



**ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ОРЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

**П Р И К А З**

16 ноября 2021 г.  
г. Орёл

№ 1034

Об организации оказания паллиативной медицинской помощи детям  
в Орловской области

В целях оказания паллиативной медицинской помощи детям, проживающим в Орловской области в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации и Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31 мая 2019 года № 345н/372н «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 от 10 июля 2019 года № 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» п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить Порядок организации оказания паллиативной медицинской помощи детям в бюджетных учреждениях здравоохранения Орловской области, подведомственных Департаменту здравоохранения Орловской области, в соответствии с приложением 1 к настоящему приказу.

2. Главным врачам бюджетных учреждений здравоохранения Орловской области обеспечить:

2.1. Исполнение Порядка организации оказания паллиативной медицинской помощи детям в бюджетных учреждениях здравоохранения Орловской области, подведомственных Департаменту здравоохранения Орловской области, утвержденного пунктом 1 настоящего приказа.

2.2. Организацию проведения консультаций со специалистами Бюджетного учреждения здравоохранения Орловской области «Научно-

клинический многопрофильный центр медицинской помощи матерям и детям имени З.И. Круглой» с применением телемедицинских технологий.

2.3. Направлять в БУЗ Орловской области «НКМЦ им. З. И. Круглой» сведения, необходимые для ведения регистра детей, нуждающихся в паллиативной помощи.

4. Определить Бюджетное учреждение здравоохранения Орловской области «Научно-клинический многопрофильный центр медицинской помощи матерям и детям имени З.И. Круглой» медицинской организацией, оказывающей паллиативную медицинскую помощь детям.

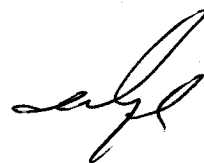
3. Бюджетному учреждению здравоохранения Орловской области «Научно-клинический многопрофильный центр медицинской помощи матерям и детям имени З.И. Круглой» (Крыловой Л. А.):

3.1. Осуществлять ведение регионального регистра детей, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи.

3.2. Координировать деятельность бюджетных учреждений здравоохранения Орловской области, подведомственных Департаменту здравоохранения Орловской области, при оказании первичной, первичной специализированной и специализированной медицинской помощи детям, нуждающимся в паллиативной медицинской помощи, в том числе для максимально эффективного оказания паллиативной медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях.

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя руководителя Департамента здравоохранения Орловской области – начальника управления здравоохранения Департамента здравоохранения Орловской области.

Исполняющий обязанности члена  
Правительства Орловской области –  
руководителя Департамента здравоохранения  
Орловской области



С. С. Шувалов

Внесено в реестр нормативных правовых актов  
органов исполнительной государственной власти  
специальной компетенции Орловской области  
Дата 18 ноября 2021 г., № 553/2021

Приложение 1  
к приказу Департамента здравоохранения  
Орловской области  
от «16» 11 2021 года № 1034

Порядок организации оказания паллиативной медицинской помощи детям в бюджетных учреждениях здравоохранения Орловской области, подведомственных Департаменту здравоохранения Орловской области

1. Настоящий Порядок устанавливает правила организации оказания паллиативной медицинской помощи детям в бюджетных учреждениях здравоохранения Орловской области, подведомственных Департаменту здравоохранения Орловской области (далее – Порядок).

2. Паллиативная медицинская помощь детям в Орловской области оказывается в соответствии с Положением, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации и Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31 мая 2019 года № 345н/372н «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» (далее – Положение).

3. Координатор деятельности бюджетных учреждений здравоохранения Орловской области, подведомственных Департаменту здравоохранения Орловской области при оказании первичной, первичной специализированной и специализированной медицинской помощи детям, нуждающимся в паллиативной медицинской помощи – главный внештатный детский специалист по паллиативной медицинской помощи Департамента здравоохранения Орловской области – осуществляет ведение регионального регистра детей, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи, актуализация которого проводится 1 раз в месяц.

4. Медицинское заключение о нуждаемости ребенка в оказании паллиативной медицинской помощи (приложение 1 к настоящему Порядку) выдает врачебная комиссия медицинской организации, в которой осуществляется наблюдение и лечение ребенка. В состав врачебной комиссии рекомендуется включать руководителя медицинской организации или его заместителя, заведующего структурным подразделением медицинской организации, лечащего врача по профилю заболевания ребенка, врача по паллиативной медицинской помощи, врача по медицинской реабилитации.

При отсутствии в указанной медицинской организации врача по медицинской реабилитации, врача по паллиативной медицинской помощи медицинская организация привлекает для участия во врачебной комиссии врачей медицинских работников иных медицинских организаций или

направляет пациента в БУЗ Орловской области «НКМЦ им. З. И. Круглой» для детального обследования с целью получения заключения о наличии (отсутствии) реабилитационного потенциала и показаний к признанию пациента паллиативным.

