



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ**

Карла Маркса ул., 29, Иркутск, 664003
тел./факс (3952) 24-05-86.
e-mail: guzio@guzio.ru

25.10.17 № 02-54-15451/17

на № _____ от _____

Главным врачам
медицинских организаций
Иркутской области

Об обращении

В связи с развитием на территории Иркутской области паллиативной медицинской помощи детям необходимо в срок 27.10.2017 года предоставить в отдел организации медицинской помощи женщинам и детям информацию о количестве детей в соответствии с прилагаемой таблицей:

№ п/п	Полный диагноз ребенка	возраст	в каких мероприятиях нуждается:
			<ul style="list-style-type: none">- круглосуточное ежедневное медицинское наблюдение с введением лекарственных средств внутримышечно, внутривенно,- купирование болевого синдрома с использованием наркотических и психотропных веществ,- санации дыхательных путей,- уход за трахеостомой,- уход за гастростомой,- уход за колоностомой,- ИВЛ на дому.

Заместитель министра

Е.С. Голенецкая

Королёва Т.Ю.
(3952)265122



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ**

Карла Маркса ул., 29, Иркутск, 664003
тел./факс (3952) 24-05-86.
e-mail: guzio@guzio.ru

29.10.17 № 02-50-18452/17
на № _____ от _____

Главным врачам
медицинских организаций
Иркутской области

Об обращении

Министерство здравоохранения Иркутской области информирует об открытии областного государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Иркутский областной хоспис» (далее – Хоспис) для оказания паллиативной медицинской помощи детям в возрасте с 1 года до 17 лет (включительно) с отсутствием реабилитационного потенциала, которые нуждаются в симптоматической терапии, психосоциальной коррекции, медицинском уходе. Целью работы учреждения является улучшение качества жизни ребенка и его семьи.

Госпитализации в хоспис и наблюдению подлежат дети на стадии неуклонного прогрессирования заболевания, требующие по тяжести состояния круглосуточного ежедневного медицинского наблюдения, медикаментозной терапии с введением лекарственных средств внутримышечно, внутривенно, купирования болевого синдрома с использованием наркотических и психотропных веществ; частых санаций дыхательных путей, коррекции противосудорожной терапии, участия медицинского персонала в уходе.

В составе хосписа имеется 2 структурных подразделения: стационарное отделение и отделение выездной паллиативной медицинской помощи.

Порядок приема пациентов в стационарное отделение, рассчитанное на 25 коек, осуществляется на основании направления, выданного медицинскими организациями города Иркутска и Иркутской области. Курсовое лечение до 30 дней, продление срока пребывания до 90 дней по решению врачебной комиссии хосписа.

При поступлении в стационар пациенту необходимо иметь:

- направление направляющей медицинской организации, заверенное руководителем медицинской организации или лицом его замещающим, и печатью учреждения (прилагается);

- заключение врачебной комиссии медицинской организации о необходимости предоставления паллиативной медицинской помощи (прилагается);

- выписка из медицинской документации, заверенная личной подписью лечащего врача, личной подписью руководителя (уполномоченного лица) направляющей медицинской организации, содержащая диагноз заболевания (состояния), код диагноза по МКБ-10, сведения о состоянии здоровья пациента, результатах лабораторных, инструментальных и других видов исследований, подтверждающих установленный диагноз и необходимость оказания паллиативной помощи;

- сведения о перенесенных инфекционных заболеваниях; сведения о профилактических прививках, реакции Манту;

- справка об отсутствии контакта с инфекционными больными (действительна в течение 72-х часов);

- лабораторные исследования (анализ кала на кишечную группу, клинический анализ крови, общий анализ мочи, анализ кала на яйца глистов, соскоб на энтеробиоз) срок действия 10 дней;

- флюорография детям старше 15 лет;

Копии следующих документов заявителя:

- свидетельство о рождении ребенка (паспорт);

- страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования;

- оригинал полиса обязательного медицинского страхования.

Для родителей (законных представителей), сопровождающих лиц госпитализируемых по уходу за ребенком:

- флюорография,

- анализ крови на РМП (реакция микропреципитации),

- справка от терапевта.

- документ, подтверждающий личность (паспорт).

Противопоказаниями к приему в хоспис являются:

- острые формы инфекционных заболеваний до окончания срока изоляции;

- все формы туберкулеза;

- СПИД-индикаторные заболевания у пациентов с ВИЧ-инфекцией;

- психические заболевания, препятствующие пребыванию в Хосписе;

- последствия травм головного и спинного мозга давностью менее 6 месяцев;

- последствия нарушения мозгового кровообращения давностью менее 6 месяцев;

- гнойно-септические заболевания или гнойно-септические осложнения заболеваний;

- острые хирургические заболевания.

