

Утверждаю  
Вр.и.о. генеральный директор  
СПб ГАУЗ «Хоспис (детский)»

 И.В. Кушнарева

**Положение о сопровождении детей на длительной искусственной вентиляции легких в стационаре СПб ГАУЗ «Хоспис (детский)» и на дому, а также предоставление им дополнительной меры социальной поддержки в виде обеспечения оборудованием, расходными материалами для проведения ИВЛ на дому**

**1. Общие положения**

1.1 Настоящее Положение регламентирует порядок сопровождения детей - жителей Санкт-Петербурга не достигших 18-летнего возраста (Далее – Пациент), нуждающихся в проведении длительной искусственной вентиляции легких (Далее – ИВЛ) в домашних условиях, находящихся под наблюдением Санкт-Петербургского государственного автономного учреждения здравоохранения «Хоспис (детский)» (Далее – Детский хоспис), и предоставления им оборудования и расходных материалов в виде меры социальной поддержки Санкт-Петербурга.

1.2. Настоящее Положение разработано в соответствии с Федеральным Законом РФ № 323-ФЗ от 21 ноября 2011г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 345н/ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации № 372н от 31 мая 2019г. «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», Приказ Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 31 мая 2019г. № 348н «Об утверждении перечня медицинских изделий, предназначенных для поддержания функций органов и систем организма человека, предоставляемых для использования на дому», приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.07.2019 г. № 505н «Об утверждении порядка передачи от медицинской организации пациенту (его законному представителю) медицинских изделий, предназначенных для поддержания функций органов и систем организма человека, для использования на дому при оказании паллиативной медицинской помощи», нормативными правовыми актами Министерства здравоохранения Российской Федерации, пунктом 1 статьи 80 Закона Санкт-Петербурга от 09.11.2011г. № 728-132 «Социальный кодекс Санкт-Петербурга» Закон Санкт-Петербурга, Постановлением Санкт-Петербурга № 563 от «09» июля 2015г. (ред. от 12.12.2017г. № 1049) «О мерах по реализации главы 17 «Социальная поддержка отдельных категорий лиц в части обеспечения лекарственными препаратами, медицинскими изделиями, а также бесплатного изготовления и ремонта зубных протезов» Закона Санкт-Петербурга «Социальный кодекс Санкт-Петербурга», распоряжением Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга № 1-р от «09» января 2018г., Распоряжение Комитета по здравоохранению от 11.07.2018г. № 361-р «О внесении

изменений в распоряжение Комитета по здравоохранению от 09.01.2018г. № 1-р», распоряжением Комитета по здравоохранению от 26.12.2018г. № 680-р «О внесении изменений в распоряжение Комитета по здравоохранению от 09.01.2018г. № 1-р», и другими нормативно-правовыми актами.

## **2. Основные цели и задачи**

2.1. Целью перевода Пациента на длительное сопровождение ИВЛ на дому является повышение качества жизни Пациента и членов его семьи.

2.2. Задачами Детского хосписа при переводе пациента на ИВЛ в домашние условия является:

- проведение консультаций и обучение членов семьи навыкам ухода за Пациентом на аппарате ИВЛ;
- ознакомление с алгоритмом действий членов семьи при возникновении критических ситуаций, по действиям с пациентом, находящимся на аппарате ИВЛ;
- подготовка и перевод Пациента на аппарате ИВЛ в домашние условия;
- сопровождение Пациента медицинскими и немедицинскими специалистами Детского хосписа на дому;
- при переводе ребенка на аппарате ИВЛ в домашние условия, заблаговременное информирование: амбулаторно-поликлиническую медицинскую организацию по адресу проживания пациента и территориальную жилищно-эксплуатационную службу о проживании в районе ее обслуживания Пациента, находящегося на аппарате ИВЛ и зависящего от бесперебойности электроснабжения.

2.3. Контроль, за медицинской деятельностью Детского хосписа при сопровождении пациентов на ИВЛ, за соответствие качества выполняемых медицинских работ (услуг) установленным требованиям осуществляет главный специалист по медицинским вопросам.

## **3. Показания и противопоказания для приема пациента в СПб ГАУЗ «Хоспис (детский)» на портативном аппарате ИВЛ**

3.1. Медицинскими показаниями и обязательными условиями к госпитализации в Детский хоспис для пациентов на аппарате ИВЛ являются:

3.1.1. Тяжелые заболевания, вызывающие нарушения функции дыхания, требующие проведения по жизненным показаниям ИВЛ на дому:

1. Болезни двигательного нейрона: G 12.1. Спинальные мышечные атрофии (СМА);
2. Миопатии: G 71.0. Мышечная дистрофия; G 71.2. Конгенитальная миопатия; E 74.0. Метаболическая миопатия – болезнь Помпе.
3. G 70.2. Конгенитальная миастения.
4. G 96.8 Органическое поражение центральной нервной системы (с утратой респираторной функции) (для граждан, не достигших возраста 18 лет).
5. G 47.3. Врожденный наследственный синдром центральной гиповентиляции (синдром Ундины), для граждан, не достигших возраста 18 лет).

