

Порядок оказания паллиативной медицинской помощи в ГБУЗ «ОКБ»

1. Общие положения.

1.1. Настоящий порядок устанавливает правила оказания специализированной стационарной паллиативной медицинской помощи (далее ССПМП) взрослому населению в ГБУЗ «ОКБ».

1.2. ССПМП помощь оказывается в соответствии лицензией учреждения на медицинскую деятельность по профилям неврология, терапия, анестезиология и реанимация работниками, прошедшими обучение по оказанию паллиативной медицинской помощи.

1.3. ССПМП оказывается больным с неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями или состояниями в стадии, когда исчерпаны возможности этиопатогенетического лечения, на специализированных койках в составе Отделения для ветеранов войн и лиц, приравненных к ним по льготам и Отделения анестезиологии-реанимации №3.

1.4. Отбор больных для оказания ССПМП помощи проводится по решению подкомиссии врачебной комиссии по отбору больных для оказания паллиативной медицинской помощи (далее подкомиссия).

1.5. Основные задачи при оказании ССПМП:

- оказание паллиативной специализированной медицинской помощи в стационарных условиях;
- лечение болевого синдрома и других тяжелых проявлений заболевания;
- назначение лекарственных препаратов, в том числе наркотических лекарственных препаратов и психотропных лекарственных препаратов;
- организация консультаций пациента врачом-специалистом по профилю основного заболевания и врачами других специальностей;
- оказание консультативной и организационно-методической помощи врачам-специалистам по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи пациентам;
- оказание психологической помощи пациентам, нуждающимся в паллиативной медицинской помощи, их родственникам и иным членам семьи или законным представителям;
- обучение пациента, его законного представителя, родственников, иных лиц, осуществляющих уход за пациентом, мероприятиям по уходу;
- осуществление учета пациентов, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи, с применением медицинской информационной

системы;

- предоставление отчетности, сбор и предоставление первичных данных о медицинской деятельности для информационных систем в сфере здравоохранения;
- взаимодействие с организациями социального обслуживания, общественными объединениями, иными некоммерческими организациями, осуществляющими свою деятельность в сфере охраны здоровья;
- обеспечение преемственности в оказании паллиативной специализированной медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях.

1.6. Основные медицинские показания к оказанию ССПМП помощи:

- выраженный болевой синдром, не поддающийся лечению в амбулаторных условиях, в том числе на дому или в стационарных организациях социального обслуживания;
- тяжелые проявления заболеваний, требующие симптоматического лечения под наблюдением врача в стационарных условиях;
- подбор схемы терапии для продолжения лечения на дому;
- органная недостаточность в стадии декомпенсации при невозможности достичь ремиссии заболевания или стабилизации состояния пациента;
- хронические прогрессирующие заболевания в терминальной стадии развития;
- проведение медицинских вмешательств, осуществление которых невозможно в амбулаторных условиях, в том числе на дому.

2. Отбор пациентов, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи

2.1. Для определения наличия или отсутствия у пациента показаний к паллиативной медицинской помощи лечащий врач заполняет «Анкету пациента, имеющего признаки нуждаемости в оказании паллиативной медицинской помощи» (Приложение 2), к которой прилагаются заполненная «Шкала PPS для оценки общей активности больных» (Приложение 3), «Шкала боли для паллиативных пациентов» (Приложение 4), «Шкала оценки суицидального риска» (Приложение 5). Результаты анкетирования подшиваются в первичную медицинскую документацию.

2.2. На основании результатов анкетирования лечащий врач, по согласованию с заведующим отделением, принимает решение о направлении пациента на подкомиссию по отбору больных для оказания паллиативной помощи (Приложение 6). Решение оформляется записью в медицинской карте.

2.3. Для принятия решения о необходимости оказания больному ССПМП (или отказа) лечащий врач предоставляет секретарю подкомиссии пакет документов на пациента:

- копия паспорта, полиса;
- направление на подкомиссию врачебной комиссии по отбору пациентов для оказания паллиативной медицинской помощи (Приложение 6);

- подписанное пациентом (законным представителем пациента) информированное добровольное согласие на оказание ССПМП. В случае невозможности согласия пациента по тяжести состояния и отсутствия родственников или иных лиц, осуществляющих уход за пациентом, решение о необходимости оказания ССПМП может быть принято консилиумом с участием председателя подкомиссии и профильных специалистов;
- 2.4. При положительном решении подкомиссии к назначенной дате госпитализации на паллиативную койку лечащий врач закрывает медицинскую карту стационарного больного по источнику финансирования «ОМС».
- 2.5. Направление на госпитализацию Форма N057/у-04 оформляется секретарём подкомиссии (Приложение 8)
- 2.6. В день госпитализации пациента на специализированную паллиативную стационарную койку открывается новая медицинская карта стационарного больного по источнику финансирования «Бюджет».
- 2.7. Вопрос о необходимости оказания ССПМП пациентам из других ЛПУ г.Твери и Тверской области, рассматривается в соответствии с региональной схемой маршрутизации паллиативных больных аналогичным образом при направлении пакета документов на подкомиссию ГБУЗ «ОКБ». В адрес лечебного учреждения, представившего документы на подкомиссию, направляется протокол с решением. При обнаружении на момент госпитализации у пациента противопоказаний к оказанию ССПМП администрация ГБУЗ «ОКБ» оставляет за собой право отказать в госпитализации.

3. Организация работы подкомиссии врачебной комиссии по отбору пациентов для оказания паллиативной медицинской помощи

- 3.1. Состав подкомиссии утверждается приказом главного врача. Заседание подкомиссии проводится с привлечением лечащего врача и (или) заведующего отделением по основному заболеванию.
- 3.2. Проведение подкомиссии осуществляется как в присутствии пациента, так и заочно по представлению лечащего врача.
- 3.3. При определении условий оказания паллиативной медицинской помощи подкомиссия учитывает наличие у пациента заболеваний и состояний, указанных в «Порядке оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению», утвержденном Министерством здравоохранения Российской Федерации, критерии признания пациента нуждающимся в оказании паллиативной медицинской помощи, иные факторы (социальные, условия проживания, возможность организации ухода за пациентом на дому, желание пациента (законного представителя)).
- 3.4. Решение подкомиссии оформляется протоколом (Приложение 7). Копия протокола подшивается в первичную медицинскую документацию.
- 3.5. В решении подкомиссии указывается:
- наличие или отсутствие показаний для оказания паллиативной медицинской помощи;
 - необходимость проведения обследования и/или лечения пациента в

медицинской организации, не оказывающей паллиативную медицинскую помощь, в том числе с целью получения недостающей информации для признания пациента нуждающимся в оказании паллиативной медицинской помощи;

- при наличии показаний к паллиативной медицинской помощи - определение объемов и условий её оказания, дальнейшей тактики ведения пациента;
- решения по иным вопросам, связанным с оказанием паллиативной медицинской помощи;
- особое мнение членов подкомиссии в случае несогласия с решением подкомиссии.

