



ПРАВИТЕЛЬСТВО РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Министерство здравоохранения Ростовской области

ПРИКАЗ

16.06.2021

№

858

г. Ростов-на-Дону

Об организации оказания
паллиативной помощи детям
Ростовской области

С целью совершенствования оказания паллиативной медицинской помощи детскому населению Ростовской области, в соответствии со статьей 36 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации и Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31.05.2019 № 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»,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

1.1. Алгоритм маршрутизации и оказания паллиативной медицинской помощи детям 0-17 лет, проживающим на территории Ростовской области (далее - Алгоритм) (приложение № 1).

1.2. Перечень заболеваний и состояний, при которых показана паллиативная помощь с кодами МКБ-10 (приложение № 2).

1.3. Перечень документов, предоставляемых во врачебную комиссию медицинской организации, в которой осуществляется наблюдение и (или) лечение ребенка, для принятия решения о направлении ребенка на оказание паллиативной медицинской помощи (приложение № 3).

1.4. Форму заключения врачебно-консультационной комиссии о наличии показаний к оказанию ребенку паллиативной медицинской помощи (приложение № 4).

1.5. Форму направления на госпитализацию для оказания стационарной паллиативной медицинской помощи детям 0-17 лет, проживающим в РО (приложение № 5).

1.6. Форму заключения об отсутствии показаний к оказанию ребенку паллиативной медицинской помощи (приложение № 6).

1.7. Форму представления сведений в регистр пациентов в возрасте от 0 до 17 лет, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи (приложение № 7).

1.8. Форму индивидуального плана ведения пациента, нуждающегося в паллиативной помощи (приложение №8).

1.9. Перечень основных показаний для госпитализации детей в отделение паллиативной медицинской помощи государственного бюджетного учреждения Ростовской области «Областная детская клиническая больница (далее - ГБУ РО «ОДКБ»)» (приложение № 9).

2. Маршрутизацию по межтерриториальным медицинским центрам Ростовской области для оказания паллиативной медицинской помощи детям паллиативной группы (приложение №10).

2.1. Алгоритм действий на случай развития критических ситуаций при проведении искусственной вентиляции легких на дому (приложение № 11).

2.2. Информированное согласие на перевод в группу паллиативной помощи (приложение № 12).

2.3. Информированное согласие на отказ от проведения реанимационных мероприятий у пациента, переведенного в группу паллиативной помощи (приложение № 13).

2.4. Информированное согласие на проведение искусственной вентиляции легких на дому (приложение № 14).

2.5. Форму представления сведений в регистр пациентов в возрасте 0-17 лет, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи (приложение № 15).

2.6. Алгоритм выписки из стационарной организации здравоохранения для проведения искусственной вентиляции легких на дому (приложение №16).

3. Руководителям муниципальных медицинских организаций:

3.1. Обеспечить соблюдение Алгоритма и маршрутизации;

3.2. Осуществлять госпитализацию детей, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи в условиях отделения паллиативной медицинской помощи ГБУ РО «ОДКБ», не нуждающихся в проведении реанимационных мероприятий и интенсивной терапии в период транспортировки.

4. Главному внештатному детскому специалисту по паллиативной медицинской помощи министерства здравоохранения Ростовской области Тарасенко А.А. обеспечить:

4.1. Методическое руководство по вопросам организации оказания паллиативной медицинской помощи детям на территории Ростовской области;

4.2. Ведение и обновление Регистра пациентов в возрасте от 0 до 17 лет, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи;

4.3. Ежеквартальное представление в министерство здравоохранения Ростовской области информацию о количестве детей, нуждающихся в паллиативной помощи.

812



5. Заместителю министра по информатизации и проектной деятельности Ерофееву В.Н. обеспечить функционирование Единого цифрового регистра детей, нуждающихся в паллиативной помощи в Ростовской области, на основе государственной информационной системы в сфере здравоохранения «Единая государственная информационная система в сфере здравоохранения».

6. Признать утратившими силу приказы министерства здравоохранения Ростовской области:

от 31.08.2017 № 2082 «Об организации оказания паллиативной помощи детям»;

от 21.09.2019 № 2912 «О внесении изменений в приказ минздрава РО от 21.08.2017 № 2082».

7. Контроль за исполнением приказа возложить на первого заместителя министра Е.Д. Теплякову.

Министр



Ю.В. Кобзев



Алгоритм маршрутизации и оказания паллиативной медицинской помощи
детям 0-17 лет, проживающим на территории Ростовской области

1. Настоящий Алгоритм используется муниципальными и областными медицинскими организациями Ростовской области для оказания паллиативной медицинской помощи в стационарных и амбулаторных условиях детям, проживающим на территории Ростовской области.

2. Паллиативная медицинская помощь детям 0-17 лет оказывается в амбулаторных или стационарных условиях в зависимости от тяжести состояния.

3. Паллиативная медицинская помощь детям в амбулаторных условиях на территории области оказывается педиатрами, прошедшими повышение квалификации по программе «Паллиативная медицинская помощь детям» и участковыми педиатрами, которые обеспечивают:

оказание паллиативной медицинской помощи детям в амбулаторных условиях;

динамическое наблюдение за детьми, нуждающимися в оказании паллиативной медицинской помощи, согласно индивидуальному плану;

назначение 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;

оказание психологической помощи детям, нуждающимся в оказании паллиативной медицинской помощи, и членам их семей;

консультирование родственников детей, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи, и обучение их навыкам ухода за тяжелобольными детьми;

обеспечение преемственности в оказании паллиативной медицинской помощи детям в амбулаторных и стационарных условиях;

направление при наличии медицинских показаний детей в отделение паллиативной медицинской помощи ГБУ РО «ОДКБ» для оказания специализированной паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях;

взаимодействие с органами и организациями системы социального обслуживания;

обновление с использованием канала защищенной связи (VIPNet) в формате Excel Регистра детей, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи. Информация предоставляется в отделение паллиативной медицинской помощи детям и главному внештатному специалисту минздрава области по паллиативной помощи детям (приложение №7) ежеквартально до 10-го числа месяца, следующего за отчетным.

