



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ  
(Минздрав ЧР)**

**ПРИКАЗ**

« 30 » 04 2019 г.

г. Грозный

№ 102

**Г Об организации паллиативной медицинской помощи населению  
Чеченской Республики. Г**

Во исполнение приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 апреля 2015 года № 187н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению» (в редакции приказа Министерства здравоохранения РФ от 07.05.2018 № 210н), а также приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 апреля 2015 года № 193н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи детям», в целях улучшения доступности и качества медицинской помощи больным с неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями на территории Чеченской Республики,

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Принять к исполнению приказ Минздрава России от 14 апреля 2015 года № 187н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению» (далее – приказ Минздрава России № 187н) и приказ Минздрава России от 14 апреля 2015 года № 193н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи детям» (далее – приказ Минздрава России № 193н).

2. Утвердить:

2.1. Перечень медицинских организаций, участвующих в оказании паллиативной медицинской помощи населению Чеченской Республики (приложение № 1);

2.2. Перечень медицинских организаций, осуществляющих выездную патронажную службу паллиативной медицинской помощи населению Чеченской Республики (приложение № 2);

2.3. Регламент оказания паллиативной медицинской помощи населению на территории Чеченской Республики (далее - Регламент) (приложение № 3);

2.5. Протокол Врачебной комиссии (ВК) о наличии показаний к проведению паллиативной медицинской помощи (приложение № 4);

2.6. Карту первичного выезда патронажной бригады по оказанию паллиативной медицинской помощи (приложение № 5);

2.7. Карту выездной патронажной бригады по оказанию паллиативной медицинской помощи (приложение № 6);

2.9. Отчетную форму выездной патронажной службы паллиативной медицинской помощи (приложение № 7);

2.9. Информированное согласие на оказание паллиативной медицинской помощи ребенку младше 15 лет (приложение № 8);

2.10. Информированное согласие на оказание паллиативной медицинской помощи приложение № 9).

3. Руководителям медицинских организаций, подведомственным Минздраву ЧР организовать оказание паллиативной медицинской помощи населению республики в соответствии с настоящим приказом;

5. ГКУ «Управление по обеспечению деятельности Министерства здравоохранения Чеченской Республики» довести настоящий приказ до руководителей медицинских организаций ЧР и разместить на сайте Минздрава ЧР.

6. Контроль над исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Чеченской Республики А. А. Гадаева.

Министр



Э.А. Сулейманов

## ПЕРЕЧЕНЬ

медицинских организаций, оказывающих паллиативную медицинскую помощь населению Чеченской Республики.

Государственное бюджетное учреждение «Ачхой-Мартановская центральная районная больница»
Государственное бюджетное учреждение «Веденская центральная районная больница»
Государственное бюджетное учреждение «Грозненская центральная районная больница»
Государственное бюджетное учреждение «Гудермесская центральная районная больница»
Государственное бюджетное учреждение «Курчалоевская центральная районная больница»
Государственное бюджетное учреждение «Надтеречная центральная районная больница»
Государственное бюджетное учреждение «Наурская центральная районная больница»
Государственное бюджетное учреждение «Ножай-Юртовская центральная районная больница»
Государственное бюджетное учреждение «Сунженская центральная районная больница»
Государственное бюджетное учреждение «Центральная районная больница Урус-Мартановского района»
Государственное бюджетное учреждение «Шалинская центральная районная больница»
Государственное бюджетное учреждение «Шатойская межрайонная больница»
Государственное бюджетное учреждение «Шелковская центральная районная больница»
Государственное бюджетное учреждение «Аргунская городская больница № 1»
Государственное бюджетное учреждение «Детская клиническая больница № 2 г. Грозного»
Государственное бюджетное учреждение «Клиническая больница № 3 г. Грозного»
Государственное бюджетное учреждение «Клиническая больница № 4 г. Грозного»
Государственное бюджетное учреждение «Клиническая больница № 5 г. Грозного»
Государственное бюджетное учреждение «Больница № 6 г. Грозного»
Государственное бюджетное учреждение «Поликлиника № 1 г. Грозного»
Государственное бюджетное учреждение «Поликлиника № 2 г. Грозного»