3.6. Подкомиссия имеет право давать рекомендации сотрудникам медицинской организации по улучшению организации оказания паллиативной медицинской помощи.

4. Особенности оформления информированного добровольного согласия (отказа) при оказании паллиативной медицинской помощи

4.1. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (далее - информированное добровольное согласие) или отказ от медицинского вмешательства при оказании паллиативной медицинской помощи оформляется в соответствии с действующим законодательством.

4.2. При оформлении информированного добровольного согласия или отказа от медицинского вмешательства пациент (законный представитель пациента) должен быть ознакомлен с принципами оказания паллиативной медицинской помощи, целями, методами, условиями оказания паллиативной медицинской помощи, возможными вариантами медицинских вмешательств, в том числе с возможностью применения наркотических средств и психотропных веществ, с возможными последствиями медицинских вмешательств, с вероятностью развития осложнений и предполагаемыми результатами паллиативной медицинской помощи. Пациенту (законному представителю пациента) даются разъяснения относительно отсутствия гарантий исхода медицинского вмешательства.

4.3. Пациенту разъясняется право отказа от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

5. Направление на медико-социальную экспертизу и взаимодействие с организациями социального обслуживания при оказании гражданам паллиативной медицинской помощи.

5.1. При принятии решения подкомиссией о необходимости оказании паллиативной медицинской помощи пациенту, лечащий врач организует направление пациента на медико-социальную экспертизу:

- в течение одного рабочего дня с даты принятия решения подкомиссией о направлении пациента на медико-социальную экспертизу информирует пациента (его законного представителя) об указанном решении и оформляет согласие пациента на направление его на медико-социальную экспертизу;
- оформляет направление на медико-социальную экспертизу (Приложение 9) с результатами текущих медицинских обследований при наличии согласия пациента (законного представителя пациента) на направление его на медико-социальную экспертизу и передаёт документы в канцелярию.

5.2. В течение одного рабочего дня с даты получения документов на медико-социальную экспертизу канцелярия отправляет их в ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Тверской области».

5.3. При выписке пациента из медицинской организации, оказывающей паллиативную специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях, выдается выписка из медицинской карты стационарного больного, в которой указываются рекомендации по дальнейшему наблюдению, лечению, в том числе по организации респираторной поддержки и ухода в амбулаторных условиях (на дому). Лечащим врачом через канцелярию выписки направляется в медицинскую организацию, оказывающую первичную медико-санитарную помощь, по месту жительства (фактического пребывания) пациента и медицинскую организацию, оказывающую паллиативную специализированную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

5.4. Взаимодействие с организациями социального обслуживания, общественными объединениями, иными некоммерческими организациями, осуществляющими свою деятельность в сфере охраны здоровья, осуществляется в соответствии с порядком взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания, общественных организаций и иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья граждан, при оказании гражданам паллиативной медицинской помощи.

5.5 Секретарь Подкомиссии готовит и через канцелярию направляет уведомление в уполномоченный орган Тверской области для решения вопроса о необходимости предоставления социального обслуживания пациенту (Приложение 10).

6. Взаимодействие с родственниками и иными членами семьи пациента или законным представителем пациента, лицами, осуществляющими уход за пациентом, добровольцами (волонтерами), а также организациями социального обслуживания, религиозными организациями

6.1. Подразделения ГБУЗ «ОКБ», оказывающие паллиативную медицинскую помощь, осуществляют взаимодействие с родственниками и иными членами семьи пациента или законным представителем пациента, лицами, осуществляющими уход за пациентом, добровольцами (волонтерами), а также организациями социального обслуживания,

религиозными организациями, организациями, указанными в части 2 статьи 6 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ.

6.2. Взаимодействие с организациями социального обслуживания, общественными и иными некоммерческими организациями, осуществляющими свою деятельность в сфере охраны здоровья граждан, осуществляется в целях улучшения морально-психологического состояния пациентов, в том числе за счет реализации следующих мероприятий:

- осуществление дополнительного ухода за пациентами;
- организация досуга (свободного времени) пациентов и их родственников;
- улучшение социально-бытовых условий пребывания пациентов;
- трудовая помощь;
- проведение мероприятий культурной и творческой направленности;
- оказание юридической помощи пациентам.

6.3. При оказании паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях организуется возможность круглосуточного пребывания с ним родственников, иных лиц с учетом пожеланий пациента при условии соблюдения ими лечебно-охранительного, санитарно-эпидемического режима, и отсутствия нарушения прав других пациентов.

7. Летальный исход.

7.1. В случае смерти пациента, которому оказывалась паллиативная помощь в условиях стационара, при наличии письменного заявления супруга или близкого родственника (детей, родителей, усыновителей, родных братьев и родных сестер, внуков, бабушки, дедушки), а при их отсутствии иных родственников либо законного представителя умершего или при волеизъявлении самого умершего, сделанного им при жизни, оформляется медицинское свидетельство о смерти без проведения патолого-анатомического вскрытия, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

**Анкета пациента, имеющего признаки нуждаемости в оказании
паллиативной медицинской помощи**

Раздел	Признак	Показатель (да/нет)	
1.	Наличие заболеваний (состояний)		
1.1.	Различные формы злокачественных новообразований	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
1.2.	Органная недостаточность в стадии декомпенсации при невозможности достичь ремиссии заболевания или стабилизации состояния пациента	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
1.3.	Хроническое прогрессирующее заболевание терапевтического профиля в терминальной стадии развития	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
1.4.	Тяжелые необратимые последствия нарушений мозгового кровообращения, требующие симптоматического лечения и обеспечения ухода при оказании медицинской помощи	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
1.5.	Тяжелые необратимые последствия травм, в том числе черепно-мозговых, требующие симптоматической терапии и обеспечения ухода при оказании медицинской помощи	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
1.6.	Дегенеративные и демиелинизирующие заболевания нервной системы на поздних стадиях развития	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
1.7.	Различные формы деменции	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
2.	Общие критерии для оказания паллиативной медицинской помощи		
2.1.	Ожидаемая продолжительность жизни менее года	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
2.2.	Мнение лечащего врача о потребности в паллиативной помощи	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
2.3.	Средний и высокий суицидальный риск	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
3.	Показатели тяжести заболевания		
3.1.	Концентрация альбумина в плазме крови < 2,5 г/л,	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
3.2.	Потеря веса более 10% в течение 6 мес., не связанное с сопутствующими заболеваниями	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
3.3.	Показатели функциональных нарушений (количество баллов) по индексу PPS<50	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
3.4.	Утрата способности выполнять два и более вида повседневной деятельности в течение 6 месяцев, несмотря на обеспечение соответствующей терапии	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
3.5.	Устойчивые пролежни (стадия 3-4)	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
3.6.	Устойчивая дисфагия	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
3.7.	Наличие эмоционального расстройства с психологическими симптомами, не связанного с сопутствующими заболеваниями	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
3.8.	Две или более экстренные (незапланированные) госпитализации в связи с хроническим заболеванием за 12 мес.	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
3.9.	Потребность в комплексной /интенсивной непрерывной помощи в условиях медучреждения, либо на дому	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
3.10.	Наличие 2 и более сопутствующих заболеваний, ухудшающих состояние пациента и требующих медикаментозной коррекции	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет

