

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
Республики Тыва
«Республиканская детская больница»**

ПРИКАЗ

от 14.11.2025

№ 328-пр/25

г. Кызыл

**О совершенствовании оказания паллиативной медицинской помощи
детскому населению в ГБУЗ РТ «Республиканская детская
больница»**

Во исполнение приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации и Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 14 апреля 2025 года № 208н/243н «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», в соответствии с Положением о Министерстве здравоохранения Республики Тыва, утвержденным постановлением Правительства Республики Тыва от 18 апреля 2013 г. № 228, приказа Министерства здравоохранения Республики Тыва от 16.10.2025 №1450пр/25 «О совершенствовании оказания паллиативной медицинской помощи детскому населению на территории Республики Тыва», в целях совершенствования оказания паллиативной медицинской помощи детскому населению Республики Тыва,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Организовать оказание паллиативной медицинской помощи детям в амбулаторных условиях согласно приложению № 1.
2. Назначить ответственными за оказание паллиативной медицинской помощи детям:
 - заместителя главного врача по лечебной работе за оказание паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях;
 - заместителя главного врача по амбулаторно-поликлинической работе за оказание паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях (прикрепленному детскому населению).
3. Утвердить состав отделения выездной патронажной паллиативной медицинской помощи(службы) детям, согласно штатному расписанию от 04.09.2025 № 277-пр/25.
4. Заведующему выездной бригадой - врач по паллиативной медицинской помощи:
 - обеспечить учет детей, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи (далее - дети), внесение данных о детях в регистр

паллиативных пациентов, их своевременную актуализацию;

- осуществлять передачу медицинских изделий пациенту (его законному представителю) в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.07.2019 № 505н «Об утверждении Порядка передачи от медицинской организации пациенту (его законному представителю) медицинских изделий, предназначенных для поддержания функций органов и систем организма человека, для использования на дому при оказании паллиативной медицинской помощи»;

- осуществлять медицинскую эвакуацию детей, пребывающих на дому, в учреждение и обратно при оказании им плановой медицинской помощи совместно с врачами реаниматологами ЦАР;

- обеспечить проведение мероприятий по переводу детей от 0 до 18 лет, проживающих, на искусственную вентиляцию легких на дому согласно приложению № 4;

- ежемесячно в срок до 28 числа месяца, следующего за отчетным, представлять информацию о деятельности выездной службы по форме согласно приложению 2.3. по адресу электронной почты: detmat_13@mail.ru;

- обеспечить осмотр не менее 1 раза в квартал детей, нуждающихся паллиативной медицинской помощи в районах республики, не менее 1 раза в месяц детей, нуждающихся паллиативной медицинской помощи г. Кызыла.

5. Ответственным лицам:

- обеспечить организацию работы отделения выездной патронажной паллиативной медицинской помощи (далее - выездные службы) согласно приложению № 2;

- обеспечить оказание паллиативной специализированной медицинской помощи детям, пребывающим на дому, в том числе детям, проживающим в стационарных организациях социального обслуживания республики;

- организовать работу коек паллиативной медицинской помощи детям согласно приложению № 3;

- осуществлять составление заявки и обеспечение медицинскими изделиями, в том числе для использования на дому (далее - медицинские изделия), согласно Приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.05.2019 г. № 348н «Об утверждении перечня медицинских изделий, предназначенных для поддержания функций органов и систем организма человека, предоставляемых для использования на дому»;

- осуществлять передачу медицинских изделий пациенту (его законному представителю) в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.07.2019 г. № 505н «Об утверждении порядка передачи от медицинской организации пациенту (его законному представителю) медицинских изделий, предназначенных для поддержания функций органов и систем организма человека, для использования на дому при оказании паллиативной медицинской помощи»;

6. Заведующей ОАО обеспечить:

- размещение информации о порядке оказания паллиативной медицинской помощи детям на официальном сайте учреждения;

- работу модуля «Регистр детей, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи» совместно ГБУ РТ «МИАЦ»;

- внедрение в МИС приложений №№ 1.1., 2.1., 2.2.

7. Медицинскому технику обеспечить техническое обслуживание медицинских изделий, предназначенных для использования на дому и переданных пациенту (его законному представителю).

8. Заместителям главного врача по лечебной и амбулаторно-поликлинической работе ежемесячно предоставлять списки врачей и медицинских работников выездной бригады.

9. Начальнику отдела управления персоналом обеспечить заключение дополнительного соглашения к трудовому договору с работниками входящих в состав выездных бригад (срок ежемесячно).

10. Главному бухгалтеру обеспечить:

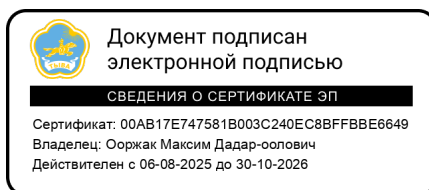
- начисление заработной платы в соответствии с табелем учета рабочего времени работников выездной бригады;

- журналами учета выездной работы (приложение №2.4.).

11. Признать утратившим силу приказ ГБУЗ РТ «РДБ» от 28 мая 2024 г. № 190-пр/1.

12. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Главный врач



Ооржак М.Д.

