АДМИНИСТРАЦИЯ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ
КОМИТЕТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КУРСКОЙ ОБЛАСТИ

305000, г. Курск, Красная площадь 6,
тел.:(4712)51-47-20; факс:(4712)51-47-20
E-MAIL: KOMZDRAV@RKURSK.RU

10.05.2018 г. № 10.3-05-04-11/285

На _____ от _____

Главным врачам медицинских организаций

В связи с дальнейшим развитием и совершенствованием оказания паллиативной медицинской помощи на территории Курской области комитет здравоохранения доводит до Вашего сведения приказ комитета здравоохранения от 07.05.2018 г. № 209 «О патронажной службе паллиативной медицинской помощи взрослому населению» для организации исполнения.

Данный приказ необходимо разместить на официальных сайтах медицинских организаций.

Приложение: копия приказа комитета здравоохранения от 07.05.2018 г. № 209 «О патронажной службе паллиативной медицинской помощи взрослому населению».

Председатель комитета О. В. Новикова

Чуйкова Л. П.
51-47-24

АДМИНИСТРАЦИЯ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ
КОМИТЕТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

«04» МАЯ 2018г. Курск № 209

О патронажной службе паллиативной медицинской помощи взрослому населению

В рамках реализации распоряжения Правительства Российской Федерации от 15 марта 2018 г. № 427-р и с целью совершенствования паллиативной медицинской помощи взрослому населению Курской области,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Главным врачам ОБУЗ «Курская городская больница №3» (Толмачеву Н.Е.), ОБУЗ «Курская городская больница №6» (Саркисовой С.Д.), ОБУЗ «Курская городская поликлиника №5» (Дементьевой Н.Г.), ОБУЗ «Железногорская городская больница №2» (Филатову А.А.):

- принять необходимые меры по организации патронажной службы (бригады) паллиативной медицинской помощи взрослому населению в соответствии приказом Министерства здравоохранения РФ от 14 апреля 2015 года N 187н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению»;

- обеспечить работу выездных бригад паллиативной медицинской помощи с 01.01.19г.

2. Закрепить зоны ответственности за медицинскими организациями, указанными в пункте 1 настоящего приказа согласно приложению №1 к настоящему приказу.

3. Утвердить:

правила взаимодействия медицинских организаций, подведомственных комитету здравоохранения Курской области с медицинскими организациями, на базе которых создана выездная патронажная служба паллиативной медицинской помощи согласно приложению №2 к настоящему приказу;

форму карты вызова патронажной службы паллиативной медицинской помощи согласно приложению №3 к настоящему приказу .

4. Контроль исполнения настоящего приказа возложить на начальника управления организации и развития медицинской помощи (Коновалов А.В.).

5. Приказ вступает в силу со дня подписания.

Председатель комитета О.В. Новикова

Приложение №1
к приказу комитета здравоохранения
Курской области
от «07» мая 2018г. № 209

Зоны ответственности патронажных служб паллиативной медицинской помощи

Медицинская организация, на базе которой сформирована патронажная служба паллиативной медицинской помощи	Зоны ответственности
ОБУЗ «Курская городская больница №3»:	- ОБУЗ «Курская городская больница №3»; - ОБУЗ «Курская городская клиническая больница №4»; - ОБУЗ «Курская городская поликлиника №7».
ОБУЗ «Курская городская больница №6»:	- ОБУЗ «Курская городская больница №6».
ОБУЗ «Курская городская поликлиника №5»:	- ОБУЗ «Курская городская больница №1 им. Н.С. Короткова» (жители пр. Победы и м/р «Северный»); - ОБУЗ «Курская городская поликлиника №5»; - ОБУЗ «Курская городская больница №1 им. Н.С. Короткова» (за исключением жителей пр. Победы и м/р «Северный»); - ОБУЗ «Курская городская больница №2»; - ОБУЗ «Курская городская клиническая больница скорой медицинской помощи».
ОБУЗ «Железногорская городская больница №2»:	- ОБУЗ «Железногорская городская больница №2»; - ОБУЗ «Железногорская городская больница №1»; - ОБУЗ «Железногорская ЦРБ».

Приложение №2
к приказу комитета здравоохранения
Курской области
от «07» мая 2018г. № 209

Правила
взаимодействия медицинских организаций, подведомственных комитету здравоохранения Курской области, с медицинскими организациями на базе которых создана выездная патронажная служба паллиативной медицинской помощи

Настоящие Правила определяют порядок взаимодействия между медицинскими организациями при оказании паллиативной медицинской помощи специалистами выездной патронажной службы паллиативной медицинской помощи (далее - выездная служба).

Выездная служба является структурным подразделением медицинской организации, осуществляющей медицинскую деятельность (далее - медицинская организация), и создается в целях организации оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению в амбулаторных условиях.

Выездная служба осуществляет следующие функции:

оказание паллиативной медицинской помощи на дому;

динамическое наблюдение за пациентами, нуждающимися в оказании паллиативной медицинской помощи;

назначение и выписывание наркотических и психотропных лекарственных препаратов пациентам, нуждающимся в обезболивании;

направление при наличии медицинских показаний пациентов в медицинскую организацию, оказывающую паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях;

направление пациента, нуждающегося в круглосуточном сестринском уходе, в случае если отсутствуют медицинские показания для постоянного наблюдения врача, в отделение сестринского ухода;

организация консультаций пациентов врачом-специалистом по профилю основного заболевания и врачами других специальностей;

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

организационно-методическое сопровождение мероприятий по повышению доступности и качества паллиативной медицинской помощи и социально-психологической помощи;

взаимодействие с органами и организациями системы социального обслуживания;

обучение пациентов, их родственников и лиц, осуществляющих уход, навыкам ухода на дому;

повышение профессиональной квалификации медицинских работников;

ведение учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности в установленном порядке, сбор данных для информационных систем в сфере здравоохранения в соответствии с законодательством Российской Федерации; иные функции в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Для организации взаимодействия между медицинскими организациями руководитель медицинской организации, на базе которой организована выездная служба, обеспечивает возможность телефонной связи для вызова выездной службы.