После окончания курса стационарного лечения в Хосписе информация о выписке ребенка передается телефонограммой в медицинскую организацию по месту жительства в течение 24 часов.

Отделение выездной патронажной службы предназначено для оказания паллиативной медицинской помощи детям на территории г.Иркутска, г.Шелехова, муниципальные образования Шелеховского района (Большелугское, Шелеховское, Баклашинское, Олхинское, Шаманское) муниципальные образования Иркутского района (Марковское, Дзержинское, Карлукское, Мамонское, Максимовское, Молодежное, Оекское, Ревякинское, Смоленское, Сосновоборское, Уриковское, Хомутовское, Ширяевское).

Функции выездной патронажной службы паллиативной медицинской помощи детям:

- оказание в амбулаторных условиях паллиативной медицинской помощи детям, не нуждающимся в постоянном (в том числе круглосуточном) медицинском наблюдении и лечении;

- динамическое наблюдение в амбулаторных условиях, в том числе на дому, за детьми, нуждающимися в оказании паллиативной медицинской помощи;

- проведение комплексных мероприятий, направленных на улучшение качества жизни пациентов и членов их семей;

- оказание психологических, социальных и услуг, направленных на нормализацию жизни ребенка и его семьи и их адаптацию в социуме;

- оказание консультативной и организационно-методической помощи специалистам других лечебно-профилактических учреждений.

Для наблюдения выездной патронажной службой пациенту необходимо иметь:

- направление медицинской организации, заверенное руководителем медицинской организации или лицом его замещающим, и печатью учреждения (прилагается);

- заключение врачебной комиссии направляющей медицинской организации о необходимости предоставления паллиативной медицинской помощи;

- выписку из медицинской документации, заверенную личной подписью лечащего врача, личной подписью руководителя (уполномоченного лица) направляющей медицинской организации, содержащую диагноз заболевания (состояния), код диагноза по МКБ-10, сведения о состоянии здоровья пациента, результаты лабораторных, инструментальных и других видов исследований, подтверждающих установленный диагноз и необходимость оказания паллиативной помощи;

- свидетельство о рождении пациента (паспорт пациента);

- полис обязательного медицинского страхования;

- сведения о профилактических прививках, реакции Манту;

- паспорт законного представителя (доверенного лица).

Документы для госпитализации (наблюдения выездной бригадой) необходимо предоставлять заранее на e-mail: irkdom-3@mail.ru. Все

обращения регистрируются в «Журнале учета заявок на посещение пациентов», в случае возникшей очередности заполняется сигнальная карта.

Хоспис расположен по адресу: 664043, г. Иркутск, бул. Рябикова, 10-б. Контактный телефон: 8(3952) 59-71- 26, 8(3952) 59-71- 30. Контактное лицо: Торпищева Дина Камилевна .

Заместитель министра



Е.С. Голенецкая

Форма направления пациентов (детей от 1 - 18 лет) в Хоспис.
Направление для оказания паллиативной медицинской помощи детям

Угловой штамп
лечебного учреждения

В ОГБУЗ "Иркутский детский хоспис" направляется: стационарное отделение, отделение
выездной службы (нужное подчеркнуть)

Ф И О _____

Год рождения _____

Адрес _____

Диагноз основной

Диагноз сопутствующий _____

Анамнез _____

Анализы действительны 10 дней от момента взятия:

анализ кала на кишечную группу

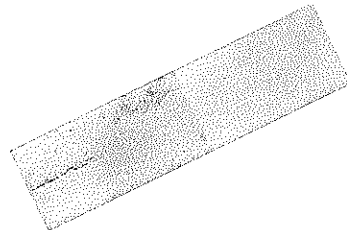
клинический анализ крови

общий анализ мочи

кала на я/ глистов

соскоб на энтеробиоз.

Флюорография детям старше 15 лет.



Главный врач (Ф.И.О.) _____ (подпись) _____

Лечащий врач (Ф.И.О.) _____ (подпись) _____

Дата _____

М.П.

Полное название учреждения

Адрес:

e-mail:

тел./факс:

Дата:

Заключение ВК

Врачебная комиссия в составе:

Ф.И.О. ребенка, дата рождения, в настоящее время суждение о диагнозе следующее:

Клинический диагноз основной:

Сопутствующий диагноз:

Анамнез:

Консультации специалистов подтверждающие клинический диагноз (действительны 3 месяца перед ВК):

Специалист, дата осмотра Ф.И.О.:

Заключение: Например: Состояние стабильно тяжелое по поражению ЦНС. Ребенок не говорит, целевому контакту недоступен, физиологические отправления не контролирует, себя не обслуживает, не ходит, не ползает. Причин для круглосуточного нахождения в стационаре нет. Нуждается в оказании паллиативной медицинской помощи.

Подписи членов комиссии:

М.П.