ак.  

4. Врачи амбулаторно-поликлинических и стационарных медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь детям в рамках оказания первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи, осуществляют систематическую работу среди пациентов детского возраста по выявлению и своевременному направлению пациентов паллиативного профиля на врачебную комиссию организации для принятия решения о наличии или отсутствии показаний к оказанию паллиативной медицинской помощи

5. При отрицательном решении врачебная комиссия медицинской организации, в которой осуществляется наблюдение и (или) лечение ребенка, оформляет заключение об отсутствии показаний к оказанию ребенку паллиативной медицинской помощи, которое приобщается к медицинской документации ребенка (приложение № 6).

6. При положительном решении врачебная комиссия оформляет заключение о наличии показаний к оказанию ребенку паллиативной медицинской помощи (приложение № 4), в двух экземплярах, один из которых вносится в медицинскую документацию ребенка (история развития ребенка формы № 112/у), второй передается в ГБУ РО «ОДКБ» с использованием канала защищенной связи (VIPNet) в формате Excel, вместе со сведениями, направляемыми в регистр пациентов детского возраста, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи.

Решение консилиума доводится до сведения одного из родителей (законного представителя) ребенка в порядке беседы. Законным представителем ребенка подписывается в трех экземплярах информированное согласие на перевод в группу паллиативной помощи (приложение № 12) и отказ от проведения реанимационных мероприятий при наступлении состояния клинической смерти на фоне прогрессирования достоверно установленных неизлечимых заболеваний или неизлечимых последствий острой травмы, несовместимой с жизнью (приложение № 13), согласно ст.66 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Постановления Правительства Российской Федерации 20.09.2012г. №950 «Об утверждении правил определения момента смерти человека, в том числе критериев и процедуры установления смерти человека, правил прекращения реанимационных мероприятий и формы протокола установления смерти человека».

Копия заключения выдается на руки одному из родителей или иному законному представителю (в отношении несовершеннолетнего, не достигшего возраста, установленного ч. 2 ст. 54 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

7. Решение о направлении ребенка на оказание паллиативной медицинской помощи на основании анализа Перечня документов, предоставляемых во врачебную комиссию медицинской организации, в которой осуществляется наблюдение и (или) лечение ребенка, для принятия решения о направлении ребенка на оказание паллиативной медицинской помощи (приложение № 3), принимает врачебная комиссия медицинской



организации, в которой осуществляется наблюдение и/или лечение ребенка, в состав которой включаются: руководитель медицинской организации или его заместитель, заведующий структурным подразделением медицинской организации, лечащий врач по профилю заболевания ребенка, врач по паллиативной медицинской помощи и врач по медицинской реабилитации.

7.1. В стационарное отделение паллиативной помощи принимаются дети, имеющие заболевания, при которых может возникнуть необходимость в оказании паллиативной медицинской помощи:

первая группа (угрожающие жизни заболевания, радикальное лечение которых оказалось безуспешным): злокачественные новообразования, лейкемии, лимфомы, хроническая почечная недостаточность, некоторые инфекции;

вторая группа (заболевания, требующие длительного интенсивного лечения для продления жизни с высокой вероятностью неблагоприятного исхода): некоторые врожденные пороки сердца, глубокая недоношенность, хронические заболевания легких, в том числе муковисцидоз, бронхопульмональная дисплазия, врожденный синдром гиповентиляции;

третья группа (прогрессирующие заболевания, для которых не существует радикального лечения и с момента установления диагноза объем лечения является паллиативным): нервно-мышечные заболевания, в том числе врожденная миопатия, Болезнь Лейга (синдром Ли), мышечная дистрофия Дюшенна, хромосомные аномалии, синдром Эдвардса (трисомия Е), семейная атаксия Фридрейха, фенилкетонурия, болезнь Марфана, распространенные метастатические формы онкологических заболеваний;

четвертая группа (необратимые, но не прогрессирующие заболевания с тяжелыми формами инвалидности и подверженностью к осложнениям): тяжелые формы детского церебрального паралича, недоношенность, повреждения головного и спинного мозга.

7.2. При направлении ребенка в медицинскую организацию, оказывающую паллиативную медицинскую помощь, лечащий врач оформляет пакет документов, который включает:

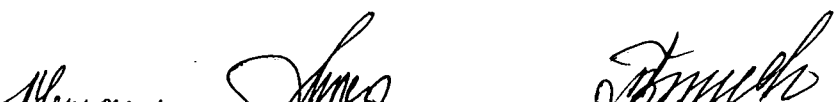
заключение врачебной комиссии муниципальной медицинской организации о наличии показаний к оказанию ребенку паллиативной медицинской помощи;

направление на оказание паллиативной медицинской помощи;

копию справки об инвалидности;

выписку из медицинской карты ребенка, получившего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, или медицинской карты стационарного больного, с указанием диагноза, результатов клинических, лабораторных и инструментальных исследований, рекомендаций по диагностике и лечению, иным мероприятиям.

7.3. Направление в медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь детям в стационарных условиях, осуществляется на основании предварительного согласования даты госпитализации с заведующим соответствующим отделением.



8. В связи с удаленностью медицинской организации, оказывающей паллиативную медицинскую помощь, от места фактического проживания ребенка, нуждающегося в стационарном лечении, консультативно-диагностическая помощь и лабораторные исследования на дому, а также стационарное лечение обеспечиваются муниципальной медицинской организацией, согласно маршрутизации по межтерриториальным центрам Ростовской области для оказания паллиативной медицинской помощи детям паллиативной группы (приложение №10).