4.	Критерии при отдельных заболеваниях		
4.1	Злокачественные новообразования	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
4.1.1	Подтвержден метастатический процесс (стадия 3-4) при незначительном ответе на специфическое лечение или наличии противопоказаний к специфической терапии, выраженное прогрессирование заболевания при лечении или метастатическое поражение жизненно важных органов (ЦНС, печени, наличие серьезного заболевания легких)	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
4.1.2	Серьезные функциональные нарушения (общее состояние по шкале PPS < 50%)	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
4.1.3.	Стойкие беспокоящие симптомы, несмотря на оптимальное лечение, вызывающих их заболеваний, в том числе наличие болевого синдрома (более 5 баллов по шкале боли)	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
4.2	Хронические заболевания легких и иные расстройства дыхания, осложненные тяжелой хронической дыхательной недостаточностью		
4.2.1	Одышка в состоянии покоя или при минимальной нагрузке вне обострения заболевания -ДН 3 ст.	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
4.2.2.	Тяжелые соматические и психологические симптомы, несмотря на лечение основного заболевания	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
4.2.3	По результатам исследования функции внешнего дыхания FEV<30% илиCVF<40%, DLCO< 40%	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
4.2.4	Необходимость контролировать газовый состав крови после завершения оксигенотерапии- клинические проявления сердечной недостаточности	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
4.2.5	Повторные госпитализации (более трех госпитализаций в течение 12 месяцев в связи с обострением ХОБЛ)	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
4.3	Заболевания органов кровообращения		
4.3.1	Сердечная недостаточность класса 3 или 4 (NYHA), тяжелое заболевание клапанов или неоперабельная коронарная недостаточность	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
4.3.2	Затруднение дыхания в покое или при минимальной физической нагрузке	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
4.3.3.	Тяжелые соматические или психологические симптомы, несмотря на лечение основного заболевания	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
4.3.4	Результаты эхокардиографии: выраженное снижение фракции выброса (менее 25%) или выраженная легочная гипертензия (давление в легочной артерии более 70 мм.рт ст.)	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
4.3.5	Почечная недостаточность (клубочковая фильтрация < 30л/мин	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
4.3.6	Неоднократная госпитализация по причине сердечной недостаточности /ИБС (более 3 раз за 12 месяцев)	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
4.4	Неврологические заболевания: ОНМК		
4.4.1	Во время острой и подострой фаз (более трех месяцев после ОНМК): устойчивое вегетативное состояние или минимальное сознание более 3 дней	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
4.4.2	Во время хронической фазы (более 6 месяцев после ОНМК):неоднократные осложнения (аспирационная пневмония, несмотря на лечение дисфагии), пиелонефрит (более 1 раза), неоднократные случаи лихорадки, несмотря на прием антибиотиков (наличие повышенной температуры после лечения антибиотиками в течение 1 недели), пролежни 3-4 стадии или деменция с тяжелыми постинсультными симптомами	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
4.5	Хронические неврологические заболевания: БАС, рассеянный склероз и другие заболевания двигательных нейронов, дегенеративные заболевания экстрапирамидной моторной системы (Болезнь Паркинсона)		
4.5.1	Прогрессирующее ухудшение физиологических и психических функций, несмотря на лечение основного заболевания	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
4.5.2	Наличие комплекса тяжелых симптомов и синдромов	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет

4.5.3	Нарушение речевых навыков и прогрессирующее ухудшение способности к общению и социальному взаимодействию	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
4.5.4.	Прогрессирующая дисфагия	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
4.5.5.	Неоднократная аспирационная пневмония, затруднение дыхания или дыхательная недостаточность	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
4.5.6.	Нуждаемость в респираторной поддержке вследствие дыхательной недостаточности	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
4.6.	Болезни печени		
4.6.1.	Прогрессирующий цирроз печени, стадия ChildC не менее 10 б (при отсутствии осложнений)	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
4.6.2	Наличие одного из следующих клинических осложнений: устойчивый к диуретической терапии, асцит, гепаторенальный синдром или кровотечение из верхних отделов желудочно-кишечного тракта в связи с портальной гипертензией, не отвечающее на фармакологическое и эндоскопическое лечение и с противопоказанием к трансплантации и ТИПС	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
4.7	Хроническая болезнь почек		
4.7.1	Тяжелая почечная недостаточность (уровень креатинина > 120 мкмоль/л с прогрессирующим ухудшением)	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
4.7.2	Наличие противопоказаний к заместительной терапии и трансплантации	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
4.8	Деменция		
4.8.1	Критерии оценки степени тяжести: неспособность одеваться, мыться или есть без посторонней помощи, недержание мочи и кала) или неспособность к разумной коммуникации: 6 или меньше разборчивых слов	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
4.8.2	Показатели прогрессирования :утрата способности к двум и более видам повседневной деятельности за последние 6 месяцев, несмотря на соответствующее лечение (исключением является острое состояние, связанное с другим заболеванием), затрудненное глотание, отказ от еды у пациентов, которые не могут получать питание энтерально или парентерально	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
4.8.3	Повторные госпитализации (более трех в течение 12 месяцев) в связи с сопутствующими патологиями, вызывающими функциональные или когнитивные ухудшения	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
4.9	Иные признаки (при наличии – указать)	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
5	Общее количество положительных ответов «да»		

Инструкция по заполнению
анкеты пациента, имеющего признаки нуждаемости в оказании
паллиативной медицинской помощи

1. Для определения наличия или отсутствия у пациента показаний к паллиативной медицинской помощи врач заполняет анкету пациента, имеющего признаки нуждаемости в оказании паллиативной медицинской помощи.