Организация оказания паллиативной медицинской помощи детям в амбулаторных условиях

1. Выявление детей, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи (далее - дети, ребенок), осуществляется врачами стационарных отделений, консультативно-диагностического центра, детских поликлиник, оказывающих первичную медико-санитарную, специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь.

2. Наличие у ребенка медицинских показаний для оказания ему паллиативной медицинской помощи определяется врачебной комиссией с участием врача паллиативной помощи (далее - ВК) 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.

4. По результатам заседания ВК оформляется заключение о наличии/отсутствии медицинских показаний для оказания паллиативной медицинской помощи ребенку (рекомендуемая форма согласно приложению № 1.1) (далее - заключение).

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) (рекомендуемая форма в приложении № 1.2).

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 (далее - заключение лечащего врача). 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 согласно приложения Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.07.2019 г. № 505н «Об утверждении порядка передачи от медицинской организации пациенту (его законному представителю) медицинских изделий, предназначенных для поддержания функций органов и систем организма

человека, для использования на дому при оказании паллиативной медицинской помощи».

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. Врач паллиативной медицинской помощи оформляет заявку о нуждаемости ребенка, получающего паллиативную медицинскую помощь на дому, в медицинских изделиях и расходных материалах (далее - заявка) (приложение № 1.3).

11. Врач паллиативной медицинской помощи, в течение трех рабочих дней с даты оформления заключения вносит информацию о ребенке в регистр паллиативных пациентов и прикреплением заключения и согласия в сканированном виде. Дополнительно заключение в сканированном виде направляется в выездную патронажную службу паллиативной медицинской помощи детям.

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

13. Врачи детских поликлиник, консультативно-диагностического ГБУЗ РТ «Республиканская детская больница», оказывающие первичную медико-санитарную помощь детям, в рамках оказания паллиативной первичной медицинской помощи 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;

- 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;

14. Врач паллиативной медицинской помощи ГБУЗ РТ «Республиканская детская больница», в рамках оказания паллиативной первичной медицинской помощи осуществляет:

динамическое наблюдение за ребенком;

лечение болевого синдром 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; взаимодействие с организациями социального обслуживания, общественными объединениями, иными некоммерческими организациями, осуществляющими свою деятельность в сфере охраны здоровья в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации, Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 14 апреля 2025 года № 208н/243н «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» - направить обращение о предоставлении социального обслуживания ребенка в уполномоченную организацию в течение одного рабочего дня с даты получения согласия законного представителя (форма обращения в приложении №1.4.);

15. При достижении ребенком, получающим паллиативную медицинскую помощь, возраста 18 лет с целью обеспечения преемственности оказания паллиативной медицинской помощи руководствоваться приказом Министерства здравоохранения Республики Тыва от 23 апреля 2025 года

№519пр/25 «Об организации передачи информации о подростках по достижении ими возраста 18 лет во взрослую сеть на территории Республики Тыва». Заведующие детских поликлиник, врач паллиативной медицинской помощи 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.

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 медицинской организации, 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

_____ (ФИО ребенка, дата рождения)

показаний 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 законного представителя)

(подпись)

(ФИО зав. отделением)

"__" _____ 20__ г.
(дата оформления)

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

Медицинская организация _____

	Наименование медицинских изделий	Стоимость за 1 единицу (тыс. руб.)	Количество о (шт.)	Ф.И.О. ребенка, нуждающегося в медицинских изделиях	Адрес места проживан ия ребенка	Ф.И.О. лечащего врача, телефон

Главный врач _____
(подпись) (Ф.И.О.)

Исполнитель: _____
ФИО полностью, должность

Контактный телефон: _____

Дата _____ 20__ г.

Форма направления обращения о предоставлении социального
обслуживания ребенка в уполномоченный организацию

ФИО ребенка _____

Дата рождения _____

Адрес регистрации, контактный телефон _____

Фактическое место жительства _____

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

- социально-бытовые;
- социально-медицинские, направленные на поддержание и сохранение здоровья получателей социальных услуг путем организации ухода, оказания содействия в проведении оздоровительных мероприятий;
- социально-психологические;
- 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;
- услуги в целях повышения коммуникативного потенциала;
- срочные социальные услуги;
- условия его жизнедеятельности, зависимость от посторонней помощи.

Причина и степень утраты способности пациента к самообслуживанию

Должность, ФИО, подпись направившего лица _____

Дата _____

Организация выездной патронажной службы паллиативной медицинской помощи детям

1. Выездная патронажная служба паллиативной медицинской помощи детям (далее - выездная служба) является структурным подразделением медицинской организации, оказывающей паллиативную специализированную медицинскую помощь детям, в том числе проживающим в стационарных организациях социального обслуживания, и создается в целях организации оказания паллиативной специализированной медицинской помощи детям, в том числе проживающим в стационарных организациях социального обслуживания, в амбулаторных условиях (далее - медицинская организация). Информация о выездной службе размещается на сайте медицинской организации.

