



## ПРАВИТЕЛЬСТВО СЕВАСТОПОЛЯ

### ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА СЕВАСТОПОЛЯ

---

#### П Р И К А З

«21» 01. 2020

№ 79

Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи детям в городе Севастополе

В соответствии с частью 5 статьи 36 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации и Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31.05.2019 № 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» и с целью организации оказания паллиативной помощи детям в городе Севастополе

#### ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить Положение об организации оказания паллиативной медицинской помощи детям в городе Севастополе (далее - Положение) (Приложение к настоящему приказу).

2. Главным врачам Государственных бюджетных учреждений здравоохранения Севастополя: «Городская больница № 5 – «Центр охраны здоровья матери и ребенка» (далее – ГБУЗС «Городская больница № 5 – «ЦОЗМиР»)), «Городская больница № 4», «Севастопольская городская больница № 9», Государственного казенного учреждения здравоохранения Севастополя «Специализированный дом ребенка для детей с поражением центральной нервной системы и нарушением психики» (далее – ГКУЗС «Специализированный дом ребенка») обеспечить:

2.1. Оказание медицинской помощи детям в соответствии с Положением, утвержденным настоящим приказом.

2.2. Представление отчетной информации в Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Севастополя «Медицинский информационно-аналитический центр» (далее – ГБУЗС «МИАЦ») и главному внештатному специалисту по паллиативной помощи детям Департамента

здравоохранения города Севастополя (далее – главному специалисту по паллиативной помощи детям) ежеквартально в срок до 5 числа месяца, следующего за отчетным периодом.

3. Директору ГБУЗС «МИАЦ» обеспечить внесение информации об объемах оказания паллиативной помощи детям в городе Севастополе в единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения.

4. Главному специалисту по паллиативной помощи детям проводить анализ данных от медицинских организаций об оказании паллиативной помощи детям в городе Севастополе и представлять отчет в Управление организации медицинской помощи Департамента здравоохранения города Севастополя ежеквартально в срок до 10 числа месяца, следующего за отчетным периодом.

5. Признать утратившим силу приказ Департамента здравоохранения города Севастополя от 07.04.2016 № 407 «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи детям».

6. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя директора Департамента здравоохранения города Севастополя Кормачеву Е.А.

Директор Департамента здравоохранения  
города Севастополя –  
член Правительства Севастополя



С.Ю. Шеховцов

Приложение  
к приказу Департамента  
здравоохранения города  
Севастополя  
от 21.01.2020 № 79

## **Положение об организации оказания паллиативной медицинской помощи детям в городе Севастополе**

1. Настоящее Положение устанавливает правила организации оказания паллиативной медицинской помощи детям.

2. Паллиативная медицинская помощь представляет собой комплекс мероприятий, включающих медицинские вмешательства, мероприятия психологического характера и уход, осуществляемые в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан и направленные на облегчение боли, других тяжелых проявлений заболевания.

3. Паллиативная медицинская помощь включает:

- паллиативную первичную доврачебную медицинскую помощь;
- паллиативную первичную врачебную медицинскую помощь;
- паллиативную специализированную медицинскую помощь.

4. Паллиативная медицинская помощь детям оказывается в амбулаторных условиях, в том числе на дому и в стационарных условиях.

5. Паллиативная медицинская помощь оказывается 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, в том числе:

- распространенные и метастатические формы злокачественных новообразований, при невозможности достичь клинико-лабораторной ремиссии;

- поражение нервной системы врожденного или приобретенного характера (включая нейродегенеративные и нервно-мышечные заболевания, врожденные пороки развития, тяжелые гипоксически-травматические поражения нервной системы любого генеза, поражения нервной системы при генетически обусловленных заболеваниях);

- неоперабельные врожденные пороки развития;

- поздние стадии неизлечимых хронических прогрессирующих соматических заболеваний в стадии субкомпенсации и декомпенсации жизненно важных систем, нуждающиеся в симптоматическом лечении и уходе;

- последствия травм и социально значимых заболеваний, сопровождающиеся снижением (ограничением) функции органов и систем, с неблагоприятным прогнозом.

6. Паллиативная первичная доврачебная медицинская помощь оказывается фельдшерами, при условии возложения на них функций лечащего врача и иными медицинскими работниками со средним медицинским образованием фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий.

