(извлечение)

УТВЕРЖДЕНО

Приказ

Министерства здравоохранения

Республики Беларусь

04.04.2019 N 403

ИНСТРУКЦИЯ

ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

ГЛАВА 1

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Организация оказания паллиативной медицинской помощи детям проводится в соответствии с [Инструкцией](consultantplus://offline/ref=DB2DCC1BD4111324C78362382FE4F8D2115E6D4FF7BCE737AB832E37E146C2116A0599BB099B7606E5661BD6AEQE08G) о порядке оказания медико-социальной помощи и паллиативной медицинской помощи, утвержденной постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 24 декабря 2014 г. N 107 "О некоторых вопросах организации оказания медико-социальной и паллиативной медицинской помощи", и настоящей Инструкцией.

2. Настоящая Инструкция определяет порядок перевода больных детей в группу паллиативной медицинской помощи, уровни и условия организации оказания паллиативной медицинской помощи, а также порядок оказания паллиативной медицинской помощи.

3. Для целей настоящей Инструкции используются основные термины и их определения в значениях, установленных [Законом](consultantplus://offline/ref=DB2DCC1BD4111324C78362382FE4F8D2115E6D4FF7BCE631AA832E37E146C2116A05Q909G) Республики Беларусь от 18 июня 1993 года "О здравоохранении", а также термины и их определения, установленные [постановлением](consultantplus://offline/ref=DB2DCC1BD4111324C78362382FE4F8D2115E6D4FF7BCE737AB832E37E146C2116A05Q909G) Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 24 декабря 2014 г. N 107 "О некоторых вопросах организации оказания медико-социальной и паллиативной медицинской помощи".

ГЛАВА 2

ПЕРЕВОД БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ В ГРУППУ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

4. Перевод больного ребенка в группу паллиативной медицинской помощи, изменение группы паллиативной медицинской помощи или вывод ребенка из группы паллиативной медицинской помощи по результатам оценки динамики заболевания и его прогноза осуществляются врачебным консилиумом (далее - консилиум) государственной организации здравоохранения (далее - организация здравоохранения), которая оказывает ему медицинскую помощь.

Если ребенок находится в интернатном учреждении, консилиум проводится территориальной организацией здравоохранения.

Для участия в консилиуме приглашается специалист по детской паллиативной медицинской помощи.

5. Критериями включения ребенка в группу паллиативной медицинской помощи являются:

дальнейшая нецелесообразность проведения активного (куративного) лечения;

прогрессирование заболевания, приведшее к резкому ухудшению состояния и снижению качества жизни;

прогнозируемый ограниченный срок жизни или терминальная стадия заболевания.

6. Консилиумом ребенку определяется группа паллиативной медицинской помощи:

1-я группа (краткосрочная паллиативная медицинская помощь) - дети с тяжелыми, угрожающими жизни состояниями или ограничивающими продолжительность жизни заболеваниями в терминальной стадии (например, с онкологическими заболеваниями);

2-я группа (долгосрочная паллиативная медицинская помощь) - дети с ограничивающими продолжительность жизни заболеваниями, имеющими разную степень прогрессирования, при которых преждевременная смерть неизбежна, но прогнозируется в относительно отдаленном периоде при условии проведения паллиативных мероприятий (генетические заболевания, тяжелые неврологические заболевания и другие);

3-я группа - дети с угрожающими жизни состояниями или ограничивающими продолжительность жизни заболеваниями, имеющими неопределенный прогноз, в том числе с возможностью восстановления функций (последствия черепно-мозговой травмы, врожденные пороки развития и другие).

7. Решение консилиума доводится до сведения законного представителя (родителя, усыновителя, опекуна) ребенка в устной форме в порядке беседы.

8. На основании заключения консилиума в установленном порядке оформляется выписка из медицинских документов и направление в группу паллиативной медицинской помощи по форме согласно [приложению 1](#P183), которые выдаются на руки законному представителю.

1-я копия указанных документов остается в организации здравоохранения, проводившей консилиум, 2-я копия передается в организацию здравоохранения по месту жительства ребенка.

9. Информация о включении ребенка в соответствующую группу паллиативной медицинской помощи в течение дня предоставляется в государственное учреждение "Республиканский клинический центр паллиативной медицинской помощи детям" (далее - РКЦ ПМПД) (по телефону/факсу: (8-017) 503-57-32; по электронной почте: rkcpalliativ@tut.by).