3.1.2. Наличие документов, заполненных законными представителями или Пациентом при переводе из медицинской организации, оказывающей специализированную медицинскую помощь в Детский хоспис:

1. подписанный законными представителями «Согласие законного представителя пациента младше 15 лет на перевод из реанимационного отделения городского детского

стационара в СПб ГАУЗ «хоспис (детский)» и/или самим пациентом «Согласие пациента старше 15 лет на перевод из реанимационного отделения городского детского стационара в СПб ГАУЗ «хоспис (детский)» (Приложение № 1);

2. заключение врачебной комиссии детского городского стационара о медицинских показаниях к проведению паллиативной медицинской помощи, в том числе с указанием необходимого оборудования и расходных материалов для проведения ИВЛ;

4. переводной эпикриз из детского городского стационара,

5. паспорт гражданина Российской Федерации или временное удостоверение личности, выданное на период его замены (для гражданина, достигшего возраста 14 лет).

6. свидетельство о рождении (для граждан, не достигших возраста 14 лет).

7. документ, удостоверяющий личность представителя гражданина (паспорт гражданина Российской Федерации или временное удостоверение личности, выданное на период его замены), и документ, подтверждающий его полномочия (в случае представления документов через представителя гражданина);

8. подписанный законными представителями «Информированное согласие на проведение искусственной вентиляции легких на дому для пациентов младше 15 лет» и/или самим пациентом старше 15 лет «Информированное согласие на проведение искусственной вентиляции легких на дому для пациентов старше 15 лет» (Приложение № 2), в случае согласия законных представителей последующего перевода пациента на ИВЛ в домашние условия.

3.1.3. Наличие портативного аппарата ИВЛ и необходимого сопутствующего оборудования, на балансе СПб ГАУЗ «Хоспис (детский)» или в собственности у пациента.

3.2. Не подлежат направлению в СПб ГАУЗ «Хоспис (детский)»:

- пациенты, находящиеся на аппаратной вентиляции легких в остром коматозном состоянии;

- пациенты, местом жительства которых не является Санкт-Петербург (форма 9).

#### **4. Порядок перевода пациентов из стационаров Санкт-Петербурга в СПб ГАУЗ «Хоспис (детский)» и в домашние условия, при условии согласия родителей**

4.1. Главный специалист по медицинским вопросам СПб ГАУЗ «Хоспис (детский)» совместно с врачом - анестезиологом-реаниматологом стационара медицинского учреждения Санкт-Петербурга, оказывающего специализированную медицинскую помощь (Далее – Стационар детской больницы), где находится ребенок, проводят первичный осмотр Пациента.

4.2. Врачебная комиссия детского городского стационара совместно со специалистом по паллиативной медицинской помощи принимают решение о переводе или не переводе Пациента на ИВЛ в стационар Детского хосписа. Обязательным условием для перевода в Детский хоспис является заполненные документы законным представителем или пациентом, указанные в пункте 3.1.2. настоящего положения.

4.3. В случае принятия решения о переводе пациента в СПб ГАУЗ «Хоспис (детский)»:

4.3.1. Пациенту предоставляется портативный аппарата ИВЛ, находящийся на балансе СПб ГАУЗ «Хоспис (детский)» (в истории болезни делается соответствующая запись) или пациент использует собственный аппарат. Врач-анестезиолог-реаниматолог стационара медицинского учреждения Санкт-Петербурга, оказывающего специализированную медицинскую помощь переводит пациента на портативный аппарат ИВЛ СПб ГАУЗ «Хоспис (детский)», с подбором параметров ИВЛ и оценки динамики

состояния в течение 1-3 суток, с последующим переводом в Детский хоспис на этом аппарате;

4.3.2. В период нахождения пациента на портативном аппарате ИВЛ в стационаре Детского хосписа врач-анестезиолог-реаниматолог совместно с врачом-педиатром (лечащим врачом пациента) проводят консультации членов семьи по навыкам ухода за Пациентом, нуждающимся в ИВЛ в домашних условиях, составляют индивидуальный алгоритм действий на случай развития критических ситуаций (типовой макет данного документа представлен в приложении № 4). В последующем законные представители, которые непосредственно будут осуществлять уход за ребенком, подписывают акт ознакомления с «Алгоритмами действий в критических ситуациях» (Приложение № 5) и заполняют Анкету «Об оценке безопасности домашних условий у пациента, имеющего показания для проведения ИВЛ на дому» (Приложение № 3);

4.3.3 Транспортировку пациента из стационара детской больницы в СПб ГАУЗ «Хоспис (детский)», домой или из дома в стационар СПб ГАУЗ «Хоспис (детский)» по показаниям осуществляют реанимационная педиатрическая бригада городской специализированной скорой медицинской помощи.

4.3.4. СПб ГАУЗ «Хоспис (детский)» при переводе пациента на аппарате ИВЛ в домашние условия информирует:

- амбулаторно-поликлиническую медицинскую организацию по адресу проживания пациента;
- территориальную жилищно-эксплуатационную службу о проживании в районе ее обслуживания Пациента, использующего медицинское оборудование, зависящее от бесперебойности электроснабжения.