2. По результатам оценки состояния пациента в соответствии с признаками, указанными в столбце 2 анкеты, в столбцах 3 и 4 анкеты отмечается галочкой соответствующий показатель: «да» или нет» в зависимости от наличия / отсутствия признака.

3. В строке 5 отмечается общее количество положительных ответов («да»).

4. Оценка результата: при наличии более 5 положительных ответов («да») в анкете, из них не менее 2 по разделу основного заболевания, пациент признается нуждающимся в оказании паллиативной медицинской помощи.

5. К анкете в обязательном порядке прилагается оценка функционального состояния пациента по шкале PPS и оценка боли у пациента по шкале.

6. В анкетах «Шкала PPS для оценки общей активности больных при паллиативном лечении», «Шкала боли» отмечается нужная строка.

7. Для принятия решения о признании пациента имеющим показания к паллиативной помощи по усмотрению врача и/или врачебной комиссии могут дополнительно использоваться иные шкалы оценки состояния пациента.

8. При наличии от 3 до 5 положительных ответов «да» с наличием 2 по основному заболеванию или 6 и более положительных ответов в анкете, но при наличии только 1 положительного ответа по основному заболеванию и мнения лечащего врача о наличии у пациента показаний к оказанию паллиативной медицинской помощи решение о наличии показаний к паллиативной медицинской помощи относится к компетенции подкомиссии врачебной комиссии по отбору пациентов для оказания паллиативной помощи.

Приложение 3
к приказу № 347-п
от «29» ноября 2019 г.

Шкала PPS для оценки общей активности больных

Оценка в %	Способность к передвижению	Виды активности и проявления болезни	Самообслуживание	Питание /питье	Уровень сознания
100	полная	Практически здоров, жалоб нет, признаков заболевания нет	В полном объеме	нормальное	Не нарушено
90	полная	Сохранена нормальная ежедневная активность, незначительная степень выраженности проявлений заболевания	В полном объеме	нормальное	Не нарушено
80	полная	нормальная ежедневная активность поддерживается с усилием, умеренная степень выраженности проявлений заболевания	В полном объеме	Нормальное или сокращенное	Не нарушено
70	сокращенная	Способен себя обслуживать, не способен поддерживать нормальную ежедневную активность или выполнять активную работу	В полном объеме	Нормальное или сокращенное	Не нарушено
60	сокращенная	Большой частью способен себя обслужить, однако в отдельных случаях нуждается в уходе	Иногда требуется помощь	Нормальное или сокращенное	Не нарушено или спутанность
50	Главным образом сидит или лежит	Частично способен себя обслуживать, частично нуждается в уходе, часто требуется медицинская помощь	Требуется значительная помощь	Нормальное или сокращенное	Не нарушено или спутанность
40	Преимущественно в постели	Не способен себя обслуживать, требуются специальный уход и медицинская помощь	Как, правило не обходится без помощи	Нормальное или сокращенное	Не нарушено, либо сонливость, либо спутанность
30	Полностью прикован в постели	Не способен себя обслуживать, показана госпитализация, хотя непосредственная угроза для жизни отсутствует	Тотальный уход	Нормальное или сокращенное	Не нарушено, либо сонливость, либо спутанность
20	Полностью прикован в постели	Тяжелое заболевание: необходима госпитализация, необходима активная поддерживающая терапия	Тотальный уход	Мелкие глотки	Не нарушено, либо сонливость, либо спутанность
10	Полностью прикован в постели	Терминальный период: быстро прогрессирующий фатальный процесс	Тотальный уход	Только уход за полостью рта	Сонливость или кома
0	Смерть	смерть	-	-	-

Общее количество баллов: _____

Инструкция по использованию шкалы PPS для проведения оценки общей активности больных

1. Шкала PPS предполагает горизонтальное чтение по каждой строке для того, чтобы подобрать наиболее подходящее соответствие состоянию пациента. По этой строке и определяется уровень общей активности больного в процентах.

2. Оценку состояния пациента необходимо начать со столбца «Способность к передвижению», просматривая его сверху вниз до ячейки, в которой указан наиболее соответствующий состоянию данного пациента уровень мобильности. Затем от этой ячейки необходимо перейти направо к следующему столбцу «Виды активности и проявления болезни» и просматривая его, начиная уже с этого уровня, передвигайтесь вниз столбца до ячейки, в которой будет указан наиболее соответствующий данному пациенту уровень активности и воздействия заболевания на пациента.

3. Таким образом, необходимо просмотреть столбцы 2-6 таблицы в целях определения общего уровня состояния данного пациента.

4. Уровень по шкале PPS необходимо менять только на интервалы в 10%.

5. В том случае, если некоторые показатели выстраиваются на одном уровне, а один или два показателя оказываются на более низком или высоком уровнях, необходимо определить, какой из этих уровней больше всего подходит данному пациенту. При этом не следует устанавливать среднее значение. Исходя из клинической оценки и приоритетности столбца слева необходимо определить, какой уровень состояния по шкале PPS (например, 40% или 50%) больше всего соотносится с ситуацией данного пациента.

6. При оценке состояния пациента по критерию «Способность к передвижению» необходимо исходить из того, что разница между такими вариантами способности передвигаться как «преимущественно сидит/лежит», «преимущественно лежит» и «прикован к постели» почти не заметна. Тонкая грань между этими уровнями связана с показателем «самообслуживание». Например, степень способности передвигаться «прикован к постели», относящаяся к уровню общего состояния 30%, связана либо с сильной слабостью, либо с параличом, при котором пациент не только не может встать с постели, но и не способен ухаживать за собой. Разница между «преимущественно сидит/лежит» и «преимущественно лежит» пропорциональна количеству времени, в течение которого пациент способен сидеть, а не лежать. Сниженная способность передвигаться соответствует уровню общего состояния 60-70%. Данные соседней ячейки показывают, что сниженная способность передвигаться связана с неспособностью к профессиональной деятельности или неспособностью заниматься некоторыми

видами хобби и работы по дому. При этом больной все еще может самостоятельно передвигаться и ходить. Однако пациент с уровнем общего состояния 60% периодически уже нуждается в помощи посторонних лиц.

7. При оценке состояния пациента по критерию «Степень активности и выраженность заболевания» необходимо учитывать, что степень выраженности заболевания определяется по физическим проявлениям болезни и результатам обследований, характеризующим стадию развития заболевания. Например, в случае рака груди возникновение местного рецидива будет означать, что заметны некоторые признаки заболевания, один или два метастаза в легкие или кости приравниваются к серьезным признакам заболевания, а множественные метастазы в легкие, кости, печень и мозг, гиперкальцемия или другие серьезные осложнения

Приложение 4
к приказу № 347-п
от «29» ноября 2019 г.

