



РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
ХАНТЫ-МАНСКИЙ АВТОНОМНЫЙ ОКРУГ – ЮГРА
(Тюменская область)

**ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ХАНТЫ-МАНСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА – ЮГРЫ
БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ХАНТЫ-МАНСКОГО АВТОНОМНОГО
ОКРУГА-ЮГРЫ «НЕФТЕЮГАНСКАЯ ОКРУЖНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ
БОЛЬНИЦА ИМЕНИ В.И.ЯЦКИВ»**

« 30 » 08 2022 г.

№ 486

П Р И К А З

Об открытии отделения выездной
патронажной паллиативной помощи детям
в БУ «Нефтеюганская окружная
клиническая больница имени В.И. Яцкив»

Согласно Федеральному закону от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Постановления Правительства Российской Федерации от 10 декабря 2018 года № 1506 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов»; Во исполнение приказа Министерства здравоохранения РФ и Министерства труда и социальной защиты РФ от 31 мая 2019 г. N 345н/372н «Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья», Постановления правительства ХМАО-Югры от 28.12.2018 № 500-п «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Ханты-Мансийском автономном округе - Югре на 2019год и на плановый период 2020 и 2021 годов»; Приказа Департамента здравоохранения ХМАО-Югры от 01.01.2022г №575 «Об организации работы отделений выездной патронажной паллиативной медицинской помощи детям на базе медицинских организация Ханты-мансийского автономного округа- Югры» в целях совершенствования системы оказания паллиативной медицинской помощи детям в БУ «Нефтеюганская окружная клиническая больница имени В.И.Яцкив».

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Назначить заместителя главного врача по детству В.Г. Козаренко ответственной за организацию отделения выездной патронажной паллиативной помощи детям в БУ «Нефтеюганская окружная клиническая больница имени В.И. Яцкив».
2. Заместителю главного врача по детству В.Г. Козаренко обеспечить:
 - 2.1. организацию и контроль оказание паллиативной медицинской помощи детям в соответствии с приложениями 1-19 данного приказа;
 - 2.2. контроль соответствия качества оказания паллиативной медицинской помощи детям согласно стандартам, клиническим рекомендациям и протоколам ведения пациентов;
 - 2.3. организацию проведения выборочной проверки первичной медицинской документации паллиативной медицинской помощи детям.
3. Заместителю главного врача по организационно-методической работе Е.Ф. Тимофееву:
 - 3.1. организовать размещение информации на сайте учреждения о видах и условиях оказания паллиативной медицинской помощи детям;
 - 3.2. обеспечить информационное сопровождение организации паллиативной медицинской помощи детям.
4. Заместителю главного врача по клинико-экспертной работе А.В. Шахову обеспечить:
 - 4.1. сбор, формирование, анализ статистической информации по оказанию паллиативной медицинской помощи детям;
 - 4.2. периодическое проведение выборочной проверки первичной медицинской документации.
5. Заведующей отделением выездной патронажной паллиативной медицинской помощи детям Н.П. Николаевой обеспечить:
 - 5.1. организацию оказания паллиативной медицинской помощи детям в амбулаторных условиях в соответствии с приложениями 1-19 данного приказа;
 - 5.2. ведение постоянно действующей школы для обучения лиц, осуществляющих уход за тяжелобольными (далее по тексту - школа);
 - 5.3. ежемесячно к 5 числу месяца, следующего за отчетным предоставлять в кабинет методической работы и анализа отчет о работе школы, в установленном порядке;
 - 5.4. ежемесячно к 5 числу месяца, следующего за отчетным предоставлять в кабинет методической работы и анализа отчет об объеме выполненных посещений ОВПМПД, в установленном порядке;

6. Начальника отдела АСУ А.В. Хренову обеспечить технического сопровождения: доступ в регистр паллиативной медицинской помощи; работу электронной медицинской карты паллиативного пациента; обработку информации.
7. Начальнику отдела обеспечения деятельности и делопроизводства Н.А. Волковой:
 - 7.1. включить утвержденные формы в Альбом и Сводную таблицу записей унифицированных форм.
 - 7.2. ознакомить всех заинтересованных лиц.
8. Заместителю главного врача по кадрам Е.В. Урманчиевой произвести необходимые мероприятия, предусмотренные законодательством.
9. Контроль за исполнением данного приказа возложить на заместителя главного врача по детству В.Г. Козаренко.

Главный врач

Д.В. Мальцев

Исполнитель:

Корсунова Татьяна Федоровна
8 (3463) 250-951

Положение
Об отделении выездной патронажной паллиативной помощи детям
БУ «Нефтеюганская окружная клиническая больница имени
В.И.Яцкив»

1. Общие положения

1. Настоящее положение определяет организацию деятельности отделения выездной патронажной паллиативной медицинской помощи детям в БУ «Нефтеюганская окружная клиническая больница имени В.И. Яцкив»
2. Паллиативная медицинская помощь детям оказывается в амбулаторных условиях (в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение) на дому при вызове медицинского работника, при активном посещении семьи.
3. Отделения выездной патронажной паллиативной медицинской помощи детям является структурным подразделением детской поликлиники БУ «Нефтеюганская окружная клиническая больница имени В.И. Яцкив» и организуется в целях совершенствования оказания профессиональной медицинской, психологической, социальной помощи на дому детям с неизлечимыми заболеваниями или состояниями, угрожающими жизни или сокращающими ее продолжительность, в стадии, когда отсутствуют или исчерпаны возможности этиопатогенетического лечения, по медицинским показаниям с учетом тяжести, функционального состояния и прогноза основного заболевания.
4. Отделения выездной патронажной паллиативной медицинской помощи детям осуществляет свою деятельность во взаимодействии со всеми структурными подразделениями БУ «Нефтеюганская окружная клиническая больница имени В.И. Яцкив», с медицинскими учреждениями, прикрепленными к отделению, иными медицинскими и благотворительными организациями, государственными учреждениями, в том числе осуществляющими паллиативную помощь детям.
5. Сотрудники отделения выездной патронажной паллиативной медицинской помощи детям руководствуются в своей деятельности действующим законодательством Российской Федерации об охране жизни и здоровья, нормативными документами Министерства здравоохранения Российской Федерации, Департамента здравоохранения Ханты – Мансийского автономного округа – Югры.
6. Структура отделения выездной патронажной паллиативной медицинской помощи детям и штатная численность работников устанавливаются Департаментом здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, исходя из числа пациентов и их семей, находящихся на патронаже, и с учетом рекомендуемых штатных нормативов, предусмотренных приложением № 27 к Порядку оказания паллиативной медицинской помощи детскому населению, утвержденного совместным приказом Министерства здравоохранения Российской

Федерации, министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31 мая 2019г. № 345/372н.

7. На должность заведующего отделения выездной патронажной паллиативной медицинской помощи детям назначается врач по паллиативной медицинской помощи, прошедший обучение по дополнительным профессиональным программам по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи детям и имеющий стаж работы по основной специальности не менее 5 лет.

8. На должность врача по паллиативной медицинской помощи отделения выездной патронажной паллиативной медицинской помощи детям назначается врач, прошедший обучение по дополнительным профессиональным программам по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи детям без предъявления требования к стажу работы по специальности.

9. На должность медицинской сестры отделения выездной патронажной паллиативной медицинской помощи детям назначается медицинский работник, соответствующий Квалификационным требованиям к медицинским работникам со средним медицинским и прошедший обучение по дополнительным профессиональным программам по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи детям.

10. На должность фельдшера отделения выездной патронажной паллиативной медицинской помощи детям назначается медицинский работник, соответствующий Квалификационным требованиям к медицинским работникам со средним медицинским и прошедший обучение по дополнительным профессиональным программам по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи детям.