Для оказания паллиативной первичной доврачебной медицинской помощи фельдшерско-акушерские пункты, врачебные амбулатории оснащаются укладками для оказания паллиативной медицинской помощи.

7. Паллиативная первичная врачебная медицинская помощь оказывается врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-специалистами медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, специализированную медицинскую помощь.

8. Паллиативная специализированная медицинская помощь оказывается врачами-специалистами, занимающими должность врача по паллиативной медицинской помощи, иными врачами-специалистами, медицинскими работниками со средним профессиональным образованием отделения выездной патронажной службы паллиативной медицинской помощи детям, и отделения, в составе которого предусмотрены койки паллиативной медицинской помощи детям.

9. Паллиативная медицинская помощь оказывается медицинскими работниками, прошедшими обучение по оказанию медицинской помощи по данному профилю в амбулаторных и стационарных условиях (согласно Приложению № 1 и Приложению № 2 к Положению соответственно).

10. Медицинские работники в рамках оказания паллиативной первичной доврачебной и врачебной медицинской помощи осуществляют:

- выявление пациентов с хроническими неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями или состояниями, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи;
- активное динамическое наблюдение пациентов, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи, в соответствии с рекомендациями врачей-специалистов;
- проведение первичного осмотра в течение двух рабочих дней после обращения и (или) получения пациентом медицинского заключения о наличии медицинских показаний для оказания паллиативной медицинской помощи (далее – Протокола врачебной комиссии);
- лечение болевого синдрома и других тяжелых проявлений заболевания;
- назначение лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты;
- выполнение или назначение мероприятий по уходу за пациентом;
- вынесение на рассмотрение врачебной комиссии медицинской организации вопроса о направлении пациента на медико-социальную экспертизу;

- направление пациентов в медицинские организации, оказывающие паллиативную специализированную медицинскую помощь;

- направление пациентов при наличии медицинских показаний в медицинские организации для оказания специализированной медицинской помощи, а также организация консультаций пациентов врачами-специалистами, в том числе информирование отделения выездной патронажной паллиативной медицинской службы;

- информирование пациента (законного представителя, родственника, иных лиц, осуществляющих уход за пациентом) о характере и особенностях течения заболевания с учетом этических и моральных норм, уважительного и гуманного отношения к пациенту, его родственникам и близким;

- обучение пациента, его законного представителя, родственников, иных лиц, осуществляющих уход за пациентом, мероприятиям по уходу;

- представление отчетности, сбор и представление первичных данных о медицинской деятельности для информационных систем в сфере здравоохранения в ГБУЗС «МИАЦ» и главному специалисту по паллиативной помощи детям для анализа ежеквартально в срок до 5 числа месяца, следующего за отчетным периодом;

- организация и проведение консультаций и (или) участие в консилиуме врачей с применением телемедицинских технологий по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи.

11. Медицинское заключение (Протокол врачебной подкомиссии по признанию паллиативного статуса пациента) детям выдает врачебная комиссия медицинской организации, в которой осуществляется наблюдение и лечение ребенка. В состав врачебной комиссии рекомендуется включать руководителя медицинской организации или его заместителя, заведующего структурным подразделением медицинской организации, лечащего врача по профилю заболевания ребенка, врача по паллиативной медицинской помощи, врача по медицинской реабилитации.

При отсутствии в указанной медицинской организации врача по медицинской реабилитации, врача по паллиативной медицинской помощи медицинская организация привлекает для участия во врачебной комиссии медицинских работников ГБУЗС «Городская больница № 5 – «ЦОЗМиР».

Протокол врачебной подкомиссии по признанию паллиативного статуса пациента вносится в медицинскую документацию пациента. Копия протокола при согласии пациента (законного представителя) направляется в отделение выездной патронажной службы паллиативной медицинской помощи детям, а также выдается на руки пациенту или его законному представителю.

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

- направление пациента на медико-социальную экспертизу;

- направление в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации или в организацию, которым в соответствии с законодательством Российской Федерации о социальном обслуживании граждан в Российской Федерации предоставлены полномочия на признание граждан, нуждающимися в социальном обслуживании (далее - соответственно уполномоченный орган субъекта Российской Федерации, уполномоченная организация), обращения о необходимости предоставления социального обслуживания пациенту.

Обращение о предоставлении социального обслуживания недееспособному гражданину, получающему паллиативную медицинскую помощь в амбулаторных условиях (Протокол врачебной подкомиссии 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 получения согласия законного представителя на направление такого обращения.

