



РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАЛИНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

П Р И К А З

**05.06.2017 года № 121
г. Калининград**

**Об оказании паллиативной медицинской помощи детям
государственными медицинскими организациями
Калининградской области**

В соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны граждан в Российской Федерации», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 апреля 2015 года № 193н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи детям», руководствуясь подпунктом 6 статьи 6 Закона Калининградской области от 17 июня 2016 года № 538 «О здравоохранении Калининградской области», подпунктом 1 статьи 9 Положения о Министерстве здравоохранения Калининградской области, утвержденного постановлением Правительства Калининградской области от 11 мая 2010 года № 311 «О Министерстве здравоохранения Калининградской области», в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных детей **п р и к а з ы в а ю:**

1. Утвердить Правила организации оказания паллиативной медицинской помощи детям государственными медицинскими организациями Калининградской области согласно приложению к настоящему приказу.
2. Главному врачу ГБУЗ Калининградской области «Городская детская поликлиника № 2» А.А. Крикуну:

1) организовать работу выездной патронажной службы в соответствии с приложениями № 1, № 2, № 3 к Порядку оказания паллиативной медицинской помощи детям, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 апреля 2015 года № 193н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи детям»;

2) обеспечить ведение регистра детей, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи детям;

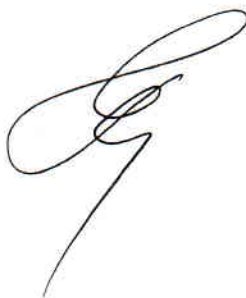
3) осуществлять координацию деятельности и оказывать организационно-методическую помощь государственным медицинским организациям Калининградской области при оказании медицинской помощи детям, проживающим в районах области и нуждающимся в оказании паллиативной медицинской помощи.

3. Главному врачу ГБУЗ «Детская областная больница Калининградской области» А.М. Малярову организовать оказание паллиативной медицинской помощи детям в соответствии с приложениями № 4 и № 6 к Порядку оказания паллиативной медицинской помощи детям, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 апреля 2015 года № 193н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи детям».

4. Руководителям государственных медицинских организаций Калининградской области организовать работу по оказанию паллиативной медицинской помощи детям в соответствии с приложением к настоящему приказу.

5. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Калининградской области Н.Б. Берездовец.

Исполняющая обязанности
министра



Н.Б. Берездовец

Приложение к приказу
Министерства здравоохранения
Калининградской области
от « 05 » июня 2017 г.
№ 111

**Правила организации
оказания паллиативной медицинской помощи детям
государственными медицинскими организациями Калининградской области**

1. Решение о необходимости оказания ребенку паллиативной медицинской помощи принимает врачебная комиссия медицинской организации, в которой осуществляется наблюдение и/или лечение ребенка.
2. Паллиативная медицинская помощь оказывается при наличии информированного добровольного согласия родителей (иных законных представителей) ребенка или самого ребенка в возрасте старше 15 лет.
3. Врачебная комиссия медицинской организации оформляет заключение о наличии показаний к оказанию ребенку паллиативной медицинской помощи, которое вносится в медицинскую документацию ребенка, определяет условия оказания паллиативной медицинской помощи (в амбулаторных условиях, в условиях стационара).
4. Копия заключения о наличии показаний к оказанию ребенку паллиативной медицинской помощи, выписка о состоянии здоровья с указанием диагноза, результатов клинических, лабораторных и инструментальных исследований выдается на руки одному из родителей или иному законному представителю (в отношении несовершеннолетнего, не достигшего возраста, установленного частью 2 статьи 54 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны граждан в Российской Федерации»).
5. Медицинская организация в течение 3-х рабочих дней передает информацию о выявлении ребенка, нуждающегося в оказании паллиативной

медицинской помощи детям (телефон 8-4012-93-17-27) с учетом требований федерального законодательства по защите персональных данных для координации работы государственных медицинских организаций Калининградской области при оказании паллиативной медицинской помощи детям.