11. Структура отделения выездной патронажной паллиативной медицинской помощи детям и штатная численность сотрудников рассчитываются в зависимости от количества пациентов, находящихся на патронаже, с учетом медицинских и социальных показаний (ухудшение самочувствия больных; потребность в симптоматической, социальной, психологической, духовной помощи; обучение родственников навыкам ухода за больным и т.д.), а также первичного и повторного визитов.

12. Состав отделения выездной патронажной паллиативной медицинской помощи детям: заведующий отделением, врач-педиатр, врачи специалисты (привлекаются для оказания специализированной медицинской помощи из числа врачей специалистов медицинской организации), врач-анестезиолог-реаниматолог (в случае наличия детей, нуждающихся в проведении искусственной вентиляции легких), старшая медицинская сестра, фельдшер, медицинская сестра, социальный работник, медицинский психолог.

13. Состав бригады для первичного посещения формируется в зависимости от состояния пациента и потребностей семьи. Первый визит должен быть осуществлен не позднее 5 дней с момента получения информации о пациенте. Повторные вызовы специалистов службы осуществляются пациентом или его родственниками по выделенной телефонной линии, режим работы которой устанавливается заведующим отделения выездной патронажной паллиативной медицинской помощи детям.

14. Сотрудники отделения выездной патронажной паллиативной медицинской

помощи детям осуществляют свою деятельность в рамках настоящего положения, должностных инструкций и иных внутренних нормативных актов БУ «Нефтеюганская окружная клиническая больница имени В.И. Яцкив».

15. Отделение выездной патронажной паллиативной медицинской помощи детям выполняет требования стандартов БУ «Нефтеюганская окружная клиническая больница имени В.И. Яцкив» по системе менеджмента качества. Правильно и четко ведет документацию в соответствии с требованиями системы менеджмента качества.

Цели и задачи.

1. Цель организации отделения выездной патронажной паллиативной медицинской помощи детям – оказание паллиативной медицинской помощи детям с неизлечимыми, угрожающими жизни и ограничивающими жизнь заболеваниями, в стадии, когда отсутствуют или исчерпаны возможности этиопатогенетического лечения, направленной на улучшение качества их жизни путем контроля симптомов, организации ухода, планирования объемов и места оказания помощи.

2. Задачи отделения выездной патронажной паллиативной медицинской помощи детям:

2.1. Оказание медицинской, психологической и социальной поддержки пациентам с неизлечимыми, угрожающими жизни заболеваниями и членам их семей (родителям, сиблингам, близкому окружению), в том числе:

2.2. Психологическое консультирование детей;

2.3. Консультирование родителей или законных представителей, иных родственников детей, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи, и обучение их навыкам ухода за тяжелобольными детьми;

2.4. Помощь семье в период переживания утраты (после смерти ребенка) и не менее 14 месяцев после утраты;

2.5. Выявление и осуществление учета пациентов, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи, проживающих на территориях г. Нефтеюганска, Нефтеюганского района, г. Когалыма, г. Пыть-Яха, пос. Фёдоровский, пос. Угут, пос. Нижний Сартым в паллиативной помощи в сотрудничестве с амбулаторно-поликлинической службой, учреждениями социальной защиты, благотворительными и общественными организациями.

2.6. Выполнение требований СМК, изложенных в Руководстве по качеству, Политике и целях в области качества.

2.7. Выполнение требований стандартов организации по системе менеджмента качества.

Функции.

1. Выездная патронажная служба паллиативной медицинской помощи детям осуществляет следующие функции:

1.1. Динамическое наблюдение паллиативных пациентов. Дети с неизлечимыми, угрожающими и ограничивающими жизнь заболеваниями берутся на учет на основании следующих критериев:

1.2. Наличие у пациента угрожающего жизни состояния, при котором радикальное лечение существует, но может оказаться неэффективным.

1.3. Наличие у пациента состояния, при котором преждевременная смерть

неизбежна, но существуют методы активного лечения, направленные на продление жизни.

1.4. Наличие у пациента прогрессирующего заболевания без вариантов лечения, для которых возможны только медицинский уход и меры, направленные на улучшение качества жизни.

1.5. Наличие у пациента необратимых, но не прогрессирующих заболеваний, приводящих к глубокой инвалидности и подверженности осложнениям, приводящим к преждевременной смерти.

1.6. Организация консультативно-диагностической и медицинской помощи детям; выезды к пациентам на дом, которые осуществляются с привлечением всех специалистов службы: медицинских сестер, врачей, социального работника, медицинского психолога в соответствии с индивидуальными потребностями семьи.

1.7. Организация консультирования по телефону, которое осуществляется с привлечением всех специалистов отделения выездной патронажной паллиативной медицинской помощи детям.

1.8. Организация госпитализации пациентов в медицинские организации округа, оказывающие специализированную паллиативную медицинскую помощь по показаниям.

1.9. Проведение комплексных мероприятий, направленных на улучшение физического и эмоционального состояния пациента и членов семьи; контроль болевого синдрома, другой отягощающей симптоматики.

1.10. Организация стационара на дому для больных детей, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи, состояние которых не требует круглосуточного медицинского наблюдения, но по состоянию здоровья они не могут получить медицинскую помощь в условиях медицинского учреждения или нетранспортабельны.

1.11. Обучение родственников пациента навыкам ухода за тяжелобольным ребенком.

1.12. Психологическая и социальная помощь детям и членам их семей.

1.13. Оказание консультативной помощи специалистам медицинских организаций, в которых получают медицинскую помощь дети, нуждающиеся в паллиативном лечении и уходе.

1.14. Привлечение добровольных помощников, обеспечивающих безвозмездный уход за пациентами в домашних условиях.

1.15. Проведение консультаций и дача рекомендаций по назначению с целью обезболивания наркотических средств, психотропных веществ, включенных в списки II и III Перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации.

1.16. Обеспечение преемственности в оказании паллиативной медицинской помощи детям в амбулаторных и стационарных условиях;

1.17. Взаимодействие со специалистами системы социального обслуживания населения;

1.18. Ведение учетной и отчетной документации и предоставление отчетов о деятельности отделения выездной патронажной паллиативной медицинской помощи детям;

1.19. Мониторинг и оценка качества услуг, предоставляемых детям и семьям, посредством регулярного анкетирования семей, обсуждения и анализа на

планерках деятельности сотрудников, анализа отчетов сотрудников, получения обратной связи;

1.20. Непрерывное повышение качества работы отделения выездной патронажной паллиативной медицинской помощи детям и квалификации всех сотрудников путем проведения регулярного обучения, клинических разборов;

1.21. Планирование и осуществление мероприятий, направленных на профилактику синдрома эмоционального выгорания сотрудников отделения выездной патронажной паллиативной медицинской помощи детям;

1.22. Осуществление информационно-просветительской деятельности в целях повышения осведомленности общества о необходимости и принципах оказания паллиативной помощи детям, страдающим неизлечимыми заболеваниями: разработка брошюр, просветительских и методических материалов, подготовка публикаций, проведение конференций, взаимодействие с другими учреждениями и организациями, связанными с оказанием паллиативной помощи на дому пациентам с неизлечимыми заболеваниями;

1.23. Анализ деятельности отделения выездной патронажной паллиативной медицинской помощи детям по различным направлениям оказания паллиативной медицинской помощи детям, в том числе по вопросам контроля симптомов и терминального ухода, ведения пациентов в кризисных состояниях, энтерального питания, ИВЛ на дому, социальной передышки, психологической помощи, программы поддержки сиблингов, беривмент – программы (горевание).

2. Порядок взаимодействия отделения выездной патронажной паллиативной медицинской помощи детям

БУ «Нефтеюганская окружная клиническая больница имени В.И.Яцкив» с амбулаторно-поликлиническими учреждениями зоны обслуживания.

