

**Министерство здравоохранения Красноярского края
Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«КРАСНОЯРСКАЯ МЕЖРАЙОННАЯ ДЕТСКАЯ БОЛЬНИЦА № 4»**

ПРИКАЗ

г. Красноярск

10 января 2022 г.

№ 81-орг

Об организации паллиативной
помощи детям в КГБУЗ КМДБ № 4

На основании Федерального Закона Российской Федерации от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации № 345н, Минтруда России № 372н от 31.05.2019 «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», приказа министерства здравоохранения Красноярского края от 07.02.2020 № 188-орг «О мероприятиях по организации оказания паллиативной медицинской помощи детям в амбулаторных условиях»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Организовать оказание паллиативной медицинской помощи детям в амбулаторных условиях согласно приложению 1.
2. Назначить ответственными за оказание паллиативной медицинской помощи детям в амбулаторных условиях заведующих поликлиник №№ 1,2,3, заместителя главного врача по медицинской части Курдину Т.В.
3. Обеспечить оформление заключения врачебной комиссии при направлении детей для оказания паллиативной медицинской помощи.
4. Обеспечить внесение данных о детях в регистр паллиативных пациентов, их своевременную актуализацию исполняющему обязанности начальника организационно-методического отдела врачу-методисту Писчасову Д.В.
5. Организовать (при наличии медицинских показаний) направление детей в отделение паллиативной медицинской помощи;

6. Начальнику отдела автоматизированных систем управления Иванову А.А. разместить информацию о порядке оказания паллиативной медицинской помощи детям на официальном сайте учреждения.

7. Контроль за исполнением приказа оставляю за собой.

Главный врач



Е.Г. Корепина

Порядок оказания паллиативной медицинской помощи детям в КГБУЗ «КМДБ № 4»

1. Выявление детей, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи осуществляется КГБУЗ «КМДБ № 4».

2. Наличие у ребенка медицинских показаний для оказания ему паллиативной медицинской помощи определяется врачебной комиссией по направлению лечащего врача ребенка.

3. Лечащий врач ребенка принимает решение о направлении ребенка на ВК для определения наличия медицинских показаний для оказания паллиативной медицинской помощи согласно приложению № 2.

4. По результатам заседания ВК оформляется заключение о наличии/отсутствии медицинских показаний для оказания паллиативной медицинской помощи ребенку согласно приложению № 3.

5. Заключение оформляется в 3-х экземплярах (один экземпляр вносится в медицинскую документацию ребенка, второй экземпляр направляется в выездную службу, третий экземпляр передается законному представителю ребенка).

6. При наличии у ребенка медицинских показаний для оказания паллиативной медицинской помощи оформляется информированное добровольное согласие пациента (его законного представителя) на медицинское вмешательство (получение паллиативной медицинской помощи) (далее - согласие) согласно приложению № 4.

7. На ВК определяется нуждаемость ребенка в медицинских изделиях на основании заключения лечащего врача о наличии у ребенка медицинских показаний для использования медицинских изделий на дому согласно приложению № 5. К заключению лечащего врача прилагается согласие, анкета о состоянии домашних условий пациента, заполняемая и прилагаемая в случае нуждаемости в аппарате искусственной вентиляции легких или медицинской кровати, медицинских изделий, предназначенных для совместного с ними пользования.

8. Отказ ребенка (его законного представителя) от заполнения и подписания согласия и анкеты о состоянии домашних условий является основанием для отказа медицинской организации в обеспечении ребенка медицинским изделием. Отказ ребенка (его законного представителя) от заполнения и подписания согласия и анкеты о состоянии домашних условий фиксируется в медицинской документации ребенка.

9. ВК оформляет решение об отказе медицинской организации передавать медицинское изделие для использования на дому на основании отказа законного представителя ребенка от подписания согласия и анкеты.

10. Медицинская организация оформляет заявку о нуждаемости ребенка, получающего паллиативную медицинскую помощь на дому, в медицинских изделиях и расходных материалах (далее - заявка) (согласно приложению № 6). Заявка с заключением лечащего врача направляется в выездную службу.

