

**Протокол врачебной комиссии
по признанию ребенка нуждающимся
в оказании паллиативной медицинской помощи**

№ _____

дата _____

1. Состав врачебной комиссии:

Председатель ВК:

Заместитель председателя ВК:

Члены ВК:

Секретарь:

Приглашенные участники заседания:

Законный представитель ребенка (ФИО, степень родства, документы, подтверждающие право представлять интересы ребенка):

2. Повестка заседания:

Рассмотрение вопроса нуждаемости несовершеннолетнего ребенка в оказании паллиативной медицинской помощи

3. Сведения о ребенке

ФИО ребенка полностью	
Дата рождения, возраст	
Свидетельство о рождении (паспорт)	
СНИЛС	
Адрес регистрации	
Адрес фактического проживания	
Наименование детской поликлиники по прикреплению, участок, лечащий врач	
Сведения об инвалидности (если установлена, указать дату и номер удостоверения ребенка-инвалида)	
Необходимость актуализации ИПРА (да/нет)	
Сведения о законном представителе (ФИО, контактный телефон)	

4. Представленная документация

Документация	Номер, дата
Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях	
История развития ребенка	
Индивидуальная программа реабилитации и	

абилитации инвалида	
Выписные эпикризы из стационаров	
Заключения профильных центров (федеральных, региональных)	
Эпикриз на ребенка, нуждающегося в оказании паллиативной медицинской помощи	
Заключение консилиума специалистов Республиканского детского центра паллиативной медицинской помощи	

5. Сведения о течении заболевания, являющегося показанием к оказанию паллиативной медицинской помощи

Анамнез основного заболевания	
Проведенное лечение и его результаты	
Сведения о проведенных консилиумах (дата, МО, заключение)	

5. Объективный статус пациента

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

5.2. Сведения о результатах клинико-лабораторного и инструментального обследования

5.3. Результаты оценки по шкале PaPaS Scale

6. Нутритивный статус

Указать ИМТ, фактический суточный рацион и особенности кормления ребенка, соответствие фактической массы тела должноствующей по возрасту, обосновать потребность в лечебном питании с указанием состава смеси, количества на 1 кормление, кратности кормления, количества сухой смеси в граммах в сутки, в месяц, год.

7. Потребность в использовании медицинских изделий на дому

(указать наличие или потребность в использовании трахеостомы, гастростомы, назогастрального зонда, кислородная зависимость, респираторная поддержка или показаний к их проведению)

8. Медикаментозная терапия

(указать международное непатентованное наименование препаратов, дозы, кратность и способ введения, длительность курса; при назначении препаратов по торговым наименованиям указать причину, приложить обоснование)

9. Результаты оценки по шкале боли. Нуждаемость в обезболивании

(с указанием названия препаратов, рекомендованных доз, кратности введения, курса лечения)

10. Клинический диагноз

Основное заболевание (код МКБ 10)	
Осложнения основного заболевания	
Сопутствующие заболевания (код МКБ 10)	

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

12. Отнесение к группе заболеваний, подлежащих оказанию паллиативной медицинской помощи (нужное подчеркнуть)

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.

13. Заключение врачебной комиссии

1) Учитывая диагноз и прогрессирующий характер заболевания, отсутствие патогенетической терапии, низкий потенциал ребенка, необходимость купирования тягостных симптомов, на основании критериев приказа Министерства здравоохранения РФ и Министерства труда и социальной защиты РФ от 31 мая 2019 г. N 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" **ребенку (ФИО) показано оказание паллиативной медицинской помощи**

2) **Решение ВК подлежит пересмотру** в течение 3 рабочих дней при изменении состояния пациента, требующего коррекции тактики ведения и обеспечения (в том числе при улучшении состояния для пересмотра нуждаемости в паллиативной помощи). При отсутствии изменений в состоянии – не реже, чем 1 раз в год.

3) **При достижении ребенком возраста 18 лет** решение ВК детской поликлиники утрачивает силу, проводится ВК взрослой поликлиники по месту прикрепления пациента.

14. Рекомендации врачебной комиссии

	Мероприятие	Исполнитель	Комментарии по срокам исполнения и др.
14.1	Оказание выездной паллиативной патронажной медицинской помощи		

14.2	Организация обеспечения медицинскими изделиями для использования на дому в соответствии с п. 6 протокола		
14.3	Организация лечебного питания (назначение СПЛП) в соответствии с п. 7 протокола		
14.4	Организация лекарственного обеспечения в соответствии с п. 8 настоящего протокола		
14.5	Обезболивающая терапия в соответствии с п. 9 протокола		
14.6	Консультации специалистов (перечислить)		
14.7	Дополнительное обследование (перечислить)		
14.8	Плановая / срочная / экстренная госпитализация		
14.9	Реабилитация и абилитация		
14.10	Направление на МСЭ для установления инвалидности и (или) внесения изменений в ИПРА		
14.9	Внесение сведений в регистр паллиативной помощи ЕГИСЗ РБ, реестр персонифицированной потребности в МИ и СПЛП		
14.10	Информирование социальных служб по месту проживания семьи (ребенка)		
14.11	Организация психологической помощи		
14.12	Обучение лиц, осуществляющих уход за ребенком, правилам использования медицинских изделий, ТСР,		
14.12	Дата следующего планового пересмотра ВК		
14.13	Другое (указать)		

Подписи участников заседания ВК

Председатель ВК _____ / _____
 Заместитель председателя ВК _____ / _____
 Члены ВК: _____

С законным представителем ребенка (указать ФИО) проведена беседа о сути заболевания и прогнозе, объяснены возможные исходы заболевания и варианты лечения. Даны разъяснения по вопросам проведения симптоматического лечения, посиндромной терапии, уходу за ребенком.

С решением ВК о необходимости оказания паллиативной медицинской помощи ознакомлен(а), **согласен (согласна)**

_____/_____

Дата: «____»_____20____г.

Копия протокола ВК получена:

_____/_____

Дата: «____»_____20____г.

Памятка пациента, получающего паллиативную медицинскую помощь, с контактными телефонами уполномоченных организаций **получена:**

_____/_____

Дата: «____»_____20____г.

На передачу сведений о ребенке, нуждающемся в оказании паллиативной медицинской помощи, **в уполномоченную организацию социальной защиты населения в целях оказания семье социальной помощи и содействия в оформлении и получении мер поддержки согласен (согласна):**

_____/_____

Дата: «____»_____20____г.