



ДЕПАРТАМЕНТ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

« 24 » И 2019

№ 2409

г. Кемерово

Об организации длительной респираторной поддержки в домашних условиях при оказании паллиативной медицинской помощи

В целях совершенствования организации оказания паллиативной медицинской помощи на территории Кемеровской области, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 348 от 31.05.2019 «Об утверждении перечня медицинских изделий, предназначенных для поддержания функций органов и систем организма человека, предоставляемых для использования на дому», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации и Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации № 372н/345н 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», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 505н от 10.07.2019 «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»,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:
 - 1.1. форму информированного согласия на проведение длительной респираторной поддержки на дому ребенку (0 - 17 лет), согласно приложению № 1 к настоящему приказу;
 - 1.2. форму информированного согласия на проведение длительной респираторной поддержки на дому взрослого пациента, согласно приложению № 2 к настоящему приказу;

1.3. типовой договор безвозмездной передачи медицинских изделий, предназначенных для поддержания функции органов и систем организма человека, предоставляемых для использования на дому (далее - медицинское изделие), согласно приложению № 3 к настоящему приказу;

1.4. форму ежемесячного отчета об использовании медицинских изделий пациентами, признанными нуждающимися в паллиативной помощи и получающими длительную респираторную поддержку на дому, согласно приложению № 5 к настоящему приказу.

2. Руководителям медицинских организаций государственной системы здравоохранения Кемеровской области, оказывающих паллиативную медицинскую помощь (далее - медицинская организация):

2.1. назначить ответственного сотрудника за организацию передачи медицинских изделий пациенту (его законному представителю), нуждающемуся в длительной респираторной поддержке на дому при оказании паллиативной медицинской помощи с предоставлением контактных данных указанного сотрудника (наименование медицинской организации, Ф.И.О. сотрудника медицинской организации, адрес электронной почты, номер контактного телефона) на адрес электронной почты «05-guz-hospice@kuzdrav.ru» в течение 3 рабочих дней с момента опубликования настоящего приказа;

2.2. обеспечить предоставление отчета по форме в соответствии с приложением № 4 к настоящему приказу главному областному специалисту по паллиативной медицинской помощи в отношении взрослых пациентов (Сибиль К.В.), главному областному специалисту по паллиативной медицинской помощи в отношении несовершеннолетних пациентах (Качесова Е.А):

2.3.1. в течение 2-х рабочих дней с момента изменения обстоятельств, послуживших основанием для безвозмездной передачи медицинского изделия медицинской организацией пациенту (его законному представителю);

2.3.2. ежемесячно до 5 числа месяца, следующего за отчетным.

3. Главному областному специалисту по паллиативной медицинской помощи (Сибиль К.В.):

3.1. осуществлять организационно-методическое сопровождение по организации длительной респираторной поддержки пациентам, на дому, при оказании паллиативной медицинской помощи;

3.2. осуществлять ведение сводной отчетности об использовании медицинских изделий пациентами, признанными нуждающимися в паллиативной помощи и получающими длительную респираторную поддержку на дому для предоставления в департамент по требованию.

4. Директору ГАУЗ КО «Кемеровский областной медицинский информационно-аналитический центр» (Иванов А.В.) обеспечить опубликование настоящего приказа на официальном сайте департамента охраны здоровья населения Кемеровской области.

5. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя начальника департамента охраны здоровья населения Кемеровской области Зеленину Е.М. /

Начальник департамента



М.В. Малин



Handwritten signature or mark in the bottom left corner.

Приложение № 1
к приказу департамента
охраны здоровья населения
Кемеровской области
от 27.11.19 № 2409

**Информированное согласие
на проведение длительной респираторной поддержки на дому
ребенку (0 - 17 лет)**

Я, _____
(ФИО одного из родителей, законных или уполномоченных представителей пациента)
ознакомлен(а) с решением врачебной комиссии о возможности проведения моему ребенку

_____ (ФИО пациента, дата рождения)
паллиативной медицинской помощи на дому.

Я согласен(а) с тем, что на данный момент целью врачей является улучшение качества жизни моего ребенка. Мне разъяснили, что данную цель можно достичь комплексом паллиативных мероприятий, включающих в себя проведение длительной респираторной поддержки (далее – ДРП).

В связи с этим, я подтверждаю свое желание и даю свое согласие на проведение ДРП моему ребенку в домашних условиях.

Я осознаю, что несу всю юридическую ответственность за осуществление непосредственного ухода за ребенком на дому, включая санацию верхних и нижних дыхательных путей и уход за зондами и катетерами.