1. При выявлении ребенка в организации оказывающей первичную медико-санитарную помощь, нуждающегося в оказании ему выездной патронажной паллиативной медицинской помощи, по заявлению законного представителя, врач – педиатр направляет на врачебную комиссию.
2. Медицинское заключение, выданное врачебной комиссией, вносится в первичную медицинскую документацию пациента. Копия заключения в течении 1 рабочего дня направляется в отделение выездной патронажной паллиативной помощи детям БУ «Нефтеюганская окружная клиническая больница имени В.И.Яцкив», а также выдается на руки законному представителю.
3. На основании медицинского заключения данные пациента вносятся в окружной регистр получающих паллиативную медицинскую помощь;
4. Медицинская организация, в которой принято решение об оказании паллиативной медицинской помощи пациенту, организует:
 - направление пациента на медико-социальную экспертизу;
 - направление в организацию, которой в соответствии с законодательством Российской Федерации о социальном обслуживании граждан в Российской Федерации предоставлены полномочия на признание граждан, нуждающимися в социальном обслуживании (далее - уполномоченная организация), обращения о необходимости предоставления социального обслуживания пациенту.
5. Для оказания паллиативной мед. помощи специалистами отделения выездной патронажной паллиативной медицинской помощи детям участковым врачом-

педиатром медицинской организацией, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, к которой прикреплен пациент, оформляются следующие документы:

- Заключение врачебной комиссии (Приложение № 10)
- Выписка из первичной медицинской документации;
- Заявление пациента на оказание выездной патронажной паллиативной медицинской помощи (Приложение №15) или отказ законных представителей ребёнка (Приложение №13)
 - копия справки МСЭ;
 - информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (Приложение № 12)
 - Согласие на фото- и видеосъёмку (Приложение №15)

6. При достижении ребенком, получающим паллиативную медицинскую помощь, возраста 18 лет с целью обеспечения преемственности оказания паллиативной медицинской помощи, совместно отделение выездной патронажной службы паллиативной медицинской помощи с амбулаторно-поликлинической службой по месту фактического проживания пациента готовится выписка из истории развития ребенка направляется в медицинскую организацию, оказывающую первичную врачебную медико-санитарную помощь взрослым, по месту жительства (фактического пребывания) пациента, а также в медицинскую организацию, оказывающую паллиативную специализированную медицинскую помощь в амбулаторных условиях взрослым, не менее чем за 30 рабочих дней до достижения ребенком возраста 18 лет.

7. При оказании паллиативной медицинской помощи отделения выездной патронажной паллиативной медицинской помощи детям по медицинским показаниям рекомендуются обезболивающие лекарственные препараты, в том числе наркотические и психотропные лекарственные препараты, включенные в списки II и III Перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации (далее - Перечень). Выписка рецептов осуществляется в установленном порядке в медицинской организации, к которой прикреплен пациент, оказывающей первичную врачебную медико-санитарную помощь.

8. При оказании паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях, пациенту предоставляются медицинские изделия, предназначенные для поддержания функций органов и систем организма человека, по перечню, утверждаемому Министерством здравоохранения Российской Федерации в медицинской организации, к которой прикреплен пациент, оказывающей первичную врачебную медико-санитарную помощь.

Порядок финансирования.

1. Финансирование отделения выездной патронажной паллиативной медицинской помощи детям осуществляется за счет средств бюджета автономного округа.
2. Объем государственного задания в виде посещений на дому утверждается Департаментом здравоохранения Ханты – Мансийского автономного округа – Югры.

Порядок направления и маршрутизация паллиативных пациентов

1. Медицинское заключение детям, нуждающимся в оказании паллиативной медицинской помощи выдает врачебная комиссия медицинской организации, в которой осуществляется наблюдение и лечение ребенка. Данное заключение (протокол ВК) вносится в медицинскую документацию пациента, копия направляется в медицинскую организацию, оказывающую первичную медико-санитарную помощь по месту жительства (фактического пребывания) пациента и медицинскую организацию, оказывающую паллиативную специализированную (выездная патронажная служба) медицинскую помощь, а также выдается на руки пациенту или его законному представителю.

2. Медицинская организация, в которой принято решение об оказании паллиативной медицинской помощи пациенту, организует:

2.1 Направление пациента на медико-социальную экспертизу;

2.2. Направление в организацию, которой в соответствии с законодательством Российской Федерации о социальном обслуживании граждан в Российской Федерации, предоставлены полномочия на признание граждан, нуждающимися в социальном обслуживании; а также обращения о необходимости предоставления социального обслуживания пациенту.

2.3. Направление в отделение выездной патронажной паллиативной помощи детям по заявлению пациента, нуждающегося в оказании выездной патронажной паллиативной помощи:

- выписки из медицинской документации пациента (медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, истории развития ребенка, медицинской карты стационарного больного), с указанием диагноза, результатов клинических, лабораторных и инструментальных исследований, рекомендаций по диагностике и лечению, иным медицинским мероприятиям;
- копии протокола ВК медицинской организации, к которой прикреплен пациент, о признании ребенка паллиативным.
- копии справки МСЭ.
- копии заявления законных представителей пациента на оказание выездной патронажной паллиативной помощи.

3. При направлении пациента, нуждающегося в оказании специализированной паллиативной медицинской помощи, в медицинскую организацию, оказывающую паллиативную специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях, участковым педиатром оформляется выписка из медицинской документации пациента (медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, истории развития ребенка, медицинской карты стационарного больного), с указанием диагноза, результатов

клинических, лабораторных и инструментальных исследований, рекомендаций по диагностике и лечению, иным медицинским мероприятиям.

4. При наличии медицинских показаний для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи и невозможности ее оказания в медицинской организации, оказывающей паллиативную медицинскую помощь, гражданин, в том числе проживающий в стационарной организации социального обслуживания, лечащим врачом направляется в медицинские организации, оказывающие специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь соответствующего профиля.

5. Госпитализация в медицинские организации ХМАО-Югры, осуществляется при наличии:

- регистрации на территории Ханты-Мансийского автономного округа- Югры;
- направления, выданного медицинским учреждением, к которому пациент прикреплен;
- выписки из медицинской документации пациента (медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, истории развития ребенка) с указанием даты проведения врачебной комиссии и её заключения;

6. При выписке пациента из медицинской организации, оказывающей паллиативную специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях, выдается выписка из медицинской карты стационарного больного. Выписка направляется в медицинскую организацию, оказывающую первичную медико-санитарную помощь, по месту жительства (фактического пребывания) пациента и в отделение выездной патронажной паллиативной помощи детям.

6.1 В случае признания пациента паллиативным впервые в отделении специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи (стационаре), после его выписки из стационара в течение двух рабочих дней амбулаторно-поликлиническая служба медицинской организации, к которой прикреплен пациент, проводит первичный осмотр на дому и разрабатывает план дальнейшего наблюдения пациента.

7. При достижении ребенком, получающим паллиативную медицинскую помощь, возраста 18 лет с целью обеспечения преемственности оказания паллиативной медицинской помощи выписка из истории развития ребенка направляется в медицинскую организацию, оказывающую первичную врачебную медико-санитарную помощь взрослым, по месту жительства (фактического пребывания) пациента, а также в медицинскую организацию, оказывающую паллиативную специализированную медицинскую помощь в амбулаторных условиях взрослым, не менее чем за 30 рабочих дней до достижения ребенком возраста 18 лет.

8. При оказании паллиативной медицинской помощи по медицинским показаниям назначение обезболивающих лекарственных препаратов, в том числе наркотических и психотропных лекарственных препаратов, включенных в списки II и III Перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации (далее - Перечень), осуществляется в установленном порядке, согласно Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 января 2019 г. N 4н "Об утверждении порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения".