2. Выездная служба осуществляет:

оказание паллиативной специализированной медицинской помощи детям на дому и в стационарных организациях социального обслуживания, детям с неизлечимыми, угрожающими жизни и ограничивающими жизнь заболеваниями;

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

оказание психологической и социальной помощи детям с неизлечимыми, угрожающими жизни заболеваниями и членам их семей;

проведение комплексных мероприятий, направленных на улучшение качества жизни детей и членов их семей, в том числе консультирование членов семей и лиц, осуществляющих уход за детьми, обучению их навыкам ухода за детьми;

оказывает содействие в оформлении документов с целью проведения медико-социальной экспертизы и установления инвалидности, обеспечении техническими средствами реабилитации;

оказание иной помощи детям и членам их семей, включая необходимое взаимодействие с органами и организациями системы образования и социального обслуживания;

помощь и сопровождение семьи в период переживания утраты (после смерти ребенка);

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

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;

подготовка рекомендаций по назначению 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;

взаимодействие с организациями социального обслуживания, общественными объединениями, иными некоммерческими организациями, осуществляющими свою деятельность в сфере охраны здоровья в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации, Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 14 апреля 2025 года № 208н/243н «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».

Медицинские показания к оказанию специализированной паллиативной медицинской помощи детям в выездной патронажной службе:

болевым синдромом, требующим назначения и индивидуального подбора дозы наркотических лекарственных препаратов, а также текущей оценки эффективности обезболивания;

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 медицинских изделий, контроля за выполнением врачебных рекомендаций по такому уходу.

3. Количество визитов должно составлять не менее 1 в месяц (врач, медицинская сестра), психолог и социальный работник осуществляют визиты по запросу семьи. Длительность визита специалистов определяется индивидуально.

5. При поступлении заключения врачебной комиссии о наличии у ребенка медицинских показаний для оказания паллиативной медицинской помощи (далее - заключение) выездная служба осуществляет его регистрацию и принимает ребенка на учет.

6. Первый визит в семью осуществляется не позднее 5 (пяти) рабочих дней с даты регистрации заключения.

В ходе визита уточняются запросы и потребности ребенка и семьи, согласовывается график дальнейших посещений, который составляется с учетом медицинских и социальных показаний ребенка.

По итогам визита составляется индивидуальный план ведения пациента согласно приложению № 2.1. в 3-х экземплярах. Один экземпляр передается участковому педиатру, который наблюдает ребенка по месту жительства, второй экземпляр передается родителям/законным представителям ребенка, третий экземпляр вносится в медицинскую карту ребенка выездной службы.

7. Визиты в семью осуществляются как отдельными специалистами выездной службы, так и совместно по заранее согласованному с семьей графику. При проживании ребенка в районах, отдаленных от медицинской организации, после первичного визита и согласования с семьей нужд и потребностей, паллиативная медицинская помощь может оказываться дистанционно, в режиме теле- и видеоконсультаций.

7.1. Выездная служба предоставляет ребенку медицинские изделия, предназначенные для поддержания функций органов и систем организма человека, по перечню согласно Приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 9 июля 2025 года № 398н «Об утверждении перечня медицинских изделий, предназначенных для поддержания функций органов и систем организма человека, предоставляемых для использования на дому», формирует и своевременно актуализирует список детей, перечень медицинских изделий, в том числе для использования на дому, организует учет переданных медицинских изделий.

7.2. Передача медицинских изделий осуществляется согласно Приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.07.2019 № 505н «Об утверждении Порядка передачи от медицинской организации пациенту (его законному представителю) медицинских изделий, предназначенных для поддержания функций органов и систем организма человека, для использования на дому при оказании паллиативной медицинской помощи».

7.3. Передача медицинских изделий пациенту (его законному представителю) осуществляется выездной службой на основании договора безвозмездного пользования медицинскими изделиями для оказания паллиативной медицинской помощи на дому.

7.4. Выездная служба обеспечивает передачу медицинских изделий, предназначенных для использования на дому, законным представителям ребенка, после их обучения навыкам использования медицинскими изделиями, навыкам ухода за ребенком.

7.5. Выездная служба обеспечивает мониторинг грамотности использования законными представителями медицинских изделий, предназначенных для использования на дому, очные и заочные консультации по использованию медицинских изделий, в том числе по телефону.

7.6. В случае передачи медицинских изделий во временное пользование медицинской организации, в которой ребенок получает паллиативную медицинскую помощь в амбулаторных условиях, с целью технического обслуживания медицинских изделий, заключается договор между медицинской организацией, оказывающей паллиативную специализированную медицинскую помощь детям (выездной службой) и вышеназванной медицинской организацией.

Медицинская организация, принявшая во временное пользование медицинские изделия для технического обслуживания, обеспечивает мониторинг грамотности использования законными представителями ребенка медицинских изделий, предназначенных для использования на дому, очные и заочные консультации по использованию медицинских изделий, в том числе по телефону.

7.5. В случае смерти ребенка или отсутствия нуждаемости в полученных медицинских изделиях медицинская организация, принявшая во временное пользование медицинские изделия, возвращает их в выездную службу.

7.8. При достижении ребенком, получающим паллиативную медицинскую помощь, возраста 18 лет с целью преемственности в обеспечении медицинскими изделиями информация о ребенке и его потребности в медицинских изделиях передается в выездную паллиативную службу взрослому населению не позднее чем за 6 месяцев до достижения ребенком возраста 18 лет с использованием канала защищенной связи (VIPNet).