Мне разъяснили, что на дому мой ребенок будет наблюдаться сотрудниками ближайшего отделения выездной патронажной службы паллиативной медицинской помощи.

Я подтверждаю, что мне разъяснили и предоставили в письменном виде алгоритм действий на случай развития кризисных ситуаций на дому.

Я понимаю, что в случае отказа аппаратуры могут возникать риски для жизни и здоровья моего ребенка, поэтому необходимо связаться с медицинской организацией по месту моего жительства (фактического пребывания) или в случае затруднения дыхания необходимо немедленно подключить моего ребенка к дыханию через мешок Амбу и вызвать бригаду скорой медицинской помощи для его госпитализации в ближайшую стационарную медицинскую организацию, имеющую в своей структуре отделение анестезиологии-реанимации или блок (палату) реанимации и интенсивной терапии, обеспечивающие круглосуточное медицинское наблюдение и лечение детей.

На все вопросы, касающиеся здоровья моего ребенка, я получил(а) ответы, которые были мне полностью понятны.

Мое согласие является добровольным и может быть отозвано мною в любое время.

Дата "___" _____ 20__ г.

Подписано мною в присутствии двух медицинских работников.

ФИО, подпись законного представителя пациента

ФИО, подпись лечащего врача

ФИО, подпись заведующего отделением

Приложение № 2
к приказу департамента
охраны здоровья населения
Кемеровской области
от 24.11.19 № 2409

**Информированное согласие
на проведение длительной респираторной поддержки на дому
взрослого пациента**

Я, _____
(ФИО пациента и/или законного или уполномоченного представителя)
находящийся на лечении в _____
(полное название медицинской организации)

с диагнозом _____
и нуждающийся в постоянной длительной респираторной поддержке (далее – ДРП),
ознакомлен(а) с решением врачебной комиссии о возможности проведения мне ДРП на
дому под наблюдением отделения выездной патронажной службы паллиативной
медицинской помощи

_____ (полное название медицинской организации)

Я согласен(а) с тем, что на данный момент целью врачей является улучшение
качества моей жизни. Мне разъяснили, что данную цель можно достичь комплексом
паллиативных мероприятий, в том числе поддержкой дыхания с использованием аппарата
для осуществления ДРП.

В связи с этим, я подтверждаю свое желание и даю свое согласие на проведение
мне ДРП в домашних условиях.

Я осознаю, что мои законные или уполномоченные представители несут
юридическую ответственность за осуществление непосредственного ухода за мной на
дому, включая санацию верхних и нижних дыхательных путей и уход за зондами и
катетерами.

Мне разъяснили, что на дому я буду наблюдаться сотрудниками ближайшего
отделения выездной патронажной службы паллиативной медицинской помощи.

Я подтверждаю, что мне и моим законным или уполномоченным представителям
разъяснили и предоставили в письменном виде алгоритм действий на случай развития
кризисных ситуаций на дому.

Я понимаю, что в случае отказа аппаратуры могут возникать риски для моей жизни
и здоровья, поэтому необходимо связаться с медицинской организацией по месту моего
жительства (фактического пребывания), или в случае затруднения дыхания необходимо
немедленно с помощью моих законных или уполномоченных представителей
подключиться к дыханию через мешок Амбу и вызвать бригаду скорой медицинской
помощи для моей госпитализации в ближайшую стационарную медицинскую
организацию, имеющую в своей структуре отделение анестезиологии-реанимации или
блок (палату) реанимации и интенсивной терапии, обеспечивающие круглосуточное
медицинское наблюдение и лечение.

На все вопросы, касающиеся моего здоровья, я получил(а) ответы, которые были
мне полностью понятны.

Мое согласие является добровольным и может быть отозвано мною в любое время.

Дата " __ " _____ 20__ г.

Подпись

(ФИО пациента и/или законного или уполномоченного представителя)

Подписано мною в присутствии двух медицинских работников

ФИО, подпись пациента

ФИО, подпись законного или уполномоченного представителя

ФИО, подпись лечащего врача

ФИО, подпись заведующего отделением

Приложение № 3
к приказу департамента
охраны здоровья населения
Кемеровской области
от 27.11.19 № 2409

**Типовой договор безвозмездной передачи медицинских изделий (далее -
медицинское изделие), предназначенных для поддержания функции
органов и систем организма человека, предоставляемых для
использования на дому**

"__" _____ 20 г.

