

**Заключение о наличии показаний к проведению ребенку
паллиативной медицинской помощи**

I. ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

1. ФИО ребенка (полностью):

2. Дата рождения: _____

3. Возраст (полных лет или месяцев): _____

4. Адрес постоянного места жительства (по регистрации): _____

5. Адрес фактического проживания в настоящее время: _____

6. Медицинский страховой полис (серия, номер, дата выдачи): _____

7. Наименование и адрес поликлиники, в которой наблюдается ребенок: _____

8. Удостоверение ребенка-инвалида (номер, дата выдачи, срок действия): _____

II. СВЕДЕНИЯ О ЗАБОЛЕВАНИИ:

1. Клинический диагноз (код МКБ): _____
основной _____

сопутствующий _____

осложнения _____

2. Анамнез основного заболевания (указать динамику течения):

3. Объем и характер проведенного лечения (основные этапы):

4. Объективный статус пациента по органам и системам в настоящий момент:

5. Состояние при переводе (наличие трахеостомы, гастростомы, назогастрального зонда, кислородозависимость – нужное подчеркнуть)

6. Медикаментозная терапия _____

7. Группа заболеваний, подлежащих паллиативной медицинской помощи, к которой относится данный пациент (подчеркнуть необходимое):

1 группа. Дети с тяжелыми ограничивающими жизнь заболеваниями с неблагоприятным прогнозом продолжительности жизни. Терминальная стадия заболевания. Медицинская помощь требуется в течении ограниченного времени.

Полное отсутствие реабилитационного потенциала.

2 группа. Дети с хроническими прогрессирующими угрожающими жизни заболеваниями, при которых преждевременная смерть неизбежна, но лечение и контролируемое наблюдение позволяют продлить ее на длительное время. Дети с респираторной поддержкой ИВЛ. Медицинская помощь оказывается с момента постановки диагноза длительно.

Отсутствие или незначительный реабилитационный потенциал.

3 группа. А.- Дети с угрожающими жизни состояниями имеющие неопределенный прогноз. Медицинская помощь оказывается ограниченное время; при стабилизации состояния ребенок снимается с наблюдения, при прогрессировании заболевания переводится во 2 или 1 группы.

Наличие положительного реабилитационного потенциала.

Б.- Группа неинтенсивного наблюдения по заявлению родителей. К этой группе относятся семьи, которые нуждаются в сопровождении в период горевания(беривемент).

III. ЗАКЛЮЧЕНИЕ КОМИССИИ:

Обоснование причин полной исчерпанности радикальной терапии или ее изначальной невозможности: _____

2. Рекомендуемая форма организации паллиативной помощи для пациента в настоящее время (обосновать необходимое):

Амбулаторная: _____

Стационарная: _____

Подписи членов комиссии:

Руководитель медицинской организации (или его заместитель): _____

Заведующий структурным подразделением медицинской организации:

Лечащий врач-специалист по профилю заболевания: _____

Дата, место печати: _____

С заключением ознакомлен (родитель, законный представитель, указать, кто именно):

(подпись)

(ФИО полностью)

(дата)