9. Отделения выездной патронажной паллиативной медицинской помощи детям осуществляет взаимодействие с родственниками и иными членами семьи пациента или законным представителем пациента, лицами, осуществляющими уход за пациентом, добровольцами (волонтерами), а также организациями социального обслуживания, религиозными организациями, организациями, указанными в части 2 статьи 6 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ, в том числе в целях предоставления такому пациенту социальных услуг, мер социальной защиты (поддержки) в соответствии с законодательством Российской Федерации, мер психологической поддержки и духовной помощи.

10. Взаимодействие с организациями социального обслуживания, общественными объединениями, иными некоммерческими организациями, осуществляющими свою деятельность в сфере охраны здоровья, осуществляется в соответствии с порядком взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания, общественных организаций и иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья граждан, при оказании гражданам паллиативной медицинской помощи.

Код формы записи

Утвержден приказом

БУ «Нефтеюганская окружная клиническая больница имени В.И.Яцкив»

Журнал

посещений специалистами

отделения выездной патронажной паллиативной медицинской

помощи детям

Начат: _____

Окончен: _____

Срок хранения: _____

г. Нефтеюганск 20__ г.

понеделник	вторник	среда	четверг	пятница

Код формы записи
Утвержден приказом

БУ «Нефтеюганская окружная клиническая больница имени В.И.Яцкив»

Журнал

учёта пациентов отделения выездной патронажной паллиативной медицинской помощи детям

Начат:

Окончен:

Срок хранения:

г. Нефтеюганск 20__ г.

[illegible]

[illegible]

Код формы записи
Утвержден приказом
БУ «Нефтеюганская окружная клиническая
больница имени В.И.Яцкив»

Журнал

учета проведённых манипуляций отделения выездной патронажной паллиативной медицинской помощи детям (статистический)

Начат: _____
Окончен: _____
Срок хранения: _____

г. Нефтеюганск 20 ____ г.

[illegible]

Код формы записи
Утвержден приказом
БУ «Нефтеюганская окружная
больница имени В.И.Яцкив»

Приложение к приказу БУ «Нефтеюганская окружная
клиническая больница имени В.И.Яцкив»
от 28.08.2025 № 486

Журнал

регистрации социальной

и общественной деятельности отделения выездной

патронажной паллиативной

медицинской помощи детям

Начат:

Окончен:

Срок хранения:

г. Нефтеюганск 20__ г.

[illegible]

Код формы записи
Утвержден приказом
БУ «Нефтеюганская окружная клиническая
больница имени В.И.Яцкив»

**ЖУРНАЛ
ОТКАЗОВ ОТ ОКАЗАНИЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГО-СОЦИАЛЬНОГО
СОПРОВОЖДЕНИЯ РЕБЕНКУ С ПАЛЛИАТИВНЫМ СОСТОЯНИЕМ**

Начат: _____

Окончен: _____

Срок хранения: _____

г. Нефтеюганск 20 ____ г.

[illegible]

код формы записи

БУ «Сургутская городская клиническая больница»

наименование учреждения Утвержден приказом

Приложение 8
к приказу БУ «Нефтеюганская окружная
клиническая больница имени В.И.Дикова»
от 20.08.2020 № 406

Отчет о работе постоянно действующей школы для обучения лиц, осуществляющих уход за тяжелобольными

Начат:

Окончен:

Срок хранения:

г. Нефтеюганск 20 ____ г.

Отчет о работе постоянно действующей школы для обучения лиц, осуществляющих уход за тяжелобольными

Наименование МО	Наличие «Школы ухода за тяжелобольными» (да/нет)	Обучение населения		Обучение персонала		
		Количество проведенных лекций (семинаров) населению	Количество обученных, чел	Количество проведенных семинаров по вопросам обезболивания с медицинским персоналом, из них		
БУ «Нефтеюганская окружная клиническая больница имени В.И.Яцкив»				Всего	с врачами	с медицинскими сестрами

Дата _____

Заведующий отделением _____ / _____

**Отчет об объеме выполненных посещений отделения выездной
патронажной паллиативной медицинской помощи детям**

За период с «___» _____ 201__ г. по «___» _____ 201__ г.

Наименование отделения	Количество выполненных посещений
отделение выездной патронажной паллиативной медицинской помощи детям	

Дата _____

Заведующий отделением _____ / _____ /

**Заключение врачебной комиссии о наличии показаний к проведению
паллиативной медицинской помощи пациенту**
ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

1. ФИО пациента _____

2. Дата рождения _____ возраст (полных _____ лет или _____ месяцев).

3. Адрес постоянного места жительства (по
регистрации): _____

4. Адрес фактического проживания в настоящее
время: _____

5. Свидетельство о рождении или паспорт пациента (серия, номер, дата и место
выдачи) _____

6. Медицинский страховой полис (серия, номер, дата
выдачи) _____

7. Удостоверение пациента-инвалида (номер, дата
выдачи) _____

8. Наименование и адрес поликлиники, в которой наблюдается
ребенок _____

СВЕДЕНИЯ О ЗАБОЛЕВАНИИ

1. Клинический диагноз (код МКБ):

1.1. Основной _____

1.2. Сопутствующий _____

1.3. Осложнения _____

2. Анамнез основного заболевания (указать динамику
течения) _____

3. Объем и характер проведенного лечения (основные этапы):

4. Объективный статус пациента по органам и системам в настоящий момент:

5. Группа заболеваний, подлежащих паллиативной медицинской помощи, к которой относится данный пациент (подчеркнуть необходимое):

- 1- **я группа** — угрожающие жизни заболевания, радикальное лечение которых оказалось для пациента безуспешным;
- 2- **я группа** — заболевания, требующие длительного интенсивного лечения для продления жизни с высокой вероятностью неблагоприятного исхода;
- 3- **я группа** — прогрессирующие заболевания, для которых не существует радикального излечения, и с момента установления диагноза объем терапии является паллиативным;

4-я группа — необратимые, но не прогрессирующие заболевания пациентов с тяжелыми формами инвалидности и подверженностью осложнениям.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ:

Обоснование причин полной истощенности радикальной терапии или ее изначальной невозможности:

Обоснование необходимости использования медицинских изделий (наименование, количество на месяц/год)

Рекомендуемая форма организации паллиативной помощи для пациента в настоящее время (обосновать необходимое):
амбулаторная

стационарная

Подписи членов врачебной комиссии:

Председатель врачебной
комиссии

Члены врачебной
комиссии

Заместитель руководителя по медицинской части

Лечащий врач-специалист по профилю заболевания

Дата
МП

Заключение получено (родителем, законным представителем — указать, кем именно)

Дата _____ (ФИО полностью)
подпись _____

Информированное добровольное согласие на обработку персональных данных, а также на фото и видеосъемку

Я, _____

(Ф.И.О. представителя)

(далее – «Представитель»), являющий(ая)ся законным представителем несовершеннолетнего лица

(Ф.И.О. ребенка)

(далее – «Ребенок»),

в соответствии со статьями 9,10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», статьёй 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» подтверждаю своё согласие на сбор и иную обработку (в порядке и для целей, указанных ниже) отделением выездной патронажной паллиативной медицинской помощи детям (ОВППМПД) БУ «Нефтеюганская окружная клиническая больница имени В.И.Яцкив» (далее – «Организация») персональных данных Представителя и персональных данных Ребенка в следующем объеме:

1. В отношении Представителя:

- фамилия, имя и отчество,
- возраст и дата рождения,
- паспортные данные,
- СНИЛС,
- номер домашнего и мобильного телефонов,
- адрес электронной почты,
- адрес регистрации и адрес места проживания,
- изображения и видеозаписи,
- биографические данные

2. В отношении Ребенка:

- фамилия, имя и отчество,
- пол,
- номер свидетельства о рождении или паспорта,
- СНИЛС,
- данные страхового полиса,
- возраст и дата рождения,
- адрес регистрации и адрес места проживания,
- изображения и видеозаписи,
- адрес электронной почты,
- номер домашнего и мобильного телефонов,
- биографические данные, место учебы
- информация о состоянии здоровья (решения врачебной комиссии, заключения врачей, диагнозы, сведения о заболеваниях, выписанных рецептах и лекарственных препаратах, случаи обращения за медицинской помощью, справки выдаваемые учреждениями медико-социальной экспертизы и т.д.)