Медицинская организация _____,
(наименование медицинской организации)
именуемое в дальнейшем "Медицинская организация", в лице

должность, ФИО
действующего(-ей) на основании доверенности от "__" _____ 20__ г. N _____, с
одной стороны, Пациент (законный или уполномоченный представитель)

ФИО, год рождения пациента (законного или уполномоченного представителя)

(наименование документа, удостоверяющего личность, серия, N, кем выдан, дата выдачи)

СНИЛС

полис ОМС

(адрес регистрации по месту жительства/пребывания)

(адрес фактического места жительства)
находящийся под наблюдением Медицинской организации (именуемый(-ая) далее
"Пациент"), со второй стороны,

ФИО, год рождения пациента и/или ФИО лица, осуществляющего уход за пациентом

(наименование документа, удостоверяющего личность, серия, N, кем выдан, дата выдачи)

(адрес регистрации по месту жительства/пребывания)

(адрес фактического места жительства)
именуемый(-ая) далее "Получатель", с третьей стороны, в целях обеспечения лечения и
ухода за пациентом, имеющим показания к организации паллиативной медицинской
помощи на дому с использованием медицинского изделия

наименование
(протокол заседания врачебной комиссии Медицинской организации от
"__" _____ 20__ г. N _____), с учетом информированного добровольного
согласия пациента (законного или уполномоченного представителя) на проведение
паллиативной медицинской помощи на дому с использованием медицинского изделия от

" ____ " _____ 201_ г. заключили настоящий Договор с Медицинской организацией о нижеследующем:

1. Предмет Договора

1.1. В соответствии с условиями настоящего Договора Медицинская организация передает в безвозмездное временное пользование _____,

наименование медицинского изделия

для его использования при оказании пациенту паллиативной медицинской помощи на дому.

1.2. Настоящий Договор заключается в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской, 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».

1.3. Медицинское изделие передается по акту приема-передачи (приложение 1 Договора) Пациенту и Получателю (или только Получателю, если состояние здоровья Пациента не позволяет подписать акт приема-передачи) в течение 2 (двух) рабочих дней с даты подписания сторонами настоящего Договора вместе с копиями всех относящихся к медицинскому изделию технических паспортов, инструкций по эксплуатации и другой документации.

1.4. Вместе с медицинским изделием по акту приема-передачи передаются медицинские изделия, необходимые для использования Пациентом, на срок и в объеме, определенном решением врачебной комиссии Медицинской организации в соответствии с нормативными правовыми актами субъекта Российской Федерации.

1.5. Передача медицинских изделий Пациенту и/или Получателю осуществляется в месте нахождения Пациента (пункт 1.7 настоящего Договора).

1.6. Медицинское изделие подлежит возврату по акту возврата (приложение 2 Договора) Пациентом или Получателем в том состоянии, в котором оно было передано Пациенту, с учетом нормального износа.

1.7. Медицинское изделие может использоваться исключительно в целях оказания паллиативной медицинской помощи на дому с использованием медицинского изделия.

1.8. Медицинское изделие преимущественно используется Пациентом по адресу:

адрес фактического места жительства Пациента

2. Права и обязанности сторон

2.1. Медицинская организация обязана:

- 1) провести инструктаж Пациента и Получателя (либо только Получателя, если состояние здоровья Пациента не позволяет провести его инструктаж) правилам пользования медицинского изделия перед его передачей в безвозмездное временное пользование с отметкой в акте приема-передачи медицинского изделия;
- 2) предоставить медицинское изделие в исправном состоянии, комплектно вместе со всеми относящимися к нему документами;
- 3) провести пусконаладочные работы;
- 4) проводить техническое обслуживание и организационно-методическое сопровождение медицинского изделия в сроки, установленные технической документацией;
- 5) предварительно проинформировать Пациента и/или Получателя о проведении технического обслуживания медицинского изделия не менее чем за 3 рабочих дня;

б) при наличии показаний для подбора или изменения режима респираторной поддержки, обеспечить госпитализацию Пациента в Медицинскую организацию если невозможно осуществить подбор или изменение режима респираторной поддержки в амбулаторных условиях;

7) регулярно, но не реже одного раза в месяц, проводить осмотр и проверку работы медицинского изделия при посещении пациента для принятия решения о плановой/внеплановой замене и отправке его на ремонт;

8) предоставлять Пациенту подменное медицинское изделие на период ремонта или технического обслуживания ранее предоставленного медицинского изделия;

9) при невозможности предоставления подменного медицинского изделия направить Пациента в медицинскую организацию, оказывающую специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, для проведения респираторной поддержки до момента замены медицинского изделия;

10) осуществлять транспортировку медицинского изделия при его предоставлении Пациенту и/или Получателю и возврата медицинского изделия.