4.3.5. Кратность посещения пациента на ИВЛ на дому, состав специалистов, клиничко-социальные параметры наблюдения устанавливаются врачом анестезиологом-реаниматологом совместно с лечащим врачом и медицинским психологом СПб ГАУЗ «Хоспис (детский)» в соответствии с состоянием ребенка по основному заболеванию и с учетом его нахождения на аппарате ИВЛ.

4.4. При отказе пациента, находящегося на продленной ИВЛ и (или) его законного представителя от дальнейшего нахождения в домашних условиях, пациент переводится в реанимационное отделение детского стационара по профилю заболевания или в случае возможности (наличие оборудования и койко/места в палате с индивидуальным постом) продолжает лечение в Детском хосписе.

4.5. При достижении ребенком 18 лет, он передается под наблюдение в ЦРП СПб ГБУЗ «Городской гериатрический центр», с обеспечением соответствующим медицинским оборудованием и расходными материалами по Постановлению Правительства Санкт-Петербурга.

## **5. Порядок предоставления оборудования и расходных материалов для обеспечения пациентов СПб ГАУЗ «Хоспис (детский)», находящихся на продленной ИВЛ на дому**

5.1. Документарное оформление, предоставление оборудования и расходных материалов пациентам, для проведения ИВЛ на дому в виде меры социальной поддержки осуществляется СПб ГБУЗ «Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий» и СПб ГАУЗ «Хоспис (детский)».

5.2. СПб ГАУЗ «Хоспис (детский)» для постановки на учет формирует и передает в СПб ГБУЗ «Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий» следующий пакет документов:

5.2.1. Заключение врачебной комиссии детского городского стационара о медицинских показаниях к проведению паллиативной медицинской помощи, в том числе с указанием необходимого оборудования и расходных материалов для проведения ИВЛ

5.2.2. Заявление законного представителя пациента (Приложение № 7);

5.2.3. Копия документа, удостоверяющий личность гражданина (свидетельство о рождении, паспорт или временное удостоверение личности, выданное на период его замены);

5.2.4. Документ, подтверждающего, что ребенок состоит на диспансерном учете в медицинской организации, подведомственной исполнительным органам государственной власти Санкт-Петербурга (контрольная карта диспансерного наблюдения (учетная форма № 030/у);

5.2.5. Документы, содержащие данные органов регистрационного учета (справка о регистрации по месту жительства ребенка и его законного представителя (форма 9), свидетельство о регистрации по месту жительства ребенка и его законного представителя (форма 8) (в случае если в паспорте гражданина Российской Федерации отсутствует отметка о регистрации гражданина по месту жительства в Санкт-Петербурге);

5.2.6. Судебное решение об установлении места жительства гражданина в Санкт-Петербурге (при наличии);

5.2.7. Копия документа, удостоверяющий личность представителя ребенка (паспорт гражданина Российской Федерации или временное удостоверение личности, выданное на период его замены), и документа, подтверждающий полномочия представителя ребенка (в случае обращения представителя ребенка).

5.3. Копии переданных документов в СПб ГБУЗ «Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий» хранятся у социального работника.

5.4. СПб ГАУЗ «Хоспис (детский)» приглашает специалиста СПб ГБУЗ «Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий» для проведения совместной врачебной комиссии для определения нуждаемости или отказа пациенту в оборудовании и расходных материалах.

5.5. Предоставление оборудования и расходного материала производится СПб ГБУЗ «Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий» на основании договора о временном безвозмездном пользовании.

5.6. Обслуживание и ремонт оборудования, переданного во временное безвозмездное пользование пациентам осуществляется в период гарантийной эксплуатации за счет средств поставщика, в послегарантийный период за счет СПб ГБУЗ «Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий».

5.7. Непосредственно перед закупкой оборудования и расходных материалов проводится совместная врачебная комиссия с участием СПб ГБУЗ «Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий» и СПб ГАУЗ «Хоспис (детский)», с целью подтверждения нуждаемости и корректировки параметров оборудования и расходных материалов.

## Часть 1

# СОГЛАСИЕ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПАЦИЕНТА МЛАДШЕ 15 ЛЕТ НА ПЕРЕВОД ИЗ РЕАНИМАЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГОРОДСКОГО ДЕТСКОГО СТАЦИОНАРА В СПб ГАУЗ «ХОСПИС (ДЕТСКИЙ)»

Я, мать (отец) \_\_\_\_\_  
ФИО

Паспорт: \_\_\_\_\_ выдан: \_\_\_\_\_  
дата: \_\_\_\_\_  
 ребенка \_\_\_\_\_  
(ФИО, дата рождения)  
 находящегося на лечении в \_\_\_\_\_  
(полное название медицинской организации)  
 с диагнозом \_\_\_\_\_

и нуждающийся в постоянной искусственной вентиляции легких (ИВЛ), на основании части 3 статьи 20 Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю согласие на перевод моего ребенка в стационарное отделение СПб ГАУЗ «Хоспис (детский)» для продолжения искусственной вентиляции легких.

