ord. MPSFC nr.71 din 8 octombrie 2008). Se completează de asistentul social.
- Formularul de evaluare complexă a familiei cu copii (anexa 4 aprobată prin ord. MPSFC nr.71 din 3 octombrie 2008).
- Planul individualizat de asistență a adultului (anexa 5). Se completează de Managerul de Caz.
- Acordul de colaborare între persoana care trăiește cu HIV și Managerul de Caz (anexa 6).
- Formularul privind reevaluarea cazului și revederea planului individualizat de asistență (anexa 7). Se îndeplinește de către Managerul de Caz.

Informația din dosar poartă caracter confidențial. Dosarele personale se vor păstra la loc sigur, unde nu au acces persoane străine.

Bibliografie

1. Asistența socială în contextul transformărilor din Republica Moldova. – Ch.: „Cu drag” S.R.L., 2008. – 440p.
2. Asistența socială. Studii și aplicații. – Iași, 2005.
3. Bocancea C., Neamțu G. Asistența socială: elemente de teorie și strategii de mediere. – Iași, 1999.
4. Bulgaru M. (coord.), Aspecte teoretice și practice ale asistenței sociale, - Chișinău, USM, 2003.
5. Bulgaru M. (coord.), Metode și tehnici în asistența socială. – Chișinău, USM; 2002.
6. Bulgaru M., Dilion M. Concepte fundamentale ale asistenței sociale. – Chișinău, 2000.
7. Neamțu, G. Tratat de asistență socială, Iași: Polirom, 2003.
8. Raportul social anual 2008, Ministerul Protecției Sociale Familiei și Copilului
9. Raportul social anual 2009, Ministerul Muncii, Protecției sociale și Familiei.
10. Suport de curs pentru instruirea inițială a asistenților sociali comunitari, Chișinău 2009
11. Sisteme moderne de asistentă socială. Tendințe globale și practici locale, Buzducea Doru, Editura Polirom, Iași, 2009.
12. Забадыкина Е.В. Памятка социальному работнику. Социальные работники за безопасность в семье, 1999.
13. Кольцова О.В. Роль специалиста по социальной работе в построении общей помощи пациентам «Центра СПИД». В кн.: Мультипрофессиональный подход в лечении и уходе за людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом. Практика совместного консультирования и лечения: Руководство. Под ред. Д.В. Островского. – РОО «СПИД инфосвязь», 2006, с. 43 – 49.
14. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования. - М., 1999.
15. Островский Д. В. Мультипрофессиональный подход в лечении и уходе за людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом. Практика совместного консультирования и лечения. Руководство РОО „СПИД инфосвязь”, Москва, 2006.
16. Ромм М.В. Адаптация личности в социуме: Теоретико-методологический аспект. – Новосибирск: Наука. Сибирская издательская фирма РАН, 2002.
17. Трошин О.В., Жулина Е.В., Кудрявцев В.А. Основы реабилитации и профориентации: Учебное пособие. - М.: ТЦ Сфера, 2005 21.
18. Узнадзе Д.Н. Общая психология / Пер. с грузинского Е.Ш. Чомахидзе; под ред. И.В. Имедадзе. – М.: Смысл; СПб: Питер, 2004.
19. Фирсов М. В., Шапиро Б. Ю. Психология социальной работы: Содержание и методы психосоциальной практики: Учебное пособие для студентов вузов. М.: Издательский центр «Академия», 2002
20. Холостова Е. И., Сорвина А.С. Социальная работа: теория и практика, Москва, 2002.

Anexe

Anexa 1. Acord informat

ACORD INFORMAT

pentru includerea pacientului/beneficiarului
în asistență prin metodologia Managementul de Caz

Încheiat între

medicul infecționist _____

și _____

în calitate de pacient/beneficiar care urmează să fie asistat.

I. Obiective

II. Obligațiile părților

Medicul infecționist

Pacientul

III. Durata Acordului

IV. _____ EU am luat cunoștință că acest *Acord* se încheie pe o perioadă determinată de timp și că nerespectarea responsabilităților asumate determină încetarea intervenției propuse.