2.2. Медицинская организация вправе:

1) контролировать использование медицинского изделия Пациентом;

2) в случае обнаружения неэффективного или нецелевого использования медицинского изделия, направить Пациенту и/или Получателю письменное предупреждение;

3) в случае продолжающегося после получения письменного предупреждения нецелевого использования медицинского изделия со стороны пациента и/или его законного или уполномоченного представителя – забрать медицинское изделие у пациента и/или его законного и расторгнуть настоящий Договор.

2.3. Пациент и /или Получатель обязаны:

1) обеспечить использование медицинского изделия только по его целевому назначению - в целях оказания респираторной поддержки Пациенту, получающему паллиативную медицинскую помощь на дому, и в соответствии с условиями настоящего Договора;

2) пройти инструктаж по эксплуатации медицинского изделия, в том числе в случае нарушения режима его работы и внезапного отключения медицинского изделия;

3) неукоснительно соблюдать инструкции по эксплуатации медицинского изделия, в том числе при нарушении режима его работы;

4) обеспечить постоянный контроль за работой медицинского изделия;

5) обеспечить свободный доступ в помещение, где будет установлено медицинское изделие, уполномоченным сотрудникам Медицинской организации для проведения технического обслуживания, проверки состояния, а также контроля использования медицинского изделия в соответствии с целевым назначением, технической документацией и инструкциями;

б) уведомить Медицинскую организацию обо всех изменениях, имеющих отношение к настоящему Договору (например, смена места жительства, паспортных данных и т.д.) в течение трех дней с момента наступления изменений;

- об изменении адреса, по которому Пациент преимущественно использует медицинское изделие (например, постоянное или временное, более чем на 5 (пять) дней, изменение фактического места жительства; госпитализация в медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь).

7) вернуть медицинское изделие вместе с документами, переданными вместе с медицинским изделием, при отсутствии эксплуатации.

2.4. Получатель обязан:

1) обеспечить круглосуточный уход за пациентом;

2) обеспечить круглосуточный доступ к Пациенту для оказания ему медицинской помощи.

2.5. Пациент и /или Получатель не вправе:

передавать свои права и обязанности по настоящему Договору третьим лицам, отдавать медицинское изделие в залог.

2.6. Пациент и/или Получатель вправе:

в любой момент в одностороннем порядке отказаться от настоящего Договора, вернув медицинское изделие вместе с документами в Медицинскую организацию по акту возврата.

3. Ответственность сторон

3.1. За неисполнение обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность, установленную действующим законодательством Российской Федерации.

3.2. Получатель и Пациент несут солидарную ответственность перед Медицинской организацией за исполнение настоящего Договора.

3.3. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему Договору, если это неисполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы, возникших после заключения настоящего Договора в результате обстоятельств чрезвычайного характера, которые стороны не могли предвидеть или предотвратить.

4. Риск случайной гибели или случайного повреждения медицинского изделия

4.1. Пациент и Получатель несут ответственность за риск случайной гибели или случайного повреждения полученного в безвозмездное временное пользование медицинского изделия, если медицинское изделие погибло или было испорчено в связи с тем, что оно использовалось с нарушением условий настоящего Договора, либо было передано третьему лицу.

4.2. Пациент и Получатель не несут ответственность за риск случайной гибели или случайного повреждения, полученного в безвозмездное временное пользование медицинского изделия, если оно погибло или было испорчено по причинам, не связанным с тем, что Пациент или Получатель использовали медицинское изделие с нарушением условиями Договора или назначением медицинского изделия, либо передал его третьему лицу.

5. Срок действия договора

5.1. Медицинское изделие предоставляется на срок оказания медицинской помощи (паллиативной медицинской помощи на дому), но не более чем на 5 (пять) лет. По истечении срока, указанного в настоящем пункте, при отсутствии возражений Сторон Договор продлевается на тех же условиях тот же срок.

5.2. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания и действует в течение срока, указанного в п. 5.1. настоящего Договора.

6. Изменение и прекращение договора

6.1. Обязательства по настоящему Договору прекращаются в момент подписания Акта возврата медицинского изделия Пациентом или Получателем.

6.2. Договор может быть изменен или досрочно расторгнут по письменному соглашению сторон.

6.3. Уведомление о расторжении Договора направляется стороне не позднее, чем за 10 (десять) рабочих дней до предполагаемой даты расторжения Договора.