13. При направлении пациента, нуждающегося в оказании паллиативной медицинской помощи, в медицинскую организацию, оказывающую паллиативную специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях, 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, а также копия Протокола врачебной подкомиссии по признанию паллиативного статуса.

14. При выписке пациента из медицинской организации, оказывающей паллиативную специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях, выдается выписка из медицинской карты стационарного больного, в которой указываются рекомендации по дальнейшему наблюдению, лечению, в том числе по организации респираторной поддержки и ухода в амбулаторных условиях (на дому). Выписка направляется в медицинскую организацию, оказывающую первичную медико-санитарную помощь, по месту жительства (фактического пребывания) пациента и медицинскую организацию, оказывающую паллиативную специализированную медицинскую помощь в амбулаторных условиях (в отделение выездной патронажной службы паллиативной медицинской помощи детям). В течение двух рабочих дней после выписки пациента медицинская организация, получившая информацию о пациенте, нуждающемся в оказании паллиативной медицинской помощи, организует первичный осмотр и дальнейшее наблюдение пациента.

15. 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, направляется в медицинские организации, оказывающие специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь соответствующего профиля.

16. При возникновении угрожающих жизни состояний, требующих оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной формах, выездная бригада скорой медицинской помощи доставляет пациента, имеющего показания к оказанию паллиативной медицинской помощи, в медицинские организации, обеспечивающие круглосуточное медицинское наблюдение и лечение.

17. 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.

18. 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, осуществляется в установленном порядке.

19. 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.

20. В случае признания пациента, нуждающегося в оказании паллиативной медицинской помощи, инвалидом, предоставление отдельных видов указанных медицинских изделий, включенных в федеральный перечень реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду, осуществляется в соответствии Правилами обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации и отдельных категорий граждан из числа ветеранов протезами (кроме зубных протезов), протезно-ортопедическими изделиями.

21. 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 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», 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.

Приложение № 1  
к Положению, утвержденному  
приказом Департамента  
здравоохранения  
города Севастополя  
от 21.01.2020 № 79

**Правила организации деятельности  
паллиативной специализированной медицинской помощи  
в амбулаторных условиях**

1. Отделение выездной патронажной службы паллиативной медицинской помощи детям (далее – отделение выездной службы) является структурным подразделением ГБУЗС «Городская больница № 5 – «ЦОЗМиР» и предназначена для оказания специализированной паллиативной медицинской помощи детям города Севастополя с неизлечимыми заболеваниями с целью улучшения качества их жизни в амбулаторных условиях, в том числе на дому.

2. Структура и штатная численность отделения выездной службы устанавливаются, исходя из объема проводимой работы и численности детского населения города Севастополя с учетом рекомендуемых штатных нормативов (Приложение № 3 к Положению).

3. На должность заведующего отделения выездной службы назначается врач по паллиативной медицинской помощи, соответствующий требованиям профессионального стандарта «Врач по паллиативной медицинской помощи» и имеющий стаж работы по специальности не менее 5 лет.

4. На должность врача отделения выездной службы назначается врач, соответствующий требованиям профессионального стандарта «Врач по паллиативной медицинской помощи» без предъявления требования к стажу работы по специальности.

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

6. Количественный и профессиональный состав бригады определяется руководителем отделения выездной службы в зависимости от медицинских и социальных показаний (первичное посещение, повторное посещение, ухудшение самочувствия, потребность в симптоматической, социальной, педагогической или психологической помощи, обучение родственников навыкам ухода за больным).

7. Финансирование отделения выездной службы осуществляется за счет средств бюджета города Севастополя, а также благотворительных фондов.

8. Отделение выездной службы осуществляет свою деятельность во взаимодействии с государственными учреждениями здравоохранения, учреждениями социального обслуживания населения, благотворительными организациями.