Настоящим заявляю, что полностью информирован(а) о диагнозе, особенностях и перспективе лечения нашего ребенка и в доступной нам форме предупреждены о возможных последствиях пребывания нашего ребенка на искусственной вентиляции легких вне лечебного учреждения для его здоровья, в том числе и о последствиях, представляющих непосредственную угрозу его жизни, следующими врачами:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Подписи родителей:

Мать

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
ФИО подпись ФИО подпись

Отец

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
ФИО подпись ФИО подпись

Подписи врачей медицинской организации:

Лечащий врач

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
ФИО подпись ФИО подпись

Заведующий отделением анестезиологии-реанимации

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
ФИО подпись ФИО подпись

Заместитель главного врача по лечебной работе

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
ФИО подпись ФИО подпись

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

## Часть 2

**СОГЛАСИЕ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПАЦИЕНТА МЛАДШЕ 15 ЛЕТ НА  
ПЕРЕВОД ИЗ РЕАНИМАЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГОРОДСКОГО ДЕТСКОГО  
СТАЦИОНАРА В СПб ГАУЗ «ХОСПИС (ДЕТСКИЙ)»**

Я, мать (отец) \_\_\_\_\_

Паспорт: \_\_\_\_\_ выдан: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ дата: \_\_\_\_\_

ребенка \_\_\_\_\_

(ФИО, дата рождения)

находящегося на лечении в

(полное название медицинской организации)

с диагнозом

и нуждающийся в постоянной искусственной вентиляции легких (ИВЛ), на основании части 3 статьи 20 Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", даю согласие на перевод моего ребенка в стационарное отделение СПб ГАУЗ «Хоспис (детский)» для продолжения искусственной вентиляции легких, а также совместного с ним пребывания, обучения навыкам ухода, обращения с аппаратом ИВЛ, что необходимо для последующей организации ИВЛ в домашних условиях под патронажем выездной патронажной службы СПб ГАУЗ «Хоспис (детский)».

Настоящим заявляю, что полностью информирован(а) о диагнозе, особенностях и перспективе лечения нашего ребенка и в доступной нам форме предупреждены о возможных последствиях пребывания нашего ребенка на искусственной вентиляции легких вне лечебного учреждения для его здоровья, в том числе и о последствиях, представляющих непосредственную угрозу его жизни, следующими врачами:

Подписи родителей:

Мать

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

ФИО                  подпись

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

ФИО                  подпись

Отец

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/реанимации  
ФИО подпись

\_\_\_\_\_  
ФИО                                          подпись

Заместитель главного врача по лечебной работе

|     |         |
|-----|---------|
| ФИО | ПОДПИСЬ |
|-----|---------|

«                      » 20 г.

Часть 3

**СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА СТАРШЕ 15 ЛЕТ НА ПЕРЕВОД ИЗ РЕАНИМАЦИОННОГО  
ОТДЕЛЕНИЯ ГОРОДСКОГО ДЕТСКОГО СТАЦИОНАРА  
В СПб ГАУЗ «ХОСПИС (ДЕТСКИЙ)»**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациента, дата рождения)

Паспорт: \_\_\_\_\_ выдан: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ дата: \_\_\_\_\_

находящийся на лечении в \_\_\_\_\_

с диагнозом \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

и нуждающийся в постоянной искусственной вентиляции легких (ИВЛ), на основании части 3 статьи 20 Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю согласие на перевод из реанимационного отделения больницы»

\_\_\_\_\_ (полное название медицинской организации)

Прошу выписать меня из данного стационара в связи с моим последующим согласованным переводом в СПб ГАУЗ «Хоспис (детский)» для продолжения искусственной вентиляции легких, а также совместного пребывания со мной родителей, обучения их навыкам ухода, обращения с аппаратом ИВЛ, что необходимо для последующей организации ИВЛ в моих домашних условиях под патронажем выездной службы СПб ГАУЗ «Хоспис (детский)».

Настоящим заявляю, что полностью информирован(а) о диагнозе, особенностях и перспективе моего лечения и в доступной форме предупрежден(а) о возможных последствиях пребывания на искусственной вентиляции легких вне лечебного учреждения для моего здоровья, в том числе и о последствиях, представляющих непосредственную угрозу жизни, следующими врачами:

Подпись пациента:

\_\_\_\_\_  
ФИО / подпись

Подписи врачей медицинской организации:

Лечащий врач

\_\_\_\_\_  
ФИО / подпись

Заведующий отделением анестезиологии-реанимации

\_\_\_\_\_  
ФИО / подпись

Заместитель главного врача по лечебной работе

\_\_\_\_\_  
ФИО / подпись

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.