9. При появлении пациента паллиативного профиля заполняется форма представления сведений в регистр пациентов детского возраста и в течение одного рабочего дня направляется в регистр пациентов детского возраста, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи, который ведется специалистами ГБУ РО «ОДКБ» (отделение паллиативной медицинской помощи детям) с использованием канала защищенной связи (VIPNet) в формате Excel.

10. При поступлении в регистр пациентов детского возраста, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи, сведений о новом пациенте, специалисты ГБУ РО «ОДКБ» совместно с педиатрами медицинской организации, где наблюдается ребенок, составляют индивидуальный план ведения пациента (приложение № 8). Копия индивидуального плана ведения пациента передается на руки родителям (законным представителям) ребенка.

10.1. Индивидуальный план ведения пациента в обязательном порядке должен содержать: рекомендации о дальнейшем наблюдении; указание на частоту и формат последующих посещений педиатров; указание на необходимость консультаций врачей-специалистов, их частоту; описание мероприятий по уходу за пациентом и симптоматической терапии; план нутритивной поддержки пациента; план социально-психологического сопровождения пациента; рекомендации по оказанию медицинской помощи в стационарных условиях (при необходимости).

10.2. Индивидуальный план ведения пациента, нуждающегося в паллиативной медицинской помощи, в динамике корректируется специалистами в зависимости от изменения состояния ребенка.

11. Порядок транспортировки пациентов на различных этапах оказания паллиативной медицинской помощи осуществляется медицинской организацией согласно территориальному принципу, в случае отсутствия технических возможностей ближайшим межтерриториальным центром.

12. При развитии у ребенка, получающего паллиативную медицинскую помощь, острых заболеваний, обострения хронических заболеваний, других экстренных, неотложных состояний, не относящихся к терминальной фазе заболевания, медицинская помощь оказывается в соответствии с маршрутизацией.

13. При возникновении угрожающих жизни состояний, требующих оказания экстренной или неотложной медицинской помощи, бригада скорой медицинской помощи доставляет детей в медицинские организации,

12.11.2019



Перечень заболеваний и состояний, при которых показана паллиативная помощь с кодами МКБ-10

Нозологические группы	Заболевания и состояния, при которых показана паллиативная помощь	Код по МКБ-10
1	2	3
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	ВИЧ/СПИД	B20-B24
Новообразования	Злокачественные новообразования (ЗН)	C00-C97
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм, в том числе	
	Апластическая анемия	D69-61
	Отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	D80-89
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушение обмена веществ	Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, в том числе	
	Фенилкетонурия	E70.0
	Галактоземия	E74.2
	Болезнь Гоше	E75.2
	Мукополисахаридозы	E76
	Муковисцидоз	E84
	едостаточность питания	E41,E43-E46
Болезни нервной системы	Болезни нервной системы	G10-G39 G42-G98
	Последствия перенесенных воспалительных заболеваний ЦНС	G00-G09
Болезни системы кровообращения	Болезни системы кровообращения, в том числе	
	Кардиомиопатия	I42
	Внутричерепное и другое внутричерепное кровоизлияние	I16, I62
	Инфаркт мозга	I63
	Инсульт, не уточненный как кровоизлияние или инфаркт	I64
	Тромбоз портальной вены	I81
	Хронические ревматические болезни сердца	I05-I09
Болезни органов пищеварения	Неинфекционный энтерит и колит	K50-K52
	Фиброз и цирроз печени	K74
Болезни костно-мышечной системы	Системные поражения соединительной ткани	M30-M35

Подпись  

и соединительной ткани		
Болезни мочеполовой системы	Болезни мочеполовой системы, в том числе почечная недостаточность	N00-N99
Отдельные состояния, возникающие в неонатальном периоде	Отдельные состояния, возникающие в неонатальном периоде	P00-P96
Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения, в том числе	
	Врожденные аномалии развития нервной системы	Q00-Q07
	Врожденные аномалии системы кровообращения	Q20-Q28
	Врожденный ихтиоз	Q80
	Нейрофиброматоз	Q85.0
Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках	Кахексия	R64
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	S00-T98

Методи



Перечень документов, предоставляемых во врачебную комиссию
медицинской организации, в которой осуществляется наблюдение и
(или) лечение ребенка, для принятия решения о направлении ребенка
на оказание паллиативной медицинской помощи

1. Выписка из медицинской карты ребенка с указанием объективного статуса по органам и системам в настоящий момент, диагноза, результатов клинических, лабораторных и инструментальных исследований, объема и характера проведенного лечения, рекомендаций по диагностике и лечению.
2. Копия свидетельства о рождении ребенка.
3. Копия медицинского страхового полиса ребенка.
4. Копия удостоверения ребенка-инвалида (если есть).

не.  

Заключение врачебно-консультационной комиссии
о наличии показаний к паллиативной медицинской помощи

I. Паспортная часть

1. Ф.И.О. ребенка (полностью) _____
2. Дата рождения _____
3. Возраст (полных лет или месяцев) _____
4. Адрес постоянного места жительства (по регистрации) _____
5. Адрес фактического проживания в настоящее время _____
6. Свидетельство о рождении или паспорт пациента (серия, номер, дата и место выдачи) _____
7. Медицинский страховой полис (серия, номер, дата выдачи) _____
8. Удостоверение ребенка-инвалида (номер, дата выдачи) _____
9. Наименование и адрес детской поликлиники, в которой наблюдается ребенок _____

II. Сведения о заболевании

1. Клинический диагноз (код МКБ-10):

основной - _____

сопутствующий - _____

осложнения - _____

2. Анамнез основного заболевания (указать динамику и течение)

3. Объем и характер проведенного лечения (основные этапы)

4. Объективный статус пациента по органам и системам в настоящий момент

5. Группа заболеваний, к которой относится ребенок (нужное подчеркнуть):

1 группа - угрожающее жизни заболевания, радикальное лечение которых оказалось 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 лечения, и с момента установления диагноза объем лечения является паллиативным;

4 группа - необратимые, но не прогрессирующие заболевания с тяжелыми формами инвалидности и подверженностью осложнениям

Металли *См* *Евдоким*

III. Заключение комиссии

Обоснование причин полной истощенности радикальной терапии или ее изначальной невозможности _____

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) _____

(подпись) (Ф.И.О.)