11. Медицинская организация, выявившая ребенка, в течение трех рабочих дней с даты оформления заключения вносит информацию о ребенке в регистр паллиативных пациентов на сайте краевого государственного бюджетного

учреждения здравоохранения «Красноярский краевой медицинский информационно-аналитический центр» с использованием канала защищенной связи (VIPNet) и прикреплением заключения и согласия в сканированном виде. Дополнительно заключение в сканированном виде направляется в выездную патронажную службу паллиативной медицинской помощи детям и главному внештатному специалисту по паллиативной медицинской помощи детям министерства здравоохранения Красноярского края Е.А. Шевчук (далее - внештатный специалист) с использованием канала защищенной связи (VIPNet): КГБУЗ Специализированный дом ребенка № 3 - Баженова Т.Н.

12. В случае отказа законного представителя ребенка от предоставления ребенку паллиативной медицинской помощи оформляется отказ от медицинского вмешательства и медицинская организация, выявившая ребенка, вносит информацию о ребенке в регистр паллиативных пациентов с отметкой об отказе.

13. Лечащие врачи осуществляют:

выявление детей с неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями или состояниями, нуждающимися в оказании паллиативной медицинской помощи;

проведение первичного осмотра в течение 2-х рабочих дней после обращения и (или) получения ребенком медицинского заключения о наличии медицинских показаний для оказания паллиативной медицинской помощи;

динамическое наблюдение за ребенком;

лечение болевого синдрома и других тяжелых проявлений заболевания;

назначение с целью обезболивания наркотических средств и психотропных веществ, включенных в списки II и III Перечня наркотических средств и психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации;

выполнение или назначение мероприятий по уходу за ребенком;

направление детей в медицинские организации для оказания медицинской помощи в условиях стационара при наличии медицинских показаний, в том числе на высокотехнологичную медицинскую помощь;

направление ребенка на медико-социальную экспертизу с целью установления инвалидности и обеспечения техническими средствами реабилитации;

консультации детей врачами-специалистами по профилю основного заболевания и врачами иных специальностей;

информирование ребенка (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 ребенку, его родственникам и близким;

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

оказывает содействие в направлении в организацию социального обслуживания, осуществляет взаимодействие с работниками, осуществляющими социальное обслуживание детей, нуждающихся в обслуживании на дому с целью выполнения рекомендаций по лечению и уходу за такими детьми;

консультирование лиц, осуществляющих уход за ребенком, нуждающимся в паллиативной медицинской помощи, обучение их навыкам ухода;

оказание психологической помощи детям, нуждающимся в оказании паллиативной медицинской помощи и членам их семей;

организацию и проведение консультаций и (или) участие в консилиуме врачей с применением телемедицинских технологий по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи детям;

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

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

МЕДИЦИНСКИЕ ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ РЕБЕНКА НА ВРАЧЕБНУЮ КОМИССИЮ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НАЛИЧИЯ МЕДИЦИНСКИХ ПОКАЗАНИЙ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

1. Клинические критерии: оценка состояния ребенка и траектории болезни (с одним и тем же основным соматическим диагнозом один ребенок будет нуждаться в паллиативной помощи, а другой - нет).

1 этап - использование шкалы PaPaSScale (версия 3, 2013 год): если сумма баллов менее 10 - ребенок не нуждается в паллиативной помощи; если сумма баллов более 25 - ребенок однозначно нуждается в паллиативной помощи и выносится на врачебную комиссию; если сумма баллов от 10 до 24 - ребенок может нуждаться в паллиативной помощи, вынесение на врачебную комиссию.

Блоки	Описание	Характеристика	Баллы
Блок 1	Траектория болезни и влияние на ежедневную активность ребенка		
1.1	Траектория болезни и влияние на ежедневную активность ребенка (по сравнению с собственной средней активностью)	Стабильное состояние	0
		Медленное прогрессирование болезни без влияния на ежедневную активность ребенка	1
		Нестабильное состояние влияет на ежедневную активность и ограничивает ее	2
		Значительное прогрессивное ухудшение состояния с тяжелыми ограничениями ежедневной активности	4
1.2	Увеличение количества госпитализации в последний год (по сравнению с предыдущим периодом)	Нет	0
		Да	3
Блок 2	Предполагаемый исход лечения основного заболевания и тяжесть побочных эффектов лечения		
2.1	Лечение основного заболевания	куративное	0