6. Медицинская организация в течение 5-ти рабочих дней информирует муниципальные органы социальной защиты населения, образовательные организации Калининградской области о выявлении ребенка, нуждающегося в оказании паллиативной медицинской помощи, в целях рассмотрения вопроса о признании его нуждающимся в социальном обслуживании, в обучении.

7. На каждого ребенка, которому паллиативная медицинская помощь оказывается в амбулаторных условиях, заполняется «Медицинская карта ребенка, нуждающегося в оказании паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях» согласно приложению к настоящим Правилам.

8. По результатам осмотра ребенка составляется индивидуальный план наблюдения, который предусматривает кратность осмотра, необходимость проведения консультаций узкими специалистами, объем медицинских вмешательств, рекомендации по оказанию социальной, включая психологическую, помощи.

9. В ходе динамического наблюдения за ребенком индивидуальный план наблюдения корректируется.

10. При наличии медицинских показаний к оказанию ребенку медицинской помощи в амбулаторных условиях могут привлекаться специалисты ГБУЗ «Детская областная больница Калининградской области».

11. При необходимости оказания паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях медицинская организация направляет ребенка в ГБУЗ «Детская областная больница Калининградской области».

12. Длительность пребывания ребенка в ГБУЗ «Детская областная больница Калининградской области» при оказании паллиативной медицинской помощи в плановой форме составляет не более 30 календарных дней.

13. Информация о выписке ребенка из ГБУЗ «Детская областная больница Калининградской области» направляется в день выписки в медицинскую организацию по месту прикрепления ребенка на медицинское обслуживание и сотрудникам выездной патронажной службы паллиативной медицинской помощи ГБУЗ Калининградской области «Городская детская поликлиника № 2».

14. При достижении ребенком 18-летнего возраста информация о необходимости дальнейшего оказания паллиативной помощи направляется в ГБУЗ Калининградской области «Городская больница № 2» (телефон/факс 8-4012-307-413) с целью осуществления преемственности в оказании паллиативной помощи.

Приложение
к Правилам организации оказания паллиативной
медицинской помощи детям государственными
медицинскими организациями Калининградской области

Форма
медицинской карты ребенка, нуждающегося
в оказании паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
Калининградской области
Выездная патронажная служба паллиативной медицинской помощи детям

Медицинская карта ребенка,
нуждающегося в оказании паллиативной
медицинской помощи в амбулаторных условиях
№ _____

дата заведения карты

дата выбытия

« _____ » _____ 20 ____ г.

« _____ » _____ 20 ____ г.

1. Фамилия, имя, отчество: _____

2. Дата рождения: _____ пол: мужской, женский

3. Адрес: _____

4. Диагноз: _____ Код МКБ 10 _____

Основной: _____

Сопутствующий: _____

5. Страховой медицинский полис № _____

6. Документ, подтверждающий наличие инвалидности: МСЭ № _____
Серия _____ дата выдачи _____, выдан Филиал № _____

7. Сведения о родственниках:

Мама _____ телефон _____

Папа _____ телефон _____

Другие члены семьи _____

телефон _____

8. Медицинская организация, направившая пациента под наблюдение выездной патронажной службы:

9. Диагноз заболевания направившей медицинской организации:

код по МКБ 10 _____

основной: _____

сопутствующий: _____

10. Побочное действие лекарств (непереносимость): (наименование лекарственного средства, характер побочного действия) _____

11. Ранее проведенное лечение основного заболевания (вид лечения, дата):

11.1. Хирургическое радикальное, паллиативное (нужное подчеркнуть, указать) _____

11.2. Лучевая терапия (описать): _____

11.3. Лечение лекарственными средствами: _____

11.4. Химиотерапия: _____

11.5. Симптоматическое лечение: _____

11.6. Другие виды лечения (реабилитационное, санаторно-курортное): _____

Первичный осмотр

« _____ » _____ 20 ____ г.

Жалобы (указать) _____

Анамнез vitae et morbi: _____

Дополнение к анамнезу заболевания:

При осмотре: указать возраст на момент осмотра, описать жилищно-бытовые условия, указать качество ухода за ребенком, отметить наличие самостоятельных навыков.