Государственное бюджетное учреждение «Поликлиника № 3 г. Грозный»
Государственное бюджетное учреждение «Поликлиника № 4 г. Грозного»
Государственное бюджетное учреждение «Поликлиника № 5 г. Грозного»
Государственное бюджетное учреждение «Поликлиника № 6 г. Грозного»
Государственное бюджетное учреждение «Поликлиника № 7 г. Грозного»
Государственное бюджетное учреждение «Детская поликлиника № 1 г. Грозного»
Государственное бюджетное учреждение «Детская поликлиника № 3 г. Грозного»
Государственное бюджетное учреждение «Детская поликлиника № 4 г. Грозный»
Государственное бюджетное учреждение «Детская поликлиника № 5 г. Грозного»
Государственное бюджетное учреждение «Республиканский онкологический диспансер»

Приложение № 2  
к приказу Минздрава ЧР  
от «30» 09 2019 г. № 102

### ПЕРЕЧЕНЬ

медицинских организаций, осуществляющих выездную патронажную службу паллиативной медицинской помощи населению Чеченской Республики.

№	Наименование медицинской организации
1	Государственное бюджетное учреждение «Гудермесская центральная районная больница»
2	Государственное бюджетное учреждение «Шалинская центральная районная больница»
3	Государственное бюджетное учреждение «Центральная районная больница Урус-Мартановского района»
4	Государственное бюджетное учреждение «Шелковская центральная районная больница»
5	Государственное бюджетное учреждение «Надтеречная центральная районная больница»

## **Регламент оказания паллиативной медицинской помощи населению Чеченской Республики.**

1. Настоящий Регламент устанавливает правила оказания населению Чеченской Республики паллиативной медицинской помощи, направленной на улучшение качества жизни граждан, страдающих неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями и состояниями, которые, как правило, приводят к преждевременной смерти, а также заболеваниями в стадии, когда исчерпаны возможности радикального лечения и отсутствием реабилитационного потенциала.

2. Оказание паллиативной медицинской помощи осуществляется медицинскими организациями государственной системы здравоохранения, осуществляющими медицинскую деятельность (далее - медицинские организации), с учетом права пациента на выбор врача и медицинской организации.

3. Паллиативная медицинская помощь оказывается на основе принципов соблюдения этических и моральных норм, а также уважительного и гуманного отношения к пациенту и его родственникам со стороны медицинских и иных работников.

4. Паллиативная медицинская помощь оказывается в следующих условиях:  
- амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому при вызове медицинского работника;

- стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение);

5. Основной целью паллиативной медицинской помощи является эффективное и своевременное избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных лиц до момента их смерти.

6. Паллиативная медицинская помощь оказывается пациентам с неизлечимыми хроническими прогрессирующими заболеваниями и состояниями, а также заболеваниями в стадии, когда исчерпаны возможности радикального лечения и медицинской реабилитации (далее - пациенты), среди которых выделяют следующие основные группы:

- пациенты с различными формами злокачественных новообразований;  
- пациенты с органной недостаточностью в стадии декомпенсации, при невозможности достичь ремиссии заболевания или стабилизации состояния пациента;

- пациенты с хроническими прогрессирующими заболеваниями терапевтического профиля в терминальной стадии развития;

- пациенты с тяжелыми необратимыми последствиями нарушений мозгового кровообращения, нуждающиеся в симптоматическом лечении и в обеспечении ухода при оказании медицинской помощи;

- пациенты с тяжелыми необратимыми последствиями травм, нуждающиеся в симптоматической терапии и в обеспечении ухода при оказании медицинской помощи;

- пациенты с дегенеративными заболеваниями нервной системы на поздних стадиях развития заболевания;

- пациенты с различными формами деменции, в том числе с болезнью Альцгеймера, в терминальной стадии заболевания;

- пациенты с социально значимыми инфекционными заболеваниями в терминальной стадии развития, нуждающиеся в симптоматическом лечении и в обеспечении ухода при оказании медицинской помощи.

7. Отбор пациентов на оказание паллиативной помощи осуществляется по решению врачебной комиссии медицинской организации, в которой проводится наблюдение и лечение пациента.

8. Паллиативная медицинская помощь в амбулаторных условиях оказывается в кабинетах паллиативной медицинской помощи и выездными патронажными службами паллиативной медицинской помощи, созданными в медицинских организациях, согласно приложениям № 1-6, приказа Минздрава России № 187н и приложениями № 1-3 приказа Минздрава России № 193н, на основе взаимодействия врачей-терапевтов, врачей-педиатров, врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей), врачей по паллиативной медицинской помощи, иных врачей-специалистов и медицинских работников.