Заведующий отделением _____

(подпись) (Ф.И.О.)

Лечащий врач-специалист
по профилю основного 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, подпись



Направление под паллиативное наблюдение

Ребенок (ФИО) _____
Дата рождения _____
Место жительства _____
ФИО родителей (законных представителей) _____

Диагноз:
Основной: _____
Сопутствующий: _____

Краткий анамнез заболевания:
Пройденное специальное лечение (основные этапы, эффективность)
Реабилитационные мероприятия (основные этапы, реабилитационный потенциал)

Дата консилиума о переводе ребенка в группу паллиативной помощи « ____ » ____ 20 ____
Организация здравоохранения, где проводился консилиум _____
Заключение консилиума _____

Установленная группа паллиативной помощи _____
Информированное согласие родителей (дата) « ____ » ____ 20 ____ на перевод в группу паллиативной помощи подписано/не подписано (нужное подчеркнуть) на отказ от проведения реанимационных мероприятий при наступлении состояния клинической смерти на фоне прогрессирования достоверно установленных неизлечимых заболеваний или неизлечимых последствий острой травмы, несовместимой с жизнью, согласно ст.66 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Постановления Правительства Российской Федерации 20.09.2012г. №950 «Об утверждении правил определения момента смерти человека, в том числе критериев и процедуры установления смерти человека, правил прекращения реанимационных мероприятий и формы протокола установления смерти человека».

подписано / не подписано (нужное подчеркнуть)
Статус при переводе (подробно, наличие трахеостомы/гастростомы/назогастрального зонда /ИВЛ, указать препараты с дозами, принимаемые пациентом при переводе, анализы и данные проведенных исследований): _____

Руководитель
медицинской организации
(или его заместитель) _____
(подпись) (Ф.И.О.)

Заведующий отделением _____
(подпись) (Ф.И.О.)

Лечащий врач-специалист
по профилю основного заболевания _____
(подпись) (Ф.И.О.)

Контактные телефоны: _____ Дата « ____ » ____ ____

Человек



Приложение №6
к приказу минздрава РО
от 16.06. 2021 № 858

Заключение об отсутствии показаний к оказанию ребенку паллиативной
медицинской помощи

(наименование организации здравоохранения)

Выдано _____

(фамилия, имя, отчество, год рождения ребенка)

проживающему(ей) _____

(адрес места жительства или места пребывания в настоящее время)

Медицинский страховой полис _____

(серия, номер, дата выдачи)

Удостоверение ребенка-инвалида _____

(серия, номер, дата выдачи)

Сведения о заболевании, клинический диагноз (код МКБ):

основной _____

сопутствующий _____

осложнения _____

Решение комиссии _____

Председатель ВКК _____

(подпись) (Ф.И.О.)

Члены ВКК _____

(подпись) (Ф.И.О.)

(подпись) (Ф.И.О.)

(подпись) (Ф.И.О.)

Дата и место печати

Менделеев

Борисов

Приложение №7
к приказу минздрава РО
от 16 06 2021 № 859

Реестр детей, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи

(наименование организации здравоохранения)

№ истории и по ЕГИС	ФИО пациента	Дата рождения	Адрес и номер телефона законного представителя	Диагноз (код МКБ)	Дата взятия на учет	Потребность в наркотических и психотропных веществах (препарат, дозировка, количество)	Необходимое медицинское оборудование и расходные материалы	Медицинское оборудование и расходные материалы в наличии	Медицинская организация, к которой прикреплен ребенок
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Вновь выявленные пациенты в текущем квартале									

Главный врач _____
(подпись) (Ф.И.О.)

М.П.

Методика 

Индивидуальный план паллиативной помощи
с алгоритмом действий в кризисных ситуациях

Организация _____
Пациент (ФИО) _____
Адрес _____
Вес _____ кг. Рост _____ см. Окружность головы _____ см. Группа паллиативной 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 _____ мл
Время кормления _____ Длительность кормления _____ мин
Дополнительная жидкость между кормлениями _____ мл Кратность _____ раз в сутки
Дополнительная информация:

План ухода
Рекомендуемый список специалистов для амбулаторного наблюдения и План социально-психологического сопровождения (психологи, социальные работники, педагоги, волонтеры, сиделки и т.д.) _____

Необходимость в медицинской аппаратуре и оборудовании:

Концентратор кислорода _____
Электроотсос _____ размер катетера для аспирации _____
Ингалятор _____
Противопролежневый матрас _____
Медицинская функциональная кровать _____
Коляска инвалидная _____
Прочее _____

Алгоритм действий в кризисных ситуациях

Контактные данные (ФИО, телефоны):

Мать / отец (законный представитель) _____
Участковый педиатр _____
Участковая м/с _____
Врач паллиативной службы _____
М/с паллиативной службы _____

112



Другие.

Экстренные ситуации, которые могут возникнуть на дому:

Ситуация «А»

Алгоритм ведения (подробно)

Ситуация «Б»

Алгоритм ведения (подробно)

Ситуация «В»

Алгоритм ведения (подробно)

Наличие подписанного информированного согласия родителей (законных представителей) об отказе от проведения реанимационных мероприятий (нужное подчеркнуть) да, нет, дата «___» _____ 20___ г.

Действия родителей, если они решают вызвать скорую помощь:

1. Показать данную выписку врачу скорой помощи.
2. Обсудить, какие мероприятия в данной ситуации являются наиболее оптимальными для ребенка: паллиативная помощь или интенсивная терапия.
3. Для оказания паллиативной помощи – консультация по телефону и визит медицинского персонала, оказывающего паллиативную помощь данному ребенку, либо госпитализация в паллиативное отделение/на паллиативные койки/койки детского стационара муниципальной медицинской организации.
4. Для интенсивной терапии - госпитализация в территориальный детский стационар.