Состояние больного удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое (подчеркнуть). Тяжесть обусловлена (указать) _____

Кожные покровы: без изменений, субиктеричны, иктеричны (слегка, умеренно, интенсивно), гиперемия, бледные (подчеркнуть) _____

Сыпь геморрагическая, розеолезная, пятнисто-папулезная, мелкоточечная, везикулярная (папулы, везикулы, пустулы), скудная, умеренная, обильная (подчеркнуть), Локализация (указать) _____

Ротоглотка: слизистая (описать) _____
 небные дужки _____

миндалины гипертрофированы (I, II, III степень) разрыхлены, налеты (плотные, гладкие, серые, с перламутровым оттенком, желтые, снимаются шпателем легко, с трудом, не выходит за пределы небных дужек), поверхность не кровоточит (подчеркнуть)

Uvula не отечна. Отек шейной клетчатки (отсутствует) _____

Периферические лимфатические узлы не увеличены (увеличены), локализация : _____

размер _____
 плотные, эластичные, безболезненные (подчеркнуть)

Слюнные железы _____

Периферические отеки (отсутствуют) имеются (подчеркнуть).

Костно-мышечная система без особенностей, другое (указать) _____

Органы кровообращения: ЧСС: _____ уд.в мин. АД: _____ мм.рт.ст.
 Перкуторно границы сердца в пределах возрастной нормы другое (указать) _____

Аускультативно тоны сердца ритмичные, чистые, приглушены (подчеркнуть).
 Пульс ритмичный, неудовлетворительного наполнения, неудовлетворительного напряжения, нитевидный (подчеркнуть).

Органы дыхания: ЧД: _____ в мин. Грудная клетка правильной формы, обе половины грудной клетки одинаковой участвуют в акте дыхания. Перкуторно над всеми легочными полями легочный звук, другое (указать) _____

Аускультативно дыхание везикулярное, жесткое ослаблено (подчеркнуть), другое (указать) _____

Вес (динамика) _____

Органы пищеварения: язык влажный, сухой, не обложен (подчеркнуть) _____
 Живот правильной формы, не вздут, мягкий, безболезненный (подчеркнуть), другое (указать) _____

Перитонеальные симптомы отрицательные, положительные (подчеркнуть).

Окружность живота _____ см.

Печень выступает (не выступает) из-под реберной дуги _____ (см). Консистенция Печени эластичная, умеренной плотности, плотная, мягкая; край острый, закруглен (подчеркнуть), другое (указать) _____

Селезенка _____

Стул: ежедневно, запор, жидкий (подчеркнуть), другое (указать) _____

Органы мочевыделения: мочеиспускание (не учащено) учащено (подчеркнуть), другое (указать) _____, суточный диурез _____ (л).

Нервная система: сознание: ясное, заторможен, спутанное, отсутствует (подчеркнуть), другое (указать) _____

Чувствительные расстройства (указать) _____

Патологические симптомы (указать) _____

Болевой синдром по 10-бальной шкале (СОШ) _____ баллов.

Диагноз: _____

Указать паллиативную группу: _____

План наблюдения: _____

Врач _____

подпись_____
инициалы, фамилия

**Протокол
первичного осмотра пациента врачом выездной патронажной службой**

Дата осмотра « _____ » _____ 20 ____ г.

Жалобы, анамнез _____

Оценка основных симптомов _____ рост _____ (см) _____ масса тела _____ (кг)