V. Data întocmirii

Semnătura beneficiarului

Semnătura medicului infecționist

Chestionar de înregistrare și evaluare inițială
a pacientului cu HIV/SIDA
(realizat în institutia medicală)

Data înregistrării: _____ Codul de înregistrare/SIAPFC: _____

Data interviului: _____ Adresa interviului: _____

Data completării anchetei: _____

Organizația, care a organizat interviul : _____

Numele intervievatorului: _____

Tipul organizației de referință: APL ONG OI Organe de drept Altele

Specificați tipul organizației

Organizația de referință: _____

Managerul de caz: _____

Asistentul social: _____

Reprezentantul legal (numai pentru minori): _____

I. INFORMAȚII PERSONALE

Nume: _____ Prenume: _____ Patronimic: _____ Cod
personal IDNP _____

Sex: F M Data nașterii: _____ Locul nașterii:

Document de identitate: pașaport străin buletin de identitate adeverință de naștere nu are

Dacă are: Seria _____ nr. _____ valabil până la

Cetățenie: Moldova Apatrid Alta țară _____ Țara de reședință

Specificați

Specificați

Naționalitate / Etnie : Mold Rus Găgăuz Romă Altele _____

Înregistrare (viză de reședință): _____

Adresa de domiciliu: _____

Telefon _____

Starea civilă (numai pentru adulți): Celibatar/ă Căsătorit/ă Divorțat/ă Separat/ă
Concubinaj Văduv/ă

Numărul copiilor: Nu are 1 2 3 Mai mulți (specificați) _____

Ocupația în prezent:

II. DESCRIREA SITUAȚIEI PACIENTULUI / BENEFICIARULUI

Describeți succint istoricul identificării persoanei aflate în dificultate și faceți referință la ancheta socială corespunzătoare, utilizată pentru identificarea inițială a beneficiarului de asistență socială:

Factori de natură economică, fizică, psihologică și/sau socială, care împiedică beneficiarului să depășească o situație de dificultate : boală accident dizabilitate îmbătrânire decesul persoanei apropiate maternitate șomaj inadaptare socială (specificați)

Gradul de rudenie	Numele, prenumele	Data, luna, anul nașterii	Starea civilă	Adresa de domiciliu, telefon	Studii	Ocupația actuală și venitul lunar
Tatăl:						
Mama:						
Frați / surori:						

Altele _____

Specificați

III. DATE DESPRE FAMILIE / ORIGINEA SOCIALĂ

COMPONENȚA FAMILIEI DE ORIGINE:

Statutul economic al familiei: înstărit mediu sărac foarte sărac

Specificați _____

Condițiile de trai ale familiei:

Tipul de relații în familie: bune satisfăcătoare dificile nu au relații Altele (specificați) _____

Tipul relațiilor beneficiarului cu familia: bune satisfăcătoare dificile nu au relații Altele (specificați)

Dificultatea familiei – cauza: Probleme de sănătate Probleme economice

Violența în familie Neglijarea obligațiilor părintești Abuz de alcool

Toxicodependența sau dependența de droguri Abandon Părinți în detenție

Părinți decedați Părinți dispăruți Altele (specificați)

COMPONENȚA FAMILIEI CONSTITUITE:

Gradul de rudenie	Numele, prenumele	Data, luna, anul nașterii	Starea civilă	Adresa de domiciliu, telefon	Studii	Ocupația actuală și venitul lunar
-------------------	-------------------	---------------------------	---------------	------------------------------	--------	-----------------------------------

Soț /
Soție:

Copii:

ALTE RUDE SAU PERSOANE DE REFERINȚĂ PENTRU BENEFICIAR:

Tipul de relații cu beneficiarul: bune satisfăcătoare dificile nu au relații
 Alte (specificați) _____

IV. NIVELUL EDUCAȚIEI, EXPERIENȚA DE MUNCĂ ȘI PLASAREA ÎN CÂMPUL MUNCII

Nivelul educației / studii: 0 ani 1-4 ani 5-8 ani 9 ani (Gimnaziu) 10 ani Liceu
 Școală profesională sau de meserii Studii medii de specialitate (colegiu sau tehnicum) Studii
superioare Studii postuniversitare Altele _____
Specificați

Dacă nivelul studiilor este 0, specificați nivelul de cărturărie (Poate persoana citi și scrie?) Da
Nu

Profesia / specialitatea: _____
Specificați

Experiență de muncă: Da Nu Altele _____
Specificați

Dacă da, specificați denumirea organizației _____

Funcția _____ **Perioada** _____ **Salariul**
lunar _____

V. STAREA DE SĂNĂTATE ȘI PSIHOLOGICĂ

Constituția fizică (numai pentru copii)

Starea sănătății generale în prezent: bună satisfăcătoare rea

Afecțiuni cronice: Da Nu **Dacă da, specificați:**

Semnele de traume psihologice specifice: Dereglări în gândire Conștiință confuză Insomnie
 Dereglări de memorie Agitație Comportament compulsiv Altele

VI. ÎMPREJURĂRILE ȘI MEDIUL

(Indicați unde se află beneficiarul în momentul actual, ce ocupație are; cu cine menține legături; dacă în ambianța sa există persoane cu trecut criminal; dacă în trecut a fost la lucru peste hotare, cine și în ce mod i-a organizat plecarea; ce planuri de viitor are; dacă intenționează să plece peste hotarele țării etc.)