Шкала боли для паллиативных пациентов

Характеристика боли	Количество баллов
Полное отсутствие боли.	0
Боль очень слабая, едва заметная. Большую часть времени пациент о ней не думает.	1
Несильная боль. Она может раздражать и время от времени приступообразно усиливаться.	2
Боль заметна, она отвлекает, однако к ней можно привыкнуть и приспособиться.	3
Умеренная боль. Если человек глубоко погружен в какое-то занятие, он может игнорировать ее, но только в течение какого-то времени, однако затем она обязательно отвлечет внимание на себя.	4
Умеренно сильная боль. Ее нельзя игнорировать больше, чем несколько минут, но сделав над собой усилие, человек может выполнять какую-то работу или участвовать в каком-то мероприятии.	5
Умеренно сильная боль, которая мешает выполнять нормальные ежедневные действия, так как сосредоточение на чем-то становится чрезвычайно сложной задачей.	6
Тяжелая боль, подчиняющая себе все ощущения и существенно ограничивающая способность человека производить обычные действия и общаться с другими. Мешает спать.	7
Интенсивная боль. Физическая активность сильно ограничена. Словесное общение требует огромного усилия.	8
Мучительная боль. Человек не в состоянии разговаривать. Возможны неконтролируемые стоны или плач.	9
Невыносимая боль. Человек привязан к постели и, возможно, в бреду. Болевые ощущения такой силы приходится испытывать в течение жизни очень малому количеству людей.	10

Приложение 5
к приказу № 347-п
от «29» ноября 2019 г.

**Шкала риска суицида (ШОРС, TheSadPersons Scale)
для экспресс-диагностики суицидального риска**

Пол		Мужской
Возраст		12–24, 45 и выше
Депрессия		Депрессивные состояния в прошлом, депрессия в настоящее время
Предыдущие попытки		Да
Зависимость от психоактивных веществ		Да
Потеря рационального мышления		Иррациональное мышление, психотическое состояние
Нехватка социальной поддержки		Нет семьи, друзей, круга общения
Конкретный план		Время, место, способ
		Летальность данного способа исполнения
		Легкость его исполнения
Отсутствие супруга (близкого человека)		Одинокий, овдовевший, разведенный, живущий отдельно
Болезни		Хроническое заболевание, сопровождающееся сильными болями и/или утратой трудоспособности, подвижности, с плохим медицинским прогнозом
ИТОГО		

Оценка по количеству отмеченных пунктов

0–2	УРОВЕНЬ I	Невысокая степень суицидального риска
3–4	УРОВЕНЬ II	Средний уровень суицидального риска – необходимы психотерапевтическая коррекция, возможна таблетированная терапия
5–6	УРОВЕНЬ III	Высокая степень суицидального риска – необходима антисуицидальная терапия, возможна госпитализация

7-10	УРОВЕНЬ IV	Очень высокая степень суицидального риска – требуется неотложная госпитализация
------	------------	---

Приложение 6
к приказу № 347-п
от «29» ноября 2019 г.

**Направление
на подкомиссию врачебной комиссии по отбору больных для оказания
паллиативной медицинской помощи**

« _____ » _____ 20 ____ г.

Номер медицинской карты: _____

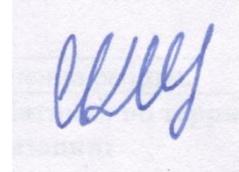
направляется на врачебную комиссию для определения наличия показаний для оказания паллиативной медицинской помощи в условиях ГБУЗ «ОКБ» и/или принятия иных решений (указать) _____

№	Информация о пациенте	
1.	Фамилия, имя, отчество пациента	
2.	Дата рождения пациента / возраст	
3.	Адрес регистрации	
4.	Адрес проживания	
5.	Социальный статус (проживание в семье, наличие родственников, имеющих возможность осуществлять уход, и их количество)	
6.	Телефон пациента	
7.	Телефон родственников, иных лиц, осуществляющих уход за пациентом	
8.	Наименование, адрес и телефон медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, к которой прикреплен пациент	
9.	Наименование, адрес и телефон медицинской организации, направившей пациента на комиссию по признанию пациента нуждающимся в оказании медицинской помощи	
10.	Жалобы	
11.	Анамнез	
12.	Объективный статус	
13.	Результаты клинико-лабораторных, инструментальных исследований по основному заболеванию	

14.	Основной диагноз:	
15.	Дата постановки основного диагноза	
16.	Информирован ли пациент о диагнозе	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
17.	Ведущий синдром (отметить)	<input type="checkbox"/> Хронический болевой синдром <input type="checkbox"/> Одышка <input type="checkbox"/> Отеки <input type="checkbox"/> Слабость <input type="checkbox"/> Прогрессирование заболевания <input type="checkbox"/> Тошнота <input type="checkbox"/> Рвота <input type="checkbox"/> Запор <input type="checkbox"/> Асцит <input type="checkbox"/> другое
18.	Необходимость в респираторной поддержке	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
19.	Количество баллов по результатам заполнения анкеты пациента, имеющего признаки нуждаемости в оказании паллиативной медицинской помощи	
20.	Наличие болевого синдрома, степень выраженности в баллах по шкале боли	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <hr/>
21.	Использование наркотических средств и психотропных веществ, наименование наркотических и психотропных средств	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <hr/>
22.	Оценка по шкале PPS общей активности больного при паллиативном лечении	
23.	Оценка суицидального риска	<input type="checkbox"/> Очень высокий <input type="checkbox"/> Высокий <input type="checkbox"/> Средний <input type="checkbox"/> Низкий
24.	Наличие противопоказаний к оказанию паллиативной медицинской помощи в ГБУЗ «ОКБ» - злокачественные новообразования; (как основное заболевание) - инфекционные заболевания; - ОРВИ и осложнения; - кишечные инфекции; - острый период травмы	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да

Приложение 7
к приказу № 347-п
от « 29 » ноября 2019 г.

«Утверждаю»
Главный врач ГБУЗ «ОКБ»



С. Е. Козлов

ПРОТОКОЛ № _____
от « ____ » _____ 20 ____ г.

**Заседания подкомиссии врачебной комиссии
по отбору больных для оказания паллиативной медицинской помощи**

Председатель подкомиссии:

Старцев А.Л. , заместитель главного врача по медицинской части.

Заместитель председателя:

Невская Н.М., заместитель главного врача по поликлиническому разделу работ.