(далее совместно – «Персональные данные»).

3.	Я согласен с тем, что Организация будет обрабатывать Персональные данные Представителя и Персональные данные Ребенка с использованием средств автоматизации или без использования таких средств путем сбора, записи, систематизации, накопления, хранения, уточнения (обновления, изменения), извлечения, использования, обезличивания, блокирования, удаления и уничтожения.
4.	Настоящим я также даю свое согласие на передачу Персональных данных Представителя и Персональных данных Ребенка и предоставление доступа к таким Персональным данным: 1) Сотрудникам Департамента здравоохранения Ханты- Мансийского АО-Югры 2) Сотрудникам Казенного Учреждения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры "Центр лекарственного мониторинга" (далее – КУ ЦЛМ). 3) Сотрудникам организаций, участвующих в поставке лекарственных препаратов и медицинских изделий, в том числе не зарегистрированных в Российской Федерации, а также технических средств реабилитации, не включенными в федеральный перечень реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду, в том числе таможенным представителям, транспортным компаниям, зарубежным поставщикам, а также сотрудникам организаций, осуществляющих цели заключения и исполнения вышеуказанных договоров поставки. 4) Сотрудникам городских и окружных организаций социального обслуживания, Федеральных и Региональных благотворительных Фондов, Реабилитационный Центр для детей и подростков с ОВЗ «Детство», оказывающих социальные услуги по индивидуальной программе реабилитации либо на договорной основе, содействие в получении социальных услуг и психологическую помощь ребёнку и его Представителю.
	Я согласен с тем, что обработка Персональных данных Представителя и Персональных данных Ребенка (если применимо) будет осуществляться Организацией, Департаментом здравоохранения АО, КУ ЦЛМ, сотрудниками отделения выездной патронажной паллиативной медицинской помощи детям в целях:
	• Обеспечения лекарственными препаратами и медицинскими изделиями, в том числе не зарегистрированными в Российской Федерации, а также техническими средствами реабилитации, не включенными в федеральный перечень реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду;
	• плановой и экстренной связи (по электронной почте и по номеру мобильного телефона и т.д.) с Представителем в случае необходимости.
	• внесения в электронные базы данных государственных информационных систем, в частности, в единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения (федеральный, региональный сегменты) сведений необходимых для ведения информационного ресурса в соответствии с правилами утвержденными Постановлением Правительства от 8 апреля 2021 г. № 555
	• внутреннего учета Организации
	• информирования с помощью средств связи, в том числе путём направления SMS-сообщений или писем на электронную почту
	• своевременного предоставления социального обслуживания, социально-правового информирования.
5.	Я подтверждаю, что обработка моих Персональных данных и Персональных данных Ребенка осуществляется с согласия моего и Ребенка и в наших интересах.
6.	Настоящее согласие на обработку Персональных данных Представителя и Персональных данных Ребенка действует в течение срока, необходимого для достижения целей обработки, указанных выше, после которого Персональные данные будут обезличены или уничтожены (если только дальнейшая обработка не будет требоваться по законодательству Российской Федерации).
7.	Настоящее согласие может быть отозвано мной посредством направления письменного отзыва в произвольной форме на имя Главного врача Организации либо вручено лично представителю администрации Организации по адресу: 7 мкр., дом 13, г. Нефтеюганск, Ханты-Мансийский автономный округ - Югра (Тюменская область), 628307 либо отправить по адресу электронной почты E-mail: okb_nu@mail.ru тел.

(3463) 236-357, факс (3463) 248-191

ФИО Ребенка	
Серия и номер свидетельства о рождении/паспорта	
Адрес проживания	
Адрес регистрации	
ФИО Представителя	
Серия и номер паспорта, кем и когда выдан, код подразделения	
СНИЛС	
Адрес проживания	
Адрес регистрации	
Мобильный телефон	
Электронная почта	
Законный представитель (мать, отец, опекун, др.)	
Документ подтверждающий полномочия законного представителя	

Подпись Представителя _____ (_____)

Дата: _____. _____. 20 ____

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Настоящее добровольное информированное согласие составлено в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 №323-ФЗ».

Я _____
(фамилия, имя, отчество - полностью)
_____ года рождения, проживающий(ая) по адресу:

- поставлен (а) в известность, что я (представляемый/представляемая) обратился (обратилась) в бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа _ Югры БУ «Нефтеюганская окружная клиническая больница имени В.И.Яцкив»

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет или недееспособных граждан:

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество –полностью, года рождения)

паспорт:

выдан: _____,
серия, номер _____ когда, кем _____

проживающий _____ (ая) _____ по _____ адресу:

—
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка

—
(ФИО ребенка или недееспособного гражданина-полностью, год рождения)

- поставлен(а) в известность, что представляемому будет оказываться медицинская помощь на дому сотрудниками отделения выездной патронажной паллиативной медицинской помощи детям БУ «Нефтеюганская окружная клиническая больница имени В.И.Яцкив»

Мне, согласно моей воле, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях здоровья представляемого.

Я ознакомлен(а) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, представляемого и обязуюсь их соблюдать.

Я добровольно даю свое согласие на проведение представляемому, в соответствии с назначениями врача, диагностических исследований: анализа крови общего и биохимического, исследований крови на наличие вируса иммунодефицита человека, вирусных гепатитов, бледной трепонемы, анализа мочи общего; проведения эндоскопических исследований: прием таблетированных препаратов, инъекций, Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно. В случае необходимости представляемый будет направлен для оказания консультативно-диагностической помощи в другие лечебные учреждения.

Я добровольно даю свое согласие на медицинское обслуживание представляемого, предусматривающее следующие медицинские услуги паллиативной помощи, которые могут потребоваться в связи с состоянием представляемого: визит врача/ медицинской сестры – опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; оценка состояния; психологическая поддержка; планирование медицинской помощи; процедуры по уходу: обработка кожи, в том числе пролежней (за исключением хирургической обработки); позиционирование больного; гигиенические процедуры; обучение использованию ортопедических пособий; санация ротовой полости, носовых ходов, верхних дыхательных путей; перевязка и обработка трахеостомы/гастростомы; установка и замена назогастрального зонда; энтеральное питание (введение смесей через зонд/гастростому); кислородотерапия; уход и контроль за оборудованием и центральными венозными катетерами; внутримышечные, подкожные; клизмы; катетеризация мочевого пузыря; осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия; антропометрические исследования; термометрия; тонометрия; неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций; неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций; исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические; функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, пикфлоуметрия, электроэнцефалография; ультразвуковые исследования, доплерографические исследования; введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно; медицинский массаж; лечебная физкультура.

Я информирован(а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью представляемого, а также о том, что предстоит представляемому делать во время их проведения.

Я извещен(а) о том, что представляемому необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия представляемого, согласовывать с врачом прием любых, не им прописанных лекарств.

Я предупрежден(а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья представляемого.

Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем представляемого, в том числе об аллергических реакциях, индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных представляемым и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на представляемого во время жизнедеятельности, о принимаемых представляемым лекарственных средствах. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты, и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение представляемого в предложенном объеме.

