



ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КОСТРОМСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

от «01» 09 2023 года

№ 996

«Об организации оказания паллиативной
медицинской помощи детям на
территории Костромской области»

В соответствии со статьей 37 Федерального закона от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», во исполнение приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации и Министерства труда и социальной защиты населения Российской Федерации от 31.05.2019 года № 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», письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23 сентября 2022 года №17-6/И/2-15835

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

1) Порядок оказания паллиативной медицинской помощи детям на территории Костромской области в соответствии с приложением № 1 к настоящему приказу;

2) схему маршрутизации пациентов при оказании паллиативной медицинской помощи детям в соответствии с приложением № 2 к настоящему приказу.

2. Главным врачам областных государственных бюджетных учреждений здравоохранения Костромской области:

1) обеспечить оказание первичной паллиативной медицинской помощи детям на базе поликлинических отделений медицинской организации в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации и Министерства труда и социальной защиты населения российской Федерации от 31.05.2019 года № 345н/372н, исходя из объема проводимой лечебно-диагностической работы и численности обслуживаемого населения;

2) обеспечить непрерывное обучение медицинского персонала по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи детям;

3) обеспечить ведение регистров детей, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи в соответствии с клиническими группами пациентов на основании прогноза заболевания и нозологических групп.

3. Главным врачам ОГБУЗ «Костромская областная детская больница», ОБУЗ «Галичская окружная больница», ОГБУЗ «Шарьинская окружная больница им.Каверина В.Ф.» организовать и осуществлять работу выездных патронажных бригад паллиативной помощи детям.

3. Директору ОГБПОУ СПО «Костромской областной медицинский колледж имени Героя Советского Союза С.А. Богомолова»:

Организовать проведение циклов тематического усовершенствования по профилю паллиативная медицинская помощь детям для медицинских работников среднего звена не реже 2 раз в год.

4. Признать утратившим силу приказы департамента здравоохранения Костромской области от 28.12.2021 года № 1223 «Об организации оказания паллиативной медицинской помощи детям на территории Костромской области» и от 25.07.2022 года № 720 «О внесении изменений в приказ департамента здравоохранения Костромской области от 28.12.2021 года № 1223».

5. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на главного внештатного специалиста департамента здравоохранения Костромской области по паллиативной медицинской помощи детям Бравого Е.А.

6. Настоящий приказ вступает в силу со дня его подписания.

Директор департамента
здравоохранения



Н.В.Гирин

Порядок
оказания паллиативной медицинской помощи детям
на территории Костромской области

1. Настоящий порядок устанавливает правила оказания детям Костромской области паллиативной медицинской помощи, направленной на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболеваний на стадии, когда исчерпаны возможности радикального лечения, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных детей.

2. Оказание паллиативной медицинской помощи детям Костромской области осуществляется медицинскими организациями, государственной системы здравоохранения с учетом прав ребенка и (или) его законного представителя на выбор врача и медицинской организации.

3. Паллиативная медицинская помощь детям Костромской области может оказываться в следующих условиях:

Амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение), в том числе на дому при вызове медицинского работника:

- в детских поликлиниках (консультациях) медицинских организаций Костромской области, оказывающих первичную медико-санитарную помощь;

- выездными патронажными службами паллиативной медицинской помощи детям медицинских организаций.

Стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение) – на паллиативных койках ОГБУЗ «Костромская областная детская больница».

4. Паллиативная медицинская помощь оказывается неизлечимо больным детям с отсутствием реабилитационного потенциала, которые нуждаются в симптоматической терапии, психосоциальной помощи, длительном постороннем уходе.

5. Оказание паллиативной медицинской помощи детям Костромской области осуществляется: врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-педиатрами, врачами-неврологами, врачами-детскими онкологами, врачами-анестезиологами-реаниматологами, врачами-оториноларингологами, врачами по паллиативной медицинской помощи, прошедшими обучение по дополнительным профессиональным программам (повышение квалификации) по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи детям, медицинскими работниками со средним

профессиональным образованием, прошедшими обучение по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи детям.

6. Решение о направлении ребенка на оказание паллиативной медицинской помощи принимает врачебная комиссия медицинской организации, в которой осуществляется наблюдение и/или лечение ребенка, в состав которой включаются: руководитель медицинской организации или его заместитель, заведующий структурным подразделением медицинской организации и лечащий врач по профилю заболевания ребенка.

Врачебная комиссия оформляет заключение о наличии показаний к оказанию ребенку паллиативной медицинской помощи, которое вносится в медицинскую документацию ребенка (приложение № 3). Копия заключения направляется медицинской организацией, в которой осуществляется наблюдение и/или лечение ребенка, главному внештатному специалисту департамента здравоохранения по паллиативной медицинской помощи детям Бравому Е.А., а также выдается на руки несовершеннолетнему (его родителю или иному законному представителю).