6.4. Медицинская организация вправе в одностороннем порядке отказаться от настоящего Договора и расторгнуть Договор в одностороннем порядке в случаях, когда Пациент или Получатель:

- использует медицинское изделие не в соответствии с Договором или назначением медицинского изделия;
- наносит ущерб состоянию медицинского изделия;
- нарушает инструкции по эксплуатации медицинского изделия;
- не исполняет иные обязательства, предусмотренные настоящим Договором.

6.5. Договор прекращается в случае изменения обстоятельств, послуживших основанием для заключения настоящего Договора (в том числе, но не ограничиваясь: госпитализация пациента для оказания медицинской помощи в стационарных условиях, предоставление пациенту иного оборудования в целях респираторной поддержки, принятие врачебной комиссией Медицинской организации решения о наличии у пациента противопоказаний или об отсутствии медицинских показаний к применению медицинского изделия, констатация факта смерти пациента, переезд пациента).

6.6. Договор может быть изменен или его действие может быть прекращено в иных случаях, предусмотренных законодательством или настоящим Договором.

6.7. Прекращение Договора не освобождает стороны от ответственности за его нарушение.

7. Разрешение споров

7.1. Все споры и разногласия, которые могут возникнуть между сторонами по вопросам, не имеющим своего разрешения по тексту настоящего Договора, будут разрешаться путем переговоров на основе действующего законодательства.

7.2. При не урегулировании в процессе переговоров спорных вопросов, споры разрешаются в судебном порядке, установленном действующим законодательством.

8. Дополнительные условия и заключительные положения

8.1. Любые изменения и дополнения к настоящему Договору действительны при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны сторонами или надлежаще уполномоченными на то представителями сторон.

8.2. Все уведомления и сообщения должны направляться в письменной форме.

8.3. Во всем остальном, что не предусмотрено настоящим Договором, стороны руководствуются действующим законодательством.

9. Адреса, реквизиты и подписи сторон

**Медицинская
организация**

Пациент/Получатель

Медицинское изделие комплектно и находится в исправном состоянии.

Замечания к состоянию отсутствуют.

Настоящий Акт составлен в _____ экземплярах: по одному для Медицинской организации,
_____ (указать нужное: Пациента и/или Получателя).

Подписи сторон:

От Медицинской организации	Получатель	Пациент
Подпись ФИО	Подпись ФИО	Подпись ФИО

Приложение № 2
к Договору безвозмездной передачи медицинского изделия,
предназначенного для поддержания функции
органов и систем организма человека,
предоставляемых для использования на дому
от 27.11.г. N 2409
2019

**Акт
возврата медицинского изделия**

Место составления акта: _____

Дата составления акта: " ____ " _____ 20__ г.

Медицинская организация _____

(наименование медицинской организации)

именуемой в дальнейшем "Медицинская организация", в лице

должность, ФИО

действующего(-ей) на основании доверенности от " __ " _____ 20__ г. № _____,
_____, с одной стороны, _____

ФИО, год рождения пациента и/или ФИО лица, осуществляющего уход за пациентом
именуемый(-ые) далее

указать нужное: "Пациент" и/или "Получатель"

в соответствии с условиями Договора безвозмездной передачи медицинского изделия,
предназначенного для поддержания функции органов и систем организма человека,
предоставляемых для использования на дому от " __ " _____ 20__ г.
№ _____ подписали настоящий Акт возврата медицинского изделия
Медицинской организации

указать нужное: "Пациентом" и/или "Получателем"

№ п/п	Наименование	Инвентарный номер	Серийный номер	Количество	Цена, руб.
1.					
2.					
Итого:					

Вместе с медицинским изделием возвращены следующие документы по его эксплуатации:

Медицинское изделие комплектно и находится в исправном состоянии.

Замечания к состоянию отсутствуют.

Настоящий Акт составлен в _____ экземплярах: по одному для Медицинской организации,

(указать нужное: Пациента и/или Получателя).

Подписи сторон:

От Медицинской организации	Получатель	Пациент
Подпись ФИО	Подпись ФИО	Подпись ФИО

Приложение № 4
к приказу департамента
охраны здоровья населения
Кемеровской области
от 27.11.19 № 2409

Отчет об использовании медицинских изделий пациентами, признанными нуждающимися в паллиативной помощи и получающими длительную респираторную поддержку на дому
за _____ мес. 20__ г.

Наименование медицинской организации _____

Число пациентов, получающих длительную респираторную поддержку на дому, всего (чел.) _____

Наименование медицинского изделия, модель	Заводской номер медицинского изделия	Дата принятия решения о выдаче медицинского изделия	Дата выдачи медицинского изделия	№, дата договора	Дата возврата медицинского изделия	Причина возврата медицинского изделия

исп. _____

тел. _____