Члены подкомиссии:

Бобков В.В., заведующий региональным сосудистым центром, врач-сердечно-сосудистый хирург;

Труфанова Г.Ю., заведующая отделением аллергологии-иммунологии, врач-аллерголог-иммунолог;

Петрушин М.А., заведующий отделением анестезиологи-реанимации №3, врач анестезиолог-реаниматолог;

Хорошавина К.В., заведующая неврологическим отделением для больных ОНМК, специалист по медицинской реабилитации;

Черномазова М.М., врач по паллиативной медицинской помощи.

Секретарь подкомиссии:

Самуйлова В.А., заведующая отделением для ветеранов войн и лиц, приравненных к ним по льготам.

№	Информация о пациенте	
1.	Фамилия, имя, отчество пациента	
2.	Дата рождения пациента / возраст	
3.	Адрес регистрации	
4.	Адрес проживания	

5.	Социальный статус (проживание в семье, наличие родственников, имеющих возможность осуществлять уход, и их количество)	
6.	Телефон пациента	
7.	Телефон родственников, иных лиц, осуществляющих уход за пациентом	
8.	Наименование, адрес и телефон медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, к которой прикреплен пациент	
9.	Наименование, адрес и телефон медицинской организации, направившей пациента на комиссию по признанию пациента нуждающимся в оказании медицинской помощи	
10.	Жалобы	
11.	Анамнез	
12.	Объективный статус	
13.	Результаты клинико-лабораторных, инструментальных исследований	
14.	Основной диагноз:	
15.	Дата постановки основного диагноза	
16.	Информирован ли пациент о диагнозе	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
17.	Ведущий синдром (отметить)	<input type="checkbox"/> Хронический болевой синдром <input type="checkbox"/> Одышка <input type="checkbox"/> Отеки <input type="checkbox"/> Слабость <input type="checkbox"/> Прогрессирование заболевания <input type="checkbox"/> Тошнота <input type="checkbox"/> Рвота <input type="checkbox"/> Запор <input type="checkbox"/> Асцит <input type="checkbox"/> другое
18.	Необходимость в респираторной поддержке	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
19.	Количество баллов по результатам заполнения анкеты пациента, имеющего признаки нуждаемости в оказании паллиативной медицинской помощи	
20.	Наличие болевого синдрома, степень выраженности в баллах по шкале боли	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет _____
21.	Использование наркотических средств и психотропных веществ, наименование наркотических и психотропных средств	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет _____

22.	Оценка по шкале PPS общей активности больного при паллиативном лечении	
23.	Оценка суицидального риска	<input type="checkbox"/> Очень высокий <input type="checkbox"/> Высокий <input type="checkbox"/> Средний <input type="checkbox"/> Низкий
24.	Наличие противопоказаний к оказанию паллиативной медицинской помощи в ГБУЗ «ОКБ» - злокачественные новообразования; (как основное заболевание) - инфекционные заболевания; - ОРВИ и осложнения; - кишечные инфекции; - острый период травмы - наличие очагов гнойной инфекции, в том числе открытых с риском бактериального обсеменения; - период менее 3 месяцев после перенесенных оперативных вмешательств; - период менее 3 месяцев после перенесенного ОНМК, острого инфаркта миокарда; - другое (указать)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
25.	Условия оказания паллиативной медицинской помощи	<input type="checkbox"/> В стационарных условиях <input type="checkbox"/> В амбулаторных условиях
26.	Показания к обследованию и/или получению лечения (не паллиативной медицинской помощи) в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь	<input type="checkbox"/> Есть <input type="checkbox"/> Нет
27.	Целесообразность направления в учреждения социальной защиты населения	

Решение комиссии:

Председатель подкомиссии: Старцев А.Л. _____

Заместитель председателя: Невская Н.М. _____

Члены подкомиссии:

Бобков В.В. _____

Труфанова Г.Ю. _____

Петрушин М.А. _____

Хорошавина К.В. _____

Черномазова М.М. _____

Секретарь подкомиссии: Самуйлова В.А. _____

Приложение 9
к приказу № 347-п
от «29» ноября 2019 г.

Медицинская документация
Форма N 088/у

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Тверской области
«Областная клиническая больница»
Тверская область, г.Тверь, Петербургское ш., д. 105
ОГРН 1036900016537

НАПРАВЛЕНИЕ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ
МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ

1. Номер и дата протокола врачебной комиссии медицинской организации, содержащего решение о направлении гражданина на медико-социальную экспертизу: N ____ от "___" _____ 20__ г.

2. Гражданин по состоянию здоровья не может явиться в бюро (главное бюро, Федеральное бюро) медико-социальной экспертизы: медико-социальную экспертизу необходимо проводить на дому

3. Гражданин нуждается в оказании паллиативной медицинской помощи (при нуждаемости в оказании паллиативной медицинской помощи)

4. Дата выдачи гражданину направления на медико-социальную экспертизу медицинской организацией: "___" _____ 20__ г.

5. Цель направления гражданина на медико-социальную экспертизу (нужное отметить) :

5.1. <input type="checkbox"/> установление группы инвалидности	5.2. <input type="checkbox"/> установление категории "ребенок-инвалид"	5.3. <input type="checkbox"/> установление причины инвалидности
5.4. <input type="checkbox"/> установление времени наступления инвалидности	5.5. <input type="checkbox"/> установление срока инвалидности	5.6. <input type="checkbox"/> определение степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах
5.7. <input type="checkbox"/> определение стойкой утраты трудоспособности сотрудника органа внутренних дел Российской Федерации	5.8. <input type="checkbox"/> определение нуждаемости по состоянию здоровья в постоянном постороннем уходе (помощи, надзоре) отца, матери, жены, родного брата, родной сестры, бабушки или усыновителя гражданина, призываемого на военную службу (военнослужащего, проходящего военную службу по контракту)	5.9. <input type="checkbox"/> определение причины смерти инвалида, а также лица, пострадавшего в результате несчастного случая на производстве, профессионального заболевания, катастрофы на Чернобыльской атомной электростанции (далее - АЭС) и других радиационных и техногенных катастроф либо в результате ранения, контузии, увечья или заболевания, полученных в период прохождения военной службы,

		в случаях, когда законодательством Российской Федерации предусматривается предоставление семье умершего мер социальной поддержки
5.10. <input type="checkbox"/> разработка индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида)	5.11. <input type="checkbox"/> разработка программы реабилитации лица, пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания	5.12. <input type="checkbox"/> выдача дубликата справки, подтверждающей факт установления инвалидности, степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах
5.13. <input type="checkbox"/> выдача новой справки, подтверждающей факт установления инвалидности, в случае изменения фамилии, имени, отчества (при наличии), даты рождения гражданина	5.14. <input type="checkbox"/> иные цели, установленные законодательством Российской Федерации (указать): _____ _____ _____	