Часть 4

**СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА СТАРШЕ 15 ЛЕТ НА ПЕРЕВОД ИЗ РЕАНИМАЦИОННОГО  
ОТДЕЛЕНИЯ ГОРОДСКОГО ДЕТСКОГО СТАЦИОНАРА  
В СПб ГАУЗ «ХОСПИС (ДЕТСКИЙ)»**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациента, дата рождения)

Паспорт: \_\_\_\_\_ выдан: \_\_\_\_\_  
дата: \_\_\_\_\_

находящийся на лечении в \_\_\_\_\_

с диагнозом \_\_\_\_\_

и нуждающийся в постоянной искусственной вентиляции легких (ИВЛ), на основании части 3 статьи 20 Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю согласие на перевод из реанимационного отделения больницы»

\_\_\_\_\_  
(полное название медицинской организации)

Прошу выписать меня из данного стационара в связи с моим последующим согласованным переводом в СПб ГАУЗ «Хоспис (детский)» для продолжения искусственной вентиляции легких.

Настоящим заявляю, что полностью информирован(а) о диагнозе, особенностях и перспективе моего лечения и в доступной форме предупрежден(а) о возможных последствиях пребывания на искусственной вентиляции легких вне лечебного учреждения для моего здоровья, в том числе и о последствиях, представляющих непосредственную угрозу жизни, следующими врачами:

Подпись пациента:

\_\_\_\_\_  
ФИО / подпись

Подписи врачей медицинской организации:

Лечащий врач

\_\_\_\_\_  
ФИО / подпись

Заведующий отделением анестезиологии-  
реанимации

\_\_\_\_\_  
ФИО / подпись

Заместитель главного врача по лечебной работе

\_\_\_\_\_  
ФИО / подпись

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

## Часть 1

**Информированное согласие  
на проведение искусственной вентиляции легких под наблюдением  
СПб ГАУЗ «Хоспис (детский)» для пациента младше 15 лет**

Я, \_\_\_\_\_  
(ФИО одного из родителей, законных представителей ребенка)

ознакомлен(а) с решением Врачебной комиссии о возможности перевода моего ребёнка

\_\_\_\_\_ (ФИО пациента)  
из \_\_\_\_\_ в СПб ГАУЗ «Хоспис (детский)» для продолжения искусственной вентиляции легких (ИВЛ), а также нашего совместного с ним пребывания, обучения навыкам ухода, обращения с аппаратом ИВЛ, что необходимо для последующей организации ИВЛ в наших домашних условиях под наблюдением выездной службы СПб ГАУЗ «Хоспис (детский)».

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что в устной форме я был(а) проинформирован(а) о нецелесообразности продолжения оказания специализированной медицинской помощи в связи с ее неэффективностью и отсутствием в настоящее время каких-либо способов вылечить моего ребенка.

Я согласен (а) с тем, что на данный момент целью врачей и моей целью является улучшение качества жизни ребенка. Мне разъяснили, что данную цель можно достичь комплексом паллиативных мероприятий, в том числе поддержкой дыхания с использованием аппарата искусственной вентиляции легких.

В связи с этим, я подтверждаю свое желание и даю свое согласие на проведение искусственной вентиляции легких моему ребенку под наблюдением СПб ГАУЗ «Хоспис (детский)».

Я осознаю, что несу ответственность за осуществление непосредственного ухода за ребенком в палате СПб ГАУЗ «Хоспис (детский)» и далее на дому, включая санацию трахео-бронхиального дерева и обработку трахеостомы.

Мне разъяснили, что при возникновении экстренной ситуации и необходимости перевода ребенка на стационарный ИВЛ по решению дежурного врача осуществляется перевод в городской стационар в реанимационное отделение. Я поставлена в известность, что в СПб ГАУЗ «Хоспис (детский)» реанимационная служба не предусмотрена.

Я подтверждаю, что мне разъяснили и предоставили в письменном виде алгоритм действий на случай ухудшения состояния ребенка.

Я понимаю, что при нахождении в стационаре СПб ГАУЗ «Хоспис (детский)» в случае отказа аппаратуры необходимо немедленно подключить ребенка к дыханию через мешок Амбу и незамедлительно обратиться к медицинскому персоналу.

Я понимаю, что при нахождении дома в случае отказа аппаратуры необходимо немедленно вызвать скорую медицинскую помощь.

На все вопросы, касающиеся здоровья моего ребенка, я получил (а) ответы, которые были мне полностью понятны.

Мое согласие является добровольным и может быть отозвано мною в любое время, и я понимаю, что это повлечет за собой выписку или перевод в стационарное учреждение города.

Дата «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. Подпись \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (ФИО одного из родителей или другого законного представителя ребенка)

Подписано мною в присутствии двух медицинских работников СПб ГАУЗ Хоспис (детский)».