10. Организации здравоохранения по месту жительства ребенка предоставляют информацию внештатным специалистам по детской паллиативной помощи для внесения в Республиканский регистр детей, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи (далее - Регистр):

в течение 10 рабочих дней - при получении направления о переводе ребенка в группу паллиативной медицинской помощи;

два раза в год до 10-го числа месяца, следующего за отчетным, - по диспансерному наблюдению детей паллиативной группы.

11. Внештатный специалист по детской паллиативной помощи по области (г. Минску) предоставляет в РКЦ ПМПД сводную информацию по региону по формам согласно [приложениям 2](#P246) - [4](#P811) два раза в год до 15-го числа месяца, следующего за отчетным.

12. Информация об изменении группы паллиативной медицинской помощи предоставляется в порядке, указанном в [пункте 10](#P52) настоящей Инструкции.

13. По достижении ребенком 18-летнего возраста выписка из медицинских документов с указанием группы паллиативной медицинской помощи передается в организацию здравоохранения по месту жительства, оказывающую медицинскую помощь взрослому населению.

14. По заключению консилиума о нуждаемости ребенка в оказании паллиативной медицинской помощи в условиях дома ребенка ребенок направляется главным управлением здравоохранения области (далее - ГУЗО), комитетом по здравоохранению Мингорисполкома, на территории которого находится дом ребенка, в отделение (палату) паллиативной медицинской помощи на базе специализированного дома ребенка.

ГЛАВА 3

ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

15. Паллиативная медицинская помощь детям оказывается на республиканском, областном (городском - для г. Минска) и районном (городском) уровнях.

На республиканском уровне паллиативная медицинская помощь детям оказывается в РКЦ ПМПД в условиях стационара, отделения дневного пребывания и амбулаторно.

На областном (городском - для г. Минска) и районном (городском) уровнях паллиативная медицинская помощь и условия ее оказания (стационарно, амбулаторно и т.д.) организуются с учетом фактической потребности (нуждаемости) в данном виде медицинской помощи.

16. Областной (городской) уровень формируется ГУЗО, комитетом по здравоохранению Мингорисполкома в соответствии с настоящей Инструкцией и другими нормативными правовыми актами Минздрава при взаимодействии с главным внештатным специалистом Минздрава по детской паллиативной помощи и руководителями организаций здравоохранения республиканского подчинения.

17. Районный (городской) уровень формируется центральной районной (городской) больницей (поликлиникой) в соответствии с настоящей Инструкцией и другими нормативными правовыми актами Минздрава при взаимодействии с главным внештатным специалистом по детской паллиативной помощи ГУЗО.

18. Организационно-методическое руководство оказания паллиативной медицинской помощи детям осуществляется:

на республиканском уровне - отделом медицинской помощи матерям и детям главного управления организации медицинской помощи и экспертизы Минздрава и главным внештатным специалистом Минздрава по детской паллиативной помощи;

на областном (городском - для г. Минска) уровне - главным специалистом по педиатрии ГУЗО, комитета по здравоохранению Мингорисполкома и внештатным специалистом по детской паллиативной помощи ГУЗО, комитета по здравоохранению Мингорисполкома;

на районном (городском) уровне - районным (городским) педиатром или заместителем главного врача центральной районной (городской) больницы (поликлиники), курирующим оказание медицинской помощи детям.

19. Паллиативная медицинская помощь детям оказывается государственными организациями здравоохранения и иными организациями:

19.1. в стационарных условиях:

временная паллиативная койка (палата) для оказания краткосрочной паллиативной медицинской помощи;

постоянная паллиативная палата (отделение) для оказания долгосрочной и краткосрочной паллиативной медицинской помощи;

19.2. в амбулаторных условиях:

кабинет с выездной патронажной службой паллиативной медицинской помощи детям (далее - кабинет паллиативной медицинской помощи);

отделение дневного пребывания для оказания паллиативной медицинской помощи;

19.3. на дому - специалистами кабинета паллиативной медицинской помощи, специалистами участковой службы по месту проживания ребенка;

19.4. в детском хосписе независимо от формы собственности;

19.5. в палате (отделении) паллиативной медицинской помощи на базе специализированного дома ребенка;

19.6. в палате (отделении) стационарного учреждения социального обслуживания Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь для детей с особенностями психофизического развития (далее - дом-интернат).