9. Отделение выездной службы осуществляет следующие функции:

- оказание паллиативной специализированной медицинской помощи детям на дому и в стационарных организациях социального обслуживания;

- динамическое наблюдение за детьми, нуждающимися в оказании паллиативной специализированной медицинской помощи на дому и в стационарных организациях социального обслуживания;

- направление детей при наличии медицинских показаний, в том числе проживающих в стационарных организациях социального обслуживания, в медицинскую организацию, оказывающую паллиативную специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях;

- назначение 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;

- оказание психологической помощи детям, нуждающимся в оказании паллиативной медицинской помощи, их родителям или законным представителям;

- оказание консультативной помощи врачам-специалистам по вопросам организации и оказания паллиативной медицинской помощи детям;

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

- обеспечение преемственности в оказании паллиативной специализированной медицинской помощи детям, в том числе проживающим в стационарных организациях социального обслуживания, в амбулаторных и стационарных условиях;

- осуществление учета пациентов, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи, с применением медицинской информационной системы медицинской организации;

- представление отчетности, сбор и представление первичных данных о медицинской деятельности для информационных систем в сфере здравоохранения в ГБУЗС «МИАЦ» и главному специалисту по паллиативной помощи детям для анализа ежеквартально в срок до 5 числа месяца, следующего за отчетным периодом;

- взаимодействие с организациями социального обслуживания, общественными объединениями, иными некоммерческими организациями, осуществляющими свою деятельность в сфере охраны здоровья.

10. Основные медицинские показания к оказанию специализированной паллиативной медицинской помощи детям отделением выездной службы:

- болевой синдром, требующий назначения и индивидуального подбора дозы наркотических лекарственных препаратов, а также текущей оценки эффективности обезболивания;

- наличие значительных рисков, связанных с транспортировкой ребенка для получения плановых консультаций врачей-специалистов;

- терминальное состояние ребенка при отказе его законных представителей от госпитализации;

- необходимость динамического контроля трудно купируемых тяжелых проявлений заболевания;

- отсутствие возможности осуществить мероприятия психологического характера медицинской организацией, оказывающей первичную паллиативную медицинскую помощь;

- необходимость обучения родителей (законных представителей) ребенка навыкам ухода за ним, включающим использование медицинской техники, а также контроля за выполнением врачебных рекомендаций по такому уходу.

11. Оснащение отделения выездной службы осуществляется в соответствии со стандартом оснащения отделения выездной патронажной паллиативной медицинской помощи детям.

12. Отделение выездной службы для обеспечения своей деятельности использует возможности лечебно-диагностических и вспомогательных подразделений медицинской организации, в составе которой оно создано.

13. Отделение выездной службы оказывает медицинскую паллиативную помощь, социально-психологическую помощь детям с тяжелыми, не поддающимися лечению заболеваниями, не нуждающимся на данной стадии развития болезни в постоянном наблюдении врача и медицинской сестры:

- требующим одномоментной консультативной помощи и обучению по уходу, с частотой осмотра не реже одного раза в 3 месяца;

- требующим динамического наблюдения сроком до 14 календарных дней, с выполнением лечебных мероприятий, а также с обеспечением медикаментами и лечебным питанием.

14. Объем оказания услуг отделением выездной службы:

- осмотр врачом-педиатром;

- проведение медикаментозной терапии, в том числе внутримышечное и внутривенное введение препаратов на дому;

- проведение массажа на дому;

- обеспечение медикаментами и расходным материалом, средствами гигиены при необходимости;

- обеспечение лечебным питанием при необходимости;

- консультация врача-невролога, врача-онколога и других врачей-специалистов в случае необходимости;

- обучение родственников пациента приемам ухода за тяжелобольным ребенком;
- контроль за функционированием трахеостомы;
- контроль за обеспечением дыхательных функций при искусственной вентиляции легких на дому;
- лабораторные обследования по показаниям;
- консультация специалистов социально-психологической службы и систематическая работа с пациентами и членами их семей;
- психологическая и социальная поддержка родственников.

Приложение № 2  
к Положению, утвержденному  
приказом Департамента  
здравоохранения  
города Севастополя  
от 21.01.2020 № 79

**Порядок  
оказания паллиативной медицинской помощи детям  
в стационарных условиях**

1. Настоящий порядок устанавливает правила оказания детям паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях, 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, за исключением больных ВИЧ-инфекцией.

2. Оказание паллиативной медицинской помощи детям осуществляется с учетом прав ребенка и его законного представителя на выбор врача и медицинской организации.

3. Паллиативная медицинская помощь в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение, оказывается на 2-ух койках педиатрического отделения № 2 ГБУЗС «Городская больница № 5 – «ЦОЗМиР» (далее – койки).

4. Структура коек и штатная численность устанавливаются руководителем медицинской организации, в составе которой они созданы, исходя из объема проводимой работы и численности обслуживаемого детского населения с учетом рекомендуемых штатных нормативов отделения (коек) паллиативной медицинской помощи детям.