8. На каждого ребенка, состоящего на учете в выездной службе, оформляется медицинская карта ребенка (рекомендуемая форма в приложении № 2.2.).

9. Медицинская организация, в структуре которой осуществляет деятельность выездная служба, ежемесячно в срок до 28 числа месяца, следующего за отчетным, представляет информацию о деятельности выездной службы по форме согласно приложению 2.3. по адресу электронной почты: detmat_13@mail.ru.

10. Для обеспечения своей деятельности выездной службой используются возможности всех лечебно-диагностических и вспомогательных подразделений ГБУЗ РТ «Республиканская детская больница».

Индивидуальный план
ведения ребенка, нуждающегося в оказании паллиативной помощи

Ф.И.О. ребенка _____
Проживающему (ей) _____
(адрес места жительства или места пребывания в настоящее время)

Клинический диагноз (код МКБ):
Основной _____
Сопутствующий _____
Осложнения _____
Вес _____ кг; Рост _____ см; окружность головы _____ см
Группа паллиативной медицинской помощи _____
План лечения (подробно, дозы, кратность, путь введения):

Питание (нужное подчеркнуть): 1. Через рот; 2. Через назогастральный зонд; 3. Через гастростому.

План питания:
Калорий в сутки _____. Кратность кормления _____ раз в сутки
Объем одного кормления в _____ мл. Длительность кормления в _____ мин.
Дополнительная жидкость между кормлениями в _____ мл.
Кратность _____ раз в сутки.
Дополнительная информация _____
План ухода: _____

Рекомендуемый список специалистов для амбулаторного наблюдения и периодичность осмотров (наблюдение по месту жительства) _____

План социально-психологического сопровождения _____

Необходимость в изделиях медицинского назначения
Концентратор кислорода _____ Электроотсос _____
Размер катетера для аспирации _____ Ингалятор _____
Противопролежневый матрас _____
Медицинская функциональная кровать _____
Коляска инвалидная _____
Прочее _____

Рекомендации по оказанию медицинской помощи в стационарных условиях _____

Медицинская карта ребенка N _____

Дата оформления карты " _____ " _____ 20 _____

Дата выбытия " _____ " _____ 20 _____

Общие сведения о ребенке

Дата _____

1. Ф.И.О. ребенка _____

2. Дата рождения _____

3. Адрес постоянного или временного проживания (подчеркнуть): почтовый индекс _____ город _____ район _____
улица _____ дом _____ квартира _____

4. Диагноз: Код по МКБ 10 _____

Основной: _____

Сопутствующий: _____

5. Страховой медицинский полис _____

6. Документ, подтверждающий наличие инвалидности: МСЭ № _____,
Серия _____ дата выдачи _____,

7. Документ, удостоверяющий личность ребенка, _____
Серия _____ номер _____ Кем выдан _____

Дата выдачи _____

СНИЛС _____

8. Социально-бытовой статус

Ребенок: - родной/усыновленный (дата _____)/опека (дата _____).

9. Социально-средовой статус

1) Состав семьи (количество членов семьи, проживающих на одной площади)

2) Социальный статус семьи: многодетная, полная/неполная, (подчеркнуть)

Сведения о близких родственниках

Родители (ФИО, год	Братья, сестры (ФИО, год	Старшее поколение (бабушки,
--------------------	--------------------------	-----------------------------

рождения, место работы, проживание с ребенком)	рождения, место учебы)	дедушки ФИО, год рождения, место работы)
Другие близкие, помогающие осуществлять уход за ребенком		

10. Анализ социально-бытовых условий проживания:

- собственный дом (общая площадь _____ кв. м), (наличие: центрального водоснабжения _____, канализации _____, отопления _____)
- отдельная квартира (общая площадь _____ кв. м)
- комната в коммунальной квартире (общая площадь _____ кв. м)
- арендуемая квартира/комната (общая площадь _____ кв. м)

11. Психоэмоциональная атмосфера в семье: _____

1) Кто осуществляет основной уход за ребенком _____

2) Социальная активность семьи в соответствии с образом жизни (закрытость от общества и уход от контактов с внешним миром, открытость для общения с небольшим кругом близких людей, активная жизненная позиция, использование всех имеющихся возможностей для участия в общественной жизни): _____

3) Уровень включенности ребенка в семейные мероприятия: бытовые, досуговые, спортивные, культурные и др.: _____

12. Специальные сведения о ребенке с отклонениями в развитии

1) Общая продолжительность инвалидности: _____

2) Оценка уровня развития ребенка: физическое развитие: _____
 психическое развитие: _____
 эмоциональное развитие: _____
 особенности поведения: _____
 особенности общения: _____
 сформированность социально-бытовых навыков: _____

3) Характеристика речи: _____

4) Обеспечение средствами реабилитации и вспомогательными техническими приспособлениями (инвалидные кресла, оборудование туалетной комнаты, дидактические игрушки, пособия, специальная литература и т.д.) _____

Первичный осмотр пациента

"__" _____ 20__ г.