Медицинская организация, находящаяся в зоне обслуживания выездной службы, формирует регистр пациентов нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи на дому который должен содержать следующие данные о пациенте:

- ФИО;
- возраст;
- пол;
- адрес проживания;
- диагноз;
- сведения о раннее проводимой паллиативной медицинской помощи.

Сформированный регистр передается в медицинскую организацию, на базе которой сформирована выездная служба. Регистр актуализируется по мере необходимости, но не реже одного раза за полугодие.

Вызов выездной службы к конкретному пациенту осуществляет участковый врач и/или врач кабинета паллиативной помощи, предварительно получив у пациента (законного представителя) согласие на обслуживание выездной службой, о чем делается соответствующая запись в амбулаторной карте больного.

При оказании паллиативной медицинской помощи выездной службой врач (фельдшер):

- заполняет карту вызова патронажной службы;
- при необходимости применения медицинских изделий на дому проводит необходимый инструктаж для лиц, которые будут обеспечивать контроль проведения ИВЛ в домашних условиях конкретному пациенту;
- предлагает оформить договор безвозмездного пользования медицинскими изделиями между физическим лицом и медицинской организацией, на базе которого организована патронажная служба (в случаях использования медицинских изделий на дому);
- обеспечивает патронаж больного на дому по мере необходимости;
- при наличии показаний применяет наркотические средства и иные симптоматические препараты;
- при необходимости госпитализации в медицинскую организацию, оказывающую паллиативную помощь в стационарных условиях, оформляет направление на стационарную паллиативную помощь (форма N 057/у-04), предварительно согласовав возможную дату госпитализации с медицинской организацией, на базе которой организовано отделение паллиативной медицинской помощи (койки) или отделение сестринского ухода;
- при необходимости обеспечивает вызов бригады скорой медицинской помощи для транспортировки больного в медицинскую организацию, оказывающую паллиативную помощь в стационарных условиях.

Дополнительное обследование и консультация узкими специалистами паллиативных больных, по рекомендациям выездной службы, обеспечивается медицинской организацией к которой прикреплен гражданин.

Иные положения приказа Министерства здравоохранения РФ от 14 апреля 2015 года N 187н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению», в части касающейся оказания паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях, обеспечиваются территориальной медицинской организацией.

Штамп медицинской организации

Приложение №3
к приказу комитета здравоохранения
Курской области
от «07» мая 2018г. № 209

КАРТА

Вызова патронажной службы паллиативной медицинской помощи N _____
"_____" _____ 20__ г.

1. Дата: принятия вызова _____, выезда на вызов _____,
2. Адрес вызова _____
3. Фамилия пациента _____, возраст _____
4. Повод к вызову _____
5. Вызывает (указать) _____,
6. Уточненные сведения о пациенте (заполняется по факту осмотра пациента):

7. Жалобы _____
_____
_____

8. Объективные данные (подчеркнуть):
8.1. общее состояние: удовлетворительное, средней степени тяжести, тяжелое, крайне тяжелое.
8.2. положение тела: активное, пассивное, вынужденное
8.3. поведение: спокойное, возбужденное, агрессивное
8.4. сознание: ясное, ступор, сопор, кома,
8.5. артериальное давление _____ мм.рт.ст.,
8.6. тоны сердца: ритмичные, аритмичные, ясные, глухие
8.7. пульс _____ ударов в минут
8.8. асцит: да, нет
8.9. периферические отеки: да, нет
8.10. частота дыхания _____ в минуту
8.11. дыхание: свободное, затрудненное, везикулярное, ослабленное, жесткое, поверхностное, пуэрильное, хрипы, сухие, влажные, справа, слева, шум трения плевры
8.12. живот: участвует в акте дыхания, мягкий, напряженный, безболезненный, болезненный в области _____
8.13. симптомы раздражения брюшины: нет, да
8.14. перистальтика: да, нет
8.15. другие симптомы _____
_____
_____
8.16. глюкометрия _____
9. Диагноз _____
_____
_____

10. Согласие (отказ) от медицинского вмешательства, госпитализации в отделение паллиативной медицинской помощи:
Я, _____
(фамилия, имя, отчество пациента, либо законного представителя,
соглашаюсь (отказываюсь) от (указать)
_____

_____
Мне в доступной для меня форме даны разъяснения о возможных последствиях моего отказа _____
(указать возможные последствия отказа
_____
от медицинского вмешательства, госпитализации)
"____" _____ 20__ г. в _____ часов

_____ _____
(подпись врача) (подпись пациента, либо законного представителя)

11. Оказанная паллиативная медицинская помощь на месте вызова (подчеркнуть):

взят на динамическое наблюдение;

назначены (выписаны) наркотические (психотропные) лекарственные препараты;

направлен(на) в медицинскую организацию, оказывающую паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях;

организована консультация врачом-специалистом по профилю основного заболевания и врачами других специальностей (указать) _____;

организовано взаимодействие с органами и организациями системы социального обслуживания;

даны рекомендации родственникам и лицам, осуществляющих уход, навыкам ухода;

проведены иные мероприятия _____

_____

Врач (фельдшер) _____ _____

(подпись) (инициалы, фамилия)