« _____ » _____ 20__ г.
_____ Врач
должность

_____ Подпись законного представителя
_____ (И.О. Фамилия)

« _____ » _____ 20__ г.
_____ Врач
должность

_____ Подпись законного представителя
_____ (И.О. Фамилия)

**ДОБРОВОЛЬНЫЙ ИНФОРМИРОВАННЫЙ ОТКАЗ
РОДИТЕЛЕЙ (ЗАКОННЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ, ОПЕКУНОВ) ОТ ОКАЗАНИЯ
МЕДИКО-ПСИХОЛОГО-СОЦИАЛЬНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ РЕБЕНКУ С
ПАЛЛИАТИВНЫМ СОСТОЯНИЕМ**

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество –полностью, года рождения)
паспорт: _____ выдан: _____,
серия, номер _____ когда, кем выдан _____,
проживающий (ая) по адресу: _____,
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка

(ФИО ребенка или недееспособного гражданина-полностью, год рождения)

состоявшего на учете отделения выездной патронажной паллиативной медицинской
помощи детям, БУ «Нефтеюганская окружная
клиническая больница имени В.И.Яцкив»

**Даю добровольный отказ от сопровождения специалистами отделения выездной
патронажной паллиативной медицинской помощи детям БУ «Нефтеюганская
окружная клиническая больница имени В.И.Яцкив»**

Я извеще(на) о том, что моему ребенку необходимо регулярно принимать назначенные
препараты, проводить назначенные методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом
изменении либо ухудшении самочувствия ребенка;

**Мне разъяснено, что в случае изменения моего желания, как законного представителя
ребенка, я в установленном порядке могу возобновить наблюдение за моим ребенком
специалистами отделения выездной патронажной паллиативной медицинской
помощи детям БУ «Нефтеюганская окружная клиническая больница имени В.И.Яцкив»**

Я ознакомлен(на) и согласен(на) со всеми пунктами настоящего документа, положения
которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно отказываюсь от сопровождения
отделением выездной патронажной паллиативной медицинской помощи детям

Подпись: _____ / _____ /
(ФИО законного представителя)

«_____» _____ 20__ года

Расписался в моем присутствии:

Подпись: _____ / _____ / _____
(ФИО сотрудника) _____ должность

Утвержден приказом
наименование учреждения БУ «Нефтеюганская окружная клиническая больница
имени В.И.Яцкив»

Заявление

Я, _____
Ф.И.О. (родителя, законного представителя ребенка)

Паспорт: _____
(серия, номер, дата выдачи, орган выдавший паспорт)

Адрес фактического проживания: _____

Телефон: _____ Адрес эл. почты (скайпа): _____

Прошу принять моего ребенка _____
(Ф.И.О. ребенка, дата рождения)

Диагноз: _____

под наблюдение сотрудников отделения выездной патронажной паллиативной
медицинской помощи детям БУ «Нефтеюганская окружная клиническая больница имени
В.И.Яцкив» и оказание ему медико-социальной и психологической помощи.

Сведения о семье:

Мать _____
(Ф.И.О. год рождения)
_____ (место работы)

Отец _____
(Ф.И.О. год рождения)
_____ (место работы)

Другие члены семьи: _____
(дети, родственники)

№ поликлиники ребенка по месту жительства (детская) контакты лечащего врача:

Подпись: _____ / _____ /

« _____ » _____ 20 ____ года

Решение: Взять сроком на _____

Подпись: _____ / _____ /
ФИО _____ Должность _____

« _____ » _____

Порядок взаимодействия отделения выездной патронажной паллиативной медицинской помощи детям БУ «Нефтеюганская окружная клиническая больница имени В.И. Яцкив» с организациями социального обслуживания, общественными объединениями, иными некоммерческими организациями, осуществляющими свою деятельность в сфере охраны здоровья

1. Общие положения

1.1. Настоящий порядок устанавливает правила взаимодействия отделения выездной патронажной паллиативной медицинской помощи детям БУ «Нефтеюганская окружная клиническая больница имени В.И.Яцкив» с организациями социального обслуживания, общественными организациями и иными некоммерческими организациями, осуществляющими свою деятельность в сфере охраны здоровья граждан, при оказании гражданам паллиативной медицинской помощи (далее - порядок взаимодействия).

2. Цели и задачи

2.1. Целью является организация предоставления пациентам, получающим паллиативную медицинскую помощь (далее - пациент), социальных услуг, мер социальной защиты (поддержки), мер психологической поддержки;

2.2. Задачи:

2.2.1. Осуществления межведомственного взаимодействия и информационного обмена;

2.2.2. Обеспечения преемственности при оказании пациентам медицинских и социальных услуг, мер социальной защиты (помощи);

3. Порядок направления, маршрутизация

3.1. Медицинская организация, в которой принято решение об оказании паллиативной медицинской помощи пациенту, в целях организации социального обслуживания, осуществляет:

3.1.1. Информирование пациентов, их законных представителей, родственников, лиц, осуществляющих уход за пациентом, о перечне социальных услуг, предоставляемых в субъекте Российской Федерации, порядке и условиях их предоставления, адресах и контактных телефонах уполномоченного органа субъекта Российской Федерации или уполномоченной организации в сфере социального обслуживания, организующих предоставление указанных социальных услуг (далее - уполномоченный орган или уполномоченная организация);

3.1.2. Направление обращения о предоставлении социального обслуживания в уполномоченную организацию о необходимости предоставления социального обслуживания пациенту, полностью или частично утратившему способность либо возможность осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, обеспечивать основные жизненные потребности (далее - пациент, утративший способность к самообслуживанию), при наличии согласия законного представителя недееспособного гражданина, имеющего показания для оказания паллиативной медицинской помощи;

3.1.3. Направление в уполномоченную организацию информации о необходимости предоставления пациенту социального обслуживания, при наличии согласия законного представителя недееспособного гражданина, имеющего показания для оказания паллиативной медицинской помощи.

3.2. Обращение о предоставлении социального обслуживания пациенту, утратившему способность к самообслуживанию и получающему паллиативную медицинскую помощь в амбулаторных условиях, направляется медицинской организацией в уполномоченный орган или уполномоченную организацию в течение одного рабочего дня с даты выявления такого пациента.

3.3. Обращение о предоставлении социального обслуживания недееспособному гражданину, получающему паллиативную медицинскую помощь в амбулаторных условиях, направляется медицинской организацией в уполномоченный орган или уполномоченную организацию в течение одного рабочего дня с даты получения согласия законного представителя на направление такого обращения.

3.4. Обращение о предоставлении социального обслуживания пациенту, утратившему способность к самообслуживанию или являющегося недееспособным лицом, и получающего паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях, направляется медицинской организацией в уполномоченный орган или уполномоченную организацию не позднее чем за 10 дней до планируемой выписки пациента.

3.5. В обращении о предоставлении социального обслуживания пациенту указываются данные о пациенте:

- фамилия, имя, отчество (при наличии);
- дата рождения;
- адрес регистрации, контактный телефон;
- фактическое место жительства;
- необходимые социальные услуги и форма их оказания;
- причина и степень утраты способности пациента к самообслуживанию;
- срок, в который необходимо обеспечить социальное обслуживание пациента, в том числе необходимость оказания пациенту срочных социальных услуг.

3.6. Уполномоченные организации организуют оказание срочных социальных услуг пациенту в день поступления обращения от медицинской организации о необходимости оказания пациенту срочных социальных услуг.

3.7. Уполномоченные организации в течение двух рабочих дней с момента получения от медицинской организации обращения о необходимости

организации социального обслуживания пациента организуют посещение и информирование пациента и/или его законного представителя о порядке и условиях получения социального обслуживания, а также оказывают содействие пациенту, утратившему способность к самообслуживанию, в сборе и подаче в уполномоченный орган или уполномоченную организацию заявления и документов, необходимых для признания гражданина нуждающимся в социальном обслуживании.

3.8. Решение о признании пациента нуждающимся в предоставлении социального обслуживания либо об отказе в социальном обслуживании принимается не позднее двух рабочих дней с даты подачи заявления и документов, необходимых для предоставления социального обслуживания.