Лечащий врач (ФИО, подпись) _____

Зав. отделением (ФИО, подпись) _____

«___» _____ 20___ г.

М.П.



Перечень основных показаний для госпитализации детей в отделение
паллиативной медицинской помощи

1. Заболевания (состояния), при которых необходим контроль и коррекция симптомов в кризисных ситуациях.
2. Заболевания (состояния), требующие оказания паллиативной медицинской помощи в терминальной стадии и при умирании (помощь в конце жизни).
3. Необходимость подготовки пациента к установке гастростомы и трахеостомы.
4. Необходимость подготовки пациента к переводу на искусственную вентиляцию легких в домашних условиях.

812



Маршрутизация по
межтерриториальным центрам Ростовской области для оказания паллиативной
медицинской помощи детям паллиативной группы.

№ п/п	Наименование межтерриториальных центров	Прикрепленные территории
1	ГБУ РО «Областная детская клиническая больница»	города: Батайск, Новочеркасск, Азов; районы Азовский, Аксайский, Родионово- Несветайский, Мясниковский, Веселовский, Зерноградский, Багаевский, Кагальницкий, Песчанокопский, Целинский, Егорлыкский, Сальский и все территории области, при необходимости оказания помощи в медицинской организации 3-го уровня.
2	МУЗ ДГБ г. Волгодонска (112 164 прикрепленного детского населения)	город Волгодонск районы: Волгодонской, Цимлянский, Константиновский, Семикаракорский, Ремонтненский, Заветинский, Зимовниковский, Дубовский, Пролетарский, Орловский. Мартыновский, Обливский.
3	МБУЗ ЦГБ г. Каменск-Шахтинский (71 859 прикрепленного детского населения)	города: Каменск-Шахтинский, Донецк; районы: Каменский, Тацинский, Морозовский, Тарасовский, Белокалитвинский, Милютинский.
4	МБУЗ ДГБ г. Шахты (110 940 прикрепленного детского населения)	города: Шахты, Новошахтинск, Гуково, Зверево; районы: Красносулинский, Октябрьский, Усть-Донецкий.
5	МБУЗ ДГБ г. Таганрога (71 486 прикрепленного детского населения)	город Таганрог; районы: Матвеево-Курганский, Неклиновский, Куйбышевский.
6	МБУЗ ЦРБ Миллеровского района (35 426 прикрепленного детского населения)	районы: Миллеровский, Советский Кашарский, Верхнедонской, Шолоховский, Боковский, Чертковский

**Алгоритм
действий на случай развития критических ситуаций при проведении
искусственной вентиляции легких на дому**

Кризисная ситуация	Возможная причина	Описание ситуации	Порядок действий
Отключение электроэнергии	Авария на линии электропередачи	Батарея питания аппарата ИВЛ разряжена на 70%	Вызов скорой медицинской помощи (далее СМП)
Отказ работы аппарата ИВЛ	Техническая неисправность	Включение индикатора тревоги высокого приоритета, свидетельствующего о жизнеугрожающей ситуации	1.Наладить ручное дыхание при помощи мешка Амбу. 2.Вызов бригады СМП. 3.Связаться по телефону с врачом анестезиологом-реаниматологом, курирующим ребенка и следовать его рекомендациям до приезда бригады СМП.
Кровотечение из трахеостомы (трубки)	Проведение агрессивной санации, слишком глубокое введение зонда при аспирации, отпадение сухих корочек, пролежень трахеостомы	Появление кровянистого содержимого секрета в из трахеостомы	Проведение санации в течение 5-10 мин. и при сохранении кровянистого содержимого в мокроте вызывается бригада СМП при продолжении постоянной аспирации содержимого из дыхательных путей для поддержания их проходимости .
Выпадение трахеостомы	Плохая фиксация трахеостомической трубки	Выпадение трубки	Немедленно вставить трубку обратно и предупредить ее выпадение надежным креплением ремешка или специальной повязки для трахеостомической трубки на шее, окружность которой способна пропустить кончик одного пальца. При невозможности

			вставить трахеостомическую трубку наладить ручное дыхание с помощью мешка Амбу маской через рот, прикрыв трахеостомическое отверстие пальцем. Вызвать бригаду СМП.
Закупорка дыхательных путей мокротой	Нарушения в уходе за трахеостомой, некачественная санация, вязкая мокрота	Свистящее дыхание, появление дополнительных звуков при дыхании, возбуждение ребенка, беспокойство, раздувание крыльев носа, участие мышц шеи и плечевого пояса в акте дыхания. Синюшность кончиков пальцев и носогубного треугольника. Появление сигнала тревоги аппарата ИВЛ, свидетельствующего о повышенном давлении в дыхательных путях.	Вести в трахеостомическую трубку 2-3 мл. стерильного физиологического раствора, попытаться отсанировать дыхательные пути повторно. При отсутствии положительного эффекта вызвать бригаду СМП
Включение индикатора тревог в иных случаях (более 3 мин.)	Разгерметизация контуров аппарата, сбой в работе увлажнителя	Появление сигнала тревог разной степени приоритетности.	1. При наличии тревоги высокого уровня приоритетности, свидетельствующей о жизнеугрожающей ситуации наладить ручное дыхание с помощью мешка Амбу и вызвать скорую медицинскую помощь. 2. Связаться по телефону с врачом анестезиологом – реаниматологом, курирующим ребенка, описать изменения в состоянии ребенка и

Медик

			показатели на экране монитора аппарата (по возможности). 3. Следовать рекомендациям врача анестезиолога-реаниматолога до приезда бригады СМП.
Декомпенсация общего состояния ребенка с появлением следующих признаков: Тревоги аппарата ИВЛ, свидетельствующие о прогрессивном снижении спонтанного дыхания у пациентов на вспомогательных режимах ИВЛ. снижение частоты пульса до 50 – 40 в мин. и менее; снижение SpO_2 ниже 80 %: Синюшность кончиков пальцев, носогубного треугольника, ногтевого ложа, слизистой губ. Снижение температуры тела ниже 35,5 °C, холодные конечности. Широкие зрачки, не изменяющие размер на свет.			1. Немедленно вызвать бригаду СМП. 2. Не отключать аппарат ИВЛ и не отсоединять его от ребенка. 3. Не извлекать зонды, катетеры, стомические трубки. 4. Связаться по телефону с врачом, курирующим ребенка. 5. Специалистам скорой медицинской помощи необходимо предъявить следующие документы: заключение о паллиативной группе, информированное согласие на проведение ИВЛ на дому, выписку из истории.

