

Протокол врачебной комиссии

по вопросам обеспечения пациента, получающего паллиативную медицинскую помощь, лекарственными препаратами, лечебным питанием, медицинскими изделиями (в том числе оборудованием, расходными материалами, техническими средствами реабилитации, изделиями для осуществления ухода)

№ _____

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 обеспечения ребенка, получающего паллиативную медицинскую помощь:

- лекарственными препаратами;
- медицинскими изделиями, предназначенными для поддержания функций органов и систем организма человека, предоставляемыми для использования на дому;
- лечебным питанием (в т.ч. специализированными продуктами лечебного питания);
- техническими средствами реабилитации;
- средствами для осуществления ухода за пациентом.

3. Сведения о ребенке

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

4. Клинический диагноз

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

5. Представленная документация

Документация	Номер, дата
Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях	
Медицинская карта стационарного больного	
История развития ребенка	
Индивидуальная программа реабилитации и абилитации инвалида	
Выписные эпикризы из стационаров	
Заключения профильных центров	
Заключение консилиума специалистов Республиканского детского центра паллиативной медицинской помощи	

6. Объективный статус пациента

6.1. Описание физикального обследования по органам и системам в настоящий момент, с указанием данных по органам и системам, требующим поддержки функции с применением медицинских изделий и технических средств реабилитации.

6.2. Нутритивный статус

Указать фактический суточный рацион и особенности кормления ребенка, описать функцию глотания, при наличии гастростомы или кормлении через зонд – указать длительность использования и модель (для гастростомы). Оценить соответствие фактической массы тела должноствующей по возрасту.

7. Обоснование потребности в лечебном питании с указанием состава смеси, количества на одно кормление, кратности кормления, количества сухой смеси в граммах в сутки, в месяц, год, количество упаковок продукта лечебного питания в месяц, в год.

8. Обоснование потребности в использовании медицинских изделий на дому для поддержания функций организма (указать показания для использования, наименования и индивидуальные характеристики медицинских изделий)

9. Обоснование потребности в использовании технических средств реабилитации (указать показания для использования технических средств реабилитации, наименования и индивидуальные характеристики технических средств реабилитации)

10. Обоснование потребности в изделиях для осуществления ухода за пациентом (указать показания для использования изделий для осуществления ухода за пациентом, наименование изделий, размеры и другие индивидуальные характеристики)

11. Обоснование назначения медикаментозной терапии (включая обезболивание) (указать международное непатентованное наименование препаратов, дозы, кратность и способ введения, длительность курса; при назначении препаратов по торговым наименованиям указать причину (приложить обоснование), форму выпуска и потребность в сутки, месяц, год по каждому препарату).

РЕШЕНИЕ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ

1. Учитывая диагноз и особенности течения заболевания, на основании представленных данных, врачебная комиссия принимает решение об обоснованности назначения и необходимости организации обеспечения ребенка (Ф.И.О., дата рождения) лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения, техническими средствами реабилитации и изделиями для ухода за пациентом в соответствии с приведенным ниже расчетом индивидуальной потребности.

**Расчет индивидуальной потребности ребенка-инвалида,
получающего паллиативную медицинскую помощь, в лекарственных препаратах,
изделиях медицинского назначения, технических средствах реабилитации и изделиях
для осуществления ухода за пациентом**

Лекарственные препараты

Международное непатентованное наименование лекарственного препарата	Торговое наименование (при наличии обоснованной потребности по ТН)	Клинические рекомендации или стандарт медицинской помощи	Потребность		Источник обеспечения, НПА
			на 1 месяц	на 1 год	

Изделия медицинского назначения для использования на дому (в т.ч. оборудование и расходные материалы)

Подгруппа медицинских изделий и код (согласно НКМИ)	Вид медицинского изделия	Индивидуальные характеристики медицинского изделия (модель, размер, другие)	Потребность		Источник обеспечения, НПА
			на 1 месяц	на 1 год	

Технические средства реабилитации

Наименование технического средства реабилитации	Индивидуальные характеристики (модель, размер, другие)	Характеристика потребности	Источник обеспечения, НПА

Изделия, предназначенные для ухода за пациентом

Наименование изделий для ухода за пациентом	Индивидуальные характеристики (модель, размер, другие)	Характеристика потребности		Источник обеспечения, НПА
		на 1 месяц	на 1 год	

2. Ответственным лицам (указать ФИО, должность) направить информацию о потребности ребенка в лекарственных препаратах, медицинских изделиях, средствах для ухода за пациентом в установленном порядке в Республиканский детский центр паллиативной

медицинской помощи, Минздрав РБ и внести сведения в реестр персонифицированной потребности в течение 2 рабочих дней.

3. Заместителю главного врача (*указать должность, ФИО*) обеспечить контроль над бесперебойным обеспечением ребенка в соответствии с индивидуальной потребностью.

4. Решение ВК подлежит пересмотру в течение 3 рабочих дней при изменении состояния пациента, требующего коррекции тактики ведения и обеспечения, при отсутствии изменения в состоянии – не реже, чем 1 раз в год.

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

Подписи участников заседания ВК

Председатель ВК _____ / _____

Заместитель председателя ВК _____ / _____

Члены ВК: _____

С решением ВК по организации обеспечения ребенка лекарственными препаратами, техническими средствами реабилитации, медицинскими изделиями, средствами для ухода за пациентом ознакомлен(а), **согласен (согласна)**

_____/_____
Дата: « ____ » _____ 20 ____ г.

Копия протокола ВК получена:

_____/_____
Дата: « ____ » _____ 20 ____ г.