9. Паллиативная медицинская помощь в стационарных условиях оказывается в отделениях (на койках) паллиативной медицинской помощи, организованных в соответствии с приложениями № 7-15 приказа Минздрава России № 187н и приложениями № 4-9 приказа Минздрава России № 193н, в медицинских организациях.

10. Направление больных злокачественными новообразованиями в медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь в амбулаторных условиях, осуществляют:

- врачи-онкологи при наличии гистологически верифицированного диагноза;

- врачи-терапевты участковые, врачи-педиатры участковые, врачи общей практики (семейные врачи) при наличии заключения врача-онколога об инкурабельности заболевания и необходимости проведения симптоматического и обезболивающего лечения.

11. Направление больных злокачественными новообразованиями в медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях, осуществляют:

- врачи по паллиативной медицинской помощи кабинетов паллиативной медицинской помощи, выездных патронажных служб паллиативной медицинской

помощи, отделений паллиативной медицинской помощи, врачи-онкологи при наличии гистологически верифицированного диагноза;

- врачи-терапевты участковые, врачи-педиатры участковые, врачи общей практики (семейные врачи) при наличии заключения врача-онколога об инкурабельности заболевания и необходимости проведения симптоматического и обезболивающего лечения.

12. При отсутствии гистологически верифицированного диагноза, направление больных злокачественными новообразованиями в медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь, осуществляется по решению врачебной комиссии медицинской организации, в которой проводится наблюдение и лечение пациента.

12. Направление пациентов, за исключением больных злокачественными новообразованиями, в медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь, осуществляется по решению врачебной комиссии медицинской организации, в которой проводится наблюдение и лечение пациента.

13. При направлении пациента в медицинскую организацию, оказывающую паллиативную медицинскую помощь, оформляется направление, выписка из медицинской карты пациента, 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 медицинским мероприятиям.

14. При наличии медицинских показаний для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи и невозможности ее оказания в медицинской организации, оказывающей паллиативную медицинскую помощь, пациент направляется в медицинские организации, оказывающие специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь соответствующего профиля.

15. При выписке из медицинской организации, оказывающей паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях, пациент направляется в медицинскую организацию, оказывающую паллиативную медицинскую помощь в амбулаторных условиях, для организации динамического наблюдения и лечения.

16. При оказании паллиативной медицинской помощи населению 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 (далее - Перечень), осуществляется в соответствии с приказом Минздрава России от 14 января 2019 года № 4н «Об утверждении порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения».

17. При выписывании из медицинской организации, оказывающей паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях, пациенту даются рекомендации по дальнейшему наблюдению, лечению, в том числе по

организации искусственной вентиляции легких в амбулаторных условиях (на дому), а также организации и проведению ухода в амбулаторных условиях.

Данные рекомендации передаются в поликлинику по месту прикрепления пациента.

В отдельных случаях по решению руководителя медицинской организации при выписывании из медицинской организации оказывающей паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях, пациенту, получающему наркотические и психотропные лекарственные препараты и нуждающемуся в продолжении лечения в амбулаторных условиях, могут назначаться либо выдаваться одновременно с выпиской из истории болезни наркотические и психотропные лекарственные препараты списков II и III Перечня на срок приема пациентом до 5 дней. Данные о выписанных (выданных) наркотических и психотропных лекарственных препаратах списков II и III Перечня передаются заместителю главного врача по медицинской части поликлиники по месту прикрепления пациента.

18. Медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь, осуществляют свою деятельность во взаимодействии с благотворительными, добровольческими (волонтерскими) и религиозными организациями.

19. Медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь, могут использоваться в качестве клинической базы образовательных учреждений среднего, высшего и дополнительного профессионального образования, а также научных организаций, оказывающих медицинскую помощь.