	(данный пункт не относится к лечению осложнений и сопутствующей патологии, например, боли, диспноэ, пр.)	не излечивает, контролирует болезнь и продляет жизнь с хорошим качеством жизни	1
		не излечивает и не контролирует болезнь, но оказывает положительный эффект на качество жизни	2
		не излечивает, не контролирует болезнь и не оказывает эффекта на качество жизни	4
2.2	Побочные эффекты (имеются в виду побочные эффекты лечения и дополнительное негативное влияние лечения в виде вынужденного нахождения в больнице, пр.)	Нет	0
		Низкий уровень	1
		Средний уровень	2
		Высокий уровень	4
Блок 3	Симптомы и другие проблемы		
3.1	Интенсивность симптомов или сложность контроля симптомов (как минимум последние 4 недели)	Нет симптомов	0
		Симптомы слабо выражены и легко контролируются	1
		Один из симптомов выражен умеренно и контролируется	2
		Один из симптомов очень тяжелый и тяжело контролируется (часто приводит к незапланированным госпитализациям или вызовам врача, кризисным состояниям)	4
3.2	Психологический дистресс пациента из-за наличия симптомов	Нет	0
		Легкий	1
		Умеренный	2
		Значительный	4
3.3	Психологический дистресс родителей или ухаживающего	Нет	0
		Легкий	1

	персонала из-за симптомов или страданий ребенка	Умеренный	2
		Значительный	4
Блок 4	Предпочтения/потребности пациента или родителей (ухаживающего персонала)		
	Предпочтения медицинских и других специалистов		
4.1	Пациент/родители хотят получать паллиативную помощь или формулируют потребности, которые лучше всего покрываются паллиативной помощью	Нет	0 - ответьте на вопрос 4.2
		Да	4 - не отвечайте на вопрос 4.2
4.2	Вы или Ваша команда чувствуют, что этому пациенту показано оказание паллиативной помощи	Да	4
		Нет	0
Блок 5	Предполагаемая продолжительность жизни		
5.1	Предполагаемая продолжительность жизни	Годы	0 - ответьте на вопрос 5.2
		От месяца до 1-2 лет	1 - ответьте на вопрос 5.2
		Недели - несколько месяцев	3 - не отвечайте на вопрос 5.2
		Дни - недели	4 - не отвечайте на вопрос 5.2
5.2	"Удивитесь ли Вы, если	Да	0
	данный ребенок внезапно умрет в ближайшие 6 - 12 месяцев?"	Нет	2
Общий балл			

2 этап - использование классификации клинических осложнений для «промежуточной группы» по шкале PaPaSScale, набравшей от 10 до 24 баллов:

- если ребенок не имеет ни одного признака из групп Л, Б, Д или только один признак из групп В или Г - он, скорее всего, не нуждается в паллиативной помощи.

Группа клинических осложнений	Подгруппа клинических осложнений
А - дыхательная система	Дыхательная система (трахеостома и/или ИВЛ)
Б - нутритивный статус	Нутритивный статус (боль или беспокойство, ассоциированное с кормлением; необходимость в постоянном снижении объема кормления)
В - судороги	Судороги (плохой контроль судорог/спастики, несмотря на большое количество лекарств; частое возникновение кризисных ситуаций: судороги более 5 мин, требуют экстренного введения противосудорожных; эпизоды эписпатуса, требующие госпитализации)
Г - спастика, моторная активность	Спастика - моторная активность (спастический тетрапарез/вовлечение всего тела)
Д - другая неврологическая симптоматика	Другая неврологическая симптоматика (бульбарный/псевдобульбарный/нарушения - проблемы с глотанием, поперхивания, кашель на еду)

В качестве критериев, определяющих с высокой степенью вероятности необходимость оказания паллиативной помощи детям с неонкологическим заболеванием, рекомендуются:

со стороны дыхательной системы: наличие трахеостомы, нуждаемость в искусственной вентиляции легких (инвазивной/неинвазивной) и/или кислородной поддержке; частые или участвовавшие инфекции дыхательных путей и/или госпитализация в ОРИТ из-за инфекции дыхательных путей;

со стороны желудочно-кишечного тракта - наличие стом и/или назогастрального зонда;

со стороны нервной системы: резистентные судороги и/или спастика, требующие экстренного введения противосудорожных препаратов или приводящие к развитию эписпатуса/требующие госпитализации; наличие бульбарного/псевдобульбарного синдрома;

со стороны моторной активности - спастическая квадриплегия/тетрапарез; зависимость от инвалидной коляски / ухаживающего лица.