Жалобы _____

Анамнез vitae et morbi: _____

Дополнение к анамнезу заболевания:

Состояние больного удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое (подчеркнуть). Тяжесть обусловлена (указать) _____

Кожные покровы: без изменений, субиктеричны, иктеричны (слегка, умеренно, интенсивно), гиперемия, бледные (подчеркнуть) _____

Сыпь геморрагическая, розеолезная, пятнисто-папулезная, мелкоточечная, везикулярная (папулы, везикулы, пустулы), скудная, умеренная, обильная (подчеркнуть),

Локализация (указать) _____

Ротоглотка: слизистая (описать) _____

небные дужки _____

миндалины гипертрофированы (I, II, III степень) разрыхлены, налеты (плотные, гладкие, серые, с перламутровым оттенком, желтые, снимаются шпателем легко, с трудом, не выходит за пределы небных дужек), поверхность не кровоточит (подчеркнуть)

Uvula не отечна. Отек шейной клетчатки (отсутствует) _____

Периферические лимфатические узлы не увеличены (увеличены), локализация: __ размер _____ плотные, эластичные, безболезненные (подчеркнуть)

Слюнные железы _____

Периферические отеки (отсутствуют) имеются (подчеркнуть).

Костно-мышечная система без особенностей, другое (указать) _____

Органы кровообращения: ЧСС: _____ уд. в мин. АД: _____ мм.рт.ст.

Перкуторно границы сердца в пределах возрастной нормы другое (указать)

Аускультативно тоны сердца ритмичные, чистые, приглушены (подчеркнуть).

Пульс ритмичный, неудовлетворительного наполнения, неудовлетворительного напряжения, нитевидный (подчеркнуть).

Органы дыхания: ЧД: __ в мин. Грудная клетка правильной формы, обе половины грудной клетки одинаковой участвуют в акте дыхания. Перкуторно над всеми легочными полями легочный звук, другое (указать) _____

Аускультативное дыхание везикулярное, жесткое ослаблено (подчеркнуть),
другое (указать) _____

Вес (динамика) _____

Органы пищеварения: язык влажный, сухой, не обложен (подчеркнуть)

Живот правильной формы, не вздут, мягкий, безболезненный (подчеркнуть),
другое (указать) _____

Перитонеальные симптомы отрицательные, положительные (подчеркнуть).

Окружность живота _____ см.

Печень выступает (не выступает) из-под реберной дуги ____ (см).

Консистенция печени эластичная, умеренной плотности, плотная, мягкая; край
острый, закруглен (подчеркнуть), другое (указать) _____

Селезенка _____

Стул: ежедневно, запор, жидкий (подчеркнуть), другое (указать) _____

Органы мочевого выделения: мочеиспускание (не учащено) учащено
(подчеркнуть), другое (указать) _____,

_____суточный диурез _____ (л).

Нервная система: сознание - ясное, заторможенное, спутанное, отсутствует
(подчеркнуть), другое (указать) _____

Чувствительные расстройства (указать) _____

Патологические симптомы (указать) _____

Болевой синдром по 10-балльной шкале (СОШ) _____ баллов.

Диагноз: _____

Указать паллиативную группу: _____

План наблюдения: _____

Врач _____

подпись

ФИО

Заведующий отделением _____

подпись

ФИО

Протокол первичного осмотра ребенка врачом-педиатром

Дата осмотра " __ " _____ 20__ г.

Жалобы _____

анамнез _____

Оценка основных симптомов _____ рост _____ (см) _____ масса тела _____ (кг)

<p>Желудочно-кишечные:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; border: 1px solid black; height: 20px;"></td><td>тошнота</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td><td>рвота</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td><td>запор</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td><td>анорексия</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td><td>кахексия</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td><td>метеоризм</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td><td>другие (указать)</td></tr> </table> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-top: 10px;"/>		тошнота		рвота		запор		анорексия		кахексия		метеоризм		другие (указать)	<p>Дыхательные:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; border: 1px solid black; height: 20px;"></td><td>ЧД _____</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td><td>диспноэ ст. 1, 2, 3, 4</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td><td>кашель</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td><td>охриплость голоса</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td><td>выделение мокроты</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td><td>другие (указать)</td></tr> </table> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-top: 10px;"/>		ЧД _____		диспноэ ст. 1, 2, 3, 4		кашель		охриплость голоса		выделение мокроты		другие (указать)	<p>Дерматологические (указать локализацию):</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; border: 1px solid black; height: 20px;"></td><td>опухоль</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td><td>пролежень</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td><td>зуд</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td><td>отек (пастозность)</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td><td>другие (указать)</td></tr> </table> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-top: 10px;"/>		опухоль		пролежень		зуд		отек (пастозность)		другие (указать)
	тошнота																																					
	рвота																																					
	запор																																					
	анорексия																																					
	кахексия																																					
	метеоризм																																					
	другие (указать)																																					
	ЧД _____																																					
	диспноэ ст. 1, 2, 3, 4																																					
	кашель																																					
	охриплость голоса																																					
	выделение мокроты																																					
	другие (указать)																																					
	опухоль																																					
	пролежень																																					
	зуд																																					
	отек (пастозность)																																					
	другие (указать)																																					
<p>Урологические:</p> <p>диурез суточный - ____ л</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; border: 1px solid black; height: 20px;"></td><td>недержание мочи</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td><td>задержка мочи</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td><td>другие (указать)</td></tr> </table> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-top: 10px;"/>		недержание мочи		задержка мочи		другие (указать)	<p>Сердечно-сосудистые:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; border: 1px solid black; height: 20px;"></td><td>АД</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td><td>ЧСС</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td><td>пульс</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td><td>одышка</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td><td>аритмия</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td><td>другие (указать)</td></tr> </table>		АД		ЧСС		пульс		одышка		аритмия		другие (указать)	<p>Психоневрологические:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; border: 1px solid black; height: 20px;"></td><td>паралич/парезы</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td><td>афазия, дисфагия</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td><td>апатия</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td><td>тревога (ажитация)</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td><td>(эмоциональная)</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td><td>лабильность</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td><td>dezориентация</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td><td>агрессия</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td><td>другие (указать)</td></tr> </table> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-top: 10px;"/>		паралич/парезы		афазия, дисфагия		апатия		тревога (ажитация)		(эмоциональная)		лабильность		dezориентация		агрессия		другие (указать)
	недержание мочи																																					
	задержка мочи																																					
	другие (указать)																																					
	АД																																					
	ЧСС																																					
	пульс																																					
	одышка																																					
	аритмия																																					
	другие (указать)																																					
	паралич/парезы																																					
	афазия, дисфагия																																					
	апатия																																					
	тревога (ажитация)																																					
	(эмоциональная)																																					
	лабильность																																					
	dezориентация																																					
	агрессия																																					
	другие (указать)																																					