Раздел I. Данные о гражданине

6. Фамилия, имя, отчество (при наличии): _____

7. Дата рождения (день, месяц, год): "__" _____ г.;
возраст (число полных лет, для ребенка в возрасте до 1 года - число полных месяцев): _____

8. Пол (нужное отметить):

8.1. <input type="checkbox"/> мужской	8.2. <input type="checkbox"/> женский
---------------------------------------	---------------------------------------

9. Гражданство (нужное отметить):

9.1. <input type="checkbox"/> гражданин Российской Федерации	9.2. <input type="checkbox"/> гражданин иностранного государства, находящийся на территории Российской Федерации	9.3. <input type="checkbox"/> лицо без гражданства, находящееся на территории Российской Федерации
--	--	--

10. Отношение к воинской обязанности (нужное отметить):

10.1. <input type="checkbox"/> гражданин, состоящий на воинском учете	10.2. <input type="checkbox"/> гражданин, не состоящий на воинском учете, но обязанный состоять на воинском учете
10.3. <input type="checkbox"/> гражданин, поступающий на воинский учет	10.4. <input type="checkbox"/> гражданин, не состоящий на воинском учете

11. Адрес места жительства (при отсутствии места жительства указывается адрес пребывания, фактического проживания на территории Российской Федерации, место нахождения пенсионного дела инвалида, выехавшего на постоянное жительство за пределы территории Российской Федерации):

- 11.1. государство: _____
 11.2. почтовый индекс: _____
 11.3. субъект Российской Федерации: _____
 11.4. район: _____
 11.5. наименование населенного пункта: _____
 11.6. улица: _____
 11.7. дом (корпус, строение): _____
 11.8. квартира: _____

12. Лицо без определенного места жительства (в случае если гражданин не имеет определенного места жительства)

13. Гражданин находится (нужное отметить и указать):

13.1. <input type="checkbox"/> в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях	13.1.1. адрес медицинской организации: _____ _____ _____	13.1.2. ОГРН медицинской организации: _____ _____
13.2. <input type="checkbox"/> в организации социального обслуживания, оказывающей социальные услуги в стационарной форме социального обслуживания	13.2.1. адрес организации социального обслуживания: _____ _____ _____	13.2.2. ОГРН организации социального обслуживания: _____ _____
13.3. <input type="checkbox"/> в исправительном учреждении	13.3.1. адрес исправительного учреждения: _____ _____ _____	13.3.2. ОГРН исправительного учреждения: _____ _____
13.4. <input type="checkbox"/> иная организация	13.4.1. адрес организации _____ _____ _____	13.4.2. ОГРН организации: _____ _____
13.5. <input type="checkbox"/> по месту жительства (по месту пребывания, фактического проживания на территории Российской Федерации)		

14. Контактная информация:

14.1. номера телефонов: _____

14.2. адрес электронной почты (при наличии): _____

15. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС): ____-____-____-____

16. Документ, удостоверяющий личность:

16.1. наименование: _____

16.2. серия _____, номер _____

16.3. кем выдан: _____

16.4. дата выдачи (день, месяц, год): "___" _____ г.

17. Сведения о законном (уполномоченном) представителе гражданина, направляемого на медико-социальную экспертизу:

17.1. Фамилия, имя, отчество (при наличии): _____

17.2. документ, удостоверяющий полномочия законного (уполномоченного) представителя: _____

17.2.1. наименование: _____

17.2.2. серия _____, номер _____

17.2.3. кем выдан: _____

17.2.4. дата выдачи (день, месяц, год): "___" _____ г.

17.3. документ, удостоверяющий личность: _____

- 17.3.1. наименование: _____
- 17.3.2. серия _____, номер _____
- 17.3.3. кем выдан: _____
- 17.3.4. дата выдачи (день, месяц, год): "___" _____ г.
- 17.4. контактная информация:
- 17.4.1. номера телефонов: _____
- 17.4.2. адрес электронной почты (при наличии): _____
- 17.5. страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС): _____-_____-_____-_____-_____-_____
- 17.6. сведения об организации в случае возложения опеки (попечительства) на юридическое лицо:
- 17.6.1. наименование: _____
- 17.6.2. адрес: _____
- 17.6.3. основной государственный регистрационный номер (ОГРН): _____
18. Гражданин направляется на медико-социальную экспертизу (нужное отметить):

18.1. <input type="checkbox"/> первично	18.2. <input type="checkbox"/> повторно
---	---

19. Сведения о результатах предыдущей медико-социальной экспертизы (в случае направления на медико-социальную экспертизу повторно):
- 19.1. наличие инвалидности на момент направления на медико-социальную экспертизу (нужное отметить):

19.1.1. <input type="checkbox"/> первая группа	19.1.2. <input type="checkbox"/> вторая группа	19.1.3. <input type="checkbox"/> третья группа	19.1.4. <input type="checkbox"/> категория ребенок-инвалид
---	---	---	---

- 19.2. дата, до которой установлена инвалидность (день, месяц, год) "___" _____ г.
- 19.3. период, в течение которого гражданин находился на инвалидности на момент направления на медико-социальную экспертизу (нужное отметить):

19.3.1. <input type="checkbox"/> один год	19.3.2. <input type="checkbox"/> два года	19.3.3. <input type="checkbox"/> три года	19.3.4. <input type="checkbox"/> четыре и более лет
---	---	---	--

- 19.4. формулировка причины инвалидности, имеющейся на момент направления на медико-социальную экспертизу (нужное отметить):

19.4.1. <input type="checkbox"/> общее заболевание	19.4.2. <input type="checkbox"/> инвалидность с детства	19.4.3. <input type="checkbox"/> профессиональное заболевание	19.4.4. <input type="checkbox"/> трудовое увечье
19.4.5. <input type="checkbox"/> военная травма	19.4.6. <input type="checkbox"/> заболевание получено в период военной службы	19.4.7. <input type="checkbox"/> заболевание, полученное при исполнении иных обязанностей военной службы (служебных обязанностей), связано с катастрофой на Чернобыльской АЭС	19.4.8. <input type="checkbox"/> заболевание радиационно обусловленное получено при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей) в связи с катастрофой на Чернобыльской АЭС
19.4.9. <input type="checkbox"/> заболевание связано	19.4.10. <input type="checkbox"/> заболевание связано	19.4.11. <input type="checkbox"/> заболевание,	19.4.12. <input type="checkbox"/> заболевание связано