7. При направлении ребенка в медицинскую организацию, оказывающую паллиативную медицинскую помощь, оформляется выписка из медицинской карты ребенка, получившего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, или медицинской карты стационарного больного, с указанием диагноза, результатов клинических, лабораторных и инструментальных исследований, рекомендаций по диагностике и лечению, иным мероприятиям.

8. При возникновении угрожающих жизни состояний, требующих оказания экстренной или неотложной медицинской помощи, выездная бригада скорой медицинской помощи доставляет детей в медицинские организации, обеспечивающие круглосуточное медицинское наблюдение и лечение по профилю заболевания пациента.

9. При достижении ребенком 18-летнего возраста с целью преемственности оказания паллиативной медицинской помощи он направляется в медицинскую организацию, оказывающую паллиативную медицинскую помощь взрослому населению.

10. При оказании паллиативной медицинской помощи детям назначение и выписывание 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, осуществляется в соответствии с нормативными документами.

11. В отдельных случаях по решению руководителя медицинской организации при выписывании из медицинской организации, оказывающей паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях, ребенка, получающего наркотические и психотропные лекарственные препараты и нуждающегося в продолжении лечения в амбулаторных условиях, могут назначаться либо выдаваться одновременно с выпиской из истории болезни наркотические и психотропные лекарственные препараты из списков II и III Перечня на срок приема пациентом до 5 дней.

12. В случае если проведение медицинских манипуляций, связанных с оказанием паллиативной медицинской помощи детям, может повлечь возникновение болевых ощущений у пациента, такие манипуляции должны проводиться с обезболиванием.

13. При выписке из медицинской организации, оказывающей паллиативную медицинскую помощь детям в стационарных условиях, родителям (законным представителям) даются рекомендации по дальнейшему наблюдению, лечению, включая организацию и осуществление при наличии медицинских показаний искусственной вентиляции легких и ухода в амбулаторных условиях, в том числе на дому.

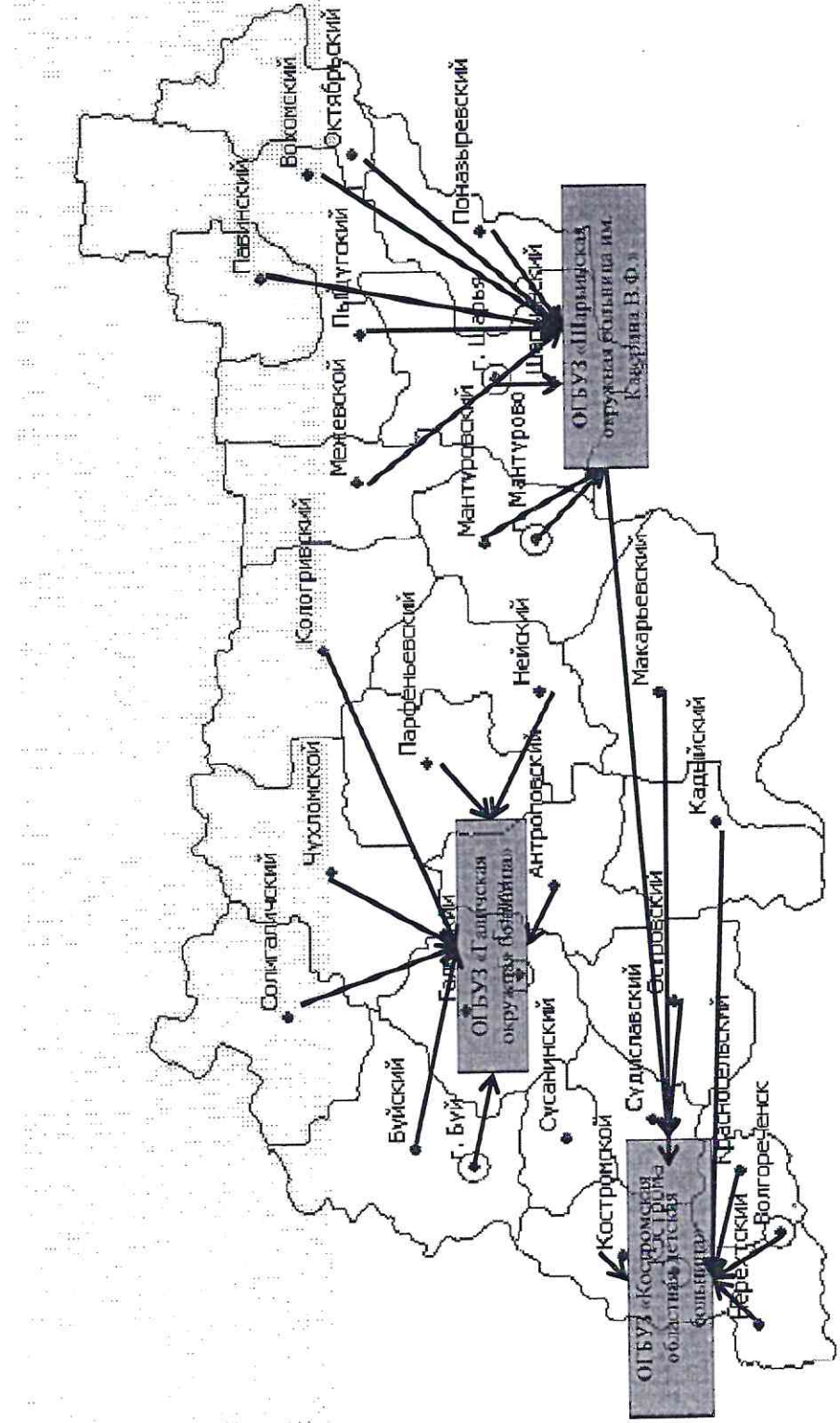
14. Сведения о медицинских организациях, оказывающих паллиативную медицинскую помощь детям, доводятся до граждан лечащими врачами, а также путем размещения медицинскими организациями сведений в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