План оказания паллиативной помощи

Вид наблюдения	Лечение	Уход	Психосоциальная адаптация
<input type="checkbox"/> выездная <input type="checkbox"/> консультативная помощь	<input type="checkbox"/> режим <input type="checkbox"/> диета <input type="checkbox"/> медикаментозное лечение <input type="checkbox"/> физиотерапия <input type="checkbox"/> психотерапия <input type="checkbox"/> консультации специалистов	<input type="checkbox"/> уход за полостью рта <input type="checkbox"/> уход за стомой <input type="checkbox"/> уход за пролежнями <input type="checkbox"/> зондовое питание <input type="checkbox"/> другое (указать)	<input type="checkbox"/> помощь психолога <input type="checkbox"/> привлечение волонтеров <input type="checkbox"/> представителей духовенства <input type="checkbox"/> другое (указать)

Медикаментозное лечение

Дата назначения	Лекарственное средство	доза	Кратность	Ф.И.О. врача

Другие виды лечения (указать) _____

С планом наблюдения ознакомлен (а) _____

(подпись законного представителя, либо близкого родственника)

Врач _____

подпись

ФИО

Дневник динамического наблюдения

Дата осмотра _____
Состояние _____
Кожные покровы _____
Органы дыхания _____
ССС _____
ЖКТ _____
Мочевыделительная система _____
Неврологический статус _____
Рекомендации _____
Врач _____

Лист наблюдения медицинской сестрой

Дата _____ Время _____

Состояние ребенка: удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое, агональное

Реакция на осмотр: _____

Кожные покровы: обычные, бледные, гиперемированные, желтушные, сухие, влажные

Отеки _____ локализация _____

Сыпь _____ локализация _____

АД _____ мм.рт.ст. PS _____ в мин; T _____ *С

Дыхание _____

Санация ВДП, ТБД: да, нет.

Частота _____

Трахеостома: да, нет, кожа вокруг _____, смена повязки _____

Кормление: самостоятельное, с ложки, ч/з зонд, смена зонда _____

Объем кормления (сутки) _____ мл.

ч/з гастростому, кожа вокруг _____ смена повязки _____

Усваивает пищу: да, нет _____

Стул, диурез _____

Жалобы на момент осмотра _____

Объем выполненной работы _____

Медицинская сестра _____

Антропометрия

	Окружность головы	Окружность груди	Окружность живота	Окружнос ть плеча	Окружность бедр	Вес

**Лист посещения специалиста по социальной работе пациента
с паллиативным состоянием**

Дата _____ время _____

Оказанная консультативная помощь _____

Информационные листы, переданные родителям _____

Вопросы, возникшие в ходе консультации _____

Специалист по социальной работе _____

Заболевания неврологического профиля										
ВПР и наследственные заболевания										
Онкозаболевания ВИЧ-инфицирован.										
Прочие										
Всего по нозологиям:										

Подпись ответственного лица и дата составления отчета _____

Приложение №2.4.
к приказу ГБУЗ РТ «РДБ»
от 14.11.2025
№ 328-пр/25

Журнал учета выездов выездной патронажной службы

п/п	ФИО	Дата рождения	Диагноз	специалист	Оказанная помощь	Примечание
1	2	3	4	5	6	7

Организация коек для оказания паллиативной медицинской помощи детям в стационарных условиях в Республике Тыва

1. Оказание паллиативной специализированной медицинской помощи детям *в стационарных условиях* осуществляет ГБУЗ РТ «Республиканская детская больница»;

2. Основные медицинские показания к оказанию паллиативной специализированной медицинской помощи детям в стационарных условиях:

- 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 и помощь в конце жизни;
- необходимость госпитализации ребенка по социальным показаниям (социальная передышка), в том числе без присутствия его родителя (законного представителя);
- необходимость обучения родителей (законных представителей) ребенка навыкам ухода;
- необходимость проведения комплекса мер психологического характера в отношении ребенка и членов его семьи, которые не могут быть осуществлены в амбулаторных условиях.
- социально-бытовые:
- отсутствие условий для обеспечения лечения на дому;
- ситуация психологического конфликта в связи с присутствием в семье (квартире) тяжелого больного.