5. Оказание паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях осуществляется врачом-педиатром, прошедшим обучение по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи детям, соответствующий требованиям профессионального стандарта «Врач по паллиативной медицинской помощи» без предъявления требования к стажу работы по специальности.

При необходимости к консультированию пациентов с паллиативным статусом могут привлекаться врачи-специалисты ГБУЗС «Городская больница № 5 – «ЦОЗМиР» и других государственных бюджетных учреждений здравоохранения города Севастополя.

6. На должность медицинской сестры для обеспечения работы коек по паллиативной помощи назначается медицинский работник, соответствующий Квалификационным требованиям к медицинским работникам и фармацевтическим работникам со средним медицинским и фармацевтическим образованием и прошедший обучение

по дополнительным профессиональным программам по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи детям.

7. Койки для паллиативных больных осуществляют следующие функции:

- оказание паллиативной специализированной медицинской помощи детям в стационарных условиях;

- назначение 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;

- осуществление ухода за детьми, в том числе профилактика и лечение хронических ран, уход за дренажами и стомами, кормление, включая парентеральное питание;

- направление детей под наблюдение медицинской организации, оказывающей паллиативную специализированную медицинскую помощь детям в амбулаторных условиях;

- оказание психологической помощи детям, нуждающимся в паллиативной медицинской помощи, и их родителям или законным представителям;

- оказание консультативной помощи врачам-специалистам по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи детям;

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

- обеспечение преемственности в оказании паллиативной специализированной медицинской помощи детям, в том числе проживающим в стационарных организациях социального обслуживания, в амбулаторных и стационарных условиях;

- взаимодействие с органами социальной защиты и организациями системы социального обслуживания, предоставляющим социальные услуги детям в стационарной форме социального обслуживания и организациями, социального обслуживания, предоставляющим социальные услуги семьям с детьми в полустационарной форме социального обслуживания и в форме социального обслуживания на дому.

8. Основные медицинские показания к оказанию паллиативной специализированной медицинской помощи детям на койках:

- необходимость коррекции фармакотерапии болевого синдрома с индивидуальным подбором доз наркотических лекарственных препаратов при невозможности достичь эффективного и безопасного обезболивания в амбулаторных условиях;

- необходимость коррекции противосудорожной терапии при невозможности осуществить полный контроль судорожного синдрома в амбулаторных условиях;

- терминальное состояние ребенка при согласии его родителей (законных представителей) на госпитализацию;

- трудности в купировании тяжелых симптомов заболевания со стороны жизненно важных органов и систем;

- необходимость обучения родителей (законных представителей) ребенка навыкам ухода за ребенком, находящимся на респираторной поддержке при помощи инвазивной и неинвазивной искусственной вентиляции легких;

- необходимость в проведении комплекса мер психологического характера в отношении ребенка и членов его семьи, которые не могут быть осуществлены в амбулаторных условиях;

- необходимость госпитализации ребенка по социальным показаниям, в том числе без присутствия его родителя (законного представителя).

9. Койки для обеспечения своей деятельности используют возможности лечебно-диагностических и вспомогательных подразделений медицинской организации, в составе которой оно создано.

10. При возникновении угрожающих жизни состояний по решению консилиума осуществляется перевод ребенка из педиатрического отделения № 2 в отделение анестезиологии и реанимации для детского населения.

11. Решение о направлении ребенка для оказания паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях принимает врачебная комиссия медицинской организации, в которой осуществляется наблюдение и/или лечение ребенка в соответствии с Положением о врачебной комиссии по признанию паллиативного статуса пациента (Приложение № 4 к Положению).

12. При направлении пациента, нуждающегося в оказании паллиативной медицинской помощи, в медицинскую организацию, оказывающую паллиативную специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях, 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. Прилагается заключение врачебной комиссии о паллиативном статусе ребенка.

13. При выписке пациента из медицинской организации, оказывающей паллиативную специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях, выдается выписка из медицинской карты стационарного больного, в которой указываются рекомендации по дальнейшему наблюдению, лечению, в том числе по организации респираторной поддержки и ухода в амбулаторных условиях (на дому). Выписка направляется в медицинскую организацию, оказывающую первичную медико-санитарную помощь, по месту жительства (фактического пребывания) пациента и медицинскую организацию, оказывающую паллиативную специализированную

медицинскую помощь в амбулаторных условиях (отделение выездной службы).