ФИО и подпись врача детского хосписа \_\_\_\_\_

Часть 2

**Информированное согласие  
на проведение искусственной вентиляции легких под наблюдением  
СПб ГАУЗ «Хоспис (детский)» для пациента старше 15 лет**

Я, \_\_\_\_\_  
(ФИО пациента, дата рождения)

находящийся на лечении в \_\_\_\_\_  
(полное название медицинской организации)

с диагнозом \_\_\_\_\_  
и нуждающийся в постоянной искусственной вентиляции легких (ИВЛ), ознакомлен(а) с решением консилиума о возможности моего перевода из \_\_\_\_\_ в СПб ГАУЗ «Хоспис (детский)» для продолжения искусственной вентиляции легких (ИВЛ), а также совместного пребывания моих законных представителей, обучения навыкам ухода, обращения с аппаратом ИВЛ, что необходимо для последующей организации ИВЛ в наших домашних условиях под наблюдением выездной службы СПб ГАУЗ «Хоспис (детский)».

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что в устной форме я был(а) проинформирован(а) о нецелесообразности продолжения оказания специализированной медицинской помощи в связи с ее неэффективностью и отсутствием в настоящее время каких-либо способов вылечить меня.

Я согласен (а) с тем, что на данный момент целью врачей и моей целью является улучшение качества моей жизни. Мне разъяснили, что данную цель можно достичь комплексом паллиативных мероприятий, в том числе поддержкой дыхания с использованием аппарата искусственной вентиляции легких.

В связи с этим, я подтверждаю свое желание и даю свое согласие на проведение искусственной вентиляции легких под наблюдением СПб ГАУЗ «Хоспис (детский)».

Я осознаю, что мои родители несут ответственность за осуществление непосредственного ухода за мной в палате СПб ГАУЗ «Хоспис (детский)» и далее на дому, включая санацию трахео-бронхиального дерева и обработку трахеостомы/гастростомы.

Мне разъяснили, что при возникновении экстренной ситуации и необходимости перевода ребенка на стационарный ИВЛ по решению дежурного врача осуществляется перевод в городской стационар в реанимационное отделение. Я поставлен (а) в известность, что в СПб ГАУЗ «Хоспис (детский)» реанимационная служба не предусмотрена.

Я подтверждаю, что мне и моим законным представителям разъяснили и предоставили в письменном виде алгоритм действий на случай ухудшения состояния.

Я понимаю, что при нахождении в стационаре СПб ГАУЗ «Хоспис (детский)» в случае отказа аппаратуры моим законным представителям необходимо немедленно подключить меня к дыханию через мешок Амбу и незамедлительно обратиться к медицинскому персоналу.

На все вопросы, касающиеся моего здоровья, я получил (а) ответы, которые были мне полностью понятны.

Мое согласие является добровольным и может быть отозвано мною в любое время, и я понимаю, что это повлечет за собой выписку или перевод в стационарное учреждение города.

Дата «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. Подпись \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(ФИО одного из родителей или другого законного представителя ребенка)

Подписано мною в присутствии двух медицинских работников СПб ГАУЗ Хоспис (детский)».

ФИО и подпись врача детского хосписа \_\_\_\_\_

**Уважаемые родители!**

Оценка безопасности домашних условий носит рекомендательный характер, так как Вы заявили о предоставлении меры социальной поддержки и написали отказ от стационарного лечения, но поскольку искусственная вентиляция легких в домашних условиях требует круглосуточного использования аппаратуры и беспрепятственного оказания медицинской помощи ребенку, то обязательной частью вашей родительской ответственности является достоверность представленной информации о жилищных условиях и соблюдение обязательных требований и рекомендаций. Не пренебрегайте рекомендациями специалистов, так как в ряде случаев от вашей представленной информации и соблюдении рекомендаций будет полностью зависеть жизнь ребенка.

**ОЦЕНКА БЕЗОПАСНОСТИ ДОМАШНИХ УСЛОВИЙ ПАЦИЕНТА,  
ИМЕЮЩЕГО ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ИВЛ НА ДОМУ**