3. *В отделение* госпитализируются дети в возрасте от 0 до 18 лет.

4. Госпитализация паллиативных больных осуществляется в плановом и в экстренном порядке. *Транспортировка ребенком при госпитализации и выписке домой осуществляется выездной службой паллиативной помощи.*

5. В отделении создаются условия, обеспечивающие возможность посещения ребенка родственниками, пребывания родителей (законных представителей), в том числе круглосуточное, с ребенком с учетом состояния ребенка, соблюдения противоэпидемического режима и интересов иных лиц, работающих и (или) находящихся в медицинской организации.

6. При круглосуточном пребывании родителей в отделении для

обеспечения ухода за ребенком, родители (законные представители) предоставляют: результаты флюорографического обследования давностью не более года, справку об отсутствии контактов с инфекционными больными давностью не более 3-х дней.

7. Длительность оказания паллиативной медицинской помощи в отделении составляет 21 день. Пребывание ребенка в отделении свыше 21 дня осуществляется по медицинским показаниям на основании решения врачебной комиссии медицинской организации.

Организация проведения искусственной вентиляции легких на дому при оказании паллиативной медицинской помощи

1. Длительная ИВЛ на дому проводится детям со следующими заболеваниями:

нервно-мышечные заболевания (врожденная миопатия; болезнь Лейга (синоним: синдром Ли);

мышечная дистрофия Дюшенна, Эрба и другие, спинальные мышечные атрофии Верднига - Гоффмана, Кугельберга-Веландера и другие миастении);

нарушения дыхания центрального генеза (центральный гиповентиляционный синдром - синдром «проклятья Ундины», различные постинфекционные, постишемические, посттравматические, опухолевые поражения головного и спинного мозга, аномалии развития головного мозга - синдром Арнольда - Киари и др.);

повреждения легочной паренхимы (бронхо-легочная дисплазия, муковисцидоз, фиброз ткани легкого, хроническая эмфизема);

нарушение проходимости дыхательных путей (синдром сонного апноэ, аномалии развития дыхательных путей);

иные состояния, требующие вентиляционной поддержки.

2. ИВЛ на дому проводят неизлечимо больным детям с установленными медицинскими показаниями для оказания паллиативной медицинской помощи, не требующей интенсивной терапии и стационарного наблюдения.

3. Медицинские показания к проведению ИВЛ на дому устанавливает врачебная комиссия, индивидуально для каждого пациента.

4. Медицинские показания к проведению ИВЛ на дому:

неспособность быть полностью отключенным от вентиляционной поддержки;

прогрессирование основного заболевания, требующего вентиляционной поддержки.

5. Противопоказания к проведению ИВЛ на дому:

наличие нестабильного клинического состояние ребенка, требующее объема медицинской помощи, который не может быть оказан в домашних условиях;

отказ законных представителей ребенка младше 15 лет или самого ребенка старше 15 лет получать ИВЛ на дому;

невозможность обеспечения необходимого медицинского наблюдения ребенка по месту жительства при значительной его территориальной удаленности от медицинской организации, осуществляющей наблюдение за ребенком;

недостаточное количество лиц, осуществляющих уход за ребенком на

дому и прошедших соответствующее обучение (минимальное количество 2 человека).

8. Обязательными условиями перевода ребенка на ИВЛ на дому являются: готовность родителей или иных законных представителей ребенка к осуществлению ухода за ребенком при проведении ИВЛ на дому;

доступность медицинских служб в случае экстренных ситуаций (круглосуточная телефонная связь, время подъезда - не более 20 мин.);

- оформление родителями информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство (проведение ИВЛ на дому);

- анкета о состоянии домашних условий пациента, нуждающегося в оказании паллиативной медицинской помощи на дому с использованием медицинских изделий, предназначенных для поддержания функции органов и систем человека оформляется ГБУЗ РТ «Республиканская детская больница», которая готовит ребенка к переводу на ИВЛ на дому;

- наличие навыков ухода за пациентом на ИВЛ, навыков работы с медицинскими изделиями у законных представителей ребенка, осуществляющих уход (приложение №4.1.);

- наличие у законных представителей ребенка, осуществляющих уход, навыков оказания неотложной помощи с оформлением акта ознакомления родителей с алгоритмом действия в критических ситуациях (приложение №4.2.);

- обучение родителей/законных представителей, осуществляющих уход за ребенком, принципам ухода за пациентом, находящимся на ИВЛ, согласно предложенному перечню тем (приложение №4.3.).

