



МИНІСТЭРСТВА
АХОВЫ ЗДАРОЎЯ
РЭСПУБЛІКІ БЕЛАРУСЬ

МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

ЗАГАД

28.10.2016 № 1052

г.Мінск

ПРИКАЗ

г.Мінск

Об утверждении перечня показаний
и порядка направления детей в
государственное учреждение
«Республиканский клинический центр
паллиативной медицинской помощи детям»

На основании Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011г. № 1446 «О некоторых вопросах Министерства здравоохранения Республики Беларусь по реализации Указа Президента Республики Беларусь от 11 августа 2011г. № 360», постановления Совета Министров Республики Беларусь от 28 июля 2016 г. № 592 «О создании государственного учреждения «Республиканский клинический центр паллиативной медицинской помощи детям», Устава государственного учреждения «Республиканский клинический центр паллиативной медицинской помощи детям», утвержденного приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29 июля 2016 г. № 714 «Об утверждении Устава государственного учреждения «Республиканский клинический центр паллиативной медицинской помощи детям», Постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 24 декабря 2014 г. № 107 «О некоторых вопросах организации оказания медико-социальной и паллиативной медицинской помощи», и в целях совершенствования оказания паллиативной медицинской помощи детям, ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

1.1 перечень показаний для оказания паллиативной медицинской помощи детям в государственном учреждении «Республиканский клинический центр паллиативной медицинской помощи детям», согласно приложению 1;

1.2 порядок направления детей в государственное учреждение «Республиканский клинический центр паллиативной медицинской помощи детям», согласно приложению 2.

2. При направлении в государственное учреждение «Республиканский клинический центр паллиативной медицинской помощи детям» для оказания паллиативной медицинской помощи детям в стационарных условиях использовать перечень медицинских противопоказаний для оказания медико-социальной и паллиативной медицинской помощи, утвержденный Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 24 декабря 2014 г. №107 «О некоторых вопросах организации оказания медико-социальной и паллиативной медицинской помощи».

3. Начальникам управления здравоохранения облисполкомов, начальнику Главного управления здравоохранения Минского облисполкома, председателю комитета по здравоохранению Минского горисполкома, руководителям республиканских организаций здравоохранения обеспечить направление в государственное учреждение «Республиканский клинический центр паллиативной медицинской помощи детям» детей в возрасте от 0 до 17 лет включительно, находящихся под паллиативным наблюдением, в соответствии с настоящим приказом.

4. Контроль исполнения настоящего приказа возложить на Первого заместителя Министра Пиневича Д.Л.

Министр



В.И. Жарко

Приложение 1
к Приказу
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
28 октября 2016 г. № 1052

ПЕРЕЧЕНЬ
показаний для направления в государственное учреждение
«Республиканский клинический центр паллиативной медицинской помощи
детям»

1. Показанием для направления в отделение дневного пребывания Центра является проведение паллиативной абилитации детям 2 и 3 группы паллиативного наблюдения.

2. Показания для направления в стационарное отделение «Республиканского клинического центра паллиативной медицинской помощи детям» (далее – Центр) детей, находящихся под паллиативным наблюдением:

2.1. Обучение родителей (законных представителей) ребенка навыкам ухода, правилам пользования медицинскими изделиями* (при необходимости);

2.2. Коррекция боли у детей:

подбор схемы обезболивания с использованием ненаркотических, наркотических анальгетиков, адьювантных средств;

коррекция схемы обезболивания.

2.3. Коррекция нутритивного статуса детям:

с хронической белково-энергетической недостаточностью (ХБЭН) 3 степени;

с ХБЭН 2 степени при отсутствии эффекта лечения в амбулаторных условиях;

после хирургических вмешательств на органах брюшной полости.

2.4. Симптоматический контроль при изменении состояния ребенка, не требующий оказания специализированной, высокотехнологичной медицинской помощи и/или проведения интенсивной терапии.

2.5. Помощь в конце жизни.

2.6. Оказание ухода за детьми-инвалидами в стационарных условиях (услуга социальная передышка)**.

*В Центре оказывается паллиативная медицинская помощь детям, находящимся на искусственной вентиляции легких (ИВЛ) на дому.

** В соответствии с законодательством Республики Беларусь.

Приложение 2
к Приказу
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
28 июня 2016 г № 1052.

ПОРЯДОК
направления детей в государственное учреждение «Республиканский клинический центр паллиативной медицинской помощи детям»

1. Госпитализация в Центр осуществляется в плановом порядке в соответствии с показаниями, по согласованию с администрацией Центра.

2. Госпитализация в Центр для оказания услуги социальная передышка осуществляется на основании договора, заключенного между Центром и родителями (законными представителями) ребенка, на возмездной основе.

3. Направление в Центр выдается врачами-специалистами, осуществляющими оказание медицинской помощи ребенку в амбулаторных и стационарных условиях.

4. При направлении на госпитализацию в Центр прилагаются следующие документы:

направление с указанием развернутого клинического диагноза основного и сопутствующих заболеваний, группы паллиативной медицинской помощи (по прилагаемой форме);

медицинская справка о состоянии здоровья с указанием результатов осмотра на чесотку, микроспорию, педикулез, отсутствия контакта с инфекционными больными в течение 21 дня;

выписка из истории развития ребенка (ф.112/у) с указанием данных лабораторных и инструментальных исследований, дозы и кратности приема лекарственных средств, кратности обострений основных симптомов, организации питания пациента (через рот; через назогастральный зонд; через гастростому), сведения о непереносимости лекарственных средств и аллергических реакциях, данные о профилактических прививках, другой информации.

Направление
в государственное учреждение «Республиканский клинический центр
паллиативной медицинской помощи детям»
стационарное отделение /отделение дневного пребывания
нужное подчеркнуть

Штамп направляющей организации

ФИО пациента _____

Дата рождения _____ Пол: мужской/женский (подчеркнуть)
(число, месяц, год)

Место жительства (место пребывания) _____

Место учебы _____

Группа паллиативной медицинской помощи

Цель направления _____

Диагноз _____

Дата

Лечащий врач _____

(подпись)

_____ (инициалы, фамилия)

М.П.