20. Медицинские работники, оказывающие паллиативную медицинскую помощь детям, проходят в установленном порядке повышение квалификации по паллиативной медицинской помощи в объеме учебной программы не менее 80 часов.

21. При оказании паллиативной медицинской помощи детям осуществляется взаимодействие организаций здравоохранения с учреждениями системы Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь, Министерства образования Республики Беларусь, неправительственными организациями, ассоциациями, общественными объединениями и иными организациями, оказывающими паллиативную помощь детям и зарегистрированными в установленном порядке.

ГЛАВА 4

ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

22. Паллиативная медицинская помощь детям оказывается согласно клиническим протоколам, утвержденным Министерством здравоохранения Республики Беларусь в установленном порядке.

23. Решение о проведении ребенку из группы паллиативной медицинской помощи планового оперативного вмешательства (постановка гастростомы, операция остеосинтеза и др.) принимается консилиумом с участием специалиста по детской паллиативной помощи.

24. Обеспечение ребенка из группы паллиативной медицинской помощи трахеостомическими и гастростомическими трубками и их замену в срок, указанный в инструкции изготовителя, осуществляют организации здравоохранения по месту жительства, оказывающие помощь в стационарных условиях.

25. Детям 1-й группы паллиативной медицинской помощи при оказании краткосрочной паллиативной медицинской помощи реанимационные мероприятия не проводятся.

26. Психологическая помощь детям (семье) оказывается психологом (психотерапевтом) организации здравоохранения. При отсутствии психолога (психотерапевта) в штате организаций здравоохранения для осуществления психологической помощи привлекаются специалисты учреждений другой ведомственной принадлежности, общественных и иных организаций.

27. Паллиативная медицинская помощь детям стационарного учреждения социального обслуживания Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь для детей с особенностями психофизического развития оказывается сотрудниками этих учреждений. С консультативной целью могут привлекаться врачи-специалисты территориальной организации здравоохранения, внештатные специалисты по детской паллиативной помощи.

ГЛАВА 5

ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ, НУЖДАЮЩИМСЯ В ПРОВЕДЕНИИ ДЛИТЕЛЬНОЙ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ

28. Паллиативная медицинская помощь детям, нуждающимся в проведении длительной искусственной вентиляции легких (далее - ИВЛ), проводится в стационарных условиях - в отделениях (палатах) паллиативной медицинской помощи на базе дома ребенка или другой организации здравоохранения, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, и на дому.

29. Проведение длительной ИВЛ на дому (в инвазивном или неинвазивном режиме) может осуществляться при соблюдении следующих условий:

отсутствие медицинских противопоказаний согласно [постановлению](consultantplus://offline/ref=DB2DCC1BD4111324C78362382FE4F8D2115E6D4FF7BCE639AD8B2F37E146C2116A05Q909G) Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 15 июня 2016 г. N 77 "Об установлении перечня медицинских показаний и медицинских противопоказаний для обеспечения граждан техническими средствами социальной реабилитации";

обеспечение техническими средствами социальной реабилитации в установленном законодательством порядке;

желание и готовность законных представителей к осуществлению ухода за ребенком на дому;

обучение законных представителей навыкам ухода за ребенком, правилам пользования медицинскими изделиями;

наличие информированного согласия на проведение ИВЛ на дому, подписанного законными представителями по форме согласно [приложению 5](#P852);

информирование в письменной форме территориальной организации здравоохранения, территориальной жилищно-эксплуатационной службы, внештатного специалиста по детской паллиативной помощи, кабинета паллиативной медицинской помощи (при наличии).

30. Законным представителям ребенка выдается примерный алгоритм действий на случай развития критических ситуаций согласно [приложению 6](#P910).

31. Подбор режима неинвазивной ИВЛ при отсутствии противопоказаний может осуществляться в амбулаторных условиях врачом - анестезиологом-реаниматологом кабинета паллиативной медицинской помощи, РКЦ ПМПД.

32. Транспортировка ребенка из организации здравоохранения, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, осуществляется специальным легковым автомобилем в сопровождении специалистов реанимационной бригады.