**Протокол Врачебной комиссии (ВК)  
о наличии показаний к проведению паллиативной медицинской помощи**

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. пациента)

**Комиссия в составе:**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

рассмотрела вопрос о наличии показаний к проведению паллиативной медицинской помощи

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. пациента)

**Материалы, вынесенные на рассмотрение:** данные медицинской карты амбулаторного больного, материалы обследований, консультативные заключения

\_\_\_\_\_ (нужное подчеркнуть)

**Заключение Врачебной комиссии  
о наличии показаний к проведению паллиативной медицинской помощи больного**

Ф.И.О. пациента \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Адрес постоянного места жительства \_\_\_\_\_

Клинический диагноз (код МКБ) \_\_\_\_\_

Основной диагноз \_\_\_\_\_

Сопутствующий \_\_\_\_\_

Осложнения \_\_\_\_\_

Анамнез основного заболевания (указать динамику течения заболевания)

Объем и характер проведенного лечения (основные этапы)

**Объективный статус пациента в настоящий момент:** относительно удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое. Положение: активное, пассивное, вынужденное. Сознание: ясное, помрачнённое, ступор, сопор, кома. Выражение лица: спокойное, возбужденное, безразличное, маскообразное, страдальческое. Поведение: общителен, в контакт вступает легко, спокоен, раздражителен, негативен. Телосложение: правильное/неправильное. Питание: нормальное, пониженное, повышенное (ожирение)\_\_\_\_\_ст.

Вес \_\_\_\_\_ кг                      Рост \_\_\_\_\_ см.

Кожные покровы: бледно-розовые, бледные, смуглые, красные, субэктеричные, желтушные, цианотичные, акроцианоз, сосудистые «звездочки», «печеночные» ладони, землистые, бронзовые, признаки периферического шока. Периферические лимфоузлы (подключичные, шейные, надключичные, локтевые, паховые, подколенные): плотные/мягкие/; не увеличены /увеличены; болезненны/безболезненны; подвижные/спаяны с подлежащими тканями. Периферические отеки: ограниченные, генерализованные; слабо выраженные (пастозность), выраженные отеки, резко выраженный генерализованный отек (анасарка)

Температура тела \_\_\_\_\_

Зев: чистый \_\_\_\_\_ Миндалины: обычные, рыхлые, увеличены, уменьшены

Число дыханий \_\_\_\_\_ в мин. В легких: дыхание везикулярное, смешанное, ослабленное; хрипы единичные/многочисленные (сухие, свистящие, влажные звонкие). Тоны сердца: чистые, ясные, приглушенные; акцент II тона на аорте, шум систолический/диастолический; АД \_\_\_\_\_ Пульс \_\_\_\_\_ ударов в мин \_\_\_\_\_ ритмичный/аритмия; наполнения и напряжения удовлетворительного, хорошего, напряжен. Язык: чистый, влажный, обложен белым, желтовато-белым налетом. Живот мягкий, вздут; при пальпации – болезненный/безболезненный; в эпигастрии, в средней и нижней части трети живота (справа, слева по средней линии живота), в правом подреберье Печень: не пальпируется, выступает из подреберья на \_\_\_\_\_ см. Край уплотненный, \_\_\_\_\_ болезненный/безболезненный. Стул: регулярный/нерегулярный; оформленный/склонность к запорам/поносам \_\_\_\_\_. Мочеиспускание: нормальное, болезненное, учащенное \_\_\_\_\_.

Эндокринологический статус: \_\_\_\_\_

Неврологический статус: \_\_\_\_\_

**Имеется ли возможность восстановления или компенсации нарушенных функций:** возможно восстановление и компенсация основных видов жизнедеятельности благодаря техническим или иным средствам реабилитации и адаптации к имеющимся ограничениям жизнедеятельности, высокому

уровню притязаний, соответствующему психологическому настрою; восстановление или компенсация нарушенных функций не могут быть достигнуты в полном объеме.

**Реабилитационный потенциал:** низкий/отсутствие реабилитационного потенциала

**Реабилитационный прогноз:** сомнительный/неблагоприятный

**Группа заболеваний, подлежащих паллиативной медицинской помощи, к которой может быть отнесен данный пациент (нужное подчеркнуть):**

1 группа – угрожающие жизни заболевания, радикальное лечение которых оказалось для пациента безуспешным;

2 группа – заболевания, требующие длительного интенсивного лечения для продления жизни с высокой вероятностью неблагоприятного исхода;

3 группа – прогрессирующие заболевания, для которых не существует радикального лечения, и с момента установления диагноза объем лечения является паллиативным;

4 группа – необратимые, но не прогрессирующие заболевания пациентов с тяжелыми формами инвалидности и подверженностью к осложнениям.

#### **Заключение ВК**

На основании обоснованности причин истощенности радикальной терапии (или ее изначальной невозможности), невозможности восстановления или компенсации нарушенных функций, больной отнесен к группе \_\_\_\_\_ и ему показана паллиативная медицинская помощь.