14. Заключение о необходимости предоставления социального обслуживания пациенту, утратившему способность к самообслуживанию или являющегося недееспособным лицом и получающего паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях оформляется Протоколом врачебной подкомиссии (Приложение № 2 к Положению о врачебной подкомиссии) и направляется медицинской организацией в уполномоченный орган или уполномоченную организацию не позднее чем за 10 дней до планируемой выписки пациента.

15. При признании паллиативного статуса пациента во время его пребывания в детском стационаре ГБУЗС «Городская больница № 5 – «ЦОЗМиР» протокол врачебной подкомиссии по признанию паллиативного статуса пациента вносится в медицинскую документацию пациента. Копия протокола направляется в медицинскую организацию, оказывающую первичную медико-санитарную помощь по месту жительства (фактического пребывания) пациента, и в медицинскую организацию, оказывающую паллиативную специализированную медицинскую помощь в амбулаторных условиях (отделение выездной службы), а также выдается на руки пациенту или его законному представителю.

16. 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.

17. 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.

18. В педиатрическом отделении № 2 создаются условия, обеспечивающие возможность посещения ребенка и пребывания родителей или иных законных представителей с ним в медицинской организации с учетом состояния ребенка, соблюдения противоэпидемического режима и интересов иных лиц, работающих и (или) находящихся в медицинской организации.

19. 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 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», 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.

Приложение № 3  
к Положению, утвержденному  
приказом Департамента  
здравоохранения  
города Севастополя  
от 21.01.2020 № 79

**Рекомендуемые штатные нормативы отделения  
выездной патронажной паллиативной медицинской помощи детям<sup>1</sup>**

№ п/п	Наименование должности	Количество должностей
1.	Заведующий выездной бригадой – врач по паллиативной медицинской помощи	1
2.	Врач-педиатр	1 на 20 тыс. детского сельского населения или 50 тыс. детского городского населения
3.	Врач-невролог <sup>2</sup>	1 на 20 тыс. детского населения
4.	Врач-детский онколог <sup>2</sup>	0,25
5.	Медицинский психолог <sup>2</sup>	0,5
6.	Врач-анестезиолог-реаниматолог <sup>3</sup>	0,25
7.	Фельдшер	1
8.	Медицинская сестра по массажу	1,5
9.	Старшая медицинская сестра	1
10.	Медицинская сестра	2 на 1 должность врача-педиатра или фельдшера

<sup>1</sup> В медицинских организациях, имеющих в своем составе отделение выездной патронажной помощи, рекомендуется предусмотреть должность социального работника из расчета 1 должность на отделение выездной патронажной помощи.

<sup>2</sup> В случае отсутствия соответствующей должности в медицинской организации, в структуре которой создано отделение выездной патронажной помощи.

<sup>3</sup> В случае наличия детей, нуждающихся в проведении искусственной вентиляции легких.

Приложение № 4  
к Положению, утвержденному  
приказом Департамента  
здравоохранения  
города Севастополя  
от 21.01.2020 № 79

### **Положение о врачебной подкомиссии по признанию паллиативного статуса пациента**

1. Врачебная подкомиссия по признанию пациента паллиативным (далее – врачебная подкомиссия) является подкомиссией Врачебной комиссии медицинской организации.

2. Состав врачебной подкомиссии утверждается главным врачом.

3. Председателем врачебной подкомиссии назначается заместитель главного врача по медицинской части, заместитель главного врача по амбулаторно-поликлинической части, имеющий высшее медицинское образование, и прошедший постдипломную подготовку по основной специальности, имеющий соответствующий сертификат, членами комиссии назначаются заведующие отделениями, заведующие детскими поликлиниками и врачи-специалисты (не менее 3-х человек).

4. В своей деятельности врачебная подкомиссия руководствуется Конституцией Российской Федерации, федеральными законами, указами и распоряжениями Президента Российской Федерации, постановлениями и распоряжениями Правительства Российской Федерации, нормативными правовыми актами Министерства здравоохранения Российской Федерации.