<p>Желудочно-кишечные:</p> <p><input type="checkbox"/> тошнота <input type="checkbox"/> рвота <input type="checkbox"/> запор <input type="checkbox"/> анорексия <input type="checkbox"/> кахексия <input type="checkbox"/> метеоризм <input type="checkbox"/> другие (указать)</p> <p>_____ _____ _____</p>	<p>Дыхательные :</p> <p><input type="checkbox"/> ЧД _____ <input type="checkbox"/> диспноэ ст.1,2,3,4 <input type="checkbox"/> кашель <input type="checkbox"/> охриплость голоса <input type="checkbox"/> выделение мокроты</p> <p><input type="checkbox"/> другие (указать)</p> <p>_____ _____</p>	<p>Дерматологические (указать локализацию):</p> <p><input type="checkbox"/> опухоль <input type="checkbox"/> пролежень <input type="checkbox"/> зуд <input type="checkbox"/> отек (пастозность) <input type="checkbox"/> другие (указать)</p> <p>_____ _____ _____</p>
<p>Урологические:</p> <p>диурез суточный - _____ л</p> <p><input type="checkbox"/> недержание мочи <input type="checkbox"/> задержка мочи <input type="checkbox"/> другие (указать)</p> <p>_____ _____</p>	<p>Сердечно-сосудистые:</p> <p><input type="checkbox"/> АД _____ <input type="checkbox"/> ЧСС _____ <input type="checkbox"/> пульс _____ <input type="checkbox"/> одышка <input type="checkbox"/> аритмия <input type="checkbox"/> другие (указать)</p> <p>_____ _____ _____</p>	<p>Психоневрологические:</p> <p><input type="checkbox"/> паралич/парезы <input type="checkbox"/> афазия, дисфагия <input type="checkbox"/> апатия <input type="checkbox"/> тревога (ажитация) <input type="checkbox"/> эмоциональная лабильность <input type="checkbox"/> дезориентация <input type="checkbox"/> агрессия <input type="checkbox"/> другие (указать)</p> <p>_____ _____</p>

--	--	--

**План наблюдения за ребенком, нуждающимся в оказании паллиативной
медицинской помощи**

Вид наблюдения	Лечение	Уход	Психосоциальная адаптация	Необходимость в консультации других специалистов, кратность наблюдения
<input type="checkbox"/> выездная консультативная помощь	<input type="checkbox"/> режим <input type="checkbox"/> диета <input type="checkbox"/> медикаментозное лечение <input type="checkbox"/> физиотерапия <input type="checkbox"/> психотерапия <input type="checkbox"/> консультации специалистов	<input type="checkbox"/> уход за полостью рта <input type="checkbox"/> уход за стомой <input type="checkbox"/> уход за пролежнями	помощь психолога социальные услуги привлечение волонтеров представителей духовенства другое (указать)	Невролог Онколог Офтальмолог Оториноларинголог Нейрохирург Реаниматолог-анестезиолог Кардиолог Уролог-андролог Другие специалисты
		<input type="checkbox"/> зондовое питание <input type="checkbox"/> другое (указать)	_____	
		_____	_____	

Медикаментозное лечение

Дата назначения	Лекарственное средство	Доза	Кратность	Ф.И.О. врача
....

Другие виды лечения (указать) _____

С планом наблюдения ознакомлен (а) _____

8. Вид оплаты: за счет бюджетных средств, собственных средств, медицинского страхования (добровольного, обязательного) (нужное подчеркнуть).

9. Страховой полис (серия, номер): _____

10. Дата взятия на учет « _____ » _____ 20 ____ г.

11. Исход заболевания: умер; переведен (нужное подчеркнуть).

12. Дата выписки (смерти) « _____ » _____ 20 ____ г.

13. Проведено осмотров _____

14. Диагноз направившей организации здравоохранения: _____

ВЫПИСКА
из медицинской карты паллиативной помощи больному на дому

Дана _____

(фамилия, имя, отчество)

дата рождения _____

(число, месяц, год)

проживающему (ей) по адресу (указать) _____

в том, что он (она) находится под опекой хосписа (нужное подчеркнуть) в _____

(структурное подразделение хосписа)

с « _____ » _____ 20 ____ г. по « _____ » _____ 20 ____ г.

Клинический диагноз основной: _____

Осложнения основного диагноза _____

Проведенное лечение (указать) _____

Выписан (а), продолжает лечение (нужное подчеркнуть).

Рекомендации (указать) _____

Выписка дана для предъявления

_____ (наименование организации)

врач

подпись

инициалы, фамилия

Врач выездной патронажной службы _____

подпись

(_____)

ФИО

М.П.

« _____ » _____ 20 _____ г.