Рекомендуемая форма организации паллиативной помощи для пациента в настоящее время (подчеркнуть):

- амбулаторная

- стационарная

Руководитель \_\_\_\_\_ медицинской \_\_\_\_\_ организации

Заведующий отделением \_\_\_\_\_

Лечащий врач-специалист по профилю заболевания \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г

**Заключение получено (родителем, законным представителем)**

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)

**КАРТА**  
**Первичного выезда патронажной бригады**  
**по оказанию паллиативной медицинской помощи**

Дата \_\_\_\_\_

Посещение: первичное

**Цель посещения (нужное подчеркнуть):** оценка медико-социального статуса пациента: характеристика функционального состояния пациента, ознакомление с условиями жизни, изучение возможных факторов риска (медицинских, социальных, бытовых), исследование сложившихся проблемных ситуаций.

**Жалобы пациента** (в том числе со слов родственников): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Анамнез** \_\_\_\_\_ **жизни**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Анамнез заболевания** (указывается где и когда поставлен диагноз, проведенное лечение, указать выраженность болевого синдрома по 5-ти бальной шкале (если есть), кратность и длительность приема наркотических анальгетиков; эффект от обезболивающей терапии по 10-ти бальной шкале; указать какие лекарственные препараты принимает регулярно и т.д.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Социально-бытовой статус:** (состояние пациента/инвалида/ребенка-инвалида), позволяющее ему адаптироваться к условиям ближайшего социума: сохранен; нарушен; утрачена возможность взаимодействия в условиях ближайшего социума (быта), нуждаемость в постоянной помощи других лиц; не сформирована, нуждаемость в постоянной помощи других лиц.

**Социально-психологический статус:** (состояние пациента/инвалида/ребенка-инвалида), характеризующее индивидуально-психологические (когнитивные, нейродинамические, эмоционально-волевые и личностные параметры), позволяющие достичь социально-психологической адаптации в различных сферах социального функционирования: сохранен; нарушен, в том числе с регулярной частичной помощью других лиц; утрачена; не сформирована.

**Жилищно-бытовые условия:** удовлетворительные, неудовлетворительные

**Возможность организации и обеспечения паллиативной помощи и ухода на дому:** да/нет; в полном объеме/частично

**Объективный статус пациента:** общее состояние больного - относительно удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое. Положение: активное, пассивное, вынужденное. Сознание: ясное, помраченное, ступор, сопор, кома. Выражение лица: спокойное, возбужденное, безразличное, маскообразное, страдальческое. Поведение: общителен, в контакт вступает легко, спокоен, раздражителен, негативен. Телосложение: правильное/неправильное. Питание: нормальное, пониженное, повышенное (ожирение) \_\_\_\_\_ ст.

**Вес** \_\_\_\_\_ **кг** **Рост** \_\_\_\_\_ **см.**

**Кожные покровы:** бледно-розовые, бледные, смуглые, красные, субэритечные, желтушные, цианотичные, акроцианоз, сосудистые «звездочки», «печеночные» ладони, землистые, бронзовые, признаки периферического шока **Периферические лимфоузлы** (подключичные, шейные, надключичные, локтевые, паховые, подколенные): плотные/мягкие;/ не увеличены /увеличены; болезненны/безболезненны; подвижные/спаиваются с подлежащими тканями **Периферические отеки:** ограниченные, генерализованные; слабо выраженные (пастозность), выраженные отеки, резко выраженный генерализованный отек (анасарка)

**Температура тела** \_\_\_\_\_. **Зев:** чистый \_\_\_\_\_. **Миндалины:** обычные, рыхлые, увеличены, уменьшены \_\_\_\_\_. **Число дыханий** \_\_\_\_\_ в мин. **В легких:** дыхание везикулярное, смешанное, ослабленное; хрипы единичные/многочисленные (сухие, свистящие, влажные звонкие).

**Тоны сердца:** чистые, ясные, приглушенные; акцент II тона на аорте, шум систолический/диастолический; АД \_\_\_\_\_ **Пульс** \_\_\_\_\_ ударов в мин \_\_\_\_\_ ритмичный/аритмия; наполнения и напряжения удовлетворительного, хорошего, напряжен.