5. Основными функциями врачебной подкомиссии являются:

- подтверждение установленного диагноза;
- подтверждение необходимого объема проведенного обследования;
- оценка текущего клинического состояния пациента;
- оценка прогноза основного заболевания пациента, сопутствующих состояний и осложнений;
- установка группы заболеваний, подлежащих паллиативной медицинской помощи к которой относится диагноз данного пациента;
- обоснование причин полной исчерпанности радикальной терапии или ее изначальной невозможности;
- рекомендации по форме паллиативной помощи для пациента в настоящее время (амбулаторная, стационарная);
- принятие участия в совещаниях, научно-практических конференциях по вопросам паллиативной медицинской помощи;
- контроль за ведением медицинской документации, статистического учета и отчетности по курируемым разделам работы.

6. Решение врачебной подкомиссии оформляется протоколом врачебной подкомиссии по признанию паллиативного статуса пациента (Приложение

№ 1 к Положению о врачебной подкомиссии), вносится в первичные медицинские документы и журнал (ф. 035у), копия заключения направляется руководителю отделения выездной патронажной службы паллиативной медицинской помощи детям и выдается на руки одному из родителей или иному законному представителю.

7. При признании пациента паллиативным обязательным является заполнение информированного согласия на оказание паллиативной медицинской помощи ребенку младше 15 лет (Приложение № 3 к Положению о врачебной подкомиссии) или старше 15 лет (Приложение № 4 к Положению о врачебной подкомиссии).

Приложение № 1  
к Положению о врачебной  
подкомиссии по признанию  
паллиативного статуса пациента

**Протокол врачебной подкомиссии по признанию паллиативного статуса  
пациента № \_\_\_\_\_**

Медицинская организация \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

**Паспортная часть:**

ФИО ребенка \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_ возраст \_\_\_\_\_

Адрес постоянного места жительства (по регистрации) \_\_\_\_\_

Адрес фактического проживания \_\_\_\_\_

Свидетельство о рождении или паспорт (с 14 лет) пациента \_\_\_\_\_

Медицинский полис  
ОМС \_\_\_\_\_ СНИЛС \_\_\_\_\_

Удостоверение ребенка-инвалида (номер, дата выдачи) \_\_\_\_\_

Наименование и адрес поликлиники в которой наблюдается ребенок \_\_\_\_\_

**Сведения о заболевании пациента:**

Клинический диагноз по МКБ (основной, сопутствующий, осложнения) \_\_\_\_\_

Анамнез основного заболевания (динамика течения) \_\_\_\_\_

Объем и характер проведенного лечения (подробно) \_\_\_\_\_

Объективный статус пациента в настоящий момент \_\_\_\_\_

Группа заболеваний, подлежащих паллиативной медицинской помощи, в которую относится данный пациент (подчеркнуть необходимое):

**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 излечения, и с момента установления диагноза объем терапии является паллиативным;

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

**Заключение комиссии:**

1. Обоснование причин полной исчерпанности радикальной терапии или ее изначальной невозможности \_\_\_\_\_

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

Амбулаторная \_\_\_\_\_

Стационарная \_\_\_\_\_

**Члены комиссии:**

Руководитель медицинской организации (или его заместитель): \_\_\_\_\_

Заведующий структурным подразделением: \_\_\_\_\_

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

*Копия протокола врачебной подкомиссии получена (законным представителем, пациентом – указать кем именно – ФИО полностью)*

Дата \_\_\_\_\_

подпись \_\_\_\_\_

Приложение № 2  
к Положению о врачебной  
подкомиссии по признанию  
паллиативного статуса пациента

**Протокол врачебной подкомиссии о предоставлении социального  
обслуживания пациенту, утратившему способность  
к самообслуживанию и получающему паллиативную медицинскую  
помощь в амбулаторных условиях №**

Медицинская организация \_\_\_\_\_  
Дата \_\_\_\_\_

**Паспортная часть:**

ФИО  
ребенка \_\_\_\_\_  
Дата рождения \_\_\_\_\_ возраст \_\_\_\_\_  
Адрес постоянного места жительства (по регистрации) \_\_\_\_\_

Адрес фактического проживания, контактный телефон \_\_\_\_\_

Свидетельство о рождении или паспорт (с 14 лет) пациента \_\_\_\_\_

СНИЛС \_\_\_\_\_

Удостоверение ребенка-инвалида (номер, дата выдачи) \_\_\_\_\_

Наименование и адрес поликлиники в которой наблюдается ребенок \_\_\_\_\_

**Необходимые социальные услуги и форма их оказания (нужное подчеркнуть):**

- социально-бытовые, направленные на поддержание жизнедеятельности получателей социальных услуг в быту;

- 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 (помощь 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, посещениях 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);

- 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;

- 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;

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

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

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

- срочные социальные услуги;

- условия его жизнедеятельности, зависимость от посторонней помощи.