При наличии медицинских показаний заседание врачебной комиссии может быть проведено в рамках плановой госпитализации пациента в БУЗ Орловской области «НКМЦ им. З. И. Круглой» по основному заболеванию с выдачей медицинского заключения о присвоении ребенку статуса паллиативного пациента.

5. Медицинское заключение вносится в медицинскую документацию ребенка. Копия Медицинского заключения направляется в медицинскую организацию, оказывающую первичную медико-санитарную помощь по месту жительства (фактического пребывания) ребенка и медицинскую организацию, оказывающую паллиативную первичную (доврачебную и врачебную) медицинскую помощь, а также выдается на руки ребенку или его законному представителю.

6. Копия Медицинского заключения с прилагаемым перечнем медицинских изделий и т.п., в которых нуждается ребенок, передается в течение 3-х рабочих дней в отделение паллиативной медицинской помощи детям БУЗ Орловской области «НКМЦ им. З. И. Круглой» по телефону (4842) 59-62-26, в рабочие дни с 10.00 до 15.00.

7. Медицинская организация, оказывающая паллиативную медицинскую помощь – БУЗ Орловской области «НКМЦ им. З. И. Круглой».

8. Медицинская организация, в которой состоит под наблюдением пациент, нуждающийся в оказании паллиативной медицинской помощи ребенку, организует:

- направление ребенка на медико-социальную экспертизу;
- направление в Департамент социальной защиты, опеки и попечительства, труда и занятости Орловской области, обращения о необходимости предоставления социального обслуживания ребенку, при наличии информированное согласие законного представителя ребенка.

9. При направлении ребенка, нуждающегося в оказании паллиативной медицинской помощи, в БУЗ Орловской области «НКМЦ им. З. И. Круглой» в стационарных условиях, оформляется выписка из медицинской документации ребенка с указанием диагноза, результатов клинических, лабораторных и инструментальных исследований, рекомендаций по диагностике и лечению, иным медицинским мероприятиям.

10. При выписке ребенка из БУЗ Орловской области «НКМЦ им. З. И. Круглой», выдается выписка из медицинской карты, в которой указываются рекомендации по дальнейшему наблюдению, лечению, в том числе по организации респираторной поддержки и ухода в амбулаторных условиях (на дому). Выписка направляется в медицинскую организацию, оказывающую первичную медико-санитарную помощь, по месту жительства (фактического пребывания) ребенка.

Специалистами по паллиативной медицинской помощи БУЗ Орловской области «НКМЦ им. З. И. Круглой» после выписки ребенка, нуждающегося в оказании паллиативной медицинской помощи, организуется дальнейшее наблюдение ребенка в амбулаторных условиях (на дому).

11. При возникновении угрожающих жизни ребенка состояний, требующих оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной формах, бригада скорой медицинской помощи доставляет ребенка, имеющего показания к оказанию паллиативной медицинской помощи, в БУЗ Орловской области «НКМЦ им. З. И. Круглой».

12. При оказании паллиативной медицинской помощи ребенку по медицинским показаниям назначение обезболивающих лекарственных препаратов, в том числе наркотических и психотропных лекарственных препаратов, включенных в списки II и III Перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, осуществляется в порядке, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 января 2019 года № 4н «Об утверждении порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения». Назначение и/или выписка указанных препаратов осуществляется, в том числе специалистами выездной паллиативной медицинской службы БУЗ Орловской области «НКМЦ им. З. И. Круглой».

13. При оказании паллиативной медицинской помощи ребенку в амбулаторных условиях ребенку предоставляются медицинские изделия, предназначенные для поддержания функций органов и систем организма человека, по перечню, утверждаемому приказом Министерством здравоохранения Российской Федерации от 31 мая 2019 года № 348н «Об утверждении перечня медицинских изделий, предназначенных для поддержания функций органов и систем организма человека, предоставляемых для использования на дому».

14. Первичное посещение на дому ребенка, нуждающегося в получении паллиативной медицинской помощи, проводится сотрудниками службы паллиативной медицинской помощи детям БУЗ Орловской области «НКМЦ им. З.И. Круглой» не позднее 5 дней с момента получения информации о ребенке, нуждающемся в получении паллиативной помощи.

15. При развитии у ребенка, получающего паллиативную медицинскую помощь, острых заболеваний, обострения хронических заболеваний, других экстренных, неотложных состояний, не относящихся к терминальной фазе заболевания и требующих оказания амбулаторной или стационарной лечебно-диагностической помощи, медицинская помощь оказывается бригадой скорой медицинской помощи (в том числе специализированной) по месту вызова, медицинской организацией, в которой амбулаторно наблюдается пациент, или медицинской организацией, в которую госпитализирован ребенок при наличии соответствующих показаний.

16. Медицинские организации Орловской области направляют в БУЗ Орловской области «НКМЦ им. З. И. Круглой» сведения, необходимые для ведения регистра детей, нуждающихся в паллиативной помощи.