На все мои вопросы, касающиеся здоровья моего ребенка, мне были даны доступные моему полному пониманию ответы.

Дата «__» _____ 20__ г.

Подпись _____

(Фамилия, имя собственное, отчество (если таковое имеется)
одного из родителей (законных представителей ребенка))

Ручкаш 

Мною подписано в присутствии двух медицинских работников данной организации здравоохранения _____

(название организации здравоохранения)

Дата «__» _____ 20__ г.

Подпись медицинского работника

(Фамилия, имя собственное, отчество (если таковое имеется)
заведующего отделением)

Дата «__» _____ 20__ г.

Подпись медицинского работника

(Фамилия, имя собственное, отчество (если таковое имеется)
лечащего врача)

Меташ Н.

Информированное согласие на перевод в группу паллиативной помощи

Я, _____
(Фамилия, имя собственное, отчество (если таковое имеется)
одного из родителей (законных представителей ребенка))
ознакомлен(а) с решением консилиума о переводе моего ребенка _____

(Фамилия, Имя собственное, Отчество (если таковое имеется) пациента)
в группу паллиативной помощи.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что мне была предоставлена полная информация о заболевании, проведенном лечении, состоянии ребенка, прогнозе заболевания и мероприятиях, которые в полном объеме были проведены для моего ребенка. Также я был(а) проинформирован(а) о нецелесообразности продолжения оказания специализированной медицинской помощи в связи с ее неэффективностью и отсутствием в настоящее время каких-либо способов вылечить моего ребенка.

Я согласен (согласна) с тем, что на данный момент целью врачей и моей целью является улучшение качества жизни ребенка. Мне разъяснили, что данную цель можно достичь, используя комплекс мероприятий, в т.ч. оказание паллиативной медицинской помощи (обезболивание, снятие негативных симптомов, др.). В связи с этим я даю свое согласие на перевод ребенка в группу паллиативной помощи. При этом я осознаю, что паллиативная помощь – это комплексная медицинская, психологическая и социальная поддержка, направленная на улучшение качества жизни у тяжелобольного ребенка, срок жизни которого ограничен неизлечимым заболеванием.

На все мои вопросы, касающиеся состояния здоровья моего ребенка, мне были даны доступные моему полному пониманию ответы.

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

Дата «__» _____ 20__ г.

Подпись _____

(Фамилия, имя собственное, отчество (если таковое имеется) одного из родителей (законных представителей ребенка))

Мною подписано в присутствии двух медицинских работников данной организации здравоохранения _____

(название организации здравоохранения)

Дата «__» _____ 20__ г.

Подпись медицинского работника _____

(Фамилия, имя собственное, Отчество (если таковое имеется)
заведующего отделением)

Дата «__» _____ 20__ г.

Подпись медицинского работника _____

(Фамилия, Имя собственное, Отчество (если таковое имеется)
лечащего врача)

А.С. ...

...

Информированное согласие
на отказ от проведения реанимационных мероприятий у пациента,
переведенного в группу паллиативной помощи

Я, _____
(Фамилия, имя собственное, отчество (если таковое имеется) одного из родителей (законных
представителей ребенка))
ознакомлен(а) с решением консилиума о переводе моего ребенка

(Фамилия, Имя собственное, Отчество (если таковое имеется) пациента)
в группу паллиативной помощи.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что мне была предоставлена полная информация о заболевании, состоянии ребенка и прогнозе заболевания. Также я был(а) проинформирован(а) о нецелесообразности продолжения оказания специализированной медицинской помощи в связи с ее неэффективностью и отсутствием в настоящее время каких-либо способов вылечить моего ребенка.

Я согласен (согласна) с тем, что на данный момент целью врачей и моей целью является улучшение качества жизни ребенка.

Я проинформирован(а), что паллиативная медицинская помощь не предусматривает реанимационных мероприятий по причине их нецелесообразности и причинения страданий ребенку, поэтому в данный момент я согласен (согласна) с тем, чтобы реанимационные мероприятия моему ребенку не проводились при наступлении состояния клинической смерти на фоне прогрессирования достоверно установленных неизлечимых заболеваний или неизлечимых последствий острой травмы, несовместимой с жизнью, согласно ст.66 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Постановления Правительства Российской Федерации 20.09.2012г. №950 «Об утверждении правил определения момента смерти человека, в том числе критериев и процедуры установления смерти человека, правил прекращения реанимационных мероприятий и формы протокола установления смерти человека».

Тем не менее я оставляю за собой право изменить мое решение и обратиться в установленном порядке в любую организацию здравоохранения (скорую медицинскую помощь) для оказания моему ребенку реанимационных мероприятий.

На все мои вопросы, касающиеся состояния здоровья моего ребенка, мне были даны доступные моему полному пониманию ответы.

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

Дата «__» _____ 20__ г.

Подпись _____

(Фамилия, имя собственное, отчество (если таковое имеется)
одного из родителей (законных представителей ребенка))

Мною подписано в присутствии двух медицинских работников данной
организации здравоохранения _____

(название организации здравоохранения)

Дата «__» _____ 20__ г.