**Причина и степень утраты способности пациента к самообслуживанию:**

- 1 степень - способность к самообслуживанию при более длительной затрате времени, дробности его выполнения, сокращении объема, с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;

- 2 степень - способность к самообслуживанию с регулярной частичной помощью других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;

- 3 степень - неспособность к самообслуживанию, нуждаемость в постоянной посторонней помощи и полная зависимость от других лиц;

**Срок, в который необходимо обеспечить социальное обслуживание пациента, в том числе необходимость оказания пациенту срочных социальных услуг:**

- в соответствии с индивидуальными программами и условиями договоров

- срочное социальное обслуживание

**Заключение комиссии:** ФИО ребенка признан нуждающимся в социальном обслуживании в амбулаторных условиях.

**Члены комиссии:**

Руководитель медицинской организации

(или его заместитель): \_\_\_\_\_

Заведующий структурным подразделением: \_\_\_\_\_

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

*Копия протокола врачебной подкомиссии получена (законным представителем, пациентом – указать кем именно – ФИО полностью)*

Дата \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

Приложение № 3  
к Положению о врачебной  
подкомиссии по признанию  
паллиативного статуса пациента

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ**  
**на оказание паллиативной медицинской помощи**  
**ребенку младше 15 лет**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина), \_\_\_\_\_ г.р.

зарегистрированный (ая) по адресу

(мать, отец, другой законный представитель)  
ознакомлен(а) с Заключением 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, вероятностном прогнозе его основного заболевания, сопутствующих состояний и осложнений. Я был (а) проинформирован (а) лечащим врачом в устной форме о целесообразности оказания специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи в связи с ее нынешней и прогнозируемой в перспективе неэффективностью для моего ребенка, а также отсутствием известных в доказательной медицине методов радикального излечения заболевания.

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 нашей семьи.

Я согласен (согласна) на оказание моему ребенку паллиативной медицинской помощи, направленной на улучшение качества его жизни, срок которой ограничен неизлечимым заболеванием в

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (полное наименование организации)

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

Я согласен на передачу информации в отделение выездной патронажной службы паллиативной медицинской помощи детям ГБУЗС «Городская больница № 5 – «ЦОЗМиР» и в \_\_\_\_\_

Ф.И.О. гражданина \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

Ф.И.О. медицинского работника \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.  
(дата оформления)

Приложение № 4  
к Положению о врачебной  
подкомиссии по признанию  
паллиативного статуса пациента

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ  
на оказание паллиативной медицинской помощи  
ребенку старше 15 лет**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина),  
\_\_\_\_\_ г.р.

зарегистрированный (ая) по адресу \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(мать, отец, другой законный представитель)  
ознакомлен (а) с Заключением комиссии специалистов о наличии у меня показаний  
к проведению паллиативной медицинской помощи.

Подтверждаю, что я получил (а) полную информацию о своем заболевании, объеме проведенного лечения, моем текущем клиническом состоянии, вероятностном прогнозе моего основного заболевания, о наличии и развитии сопутствующих состояний и осложнений. Я был (а) проинформирован (а) лечащим врачом в устной форме о целесообразности оказания специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи в связи с ее нынешней и прогнозируемой в перспективе неэффективностью для меня, а также отсутствием известных в доказательной медицине методов радикального излечения моего заболевания.

Мне понятно, что основной целью моего лечения в настоящее время является поддержание максимально высокого качества 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 не только моих, но и членов моей семьи.

Я согласен (согласна) на оказание мне паллиативной медицинской помощи, направленной на улучшение качества моей дальнейшей жизни с неизлечимым заболеванием и эффективным контролем за его многочисленными тягостными симптомами в \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (полное наименование организации)

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

Я согласен на передачу информации в отделение выездной патронажной службы паллиативной медицинской помощи детям ГБУЗС «Городская больница № 5 – «ЦОЗМиР» и в \_\_\_\_\_

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья

Ф.И.О. гражданина \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ПОДПИСЬ \_\_\_\_\_

Ф.И.О. медицинского работника \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ПОДПИСЬ \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.  
(дата оформления)