Anexa 3. Evaluarea complexă a adultului

Aprobată prin ord. MPSFC nr.71 din 3 octombrie 2008

EVALUAREA COMPLEXĂ A ADULTULUI

I. Date personale

Nume, prenume _____

Data, luna, anul și locul nașterii _____

Starea civilă _____

Studii _____ ocupația _____

Domiciliul _____

II. Starea de sănătate

Istoric medical

Starea de sănătate prezentă

Starea emoțională

III. Istoric social

IV. Aspecte privind mediul de viață

- Locuință, utilități
- Situația financiară
- Angajarea în câmpul muncii

- Gradul de independență
- Relațiile sociale
- Timpul liber și odihna
- Comunicarea și accesul la informații

V. Concluzii și recomandări

Data

Asistentul social

Beneficiarul

EVALUAREA COMPLEXĂ A FAMILIEI CU COPII

Termenul de evaluare

de la _____ până _____

Efectuată

de: _____

Statutul

copilului:

Numele, prenumele copilului

Data, luna, anul

nașterii _____

Adresa _____

Instituția educativă/instructivă (gradiniță, școala)

Medicul de

familie _____

Componența Familiei:

Numele, Prenumele	Data, luna, anul nașterii	Sexul M/F	Relația cu copilul	Domiciliul	Ocupația (student, angajat)	Adresa instituției de învățământ; a locului de muncă

I. Relațiile în cadrul familiei

1. Istoria familiei, relațiile. Funcționarea și bunăstarea familiei (informație pentru a înțelege relațiile din familie).
2. Familia extinsă (informații referitoare la frați, bunici, în ce relații se află cu copii, cu rudele importante din viața copilului, cu părinții).
3. Locuința, angajarea în câmpul muncii și considerările financiare.
4. Factorii și resursele sociale și comunitare, inclusiv instituția educațională din localitate (informație privind susținerea familiei din partea autorităților locale).

II. Actuala capacitate parentală, inclusiv sprijinul din partea familiei extinse:

1. Îngrijirea și asigurarea securității copilului
2. Căldura emoțională și stabilirea relațiilor
3. Orientarea, stabilirea limitelor și stimularea de către părinți: inclusiv atitudinea față de educație

III. Progresul în dezvoltarea copilului

1. Starea generală a copilului (de inclus orice informație semnificativă referitoare la sănătate, dezvoltare fizică, dezvoltarea limbajului și a comunicării).
2. Respectul față de sine, autocunoașterea și identitatea.
3. Relațiile familiale și sociale.
4. Abilitățile de autoîngrijire și independență.
5. Reușita școlară.

IV. Evaluarea punctelor forte ale copilului (inclusiv autoevaluarea copilului)

V. Evaluarea punctelor forte ale părinților și ale familiei extinse (inclusiv autoevaluarea)

VI. Evaluarea sprijinului solicitat de copil și de familie (inclusiv părerile copilului și ale părinților)

VII. Recomandări pentru planul de îngrijire

VIII. Persoanele consultate în scopul efectuării acestei evaluări

Data

Asistentul social

Beneficiarul

PLANUL INDIVIDUALIZAT DE ASISTENȚĂ

Familia _____

Domiciliul

**Tipul
familiei** _____

Numărul de copii

№ d/o	Problema	Priorita- Tea	Căile de soluționare	Termenele	Executor		Participanți		Rezultatul	Succese
					NP	Instituția	NP	Instituția		
1	Asistență medicală									
2	Asistență psihosocială									
3	Asistență socială									
4	Asistență juridică									