**Язык:** чистый, влажный, обложен белым, желтовато-белым налетом.

**Живот** мягкий, вздут; при пальпации – болезненный/безболезненный; в эпигастрии, в средней и нижней части трети живота (справа, слева по средней линии живота), в правом подреберье

**Печень:** не пальпируется, выступает из подреберья на \_\_\_\_\_ см. Край уплотненный, \_\_\_\_\_ болезненный/безболезненный

**Стул:** регулярный/нерегулярный; \_\_\_\_\_ оформленный/склонность \_\_\_\_\_ к запорам/поносам \_\_\_\_\_

**Мочепускание:** \_\_\_\_\_ нормальное, \_\_\_\_\_ болезненное, учащенное \_\_\_\_\_

**Клинический** \_\_\_\_\_ **диагноз:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Режим дальнейшего наблюдения:** динамическое наблюдение на дому, дневной стационар на дому, стационарное лечение в отделении паллиативной медицинской помощи

**Перечень медико-социальных задач для решения**

Характеристика медико-социальной задачи	Объем мероприятий	Целевой показатель	Исполнитель/сроки исполнения
<b>Медико-ориентированные задачи:</b>			
Организация медицинской помощи и ухода за больным	<b>Диагностические мероприятия:</b> изучение медицинского статуса пациента; ознакомление с условиями жизни, изучение возможных факторов риска (медицинских, социальных, бытовых), исследование сложившихся проблемных ситуаций; <b>Контрольные мероприятия:</b> оценка состояния пациента и членов его семьи, динамика проблем (если контакт с семьей повторный); анализ хода реабилитационных мероприятий, выполнение пациентом и членами его семьи рекомендаций.	Улучшение качества жизни пациента	
Оказание	Медицинская, психологическая	Возможность	

медико-социальной помощи семье	профилактика с целью сохранения здорового семейного микросоциума	организации паллиативной помощи и ухода на дому	
<b>Социально-ориентированные задачи:</b>			
Создание реабилитационной социально-бытовой инфраструктуры пациента	Содействие в решении социально-бытовых и жилищных проблем и создании реабилитационного пространства пациентов	Улучшение качества жизни пациента и членов его семьи	
<b>Интегративные задачи:</b>			
Содействие в создании условий для социальной интеграции пациента	Социально-правовое консультирование; организация досуга (возможность общения по интересам, арт-терапия и т.д.)	Улучшение качества жизни пациента	

Ф.И.О. врача \_\_\_\_\_ подпись / \_\_\_\_\_ /

**КАРТА**  
**выездной патронажной бригады**  
**по оказанию паллиативной медицинской помощи**

Дата \_\_\_\_\_

Посещение: повторное

**Цель посещения (нужное подчеркнуть):** динамический контроль за состоянием пациента; коррекция схем обезболивания; выполнение необходимых внутривенных и внутримышечных инъекций; проведение по показаниям паллиативных амбулаторных вмешательств (лапароцентез, торакоцентез, эпицистостомия, манипуляции связанные с уходом за стомами); проведение детоксикационной и симптоматической терапии; обучение родственников больных основам оказания медицинской и психологической помощи, оказание психологической и моральной поддержки больным и их родственникам; обеспечение преемственности в работе с участковыми терапевтами и врачами других специальностей; в случае ухудшения состояния – помощь в госпитализации в стационарное подразделение \_\_\_\_\_

**Жалобы** \_\_\_\_\_ **пациента** \_\_\_\_\_ (в \_\_\_\_\_ том \_\_\_\_\_ числе \_\_\_\_\_ со \_\_\_\_\_ слов \_\_\_\_\_ родственников): \_\_\_\_\_

**Объективный статус пациента (в динамике):** общее состояние больного в динамике относительно удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое. Положение: активное, пассивное, вынужденное. Сознание: ясное, помраченное, ступор, сопор, кома.

**Кожные покровы:** бледно-розовые, бледные, желтушные, цианотичные, акроцианоз. **Температура тела** \_\_\_\_\_. **Число дыханий** \_\_\_\_\_ в мин. **В легких:** дыхание везикулярное, смешанное, ослабленное; хрипы единичные/многочисленные (сухие, свистящие, влажные звонкие).

**Тоны сердца:** чистые, ясные, приглушенные; акцент II тона на аорте, шум систолический/диастолический; АД \_\_\_\_\_ мм.рт.ст.

**Пульс** \_\_\_\_\_ ударов в мин \_\_\_\_\_ ритмичный/аритмия.

**Живот** мягкий, вздут; при пальпации – болезненный/безболезненный; в эпигастрии, в средней и нижней части трети живота (справа, слева по средней линии живота), в правом подреберье. **Стул:** регулярный/нерегулярный; склонность к запорам/поносам \_\_\_\_\_.