Фамилия, имя, отчество ребенка \_\_\_\_\_

Возраст \_\_\_\_\_

Домашний адрес фактический \_\_\_\_\_

Домашний адрес по регистрации \_\_\_\_\_

| Ответ родителей                                                                                                                                                                                                                                                           | Рекомендовано: |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| <p>Жилище ребенка представляет собой:</p> <p><input type="checkbox"/> Дом</p> <p><input type="checkbox"/> Квартира</p> <p><input type="checkbox"/> Иное (что) _____</p> <p>Дом, квартира, _____<br/>находится в:</p> <p>аварийном состоянии</p> <p>пригодно для жилья</p> |                |
| <b>Безопасность использования кислородного оборудования:</b>                                                                                                                                                                                                              |                |
| В помещении установлен знак "Курение запрещено"                                                                                                                                                                                                                           |                |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет<br><br>Место и порядок хранения кислородного оборудования соответствуют требованиям безопасности<br><br><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                             |
| <b>Энергоснабжение</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                             |
| Дом имеет электроснабжение<br><br><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет<br><br>Электрические розетки заземлены<br><br><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Нет сведений<br><br>Используются удлинители, соответствующие техническим требованиям для использования медицинского оборудования в домашних условиях<br><br><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Нет сведений<br><br>Напряжение в электросети достаточное для использования медицинского оборудования в домашних условиях<br><br><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Нет сведений | Рекомендовано:                                                                                                                                                              |
| <b>Пожароопасность</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                             |
| Имеются детекторы табачного дыма и находятся в технически исправном состоянии<br><br><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет<br><br>Имеются пожарные огнетушители и находятся в исправном состоянии<br><br><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Рекомендовано:<br><br><input type="checkbox"/> установить детекторы табачного дыма<br><input type="checkbox"/> приобрести огнетушитель и сообщено, где его можно приобрести |
| <b>Экологические требования</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                             |
| Доступ к медицинскому оборудованию удобный и адекватный<br><br><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет<br><br>Размер двери позволяет беспрепятственно проносить медицинское оборудование для ИВЛ, наблюдения и ухода за пациентом                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Рекомендовано:                                                                                                                                                              |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет<br><br>В жилище нет домашних насекомых и/или грызунов<br><br><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Есть<br><br>Препятствия для безопасного использования домашнего медицинского оборудования отсутствуют<br><br><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Нет сведений<br><br>Препятствия для безопасного передвижения по дому отсутствуют<br><br><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Присутствуют<br><br>Имеются условия для хранения и утилизации медицинских принадлежностей и острых предметов<br><br><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Нет сведений |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

Законные представители, осуществляющие уход, подтверждают, что им понятны проблемы безопасности и рекомендации по улучшению безопасности ребенка:

Подпись \_\_\_\_\_ ФИО (законного представителя) \_\_\_\_\_  
Дата: \_\_\_\_\_

## **АЛГОРИТМЫ ДЕЙСТВИЙ ПРИ ИЗМЕНЕНИИ В СОСТОЯНИИ РЕБЕНКА, НАХОДЯЩЕГОСЯ НА АППАРАТЕ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ**

### **Признаки нарастания дыхательной недостаточности у ребенка:**

- учащение или урежение дыхания (при вспомогательной ИВЛ)
- изменение ритма дыхания
- появление цианоза губ, лица
- падение Sat.O<sub>2</sub>
- изменение параметров работы аппарата ИВЛ и появление звуковых сигналов
- нарушение проходимости дыхательных путей ребенка из-за скопления мокроты

### **При появлении одного или нескольких признаков, необходимо выполнить следующие действия:**

- проверить все соединения шлангов и проводов, герметичность контура на аппарате ИВЛ
- провести санацию дыхательных путей через трахеотомическую трубку (отсасывание слизи с помощью электроотсоса)
- при сохраняющейся дыхательной недостаточности отключить ребенка от аппарата ИВЛ, начать дыхание с помощью мешка АМБУ и немедленно вызвать медперсонал

### **Действие медперсонала:**

1. Обеспечить дыхание пациенту мешком Амбу, под контролем Sat.O<sub>2</sub>
2. Оценить эффективность выполненных санаций и других действий, выполненных до прихода врача
3. При восстановлении дыхательной функции пациента, продолжить ИВЛ в прежнем режиме, под контролем Sat.O<sub>2</sub> и наблюдение в динамике
4. В случае сохраняющейся или нарастающей ДН, принять решение о госпитализации ребенка в детский городской стационар
5. По телефону **595-37-00** ответственного врача ГССМП Комитета по здравоохранению запросить педиатрическую реанимационную бригаду
6. До приезда бригады обеспечить ребенку дыхание с помощью мешка Амбу. Подготовить переводное направление с указанием ФИО, даты рождения, диагноза, краткого анамнеза; указать с какого времени носитель трахеостомы, с какого времени на аппарате ИВЛ, объем терапии, получаемой в хосписе.

### Акт ознакомления родителей с алгоритмами действий в критических ситуациях

Настоящим Актом подтверждаем, что мы, родители (законные представители) ребенка \_\_\_\_\_

(ФИО ребенка, дата рождения),

мать \_\_\_\_\_

ФИО

Паспорт: \_\_\_\_\_

выдан: \_\_\_\_\_

дата: \_\_\_\_\_

отец \_\_\_\_\_

ФИО

Паспорт: \_\_\_\_\_

выдан: \_\_\_\_\_

дата: \_\_\_\_\_

иной законный представитель ребенка \_\_\_\_\_

ФИО

Паспорт: \_\_\_\_\_

выдан: \_\_\_\_\_

дата: \_\_\_\_\_

в полном объеме информированы о своей ответственности за адекватные доврачебные действия в критических ситуациях, связанных с режимом инвазивной ИВЛ на дому. На все свои вопросы мы получили доступные нашему пониманию ответы и предупреждены об угрозе жизни для нашего ребенка в случае развития у него критических неотложных ситуаций. В случае смены места жительства ребенка (в том числе кратковременной) мы обязуемся заранее и своевременно информировать об этом сотрудников выездной службы СПб ГАУЗ «Хоспис (детский)» в целях оптимальной организации медицинской помощи.

