

бюджетное учреждение здравоохранения Омской области  
"Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 2"  
(БУЗОО "ГКБСМП № 2")

*И.И.И.И.И.*

ПРИКАЗ

№ 46

г. Омск

Об утверждении Порядка передачи от БУЗОО «ГКБСМП № 2» пациенту (его законному представителю) медицинских изделий для использования на дому при оказании паллиативной медицинской помощи пациентам БУЗОО «ГКБСМП № 2»

В целях повышения качества оказания паллиативной медицинской помощи пациентам БУЗОО «ГКБСМП № 2», а также в целях реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Омской области, во исполнение приказа Минздрава России от 10.07.2019 № 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», приказа Минздрава России от 31.05.2019 № 348н «Об утверждении перечня медицинских изделий, предназначенных для поддержания функций органов и систем организма человека, предоставляемых для использования на дому»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить Порядок передачи пациенту (его законному представителю) медицинских изделий, предназначенных для поддержания функций органов и систем организма человека, для использования на дому при оказании паллиативной медицинской помощи пациентам БУЗОО «ГКБСМП № 2» согласно приложению № 1 к настоящему приказу.
2. Утвердить форму договора безвозмездного пользования медицинскими изделиями, предназначенными для поддержания функции органов и систем организма человека, предоставляемых для использования на дому согласно приложению № 2 к настоящему приказу.
3. Утвердить форму акта приема-передачи медицинского изделия согласно приложению № 3 к настоящему приказу.
4. Утвердить форму информированное добровольное согласие пациента (его законного представителя) на медицинское вмешательство согласно приложению № 4 к настоящему приказу.
5. Утвердить форму информированного добровольного согласия пациента (его законного представителя) на проведение паллиативной медицинской помощи на дому с использованием медицинского изделия согласно приложению № 5 к настоящему приказу.
6. Утвердить форму анкеты о состоянии домашних условий пациента согласно приложению № 6 к настоящему приказу.

7. Утвердить форму акта возврата медицинского изделия согласно приложению № 7 к настоящему приказу.

8. Утвердить форму журнала учета пациентов паллиативного профиля, нуждающихся в обеспечении медицинскими изделиями на дому согласно приложению № 8 к настоящему приказу.

9. Заместителю главного врача по поликлиническому разделу работы Езерской Е.В. организовать работу по передаче от БУЗОО «ГКБСМП № 2» пациенту (его законному представителю) медицинских изделий, предназначенных для поддержания функций органов и систем организма человека, для использования на дому при оказании паллиативной медицинской помощи согласно утвержденному порядку.

10. Начальнику отдела автоматизированных систем управления Турбай И.А. разместить настоящий приказ на страницах официального сайта учреждения в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

11. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя главного врача по медицинской части Филатенкову Т.В.

Главный врач



О.А. Попов

## ПОРЯДОК

передачи пациенту (его законному представителю) медицинских изделий, предназначенных для поддержания функций органов и систем организма человека, для использования на дому при оказании паллиативной медицинской помощи пациентам БУЗОО «ГКБСМП № 2»

1. Настоящий Порядок устанавливает правила передачи БУЗОО «ГКБСМП № 2» пациенту (взрослому) или его законному представителю медицинских изделий, предназначенных для поддержания функций органов и систем организма человека для использования на дому при оказании паллиативной медицинской помощи.

2. Решение о передаче пациенту (его законному представителю) медицинского изделия принимается врачебной комиссией БУЗОО «ГКБСМП № 2» на основании заключения лечащего врача (врача паллиативной медицинской помощи), выявившего медицинские показания для использования медицинского изделия на дому.

Данное заключение должно быть оформлено в медицинской документации пациента.

3. К заключению лечащего врача, указанному в пункте 2 настоящего Порядка, прилагается информированное добровольное согласие пациента (его законного представителя) на медицинское вмешательство (далее - информированное добровольное согласие), а также анкета о состоянии домашних условий пациента, заполняемая и прилагаемая к заключению в случае передачи медицинского изделия для искусственной вентиляции легких (далее - аппарат ИВЛ) и медицинских изделий, предназначенных для использования совместно с аппаратом ИВЛ, либо медицинской кровати и медицинских изделий, предназначенных для использования совместно с медицинской кроватью (далее - анкета).