33. Врач-педиатр кабинета паллиативной медицинской помощи (при его отсутствии - врач-педиатр территориальной организации здравоохранения) составляет график плановых посещений ребенка врачами-специалистами (врач-педиатр, врач - анестезиолог-реаниматолог и др.), медицинской сестрой.

34. В случае несогласия законных представителей ребенка на проведение ИВЛ на дому ребенок может быть переведен в отделение (палату) паллиативной медицинской помощи на базе специализированного дома ребенка.

Приложение 1

к Инструкции

об организации оказания

паллиативной медицинской

помощи детям

**Направление в группу паллиативной медицинской помощи**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование организации здравоохранения)

Ребенок (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Место жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. родителей (законных представителей) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Диагноз клинический основной (МКБ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Осложнения основного диагноза \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата консилиума о переводе ребенка в группу паллиативной помощи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Организация здравоохранения, где проводился консилиум \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заключение консилиума \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Установленная группа паллиативной медицинской помощи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Родители (законные представители) ознакомлены с заключением консилиума

(дата) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Объективные данные на момент перевода \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Реабилитационные мероприятия (основные этапы, реабилитационный потенциал)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

План паллиативной помощи (указать нуждаемость в медицинских изделиях,

лекарственных средствах, средствах по уходу и т.д.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Члены консилиума:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность, подпись, Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность, подпись, Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность, подпись, Ф.И.О.)

М.П.

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактные телефоны:

Приложение 5

к Инструкции

об организации оказания

паллиативной медицинской

помощи детям

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ**

**на проведение искусственной вентиляции легких на дому**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя собственное, отчество (если таковое имеется) одного из

родителей (законных представителей ребенка))

ознакомлен(а) с решением консилиума о переводе моего ребенка

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя собственное, отчество (если таковое имеется) пациента)

из больничной организации здравоохранения для проведения искусственной

вентиляции легких (далее - ИВЛ) на дому под наблюдение

амбулаторно-поликлинической службы.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что в устной форме я был(а)

проинформирован(а) о нецелесообразности продолжения оказания

специализированной медицинской помощи в связи с ее неэффективностью и

отсутствием в настоящее время каких-либо способов вылечить моего ребенка.

Я согласен (согласна) с тем, что на данный момент целью врачей и моей целью

является улучшение качества жизни ребенка.

Мне разъяснили, что данную цель можно достичь комплексом паллиативных

мероприятий, в т.ч. поддержанием функции дыхания с использованием аппарата

ИВЛ. В связи с этим я подтверждаю свое желание и даю свое согласие на

проведение ИВЛ моему ребенку в домашних условиях.

Кроме того, я осознаю, что несу юридическую ответственность за

осуществление непосредственного ухода за ребенком на дому. Я обучен(а)

навыкам медицинского ухода за ребенком на дому.

Мне разъяснили, что на дому мой ребенок будет наблюдаться педиатром,

медицинской сестрой, реаниматологом, специалистом территориальной службы

паллиативной медицинской помощи или хосписа (при наличии). Регулярное

сервисное обслуживание аппарата ИВЛ должно обеспечиваться организацией или

лицом, которой(ому) принадлежит аппарат ИВЛ, на основании договора,

заключенного с компанией-поставщиком.

Я подтверждаю, что мне разъяснили и представили в письменном виде алгоритм

действий на случай развития кризисных ситуаций на дому. Я понимаю, что в

случае отказа аппаратуры ребенок немедленно должен быть подключен к

дыханию через мешок Амбу, должна быть немедленно вызвана скорая медицинская

помощь для госпитализации моего ребенка в ближайшую больничную организацию

здравоохранения.

На все мои вопросы, касающиеся здоровья моего ребенка, мне были даны

доступные моему полному пониманию ответы.

Мое согласие является добровольным и может быть отозвано мною в любое

время.