3.9. Социальное обслуживание одиноко проживающих пациентов, утративших способность к самообслуживанию, в форме социального обслуживания на дому или в полустационарной форме организуется не позднее чем за два дня до его выписки из стационара.

3.10. Социальное обслуживание пациентов, утративших способность к самообслуживанию, в стационарной форме социального обслуживания организуется уполномоченными органами и уполномоченными организациями в срок, не превышающий одного месяца с даты признания пациента, нуждающимся в стационарной форме социального обслуживания.

3.11. В случае если в сроки, установленные порядком взаимодействия, оформление оказания социальных услуг одиноко проживающему пациенту, утратившему способность к самообслуживанию, не завершено, уполномоченной организацией организуется оказание пациенту срочных социальных услуг, в том числе доставка лекарственных препаратов, обеспечение питанием, санитарно-гигиенические услуги, содействие в получении экстренной психологической помощи с привлечением к этой работе психологов и священнослужителей.

3.12. Получателям социальных услуг с учетом их индивидуальных потребностей, в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 28 декабря 2013 г. N 442-ФЗ "Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации" предоставляются следующие виды услуг:

3.12.1. Социально-бытовые, направленные на поддержание жизнедеятельности получателей социальных услуг в быту;

3.12.2. Социально-медицинские, направленные на поддержание и сохранение здоровья получателей социальных услуг путем организации ухода, оказания содействия в проведении оздоровительных мероприятий, систематического наблюдения за получателями социальных услуг для выявления отклонений в состоянии их здоровья;

3.12.3. Социально-психологические, предусматривающие оказание помощи в коррекции психологического состояния получателей социальных услуг для адаптации в социальной среде, в том числе оказание психологической помощи анонимно, а также с использованием телефона доверия;

3.12.4. Социально-педагогические, направленные на профилактику отклонений в поведении и развитии личности получателей социальных услуг,

формирование у них позитивных интересов (в том числе в сфере досуга), организацию их досуга, оказание помощи семье в воспитании детей;

3.12.5. Социально-трудовые, направленные на оказание помощи в трудоустройстве и в решении других проблем, связанных с трудовой адаптацией;

3.12.6. Социально-правовые, направленные на оказание помощи в получении юридических услуг, в том числе бесплатно, в защите прав и законных интересов получателей социальных услуг;

3.12.7. Услуги в целях повышения коммуникативного потенциала получателей социальных услуг, имеющих ограничения жизнедеятельности, в том числе детей-инвалидов;

3.12.8. Срочные социальные услуги;

3.12.9. Условия его жизнедеятельности, зависимость от посторонней помощи.

3.13. Социальное обслуживание пациентов осуществляется при соблюдении следующих принципов:

3.13.1. Равный, свободный доступ граждан к социальному обслуживанию вне зависимости от их пола, расы, возраста, национальности, языка, происхождения, места жительства, отношения к религии, убеждений и принадлежности к общественным объединениям;

3.13.2. Адресность предоставления социального обслуживания услуг;

3.13.3. Приближенность поставщиков социальных услуг к месту жительства граждан;

3.13.4. Достаточность количества поставщиков социальных услуг для обеспечения потребностей граждан в социальном обслуживании;

3.13.5. Достаточность финансовых, материально-технических, кадровых и информационных ресурсов у поставщиков социальных услуг;

3.13.6. Сохранение пребывания граждан в привычной благоприятной среде;

3.13.7. Добровольность получения социальных услуг;

3.13.8. Конфиденциальность.

3.14. При определении формы социального обслуживания пациентов следует исходить из приоритетности социального обслуживания на дому и полустационарного стационарного обслуживания.

3.15. В процессе оказания социальных услуг социальные работники мотивируют пациента на максимально долгое сохранение самостоятельности.

3.16. К проведению информирования населения привлекаются некоммерческие организации, осуществляющие свою деятельность в сфере охраны здоровья граждан, а также организации, действующие в интересах пожилых людей и инвалидов.

3.17. Социальные услуги пациентам предоставляются на основании индивидуальных программ предоставления социальных услуг, а также на основании договора о предоставлении социального обслуживания.

3.18. При предоставлении пациентам социально-медицинских услуг, связанных с наблюдением за их здоровьем, на основе межведомственного взаимодействия социальные работники организаций социального обслуживания организуют предоставление пациенту помощи по выполнению

медицинских процедур по назначению лечащего врача, оказывают содействие в обеспечении лекарственными препаратами, техническими средствами реабилитации, медицинскими изделиями, предназначенными для поддержания функций органов и систем организма человека, выполняют мероприятия по профилактике образования пролежней, проводят кормление, выполнение санитарно-гигиенических процедур, оказывают содействие в прохождении медико-социальной экспертизы, посещении врачей в медицинских организациях, сопровождают пациента при госпитализации и при выписке из медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, оказывают первую помощь, вызывают на дом врача, в том числе бригаду скорой медицинской помощи и/или врача, оказывающего паллиативную медицинскую помощь при наличии некупированных тяжелых проявлений заболевания.

3.19. В целях своевременного выявления среди проживающих в стационарных организациях социального обслуживания лиц, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи, организуются плановые (не реже 1 раза в 3 месяца) и внеплановые медицинские осмотры с участием врачей по паллиативной медицинской помощи.

3.20. Внеплановые медицинские осмотры проживающих в стационарных организациях социального обслуживания с участием врачей по паллиативной медицинской помощи организуются по вызову стационарной организации социального обслуживания, по обращению проживающего или иных лиц, обратившихся в интересах проживающего.

3.21. При выявлении у лица, проживающего в стационарной организации социального обслуживания, медицинских показаний для оказания паллиативной медицинской помощи заместитель руководителя стационарной организации социального обслуживания по медицинской части во взаимодействии с медицинскими организациями, оказывающими паллиативную специализированную медицинскую помощь, в течение двух рабочих дней организуют осмотр пациента с участием врача по паллиативной медицинской помощи.

3.22. Оказание проживающему в стационарной организации социального обслуживания, признанному нуждающимся в оказании паллиативной медицинской помощи, организуется в амбулаторных условиях, условиях дневного стационара или в стационарных условиях в сроки, определяемые с учетом состояния пациента, в медицинских организациях, оказывающих паллиативную специализированную медицинскую помощь.

3.23. При наличии у проживающего в стационарной организации социального обслуживания некупированных тяжелых проявлений заболевания (хронический болевой синдром, одышка, тошнота, рвота, асцит) заместитель руководителя по медицинской части стационарной организации социального обслуживания во взаимодействии с медицинскими организациями, оказывающими паллиативную специализированную медицинскую помощь организуют оказание пациенту паллиативной медицинской помощи в неотложной форме.

3.24. В целях оперативного предоставления пациенту мер социальной защиты (поддержки), медицинские организации и стационарные организации социального обслуживания, в которых принято решение о наличии у пациента показаний для оказания паллиативной медицинской помощи и/или в которых пациент получает паллиативную медицинскую помощь, взаимодействуют с федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 20 февраля 2006 г. N 95 "О порядке и условиях признания лица инвалидом"⁴, а также порядком взаимодействия.

3.25. При отсутствии у пациента инвалидности и/или необходимости внесения изменений в индивидуальную программу реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида) врачебная комиссия медицинской организации одновременно с принятием решения о наличии у пациента показаний для оказания паллиативной медицинской помощи принимает решение о направлении пациента на медико-социальную экспертизу и направлении его на медицинские обследования, необходимые для получения клинко-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы (далее - медицинские обследования), в случае отсутствия указанных медицинских обследований.

3.26. Лечащий врач в течение одного рабочего дня с даты принятия решения врачебной комиссией медицинской организации о направлении пациента на медико-социальную экспертизу информирует пациента (его законного или уполномоченного представителя) об указанном решении и оформляет согласие пациента на направление его на медико-социальную экспертизу.