Подпись медицинского работника _____

(Фамилия, имя собственное, отчество (если таковое имеется) заведующего отделением)

Дата «__» _____ 20__ г.

Подпись медицинского работника _____

(Фамилия, имя собственное, отчество (если таковое имеется) лечащего врача)

21/06



Информированное согласие на перевод в группу паллиативной помощи

Я, _____
(Фамилия, имя собственное, отчество (если таковое имеется)
одного из родителей (законных представителей ребенка))
ознакомлен(а) с решением консилиума о переводе моего ребенка _____

(Фамилия, Имя собственное, Отчество (если таковое имеется) пациента)
в группу паллиативной помощи.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что мне была предоставлена полная информация о заболевании, проведенном лечении, состоянии ребенка, прогнозе заболевания и мероприятиях, которые в полном объеме были проведены для моего ребенка. Также я был(а) проинформирован(а) о нецелесообразности продолжения оказания специализированной медицинской помощи в связи с ее неэффективностью и отсутствием в настоящее время каких-либо способов вылечить моего ребенка.

Я согласен (согласна) с тем, что на данный момент целью врачей и моей целью является улучшение качества жизни ребенка. Мне разъяснили, что данную цель можно достичь, используя комплекс мероприятий, в т.ч. оказание паллиативной медицинской помощи (обезболивание, снятие негативных симптомов, др.). В связи с этим я даю свое согласие на перевод ребенка в группу паллиативной помощи. При этом я осознаю, что паллиативная помощь – это комплексная медицинская, психологическая и социальная поддержка, направленная на улучшение качества жизни у тяжелобольного ребенка, срок жизни которого ограничен неизлечимым заболеванием.

На все мои вопросы, касающиеся состояния здоровья моего ребенка, мне были даны доступные моему полному пониманию ответы.

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

Дата «__» _____ 20__ г.

Подпись _____

(Фамилия, имя собственное, отчество (если таковое имеется) одного из родителей (законных представителей ребенка))

Мною подписано в присутствии двух медицинских работников данной
организации здравоохранения _____

(название организации здравоохранения)

Дата «__» _____ 20__ г.

Подпись медицинского работника _____
(Фамилия, имя собственное, Отчество (если таковое имеется)
заведующего отделением)

Дата «__» _____ 20__ г.

Подпись медицинского работника _____
(Фамилия, Имя собственное, Отчество (если таковое имеется)
лечащего врача)



Информированное согласие
на отказ от проведения реанимационных мероприятий у пациента,
переведенного в группу паллиативной помощи

Я, _____
(Фамилия, имя собственное, отчество (если таковое имеется) одного из родителей (законных
представителей ребенка))
ознакомлен(а) с решением консилиума о переводе моего ребенка

(Фамилия, Имя собственное, Отчество (если таковое имеется) пациента)
в группу паллиативной помощи.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что мне была предоставлена полная информация о заболевании, состоянии ребенка и прогнозе заболевания. Также я был(а) проинформирован(а) о нецелесообразности продолжения оказания специализированной медицинской помощи в связи с ее неэффективностью и отсутствием в настоящее время каких-либо способов вылечить моего ребенка.

Я согласен (согласна) с тем, что на данный момент целью врачей и моей целью является улучшение качества жизни ребенка.

Я проинформирован(а), что паллиативная медицинская помощь не предусматривает реанимационных мероприятий по причине их нецелесообразности и причинения страданий ребенку, поэтому в данный момент я согласен (согласна) с тем, чтобы реанимационные мероприятия моему ребенку не проводились при наступлении состояния клинической смерти на фоне прогрессирования достоверно установленных неизлечимых заболеваний или неизлечимых последствий острой травмы, несовместимой с жизнью, согласно ст.66 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Постановления Правительства Российской Федерации 20.09.2012г. №950 «Об утверждении правил определения момента смерти человека, в том числе критериев и процедуры установления смерти человека, правил прекращения реанимационных мероприятий и формы протокола установления смерти человека».

Тем не менее я оставляю за собой право изменить мое решение и обратиться в установленном порядке в любую организацию здравоохранения (скорую медицинскую помощь) для оказания моему ребенку реанимационных мероприятий.

На все мои вопросы, касающиеся состояния здоровья моего ребенка, мне были даны доступные моему полному пониманию ответы.

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

Дата «__» _____ 20__ г.

Подпись _____

(Фамилия, имя собственное, отчество (если таковое имеется)
одного из родителей (законных представителей ребенка))

Мною подписано в присутствии двух медицинских работников данной
организации здравоохранения _____

(название организации здравоохранения)

Дата «__» _____ 20__ г.

Подпись медицинского работника _____

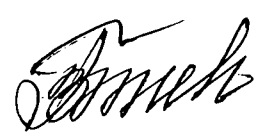
(Фамилия, имя собственное, отчество (если таковое имеется) заведующего отделением)

Дата «__» _____ 20__ г.

Подпись медицинского работника _____

(Фамилия, имя собственное, отчество (если таковое имеется) лечащего врача)





Информированное согласие
на проведение искусственной вентиляции легких на дому

Я, _____
(Фамилия, Имя собственное, Отчество (если таковое имеется) одного из родителей
(законных представителей ребенка))
ознакомлен(а) с решением консилиума о переводе моего ребенка _____
(Фамилия, имя собственное, отчество (если таковое имеется) пациента)
из стационарной организации здравоохранения для проведения искусственной вентиляции
легких (ИВЛ) на дому под наблюдением амбулаторно-поликлинической службы.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что в устной форме я был(а) проинформирован(а)
о нецелесообразности продолжения оказания специализированной медицинской помощи в
связи с ее неэффективностью и отсутствием в настоящее время каких-либо способов
вылечить моего ребенка.

Я согласен (согласна) с тем, что на данный момент целью врачей и моей целью является
улучшение качества жизни ребенка.

