

**Эпикриз на ребенка, нуждающегося в оказании паллиативной  
медицинской помощи**

**1. Паспортная часть**

|                                                             |  |
|-------------------------------------------------------------|--|
| Ф. И. О. ребенка полностью                                  |  |
| Дата рождения, возраст                                      |  |
| Адрес регистрации                                           |  |
| Адрес фактического проживания                               |  |
| Наименование детской поликлиники по прикреплению            |  |
| Сведения об инвалидности                                    |  |
| Необходимость актуализации ИПРА (да/нет)                    |  |
| Сведения о законном представителе (ФИО, контактный телефон) |  |

**2. Особенности анамнеза жизни и течения заболевания**

|     |                                                                                                                      |  |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 2.1 | Анамнез жизни: сведения о течении беременности и родов у матери, неонатального периода, дальнейшего роста и развития |  |
| 2.2 | Перенесенные общие заболевания                                                                                       |  |
| 2.3 | Детские инфекции                                                                                                     |  |
| 2.4 | Сведения о вакцинации                                                                                                |  |
| 2.5 | Аллергологический анамнез                                                                                            |  |
| 2.6 | Анамнез основного заболевания                                                                                        |  |
| 2.7 | Проведенное лечение и его результаты                                                                                 |  |
| 2.8 | Сведения о проведенных консилиумах (дата, МО, заключение)                                                            |  |

**3. Объективный статус пациента**

3.1. Подробное описание физикального обследования по органам и системам в настоящий момент

### 3.2. Сведения о результатах клинико-лабораторного и инструментального обследования

#### 4. Нутритивный статус

Определить ИМТ, указать фактический суточный рацион и особенности кормления ребенка, расчет питания, потребность в лечебном питании с обоснованием рекомендованного продукта и расчетом количества в сутки, месяц, год.

#### 5. Потребность в использовании медицинских изделий на дому (трахеостома, гастростома, назогастральный зонд, кислородная зависимость, респираторная поддержка).

#### 6. Результаты оценки по шкале PaPaS Scale

#### 7. Результаты оценки по шкале боли

#### 8. Клинический диагноз

|     |                                        |  |
|-----|----------------------------------------|--|
| 8.1 | Основное заболевание (код МКБ 10)      |  |
| 8.2 | Осложнения основного заболевания       |  |
| 8.3 | Сопутствующие заболевания (код МКБ 10) |  |

#### 9. Обоснование нуждаемости в оказании паллиативной медицинской помощи (в соответствии с критериями Приказа № 345н/372н Минздрава России и Минтруда России от 31 мая 2019 года)

#### 10. Отнесение к группе заболеваний, подлежащих оказанию паллиативной медицинской помощи (нужное отметить)

1-я группа – угрожающие жизни заболевания, радикальное лечение которых оказалось для пациента безуспешным

2-я группа – заболевания, требующие длительного интенсивного лечения для продления жизни с высокой вероятностью неблагоприятного исхода

3-я группа – прогрессирующие заболевания, для которых не существует радикального излечения, и с момента установления диагноза объем терапии является паллиативным

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

#### 11. План ведения

|      |                                          |  |
|------|------------------------------------------|--|
| 11.1 | Медикаментозная терапия                  |  |
| 11.2 | Лечебное питание                         |  |
| 11.3 | Обезболивающая терапия                   |  |
| 11.4 | Используемые на дому медицинские изделия |  |
| 11.5 | Консультации                             |  |

|      |                                                                                          |  |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|      | специалистов,<br>дополнительное<br>обследование,<br>госпитализация                       |  |
| 11.6 | Реабилитация и<br>абилитация                                                             |  |
| 11.7 | Другое (указать)                                                                         |  |
| 11.8 | Консилиум специалистов РДЦПМП для определения нужды в<br>паллиативной медицинской помощи |  |

**Приложение:**

- 1) Оценочная шкала PaPaS Scale
- 2) Индивидуальная программа реабилитации и абилитации инвалида (при наличии установленной инвалидности)

Лечащий врач:

Специалист по профилю основного заболевания:

Заведующий отделением:

Дата \_\_\_\_\_