6. В период нахождения ребенка в стационаре и установлении медицинских показаний для перевода на ИВЛ на дому врач-анестезиолог-реаниматолог осуществляет подбор аппарата ИВЛ, в течение не менее 14 дней проводит обучение законных представителей ребенка, лиц, осуществляющих уход за ребенком, принципам работы оборудования, ухода за ребенком, находящимся на ИВЛ, алгоритму действий в критических ситуациях. Алгоритм составляется врачом-реаниматологом, проводившим обучение, ознакомление с алгоритмом законных представителей ребенка оформляется актом, который составляется в 2-х экземплярах: 1 - передается выездной патронажной службе паллиативной медицинской помощи детям, 2 - передается законным представителям ребенка.

7. Транспортировка ребенка при переводе на ИВЛ на дому осуществляется в сопровождении врача-реаниматолога специализированным транспортом ГБУЗ РТ «Республиканская детская больница».

8. При переводе ребенка на ИВЛ на дому лечащий врач ГБУЗ РТ «Республиканская детская больница», осуществляющего перевод ребенка, заблаговременно (не менее чем за 3 рабочих дня) информирует:

- медицинскую организацию по месту жительства/прикрепления ребенка;

- службу скорой медицинской помощи;

- выездную патронажную службу паллиативной медицинской помощи детям.

9. Медицинская организация, к которой прикреплен ребенок, нуждающийся в оказании паллиативной медицинской помощи и подлежащий ИВЛ на дому, по факту получения информации информируют территориальную жилищно-эксплуатационную службу о проживании в радиусе ее обслуживания пациента, находящегося на длительной ИВЛ и жизненно зависимого от бесперебойности снабжения электроэнергией.

10. Кратность посещения ребенка, находящегося на ИВЛ на дому, состав специалистов, клиничко-социальные параметры наблюдения устанавливаются врачом анестезиологом-реаниматологом совместно с врачом по паллиативной помощи в соответствии с состоянием ребенка по основному заболеванию и с учетом его нахождения на ИВЛ.

Приложение №4.1.
приказу ГБУЗ РТ «РДБ»
от 14.11.2025
№ 328-пр/25

Перечень навыков по уходу за ребенком, находящимся
на длительной ИВЛ на дому

Фамилия имя отчество и степень родства:

1. _____
2. _____

Необходимая кратность проверки навыков медперсоналом _____
(указать частоту)

п/п	Компетенции	Теоретическую	Контроль	Контроль	Контроль	Контроль	Контроль
		часть прослушал	практического	практического	практического	практического	практического
		дата, подпись	навыка	навыка	о навыка	о навыка	о навыка
			дата, подпись	дата, подпись	дата, подпись	дата, подпись	дата, подпись
1	Навыки профилактики инфекций: - гигиена рук, - стандартные методы профилактики, - средства индивидуальной защиты	1.					
		2.					

2	Уход за трахеостомой и навыки	1.					
	плановой санации трахеобронхиального дерева						
3	Основы клинической оценки дыхательной системы ребенка (ЧД, ЧСС, цианоз и др.)	1.					
		2.					
4	Включение и выключение аппарата для инвазивной ИВЛ с соответствующим вентиляционным контуром (с увлажнителем и без него)	1.					
		2.					
5	Умение пользоваться аппаратом ИВЛ без подключения к электрической сети переменного тока (при помощи внутренней батареи)	1.					
		2.					
6	Знание аварийной сигнализации и алгоритмов действий при оповещении об опасностях и неисправностях						
		2.					
7	Умение осуществлять и документировать проверку безопасности режима инвазивной ИВЛ	1.					
		2.					
8	Знание ситуаций, в которых необходим ручной режим вентиляции, и возможных осложнений этой процедуры	1.					
		2.					

9	Проверка и документирование технического состояния оборудования для инвазивной ИВЛ	1.					
		2.					
10	Навыки энтерального питания (назогастральный зонд; гастростома)	1.					
		2.					

Ответственный за обучение (ФИО, должность, место работы) _____

Подпись _____

Отец: _____ / _____ /
Подпись ФИО

Иной законный представитель ребенка:

_____ / _____ /
Подпись ФИО

Ответственный за обучение родителей врач:

/ _____ / _____ / _____ /
Должность ФИО подпись

**Рекомендуемый перечень
тем для обучения родителей, лиц, осуществляющих уход за
ребенком, принципам ухода за пациентом, находящимся на
искусственной вентиляции легких на дому**

1. Основы возрастной анатомии и физиологии дыхательной системы.
2. Принципы клинической оценки респираторной системы на искусственной вентиляции легких (далее - ИВЛ).
3. Трахеостомия: цели, показания и уход за трахеостомой; осложнения трахеостомии.
4. Алгоритмы действий лиц, осуществляющих уход за пациентом на ИВЛ, при возникновении критических и неотложных состояний.
5. Сердечно-легочная реанимация трахеостомированного пациента.
6. Теоретические основы ИВЛ.
7. Практическое применение портативного аппарата ИВЛ и вспомогательного оборудования к нему.
8. Технические навыки работы с портативным аппаратом для инвазивной ИВЛ: применение респираторного контура, программирование аппарата, аварийная сигнализация и неотложные мероприятия при не включении.
9. Основы организации питания пациента на ИВЛ на дому, уход за гастростомой или зондом при назогастральном питании.
10. Принципы профилактики инфекций и меры индивидуальной защиты при проведении ИВЛ в домашних условиях.