



АДМИНИСТРАЦИЯ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ
КОМИТЕТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КУРСКОЙ ОБЛАСТИ

П Р И К А З

«07» 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:

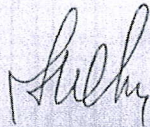
правила взаимодействия медицинских организаций, подведомственных комитету здравоохранения Курской области с медицинскими организациями, на базе которых создана выездная патронажная служба паллиативной медицинской помощи согласно приложению №2 к настоящему приказу;

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 кото-
рой 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 больница №1
им. Н.С. Короткова» (жители пр. Победы
и м/р «Северный»);

ОБУЗ «Курская городская поликлиника
№5»:

- 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 медицин-
ской 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 которой 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, пузрыльное, 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)