Problemele identificate

Acțiuni (exemple) pentru planul individualizat de asistență

Acțiuni	Durată	Responsabili
Informare	Permanent	Asistentul social, personalul primăriei, reprezentanții ONG-urilor, educatorii de la egal la egal
Consiliere	Permanent	Asistentul social, psihologul, educatorii de la egal la egal
Suport financiar		Donații, prestație temporară acordată din fondul de rezervă a primăriei, Fondul local de susținere socială a populației,
Înregistrarea copiilor la grădiniță		Asistentul social, directorul grădiniței din comunitate, Consiliul local pentru protecția copilului
Consiliere juridică	Permanent	Juristul de la Centrul regional social pentru asistența PTH, juristul din primărie
Sprijin pentru familie	La necesitate	Familia extinsă, comunitatea, voluntari, asistentul social educatorii de la egal la egal

Data întocmirii _____
Asistentul social _____
Beneficiarul _____

MODEL DE ACORD

Pentru asistența pacientului/beneficiarului
prin metodologia Managementul de Caz

Încheiat între

Managerul de Caz _____ -

și _____

în calitate de pacient/beneficiar, care urmează să fie asistat.

I. Obiective

II. Obligațiile părților

Managerul de caz

Pacientul/ Beneficiarul

III. Durata Acordului

IV. _____ EU am luat cunoștință că acest Acord se încheie pe o perioadă determinată de timp și că nerespectarea responsabilităților asumate determină încetarea intervențiilor propuse.

V. Data întocmirii

Semnătura beneficiarului

Semnătura Managerului de Caz

**Formularul privind reevaluarea cazului și revederea
PLANULUI INDIVIDUALIZAT DE ASISTENȚĂ
sau ÎNCHIDEREA CAZULUI**

Data _____

Locul întrevederii _____

Durata discuției _____

Persoanele participante _____

1. Scopul

2. Conținutul

3. Observații

4. Concluziile întrevederii

5. Recomandări

Managerul de Caz _____

Pacientul/Beneficiarul _____

*Anexa 8. Lista ONG care prestează servicii
sociale și psihosociale pentru populația-cheie și pentru PTH*

N	Denumirea organizației	Contacte
1.	Asociația Obștească “Credința” Beneficiari – persoane HIV-infectate/afectate	or. Chișinău, MD-2068, str. Miron Costin, 7, of. 501 tel: (+373) 22 92 99 07; e-mail: olga.credinta@gmail.com persoana de contact – Ludmila Untura
2.	Asociația Obștească “Viața Nouă” Beneficiari – persoane HIV-infectate/afectate, utilizatorii de droguri injectabile	or. Chișinău, str. Independenței, 6/2 tel: (+373) 22 66 38 50; e-mail: new_life@arax.md Persoana de contact – Ruslan Poverga
3.	Asociația Obștească “Centrul Regional pentru Politici Comunitare” Beneficiari – persoane HIV-infectate/afectate	or. Chișinău, MD- 2062, str. Calea Ieșilor, 10, tel: (+373) 22 24 44 11; e-mail: crpc_md@yahoo.com persoana de contact – Alexandru Curașov
4.	Asociația Obștească “Respirația a doua pentru Oamenii în Etate și Inactivi din Bălți” Beneficiari – persoane HIV-infectate/afectate, oameni în etate	or. Bălți, str. 31 August 1989, 63A tel: (+373) 231 3 18 76; e-mail: ccoe@mail.ru . persoana de contact – Irina Baicalov
5.	Asociația Obștească “Biaz Gul” Beneficiari – persoane HIV-infectate/afectate	or. Comrat, str. Lenin, 204 A, of. 61 tel: (+373) 298 2 38 74; e-mail: belaja_roza@inbox.ru persoana de contact – Alexandru Zavrucico
6.	Organizația Obștească “Здоровое Будущее” Beneficiari – persoane HIV-infectate/afectate	or. Tiraspol, MD-3300, str. Borodinschii, 2 tel: 533 2 66 66; e-mail: info.iczb@gmail.com persoana de contact – Roman Sandu
7.	Asociația Obștească “Милосердие” Beneficiari – persoane HIV-infectate/afectate	or. Bender, str. Lenin 17 tel: (+373) 552 2 94 26; e-mail: landich@idknet.com persoana de contact – Maria Țurcan

8.	Organizația Obștească „Trinity” Beneficiari – persoane HIV-infectate/afectate	Or. Rîbnița, str.Kirova, 148/3 e-mail: triniti_49@inbox.ru persoana de contact – Irina Galacenco
9.	Organizația Obștească “Credința Nord” Beneficiari – persoane HIV-infectate/afectate	or. Florești, str.Victoriei, 11A e-mail: credinta.n@gmail.com persoana de contact – Elena Avramenco