Типовые формы информированного добровольного согласия пациента (его законного представителя) на медицинское вмешательство, информированное добровольное согласие пациента (его законного представителя) на проведение искусственной вентиляции легких на дому, а также типовая форма анкеты о состоянии домашних условий пациента утверждаются главным врачом БУЗОО «ГКБСМП № 2».

Информированное добровольное согласие пациента (его законного представителя) на медицинское вмешательство, а также анкета о состоянии домашних условий пациента заполняются и прилагаются к заключению в случае передачи медицинского изделия для искусственной вентиляции легких (далее - аппарат ИВЛ) и медицинских изделий, предназначенных для использования совместно с аппаратом ИВЛ, либо медицинской кровати и медицинских изделий, предназначенных для использования совместно с медицинской кроватью (далее - анкета).

Отказ пациента (его законного представителя) от заполнения и подписания информированного добровольного согласия и анкеты (при необходимости) фиксируется в медицинской документации пациента.

4. Решение о передаче пациенту (его законному представителю) медицинского изделия принимается врачебной комиссией БУЗОО «ГКБСМП № 2» в течение трех рабочих дней со дня поступления документов, указанных в абзаце первом пункта 3 настоящего Порядка, оформляется в медицинской документации пациента и **направляется врачу паллиативной медицинской помощи, обеспечивающему организацию передачи пациенту (его законному представителю) медицинского изделия.**

5. Передача медицинской организацией пациенту (его законному представителю) медицинского изделия осуществляется в течение пяти рабочих дней с даты принятия решения, указанного в пункте 4 настоящего Порядка, на основании договора безвозмездного пользования медицинскими изделиями, предназначенными для поддержания функции органов и систем организма человека, предоставляемых для использования на дому (далее - медицинское изделие) и акта приема-передачи медицинского изделия, оформленных по форме, утвержденной приказом главного врача БУЗОО «ГКБСМП № 2».

6. При передаче пациенту, нуждающемуся в длительной респираторной поддержке (его законному представителю), аппарата ИВЛ обеспечивается передача второго аппарата ИВЛ в случае неспособности пациента (его законного представителя, родственников, иных лиц, осуществляющих уход за пациентом) поддерживать спонтанную вентиляцию легких у пациента в течение 2 - 4 часов.

7. Учет пациентов паллиативного профиля, нуждающихся в обеспечении медицинскими изделиями на дому, подбор и выдача им необходимых медицинских изделий для использования на дому (за исключением медицинских изделий, требующих обучения и подбора функционального режима) осуществляется врачом паллиативной медицинской помощи, оказывающими первичную медико-санитарную помощь.

8. Врач паллиативной медицинской помощи:

8.1. обеспечивает учет и контроль за использованием по целевому назначению всех выданных медицинских изделий, предназначенных для поддержания функции органов и систем организма человека при оказании паллиативной помощи на дому.

8.2. на основании подписанного пациентом (его законным представителем) акта возврата медицинского изделия (при наличии неисправности, окончания срока эксплуатации, смерти пациента, отказ пациента от использования изделия), организует прием медицинского изделия от пациента (законного представителя).

Приложение № 2  
к приказу главного врача  
БУЗОО "ГКБСМП № 2"  
от 21.03.2023 г. № 4/6

Договор № \_\_\_\_\_

безвозмездного пользования медицинскими изделиями, предназначенными для поддержания функции органов и систем организма человека, предоставляемых для использования на дому (далее - медицинское изделие)

г. Омск

«\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 2», именуемое в дальнейшем «Медицинская организация», в лице действующего на основании доверенности № \_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г., с одной стороны, и Пациент (законный представитель) \_\_\_\_\_,

ФИО, год рождения пациента (законного представителя)

(наименование документа, удостоверяющего личность, серия, №, кем выдан, дата выдачи)

СНИЛС, \_\_\_\_\_ полис ОМС,

(адрес регистрации по месту жительства / пребывания)

(адрес фактического места жительства)

именуемый(-ая) далее "Пациент", со второй стороны,

ФИО, год рождения пациента и/ или ФИО лица, осуществляющего уход за пациентом

(наименование документа, удостоверяющего личность, серия, №, кем выдан, дата выдачи)

(адрес регистрации по месту жительства / пребывания)