Мне разъяснили, что данную цель можно достичь комплексом паллиативных
мероприятий, в т.ч. поддержкой дыхания с использованием аппарата искусственной
вентиляции легких. В связи с этим я подтверждаю свое желание и даю свое согласие на
проведение искусственной вентиляции легких моему ребенку в домашних условиях. Кроме
того, я осознаю, что несу всю юридическую ответственность за осуществление
непосредственного ухода за ребенком на дому, включая санацию трахеобронхиального
дерева и уход за трахеостомой/гастростомой.

Мне разъяснили, что на дому мой ребенок будет наблюдаться педиатром, медицинской
сестрой, реаниматологом, сервисным инженером, специалистом территориальной службы
паллиативной помощи / хосписа (при наличии).

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 ребенок немедленно должен быть подключен к дыханию через мешок Амбу,
должна быть немедленно вызвана скорая медицинская помощь для госпитализации моего
ребенка в ближайшую стационарную организацию здравоохранения.

На все мои вопросы, касающиеся здоровья моего ребенка, мне были даны доступные
моему полному пониманию ответы.

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

Дата «__» _____ 20__ г. Подпись _____
(Фамилия, имя собственное, Отчество (если таковое имеется)
одного из родителей (законных представителей ребенка))

Мною подписано в присутствии двух медицинских работников данной
организации здравоохранения _____
(название организации здравоохранения)

Дата «__» _____ 20__ г.

Подпись медицинского работника _____
(Фамилия, имя собственное, отчество (если таковое имеется) заведующего отделением)

Дата «__» _____ 20__ г.

Подпись медицинского работника _____
(Фамилия, имя собственное, отчество (если таковое имеется) лечащего врача)



Ежегодная форма отчета о движении паллиативных детей

Наименование показателя	Численность пациентов, находящихся под наблюдением на конец отчетного периода									Движение пациентов в течение отчетного периода								
	Всего	В том числе по группам наблюдения				Из общего количества пациентов				Поступило под наблюдение	Снято с наблюдения							
		1	2	3	4	На ИВЛ	На НИВЛ	гастростомы	трахеостомы	Впервые	Перевод из палатной области	По возрасту	Перемена места жительства	В связи со снятием с учета	В связи со смертью			
															На дому	ЛПУ	ДДИ	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
Всего по области																		
из них с новообразованиями (C00-D48)																		
с болезнями ЦНС (G00-G99)																		
С ВПР, деформациями и хромосомными нарушениями (Q00-Q99)																		
Другие заболевания																		
из общего числа наблюдались амбулаторно																		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
Всего наблюдалось амбулаторно																		
из них с новообразованиями (C00-D48)																		
с болезнями ЦНС (G00-G99)																		
С ВПР, деформациями и хромосомными нарушениями (Q00-Q99)																		

Медик

Врач

Другие заболевания																		
из общего числа наблюдались в ДДИ/ дом ребенка (название организации)																		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
Всего наблюдалось в ДДИ/ дом ребенка																		
из них с новообразованиями (C00-D48)																		
с болезнями ЦНС (G00-G99)																		
С ВПР, деформациями и хромосомными нарушениями (Q00-Q99)																		
Другие заболевания																		
из общего числа наблюдались стационарно (наименование организации)																		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
Всего наблюдалось амбулаторно																		
из них с новообразованиями (C00-D48)																		
с болезнями ЦНС (G00-G99)																		
С ВПР, деформациями и хромосомными нарушениями (Q00-Q99)																		
Другие заболевания																		

Внештатный специалист по детской паллиативной помощи _____

(ФИО, подпись)

Мельник

Битков

к приказу минздрава РО
от 16.06 2021 № 838

Алгоритм выписки из стационарной организации здравоохранения
для проведения ИВЛ на дому:

1. Желание и готовность (предварительное обучение) родителей к осуществлению ухода за ребенком на ИВЛ на дому;
2. Подписание родителями информированного согласия на проведение ИВЛ на дому;
3. Стабилизация состояния ребенка;
4. Наличие навыков ухода за пациентом на ИВЛ у лиц, которые непосредственно будут осуществлять уход за ребенком на дому;
5. Технические возможности - наличие соответствующей аппаратуры для проведения ИВЛ на дому, расходных материалов, устройства бесперебойного электропитания, запасной батареи для аппарата ИВЛ;
6. Заключение консилиума;
7. Социальные условия (наличие благоустроенной квартиры);
8. Информирование территориальной жилищно-эксплуатационной службы, детского хосписа (вне зависимости от формы собственности), территориальной амбулаторно-поликлинической организации здравоохранения.
9. Транспортировка пациента домой осуществляется специализированной реанимационной бригадой или бригадой выездной паллиативной помощи в сопровождении врача анестезиолога-реаниматолога.
10. Жилищно-эксплуатационная служба извещается письменно о наличии на их территории пациента на ИВЛ на дому. В письме указываются контактные телефоны лиц, осуществляющих уход за ребенком, и просьба оперативно информировать их об отключениях электроэнергии в жилом помещении.
11. В территориальной организации здравоохранения ежемесячно составляется график плановых посещений пациента на ИВЛ на дому (с отметкой в истории развития ребенка): участковым педиатром (врачом общей практики), врачом-анестезиологом-реаниматологом, медицинской сестрой.
12. Информирование пациента о алгоритме действий на случай развития критических ситуаций (приложение №11), который предоставляется в письменном виде и разъясняется родителям (законным представителям) и лицам, осуществляющим уход за пациентом на ИВЛ на дому (с отметкой в истории развития ребенка).
13. В алгоритме обязательно оговаривается, что в случае отказа аппаратуры ребенок немедленно подключается к дыханию через мешок Амбу, вызывается скорая помощь (при наличии - реанимационная бригада) и пациент транспортируется в ближайшую организацию здравоохранения, в которой ему будет оказан необходимый объем медицинской помощи.