с катастрофой на Чернобыльской АЭС	с аварией на производственном объединении "Маяк"	полученное при исполнении иных обязанностей военной службы (служебных обязанностей), связано с аварией на производственном объединении "Маяк"	с последствиями радиационных воздействий
19.4.13. <input type="checkbox"/> заболевание радиационно обусловленное полученное при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей) в связи с непосредственным участием в действиях подразделений особого риска	19.4.14. <input type="checkbox"/> инвалидность с детства вследствие ранения (контузии, увечья), связанная с боевыми действиями в период Великой Отечественной войны 1941 - 1945 годов	19.4.15. <input type="checkbox"/> заболевание (ранение, контузия, увечье), полученное лицом, обслуживавшим действующие воинские части Вооруженных Сил СССР и Вооруженных Сил Российской Федерации, находившиеся на территориях других государств в период ведения в этих государствах боевых действий	19.4.16. <input type="checkbox"/> иные причины, установленные законодательством Российской Федерации (указать): _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
19.4.17. формулировки причин инвалидности, установленные в соответствии с законодательством, действовавшим на момент установления инвалидности (указать): _____ _____			

19.5. степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах на момент направления гражданина на медико-социальную экспертизу: _____

19.6. срок, на который установлена степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах: _____

19.7. дата, до которой установлена степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах (день, месяц, год): "___" _____ г.

19.8. степени утраты профессиональной трудоспособности (в процентах), установленные по повторным несчастным случаям на производстве и профессиональным заболеваниям, и даты, до которых они установлены:

20. Сведения о получении образования (при получении образования):

20.1. наименование и адрес образовательной организации, в которой гражданин получает образование: _____

20.2. курс, класс, возрастная группа детского дошкольного учреждения (нужное подчеркнуть и указать): _____

20.3. профессия (специальность), для получения которой проводится обучение:

21. Сведения о трудовой деятельности (при осуществлении трудовой деятельности): _____

21.1. основная профессия (специальность, должность): _____

21.2. квалификация (класс, разряд, категория, звание): _____

21.3. стаж работы: _____

21.4. выполняемая работа на момент направления на медико-социальную

экспертизу с указанием профессии (специальности, должности):

21.5. условия и характер выполняемого труда: _____

21.6. место работы (наименование организации): _____

21.7. адрес места работы: _____

Раздел II. Клинико-функциональные данные гражданина

22. Наблюдается в медицинской организации с _____ года.

23. Анамнез заболевания: _____

24. Анамнез жизни: _____

25. Частота и длительность временной нетрудоспособности (сведения за последние 12 месяцев):

п/п	Дата (число, месяц, год) начала временной нетрудоспособности	Дата (число, месяц, год) окончания временной нетрудоспособности	Число дней (месяцев и дней) временной нетрудоспособности	Диагноз

25.1. Наличие листка нетрудоспособности в форме электронного документа (далее - ЭЛН)

25.2. N ЭЛН: _____

26. Результаты и эффективность проведенных мероприятий медицинской реабилитации, рекомендованных индивидуальной программой реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида) N _____ к протоколу проведения медико-социальной экспертизы N _____ от "___" _____ 20__ г. (нужное отметить):

26.1. <input type="checkbox"/> восстановление нарушенных функций	26.1.1. <input type="checkbox"/> полное	26.1.2. <input type="checkbox"/> частичное	26.1.3. <input type="checkbox"/> положительные результаты отсутствуют
26.2. <input type="checkbox"/> достижение компенсации утраченных либо отсутствующих функций	26.2.1. <input type="checkbox"/> полное	26.2.2. <input type="checkbox"/> частичное	26.2.3. <input type="checkbox"/> положительные результаты отсутствуют

27. Антропометрические данные и физиологические параметры:

27.1. рост: _____	27.2. вес: _____	27.3. индекс массы тела: _____
27.4. телосложение: _____	27.5. суточный объем физиологических отправлений (мл) (при наличии медицинских показаний в обеспечении абсорбирующим бельем):	27.6. объем талии/бедер (при наличии медицинских показаний в обеспечении абсорбирующим бельем): _____/_____
27.7. масса тела при рождении (в отношении детей в возрасте до 3 лет): _____		27.8. физическое развитие (в отношении детей в возрасте до 3 лет): _____

28. Состояние здоровья гражданина при направлении на медико-социальную экспертизу: _____

29. Сведения о медицинских обследованиях, необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания при проведении медико-социальной экспертизы: _____

30. Диагноз при направлении на медико-социальную экспертизу:

30.1. основное заболевание: _____

30.2. код основного заболевания по МКБ: _____

30.3. осложнения основного заболевания: _____

30.4. сопутствующие заболевания: _____

30.5. коды сопутствующих заболеваний по МКБ: _____

30.6. осложнения сопутствующих заболеваний: _____

31. Клинический прогноз: благоприятный, относительно благоприятный, сомнительный (неопределенный), неблагоприятный (нужное подчеркнуть).

32. Реабилитационный потенциал: высокий, удовлетворительный, низкий, отсутствует (нужное подчеркнуть).

33. Реабилитационный прогноз: благоприятный, относительно благоприятный, сомнительный (неопределенный), неблагоприятный (нужное подчеркнуть).

34. Рекомендуемые мероприятия по медицинской реабилитации:

35. Рекомендуемые мероприятия по реконструктивной хирургии:

36. Рекомендуемые мероприятия по протезированию и ортезированию:

37. Санаторно-курортное лечение:

Председатель врачебной
комиссии:

Члены врачебной комиссии:

М.П.

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ**

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ
«ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ
БОЛЬНИЦА»
(ГБУЗ «ОКБ»)**

170036, г. Тверь, Петербургское шоссе, 105
тел /факс. (4822) 55-58-78,
E-mail: tvokb@tvcom.ru
ОГРН: 1036900016537
ИНН/КПП 6902010174/695201001

Наименование
организации

« » _____ 20__ г. № _____

**Обращение № _____
о предоставлении социального обслуживания пациенту**

Данные на пациента

Фамилия	
Имя	
Отчество (при наличии)	
Дата рождения	
Адрес регистрации	
Фактическое место жительства	
Контактный телефон пациента (при наличии)	
Контактный телефон лиц, осуществляющих уход за пациентом (при наличии)	
Необходимые социальные услуги	
Причина и степень утраты способности пациента к самообслуживанию	
Срок, в который необходимо обеспечить социальное обслуживание пациента, в том числе необходимость оказания пациенту срочных социальных услуг	

Председатель подкомиссии
врачебной комиссии по отбору больных
для оказания паллиативной медицинской помощи,
заместитель главного врача по медицинской части _____ А.Л. Старцев

Секретарь подкомиссии _____ В.А. Самуйлова

М.П.