2. Прогностический подход: прогноз времени выживаемости и хронологические характеристики ухудшения качества жизни. На основании прогностического подхода пациента необходимо относить к одной из 4 клинических групп. Группу заболеваний целесообразно указывать в заключении ВК.

1 группа - у ребенка угрожающее жизни заболевание, радикальное лечение которого оказалось или может оказаться для пациента безуспешным (рефрактерные и рецидивирующие злокачественные новообразования, хроническая почечная недостаточность и другое заболевание, от которого ребенок, скорее всего, умрет).

2 группа - у ребенка заболевание или состояние, которое требует длительного интенсивного лечения для продления жизни с высокой вероятностью летального исхода (первичные иммунодефицитные состояния, муковисцидоз, глубокая недоношенность и другое заболевание, от которого ребенок может умереть с высокой вероятностью).

3 группа - у ребенка прогрессирующее заболевание, для которого не существует радикального излечения: с момента установления диагноза объем терапии является паллиативным (неоперабельные солидные опухоли, нервно-мышечные заболевания, нервно-дегенеративные заболевания, хромосомные аномалии, генетические болезни и т.п. - заболевание, от которого ребенок неизбежно умрет).

4 группа - у ребенка необратимое, но не прогрессирующее заболевание с тяжелой формой инвалидности и подверженностью осложнениям (тяжелые проявления неврологического дефицита после радикальных онконейрохирургических вмешательств, тяжелые формы ДЦП, последствия спинальной травмы, асфиксии и другие).

3. Нозологический подход:

при нозологическом подходе показания к паллиативной помощи определяют на основе МКБ-10.

Нозологические группы и коды болезней по методике ICPCN/UNICNF	Группы болезней с кодами по Ф121 для распространенности или С-512 для смертности	Эквивалентный код по МКБ-10
Злокачественные новообразования (ЗН)	ЗН (3.1)	C00 - C97
ВИЧ/СПИД	ВИЧ/СПИД (43)	B20 - B24
Болезни сердечно-сосудистой системы (ССС)	Болезни системы кровообращения	
	Кардиомиопатия (10.6.3)	142
	Внутричерепное и другое внутричерепное кровоизлияние (10.7.2)	161, 162
	Инфаркт мозга (10.7.3)	163
	Инсульт, не уточненный как кровоизлияние	164

	или инфаркт (10.7.4)	
	Тромбоз портальной вены (10.8.2)	181
	Хронические ревматические болезни сердца (10.2)	105 - 109
Циррозы печени; неинфекционные энтериты и колиты	Неинфекционные энтерит и колит (12.4)	K50 - K52
	Фиброз и цирроз печени (12.7.1)	K74
Врожденные пороки развития (ВНР)	Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	
	Врожденные аномалии развития нервной системы (18.1)	Q00 - Q07
	Врожденные аномалии системы кровообращения (18.3)	Q20 - Q28
	Врожденный ихтиоз (18.7)	Q80
	Нейрофиброматоз (18.8)	Q85.0
Болезни крови, эндокринной и иммунной систем	Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	
	Апластическая анемия (4.1.1)	D60 - D61
	Отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм (4.3)	D80 - D89
	Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	
	Фенилкетонурия (5.10)	E70.0
	Галактоземия (5.11)	1 - 74.2
	Болезнь Гоше (5.12)	E75.2
	Мукополисахаридозы (5.13)	E76
	Муковисцидоз (5.14)	E84
	Системные поражения соединительной ткани (14.2)	M30 - M35
Менингиты	Менингит, за исключением менингита при инфекционных и паразитарных заболеваниях. Другие воспалительные болезни центральной нервной системы (106,107)	G00 - G09