15. Медицинские организации государственной системы здравоохранения Костромской области, оказывающие паллиативную медицинскую помощь детям, осуществляют свою деятельность во взаимодействии с общественными объединениями, иными некоммерческими организациями, осуществляющими свою деятельность в сфере охраны здоровья, учреждениями социальной защиты населения Костромской области.

16. Организационно-методическую поддержку оказания паллиативной медицинской помощи детям Костромской области обеспечивает главный внештатный специалист департамента здравоохранения по паллиативной медицинской помощи детям.

Приложение № 2
к приказу департамента здравоохранения
Костромской области от «09» 09 2023 г. № 996

Схема маршрутизации пациентов при оказании паллиативной медицинской помощи детям



Заключение
о наличии у ребенка показаний
к оказанию паллиативной медицинской помощи

I. ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

1. ФИО ребенка (полностью):

2. Дата рождения: _____

3. Возраст (полных лет или месяцев): _____

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

5. Адрес фактического проживания в настоящее время:

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

7. Наименование и адрес поликлиники, в которой наблюдается ребенок:

8. Удостоверение ребенка-инвалида (номер, дата выдачи, срок действия):

II. СВЕДЕНИЯ О ЗАБОЛЕВАНИИ:

1. Клинический диагноз (код МКБ): _____

основной _____

сопутствующий _____

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. Состояние при переводе (наличие трахеостомы, гастростомы, назогастрального зонда, кислородозависимость - нужное подчеркнуть)

6. Медикаментозная терапия _____

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

1 группа. Дети с тяжелыми ограничивающими жизнь заболеваниями с неблагоприятным прогнозом продолжительности жизни. Терминальная стадия заболевания. Медицинская помощь требуется в течение ограниченного времени.

Полное отсутствие реабилитационного потенциала.

2 группа. Дети с хроническими прогрессирующими угрожающими жизни заболеваниями, при которых преждевременная смерть неизбежна, но лечение и контролируемое наблюдение позволяют продлить ее на длительное время. Дети с респираторной поддержкой ИВЛ. Медицинская помощь оказывается с момента постановки диагноза длительно.

Отсутствие или незначительный реабилитационный потенциал.

3 группа А. - Дети с угрожающими жизни состояниями, имеющие неопределенный прогноз. Медицинская помощь оказывается ограниченное время; при стабилизации состоянии ребенок снимается с наблюдения, при прогрессировании заболевания переводится во 2 или 1 группы.

Наличие положительного реабилитационного потенциала.

3 группа Б. - Группа неинтенсивного наблюдения по заявлению родителей. К этой группе относятся семьи, которые нуждаются в сопровождении в период горевания (беривемент).

III. ЗАКЛЮЧЕНИЕ КОМИССИИ:

Обоснование причин полной исчерпанности радикальной терапии или ее изначальной невозможности:

2. Рекомендуемая форма организации паллиативной помощи для пациента в настоящее время (обосновать необходимо):

Амбулаторная:

Стационарная:

Подписи членов комиссии:

Руководитель медицинской организации (или его заместитель): _____

Заведующий структурным подразделением медицинской организации: _____

Лечащий врач-специалист по профилю заболевания: _____

Дата, место печати: _____

С заключением ознакомлен (родитель, законный представитель, указать, кто именно):

(подпись)

(ФИО полностью)

(дата)