При нахождении в стационаре СПб ГАУЗ «Хоспис (детский)» с ребенком обязуемся сообщать медицинскому персоналу об оставлении ребенка без временного присмотра. При выявлении дыхательной недостаточности начать дыхание с помощью мешка АМБУ и немедленно сообщить медицинскому персоналу.

Подписи родителей или иных законных представителей ребенка:

Мать: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
Подпись
ФИО

Отец: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
Подпись
ФИО

иной законный представитель ребенка: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
Подпись
ФИО

Ответственный за обучение родителей врач:

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Должность
ФИО
подпись

Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 20 \_\_ г.



**Перечень оборудования и расходных материалов для проведения искусственной вентиляции легких на дому**

| №<br>п/п | Наименование оборудования и расходных материалов для проведения искусственной вентиляции легких на дому                                                                                                                                                    | Нормы обеспечения | Сроки эксплуатации |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------|
| <b>1</b> | <b>Оборудование для ИВЛ</b>                                                                                                                                                                                                                                |                   |                    |
| 1.1      | Аппарат искусственной вентиляции легких в комплекте: респираторный блок, контур пациента многоразовый с держателем и увлажнителем, сумка (укладка) для транспортировки, шланг соединения с источником кислорода, руководство пользователя на русском языке | 1 шт.             | не менее 5 лет     |
| 1.2      | Монитор пациента портативный с набором кабелей и расходным имуществом                                                                                                                                                                                      | 1 шт.             | не менее 5 лет     |
| 1.3      | Ультразвуковой распылитель лекарственных средств (небулайзер)                                                                                                                                                                                              | 1 шт.             | не менее 2 лет     |
| 1.4      | Кислородный концентратор медицинский                                                                                                                                                                                                                       | 1 шт.             | не менее 5 лет     |
| 1.5      | Откашливатель с принадлежностями в комплекте с контуром и масками                                                                                                                                                                                          | 1 шт.             | не менее 5 лет     |
| 1.6      | Отсасыватель портативный медицинский электрический                                                                                                                                                                                                         | 1 шт.             | не менее 2 лет     |
| 1.7      | Мешок дыхательный типа Амбу                                                                                                                                                                                                                                | 1 шт.             | не менее 10 лет    |
| 1.8      | Кровать медицинская функциональная                                                                                                                                                                                                                         | 1 шт.             | не менее 5 лет     |
| 1.9      | Насос для энтерального питания                                                                                                                                                                                                                             | 1 шт.             | не менее 5 лет     |
| 1.10     | Набор коннекторов для соединения кислородно- респираторного оборудования                                                                                                                                                                                   | 1 шт.             | не менее 5 лет     |
| 1.11     | Аварийный источник питания (при необходимости)                                                                                                                                                                                                             | 1 шт.             | не менее 5 лет     |
| <b>2</b> | <b>Расходные материалы для ИВЛ</b>                                                                                                                                                                                                                         |                   |                    |
| 2.1      | Контур дыхательный одноразовый                                                                                                                                                                                                                             | 15 шт.            | не менее 1 месяца  |
| 2.2      | Коннектор угловой шарнирный с резиновой заглушкой для порта отсасывания                                                                                                                                                                                    | 10 шт.            | не менее 1 месяца  |
| 2.3      | Фильтр воздушный антибактериальный                                                                                                                                                                                                                         | 15 шт.            | не менее 1 месяца  |
| 2.4      | Катетеры аспирационные одноразовые                                                                                                                                                                                                                         | 50 шт.            | не менее 1 месяца  |
| 2.5      | Зонды для энтерального питания силиконовые (при необходимости)                                                                                                                                                                                             | 10 шт.            | не менее 1 месяца  |
| 2.6      | Трахеостомическая трубка с манжетой низкого давления (при необходимости)                                                                                                                                                                                   | 5 шт.             | не менее 1 месяца  |
| 2.7      | «Искусственный нос» (при необходимости)                                                                                                                                                                                                                    | 5 шт.             | не менее 1 месяца  |
| 2.8      | Материал перевязочный (бинт нестерильный (1 шт.), лейкопластырь гиппоаллергенный 1х500 см (1 шт.), повязка 8х10 см с алюминиевым покрытием (30 шт.))                                                                                                       | набор             | не менее 1 месяца  |
| 2.9      | Мешок гравитационный для питательной смеси (при необходимости)                                                                                                                                                                                             | 5 шт.             | не менее 1 месяца  |

**Заявление  
гражданина для получения оборудования и расходных материалов  
для проведения искусственной вентиляции легких на дому**

\_\_\_\_\_  
(Ф.И. О. заявителя)

\_\_\_\_\_  
(адрес постоянной регистрации)

\_\_\_\_\_  
(телефоны для связи)

Прошу предоставить оборудование и/или расходные материалы для проведения искусственной вентиляции легких на дому

\_\_\_\_\_  
(название медицинского изделия)

Дополнительные сведения:

При рассмотрении заявления прошу учесть:

К заявлению прилагаются следующие документы:

С порядком выдачи медицинского изделия и условиями пользования ознакомлен:

Подпись пациента \_\_\_\_\_ Подпись врача \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.