Болезни почек	Болезни мочеполовой системы (15.0)	N00 - N99
	Почечная недостаточность (15.2)	N17 - N19
Недостаточность питания	Недостаточность питания (94)	E40 - E46
Неврологические состояния	Болезни нервной системы (108 - 117)	G10 - G98
	Искл. эпилепсия и эпилептический статус (111)	G40 - G41
Болезни неонатального периода	Отдельные состояния, возникающие в неонатальном периоде (17.0)	P00 - P96
Туберкулез (1,417% - фармакорезистентный туберкулез)	Туберкулез всех форм (9 - 11)	A15 - D19

Заключение

врачебной комиссии о наличии/отсутствии медицинских показаний для оказания
ребенку паллиативной медицинской помощи

I. Сведения о пациенте:

1. ФИО ребенка (полностью): _____
2. Дата рождения: _____
Возраст (полных лет или месяцев): _____
3. Адрес постоянного места жительства (по регистрации): _____
4. Адрес фактического проживания в настоящее время: _____
5. Свидетельство о рождении или паспорт пациента (серия, номер, дата и место выдачи) _____
6. Полис обязательного медицинского страхования (серия, номер, дата выдачи): _____
7. Удостоверение ребенка-инвалида (номер, дата выдачи): _____
8. Наименование и адрес территориальной поликлиники, в которой наблюдается ребенок: _____

II. Сведения о заболевании:

1. Клинический диагноз (код МКБ)
Основной _____
сопутствующий _____
осложнения _____
2. Анамнез основного заболевания (указать динамику течения) _____
3. Объем и характер проведенного лечения (основные этапы) _____
4. Объективный статус пациента по органам и системам в настоящий момент.
5. Группа заболеваний, подлежащих паллиативной медицинской помощи, к которой 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.

III. Заключение комиссии:

1. Обоснование причин полной исчерпанности радикальной терапии или ее изначальной невозможности.
2. Признать нуждающимся в оказании паллиативной медицинской помощи.

3. Рекомендуемая форма организации паллиативной помощи для пациента в настоящее время (подчеркнуть и обосновать выбор):

- амбулаторная:

- стационарная:

Подписи членов комиссии:

Руководитель медицинской организации (или его заместитель):

Заведующий отделением:

Лечащий врач-специалист по профилю заболевания:

Дата, место печати:

Согласие родителей на оказание паллиативной помощи _____

Согласен/не согласен

ФИО родителя/законного представителя

Дата

Заключение получено (родителем, законным представителем - указать, кем именно) _____ (Ф.И.О. полностью)

Дата, подпись

Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство (оказание ребенку паллиативной медицинской
помощи)

Я _____
(ФИО родителей/законного представителя)

«__» _____ 20__ г., зарегистрированный(ая) по адресу: _____
(дата рождения)

Ознакомлен (а) с заключением врачебной комиссии о наличии у ребенка показаний
_____ (ФИО ребенка, дата рождения)

к оказанию паллиативной медицинской помощи.

Подтверждаю, что я получил(а) полную информацию о заболевании, объеме проведенного лечения, текущем клиническом состоянии ребенка, вероятном прогнозе его заболевания, сопутствующих состояниях и осложнениях.

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

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

_____ (подпись) _____ (ФИО законного представителя)

_____ (подпись) _____ (ФИО лечащего врача)

_____ (подпись) _____ (ФИО зав. отделением)

«__» _____ 20__ г.
(дата оформления)

Заключение
лечащего врача о наличии у пациента медицинских
показаний для использования медицинских изделий на дому

Наименование медицинской организации					
Дата заполнения	« ____ » _____ 202__ г.		№ _____ медицинской карты пациента		
Пациент	Фамилия		Дата рождения		
	Имя				
	Отчество				
Документ, удостоверяющий личность	Наименование документа		СНИЛС		
	серия		номер		
	выдавший орган				
	дата выдачи				
	код подразделения				
Адрес регистрации пациента по месту жительства (город, улица, дом, корпус, подъезд, этаж, домофон)	Город		населенный пункт		
	улица				
	дом	корпус	квартира	подъезд	этаж
	домофон				
Адрес фактического проживания (город, улица, дом, корпус, подъезд, этаж, домофон)	совпадает с адресом регистрации по месту жительства				
	иной:				
	город				
	населенный пункт				
	улица				
	дом	корпус	квартира	подъезд	этаж
домофон					