Дата "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя (собственное), отчество (если таковое имеется) одного из

родителей (законных представителей ребенка))

Мною подписано в присутствии двух медицинских работников:

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Должность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Должность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение 6

к Инструкции

об организации оказания

медицинской помощи детям

ПРИМЕРНЫЙ АЛГОРИТМ

ДЕЙСТВИЙ НА СЛУЧАЙ РАЗВИТИЯ КРИТИЧЕСКИХ СИТУАЦИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ НА ДОМУ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Кризисная ситуация | Возможная причина возникновения | Описание кризисной ситуации | Порядок действий |
| Отключение электроэнергии | Авария на линии электропередачи | Батарея питания аппарата ИВЛ разряжена на 70% | Вызов скорой медицинской помощи (датее - СМП) |
| Отказ работы аппарата ИВЛ | Техническая неисправность | Включение индикатора тревоги высокого приоритета, свидетельствующего о жизнеугрожающей ситуации | 1. Наладить ручное дыхание при помощи мешка Амбу.  2. Вызов бригады СМП.  3. Связаться по телефону с врачом - анестезиологом- реаниматологом, курирующим ребенка, и следовать его рекомендациям до приезда бригады СМП |
| Кровотечение из трахеостомы (трубки) | Проведение агрессивной санации, слишком глубокое отсасывание, отпадение сухих корочек, пролежень трахеостомы | Появление кровянистого содержимого в секрете из трахеостомы | Проведение санации в течении 5 - 10 мин и при сохранении кровянистого содержимого в мокроте, вызывается бригада СМП при продолжении постоянного отсасывания содержимого из дыхательных путей для поддержания их проходимости |
| Выпадение трахеостомической трубки | Плохая фиксация трахеостомической трубки | Выпадение трубки (деканюляция) | Немедленно вставить трубку обратно и предупредить ее выпадение надежным креплением ремешка или специальной повязки для трахеостомической трубки на шее, окружность которой с трудом способна пропустить кончик пальца. При невозможности вставить трахеостомичесую трубку наладить ручное дыхание с помощью мешка Амбу маской через рот, прикрыв трахеостомическое отверстие рукой. Вызвать бригаду СМП |
| Закупорка дыхательных путей мокротой | Нарушения в уходе за трахеостомой, некачественная санация, вязкая мокрота | Свистящее дыхание, появление дополнительных звуков при дыхании, возбуждение ребенка, беспокойство, раздувание крыльев носа, участие мышц шеи и плечевого пояса в акте дыхания. Синюшность кончиков пальцев и носогубного треугольника. Появление сигнала тревоги аппарата, свидетельствующего о повышенном давлении в дыхательных путях | Ввести в трахеостомическую трубку 2 - 3 мл стерильного физиологического раствора, попытаться отсанировать дыхательные пути повторно. При отсутствии положительного эффекта вызвать бригаду СМП |
| Включение индикатора тревог в иных случаях (более 3 мин) | Разгерметизация контуров аппарата, сбой в работе увлажнителя | Появление сигнала тревоги разной степени приоритетности | 1. При наличии тревоги высокого уровня приоритетности, свидетельствующей о жизнеугрожающей ситуации, - наладить ручное дыхание с помощью мешка Амбу и вызвать скорую медицинскую помощь.  2. Связаться по телефону с врачом - анестезиологом- реаниматологом, курирующим ребенка, по возможности описать изменения в состоянии ребенка и показатели на экране монитора аппарата.  3. Следовать рекомендациям врача - анестезиолога-реаниматолога до приезда бригады СМП |
| Декомпенсация общего состояния ребенка с появлением следующих признаков: тревоги аппарата ИВЛ, свидетельствующие о прогрессивном снижении спонтанного дыхания у пациентов на вспомогательных режимах ИВЛ; снижение частоты пульса до 50 - 40 в мин и менее; снижение SPO2 ниже 80%; синюшность кончиков пальцев, носогубного треугольника, ногтевого ложа, слизистой губ; снижение температуры тела ниже 35,5 °C, холодные конечности; широкие зрачки, не изменяющие размер |  |  | 1. Немедленно вызвать бригаду скорой медицинской помощи.  2. Не отключать аппарат ИВЛ и не отсоединять его от ребенка.  3. Не извлекать зонды, катетеры, стомические трубки.  4. Связаться по телефону с врачом - анестезиологом- реаниматологом, курирующим ребенка.  5. Специалистам скорой медицинской помощи необходимо предъявить следующие документы: направление под паллиативное наблюдение, информированное согласие на проведение ИВЛ на дому, выписка из истории развития ребенка |