**Мочиспускание:** нормальное, болезненное, учащенное \_\_\_\_\_.

**Объем проведенных медико-социальных мероприятий:**

**Рекомендации:**

**Режим дальнейшего наблюдения (подчеркнуть):** динамическое наблюдение на дому, стационар на дому, стационарное лечение в отделении паллиативной медицинской помощи.

**Дата повторного посещения** \_\_\_\_\_

Врач \_\_\_\_\_

Фельдшер/медицинская сестра \_\_\_\_\_

## Отчетная форма выездной патронажной службы паллиативной медицинской помощи

Наименование МО \_\_\_\_\_

Отчетный период: \_\_\_\_\_ (чч.мм.гг.)

(ежемесячно к 5 числу месяца следующего за отчетным, ежегодно к 10 января года следующего за отчетным)

№ п/п	Показатели	Значение
1.	Количество пациентов, направленных на патронажное обслуживание	
	в том числе дети	
2.	Количество пациентов, взятых на патронажное обслуживание всего в том числе:	
	онкологических	
	в том числе дети	
	неврологических	
	в том числе дети	
	прочих (указать)	
в том числе дети		
3.	Количество выполненных посещений всего в том числе:	
	врачебных	
	в том числе к детям	
	медсестринских	
	в том числе к детям	
	прочих (указать)	
в том числе к детям		
4.	Количество пациентов, у которых закончено обслуживание	
	в том числе дети	

Исполнитель: \_\_\_\_\_  
(должность) (подпись) (Ф.И.О.) (телефон)

" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.



**Информированное согласие на оказание паллиативной медицинской помощи  
ребенку младше 15 лет**

Я,

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. гражданина: мать, отец, другой представитель)  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный (ая) по адресу  
\_\_\_\_\_

—  
ознакомлен (а) с заключением Врачебной комиссии специалистов о наличии у моего ребенка

—  
\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. ребенка)  
показаний к проведению паллиативной медицинской помощи.

Подтверждаю, что я получил (а) полную информацию о заболевании, объеме проведенного лечения, текущем клиническом состоянии моего ребенка, вероятном реабилитационном прогнозе его основного заболевания, сопутствующих состояний и осложнений.

Мне понятно, что основной целью лечения моего ребенка в настоящее время является поддержание максимально высокого качества его жизни без перспективы радикального излечения. Мне известно, что эта цель может быть достигнута путем паллиативной медицинской помощи, включающей заботу о физических, психологических, социальных и духовных потребностях моего ребенка и членов его семьи.

Я согласен (согласна) на оказание моему ребенку паллиативной медицинской помощи, направленной на улучшение качества его жизни \_\_\_\_\_

(полное наименование лечебного учреждения)

На все свои вопросы, касающиеся здоровья моего ребенка, я получил (а) доступные моему пониманию ответы. Мое согласие является добровольным и может быть отозвано мною в любое время.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(Ф.И.О. гражданина) (Подпись)  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г

### Информированное согласие на оказание паллиативной медицинской помощи

Я,

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. гражданина или его представителя)  
« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный (ая) по адресу  
\_\_\_\_\_

—  
ознакомлен (а) с заключением Врачебной комиссии специалистов о наличии у меня показаний

—  
\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. пациента)  
к проведению паллиативной медицинской помощи.

Подтверждаю, что я получил (а) полную информацию о своем заболевании, объеме проведенного лечения, текущем клиническом состоянии, вероятном реабилитационном прогнозе и потенциале основного заболевания, сопутствующих состояний и осложнений.

Я осознаю, что основной целью моего лечения в настоящее время является поддержание максимально высокого качества моей жизни. Мне известно, что эта цель может быть достигнута путем паллиативной медицинской помощи, включающей заботу о моих физических, психологических, социальных и духовных потребностях.

Я согласен (согласна) на оказание мне паллиативной медицинской помощи, направленной на улучшение качества моей жизни \_\_\_\_\_

(полное наименование лечебного учреждения)

На все свои вопросы, касающиеся моего здоровья, я получил (а) в доступной для меня форме ответы. Мое согласие является добровольным и может быть отозвано мною в любое время.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(Ф.И.О. гражданина или его представителя) (Подпись)  
« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г