Сведения должны содержать следующие данные о пациенте: Ф.И.О., возраст, пол, социальный статус, адрес проживания, диагноз, законный представитель, контактные телефоны, сведения о раннее проводимой паллиативной медицинской помощи, лечении в стационаре.

Приложение 1

к Порядку организации оказания паллиативной медицинской помощи детям  
в бюджетных учреждениях здравоохранения Орловской области,  
подведомственных Департаменту здравоохранения Орловской области

**Медицинское заключение врачебной комиссии  
о наличии показаний к оказанию ребенку  
паллиативной медицинской помощи**

I. Паспортная часть:

1. Ф.И.О. ребенка (полностью) \_\_\_\_\_
2. Дата рождения \_\_\_\_\_
3. Адрес постоянного места жительства (по регистрации) \_\_\_\_\_
4. Адрес фактического проживания \_\_\_\_\_
5. Свидетельство о рождении или паспорт пациента (серия, номер, дата и место выдачи) \_\_\_\_\_
6. Медицинский страховой полис (номер, дата выдачи, кем выдан) \_\_\_\_\_
7. Удостоверение ребенка-инвалида (номер, дата выдачи) \_\_\_\_\_

II. Сведения о заболевании

1. Клинический диагноз (Код МКБ-10):

Основной

Сопутствующий

Осложнения

2. Анамнез основного заболевания (указать динамику течения):

3. Объем и характер проведенного лечения (основные этапы):

4. Объективный статус пациента на момент осмотра

5. Группа заболеваний, подлежащих паллиативной медицинской помощи, к которой относится данный пациент (подчеркнуть необходимое):

1 группа - дети с тяжелыми ограничивающими жизнь заболеваниями в терминальной стадии;

2 группа - дети с хроническими прогрессирующими и угрожающими жизни заболеваниями, при которых преждевременная смерть неизбежна, но

прогнозируется в относительно отдаленном периоде при условии проведения определенных паллиативных мероприятий;  
3 группа - дети с угрожающими жизни заболеваниями, имеющими неопределенный прогноз.

**Заключение комиссии**

1. Обоснование причин полной реализации радикальной терапии или ее изначальной невозможности

---

---

---

---

2. Рекомендуемая форма организации паллиативной помощи для пациента в настоящее время:

амбулаторная

---

стационарная

---

---

Подписи членов комиссии:

Руководитель медицинской организации  
(или его заместитель)

\_\_\_\_\_

подпись

\_\_\_\_\_

Ф.И.О.

Заведующий отделением

\_\_\_\_\_

подпись

\_\_\_\_\_

Ф.И.О.

Лечащий врач по  
профилю заболевания

\_\_\_\_\_

подпись

\_\_\_\_\_

Ф.И.О.

Врач по паллиативной  
медицинской помощи

\_\_\_\_\_

подпись

\_\_\_\_\_

Ф.И.О.

Врач по  
медицинской реабилитации

\_\_\_\_\_

подпись

\_\_\_\_\_

Ф.И.О.

Дата, место печати

Заключение получено \_\_\_\_\_

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

Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Подпись \_\_\_\_\_

Приложение 2

к Порядку организации оказания паллиативной медицинской помощи детям  
в бюджетных учреждениях здравоохранения Орловской области,  
подведомственных Департаменту здравоохранения Орловской области

Информированное согласие  
на оказание паллиативной медицинской помощи ребенку

Я \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный(ая) по адресу:

\_\_\_\_\_ (мать, отец, другой представитель)

ознакомлен(а) с медицинским заключением врачебной комиссии о наличии у  
моего ребенка \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. ребенка)

показаний к проведению паллиативной медицинской помощи.

Подтверждаю, что я получил(а) полную информацию о заболевании, объеме проведенного лечения текущем клиническом состоянии моего ребенка, вероятностном прогнозе его основного заболевания, сопутствующих состояний и осложнений.

Я был(а) проинформирован(а) лечащим врачом в устной форме о нецелесообразности оказания специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи в связи с ее нынешней и прогнозируемой в перспективе неэффективностью для моего ребенка, а также отсутствием известных в доказательной медицине методов радикального излечения заболевания.

Мне понятно, что основной целью лечения моего ребенка в настоящее время является поддержание максимально высокого качества его жизни без перспективы радикального излечения.

Мне известно, что эта цель может быть достигнута путем паллиативной медицинской помощи, включающей заботу о физических, психологических, социальных и духовных потребностях моего ребенка и членов нашей семьи.

Я согласен (согласна) на оказание моему ребенку паллиативной медицинской помощи, направленной на улучшение качества его жизни, срок которой ограничен неизлечимым заболеванием в организации

\_\_\_\_\_ (полное наименование медицинской организации)

На все свои вопросы, касающиеся здоровья моего ребенка, я получил(а) доступные моему пониманию ответы.

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

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. гражданина) (подпись)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. медицинского работника) (подпись)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ года

(дата оформления)