3.27. Медицинская организация оформляет направление на медико-социальную экспертизу и результаты медицинских обследований в срок, не превышающий одного рабочего дня со дня получения результатов медицинских обследований при наличии согласия пациента (законного или уполномоченного представителя) на направление его на медико-социальную экспертизу.

3.28. В течение одного рабочего дня с даты оформления направления на медико-социальную экспертизу медицинская организация передает направление на медико-социальную экспертизу и результаты медицинских обследований в федеральное государственное учреждение медико-социальной экспертизы.

3.29. Федеральное государственное учреждение медико-социальной экспертизы при получении направления на медико-социальную экспертизу медицинской организации установленной формы и иных документов пациента проводит медико-социальную экспертизу и принимает решение в срок, не превышающий трех рабочих дней с даты получения указанного направления.

3.30. Не позднее одного рабочего дня с даты принятия решения федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы сведения о результатах проведенной медико-социальной экспертизы направляются в медицинскую организацию, выдавшую направление на медико-социальную экспертизу.

3.31. Информирование пациентов (их законных представителей) о результатах медико-социальной экспертизы осуществляется в порядке, установленном Административным регламентом по предоставлению государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы.

3.32. Обеспечение инвалидов из числа пациентов, получающих паллиативную медицинскую помощь, техническими средствами реабилитации, включенными в федеральный перечень реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду осуществляется уполномоченным органом в сроки, установленные Правилами обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации и отдельных категорий граждан из числа ветеранов протезами (кроме зубных протезов), протезно-ортопедическими изделиями.

3.33. Решение о предоставлении предусмотренных законодательством Российской Федерации и субъектов Российской Федерации мер социальной защиты (поддержки) лицам, имеющим показания для оказания паллиативной медицинской помощи, принимается в течение 7 календарных дней с даты предоставления заявления.

3.34. Медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь, осуществляют взаимодействие с родственниками и иными членами семьи пациента или законным представителем пациента, лицами, осуществляющими уход за пациентом, добровольцами (волонтерами), а также организациями социального обслуживания, религиозными организациями, организациями, указанными в части 2 статьи 6 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ.

3.35. Взаимодействие медицинских организаций, организаций социального обслуживания, общественных и иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья граждан, осуществляется в целях улучшения морально-психологического состояния пациентов, в том числе за счет реализации следующих мероприятий:

3.35.1. Осуществление дополнительного ухода за пациентами;

3.35.2. Организация досуга (свободного времени) пациентов и их родственников;

3.35.3. Улучшение социально-бытовых условий пребывания пациентов;

3.35.4. Трудовая помощь;

3.35.5. Проведение мероприятий культурной и творческой направленности;

3.35.6. Оказание юридической помощи пациентам.

Медицинские показания к оказанию специализированной паллиативной медицинской помощи детям в условиях круглосуточного стационара и отделения выездной патронажной паллиативной медицинской помощи детям

1. Основные медицинские показания к оказанию паллиативной медицинской помощи детям в отделении выездной патронажной паллиативной медицинской помощи детям

1. Отсутствие возможности осуществить мероприятия психологического характера медицинской организацией, оказывающей первичную паллиативную медицинскую помощь;
2. Необходимость обучения родителей (законных представителей) ребенка навыкам ухода за ним, включающим использование медицинской техники, а также контроля за выполнением врачебных рекомендаций по такому уходу.

2. Основные медицинские показания к оказанию паллиативной специализированной медицинской помощи детям в условиях круглосуточного стационара

1. Необходимость коррекции фармакотерапии болевого синдрома с индивидуальным подбором доз наркотических лекарственных препаратов при невозможности достичь эффективного и безопасного обезболивания в амбулаторных условиях;
2. Необходимость коррекции противосудорожной терапии при невозможности осуществить полный контроль судорожного синдрома в амбулаторных условиях;
3. Терминальное состояние ребенка при согласии его родителей (законных представителей) на госпитализацию;
4. Трудности в купировании тяжелых симптомов заболевания со стороны жизненно важных органов и систем;
5. Необходимость обучения родителей (законных представителей) ребенка навыкам ухода за ребенком, находящимся на респираторной поддержке при помощи инвазивной и не инвазивной искусственной вентиляции легких;
6. Необходимость в проведении комплекса мер психологического характера в отношении ребенка и членов его семьи, которые не могут быть осуществлены в амбулаторных условиях;
7. Необходимость госпитализации ребенка по социальным показаниям, в том числе без присутствия его родителя (законного представителя).

**Штаты отделения выездной патронажной паллиативной
медицинской помощи детям.**

№ п/п	Наименование должности	Количество должностей
1	Заведующий выездной бригадой– врач по паллиативной медицинской помощи	0,5
2.	Врач педиатр	0,75
3.	Врач анестезиолог-реаниматолог	0,25
4.	Социальный работник	0,5
5.	Медицинский психолог	0,5
6.	Фельдшер	1,0
7.	Старшая Медицинская сестра	1,0
8.	Медицинская сестра по массажу	0,5
9.	Медицинская сестра	1,0

	не инвазивной вентиляции, мониторинга, оценки параметров механики дыхания с возможностью передачи на внешнее устройство.	
24	Ёмкость для дезинфекции инструментария и расходных материалов.	4
25	Ёмкость для сбора бытовых и медицинских отходов	4
26	Инсуфлятор-экссуфлятор	2
27	Кислородный концентратор	2
28	Укладка экстренной профилактики парентеральных инфекций для оказания первичной медико-санитарной, скорой медицинской помощи, специализированной и паллиативной медицинской помощи.	2
29	Точка телефонной связи с выходом на междугороднюю связь	1
30	Телефонный аппарат(стационарный)	1
31	Мобильный телефон с сим-картой	4
32	Сейф	1
33	Многофункциональное устройство (МФУ)	1

Оснащение отделения выездной патронажной паллиативной медицинской помощи детям.

№ п/п	Наименование	Требуемое количество
1.	Рабочее место врача с ПК и выход в интернет	1
2.	Рабочее место фельдшера с ПК и выход в интернет	1
3.	Рабочее место старшей мед. сестры с ПК и выход в интернет	1
3.	Легковой автомобиль	2
4.	Штатив медицинский (для инфузий)	2
5.	Монитор больного (частота дыхания, пульсоксиметрия, АД, температура)	2
7.	Пульсоксиметр	2
8.	Вакуумный насос	2
9.	Мобильная реанимационная мед. тележка	2
10.	Портативный электрокардиограф	2
11	Анализатор глюкозы в крови	2
12	Шприцевой насос	2
13	Холодильник	1
14	Укладка для оказания паллиативной медицинской помощи	2
15	Шкаф для хранения инструментов	1
16	Шкаф для хранения лекарственных препаратов, не являющихся наркотическими и психотропными лекарственными препаратами	1
17	Мешок Амбу	2
18	Термометр медицинский	4
19	Стетофонендоскоп	4
20	Тонометр для измерения АД с манжетой для детей до 1 года	2
21	Молоточек неврологический	2
22	Диагностический фонарик	4
23	Аппарат ИВЛ многофункциональный с возможностью управления по давлению и по объёму, с возможностью проведения	1

Схема маршрутизации при оказании выездной патронажной паллиативной помощи детям.

Согласно Приказа Департамента здравоохранения ХМАО-Югры от 01.01.2022г №575 «Об организации работы отделений выездной патронажной паллиативной медицинской помощи детям на базе медицинских организация Ханты-мансийского автономного округа- Югры»

Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Нефтеюганская окружная клиническая больница имени В.Я. Яцкив»	Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Угутская участковая больница»
	Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Пыть-Яхская окружная клиническая больница»
	Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Нефтеюганская окружная клиническая больница имени В.Я. Яцкив»
	Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Нефтеюганская районная больница»
	Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Нижнесортымская участковая больница»
	Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Федоровская городская больница»
	Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Когалымская городская больница»