Законный представитель пациента	фамилия имя отчество				
Документ, удостоверяющий личность законного представителя пациента	Наименование документа				
	серия	номер			
	выдавший				
	дата выдачи				
	адрес регистрации по месту				
	контактный телефон				
Диагноз	Основной:				
	Осложнения:				
	Сопутствующий:				
Инвалидность	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> нет данных			
ИПРА	Дата выдачи «__» _____ г.	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> нет данных		
Медицинские изделия, имеющиеся у пациента или подлежащие выдаче в соответствии с ИПРА					
Наименование медицинского изделия	Марка/Модель	Основание приобретения медицинского изделия			Примечание
		ИПРА	Ранее выдано медицинской организацией или учреждением социальной защиты в рамках оказания паллиативной помощи на дому	Приобретено самостоятельно	

Медицинские изделия, рекомендованные к выдаче пациенту для использования на дому					
Наименования медицинского изделия		Медицинские показания		Потребность, кол-во шт. в мес. и год	
Дополнительная информация:					

1. копия индивидуальной программы реабилитации (абилитации) инвалида;
2. информированное добровольное согласие пациента (его законного представителя) на медицинское вмешательство;
3. анкета о состоянии домашних условий пациента (в случае нуждаемости в аппарате искусственной вентиляции легких);
4. согласие на обработку персональных данных пациента (его законного представителя) и (или) члена семьи пациента, обязующегося осуществлять уход за пациентом.

Потребность и свое согласие на обеспечение медицинскими изделиями подтверждаю, с порядком и условиями обеспечения медицинскими изделиями ознакомлен

_____ (подпись) _____ (ФИО законного представителя)

Потребность и свое согласие на обеспечение медицинскими изделиями подтверждаю, с порядком и условиями обеспечения медицинскими изделиями ознакомлен, обязуюсь при передаче медицинских изделий, подлежащих возврату, взять на себя обязательства по обеспечению их безопасной эксплуатации и обеспечить их возврат

_____ (подпись) _____ (ФИО лица, обязующегося осуществлять уход за пациентом и обеспечить возврат медицинских изделий, передаваемых в безвозмездное срочное пользование)

Врач _____ (подпись) _____ (ФИО врача)

Заявка
о нуждаемости ребенка, получающего паллиативную медицинскую помощь на дому, в
медицинских изделиях и расходных материалах

Медицинская организация _____

№ п/п	Наименование медицинских изделий	Стоимость за 1 единицу (тыс. руб.)	Количество (шт.)	Ф.И.О. ребенка, нуждающегося в медицинских изделиях	Адрес места проживания ребенка	Ф.И.О. лечащего врача, телефон

Главный врач _____ (подпись) _____ (Ф.И.О.)

Исполнитель: ФИО полностью, должность _____

Контактный телефон: _____

Дата _____ 20__ г.

Лист ознакомления с приказом
от 10 января 2022 г. № 81-орг
«Об организации паллиативной помощи детям в КГБУЗ КМДБ № 4»

№ п/п	Ф.И.О.	Подпись	Дата
1.	Курдина Т.В.		
2.	Воропаева Н.В.		
3.	Ячменев А.В.		
4.	Швалов В.Г.		
6	Зюзин М.М.		
7.	Кузнецова Т.А.		
13.	Куницына И.В.		
14.	Мацкевич О.П.		
15.	Сидорова С.С.		
17.	Домрачева С.В.		
19.	Богданова А.П.		
20.	Олада О.Н.		
22.	Арефьева Н.А.		
23.	Руденко И.М.		
24.	Чекмарева Т.Э.		
25.	Лескова С.Д.		
26.	Почепко Н.И.		

Список рассылки:
согласно листу ознакомления

Проект приказа подготовил: начальник отдела - врач-педиатр отдела экспертизы и контроля качества медицинской помощи Шурова О.А.