(адрес фактического места жительства)

именуемый (-ая) далее "Получатель", с третьей стороны, в целях обеспечения лечения и ухода за пациентом, имеющим показания к проведению паллиативной медицинской помощи на дому с использованием медицинского изделия (протокол заседания врачебной комиссии Медицинской организации от "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 202\_\_ г. № \_\_\_\_), с учетом информированного добровольного согласия пациента (законного представителя) на проведение паллиативной медицинской помощи на дому с использованием медицинского изделия от "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 202\_\_ г. заключили настоящий договор о нижеследующем:

### 1. Предмет договора

1.1. В соответствии с условиями настоящего Договора Медицинская организация передает в безвозмездное временное пользование

№ п/п	Наименование медицинского изделия	Количество	Цена, руб.

для его использования при оказании пациенту паллиативной медицинской помощи на дому.

1.2. Настоящий договор заключается в соответствии с перечнем медицинских изделий, предназначенных для поддержания функции органов и систем организма человека, предоставляемых для использования на дому, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.05.2019 № 348н.

1.3. Медицинское изделие передается по акту приема-передачи Пациенту и Получателю (или только Получателю, если состояние здоровья Пациента не позволяет подписать акт приема-передачи) в течение 5 (пяти) рабочих дней с даты подписания сторонами настоящего Договора вместе с копиями всех относящихся к медицинскому изделию технических паспортов, инструкций по эксплуатации и другой документации.

1.4. Вместе с медицинским изделием по акту приема-передачи передаются медицинские изделия, необходимые для использования Пациентом, на срок и в объеме, определенном решением врачебной комиссии Медицинской организации.

1.5. Передача медицинских изделий Пациенту и/или Получателю осуществляется в месте нахождения Медицинской организации.

1.6. Медицинское изделие подлежит возврату Пациентом или Получателем в том состоянии, в котором оно было передано Пациенту, с учетом нормального износа.

1.7. Медицинское изделие может использоваться исключительно в целях оказания паллиативной медицинской помощи на дому с использованием медицинского изделия.

1.8. Медицинское изделие преимущественно используется Пациентом по адресу:

---

(адрес фактического места жительства Пациента)

## 2. Права и обязанности сторон

### 2.1. Медицинская организация обязана:

1) провести инструктаж Пациента и Получателя (либо только Получателя, если состояние здоровья Пациента не позволяет провести его инструктаж) правилам пользования медицинским изделием перед его передачей в безвозмездное временное пользование;

2) предоставить медицинское изделие в исправном состоянии, комплектно вместе со всеми относящимися к нему документами;

3) провести пуско-наладочные работы;

4) проводить техническое обслуживание медицинского изделия в сроки, установленные технической документацией,

5) предварительно проинформировать Пациента и/или Получателя о проведении технического обслуживания медицинского изделия не менее чем за 3 рабочих дня;

6) при наличии показаний для подбора или изменения режима респираторной поддержки, обеспечить госпитализацию Пациента в БУЗОО «ГКБСМП № 2», если невозможно осуществить подбор или изменение режима респираторной поддержки в амбулаторных условиях;

7) в случае необходимости (ремонт, плановая/внеплановая замена) предоставлять Пациенту подменное медицинское изделие на период ремонта или технического обслуживания ранее предоставленного медицинского изделия;

8) при невозможности предоставления подменного медицинского изделия решить вопрос по госпитализации Пациента в БУЗОО «ГКБСМП № 2» или в медицинскую организацию, оказывающую специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, для проведения респираторной поддержки до момента замены медицинского изделия.

### 2.2. Медицинская организация вправе:

1) контролировать использование медицинского изделия Пациентом;

2) в случае обнаружения неэффективного или нецелевого использования медицинского изделия, направить Пациенту и/или Получателю письменное предупреждение.

### 2.3. Пациент и/или Получатель обязаны:

1) обеспечить использование медицинского изделия только по его целевому назначению – в целях поддержания функций органов и систем организма Пациента, получающему паллиативную медицинскую помощь на дому, и в соответствии с условиями настоящего Договора;

2) пройти инструктаж по эксплуатации медицинского изделия, в том числе в случае нарушения режима его работы и внезапного отключения медицинского изделия;

3) неукоснительно соблюдать инструкции по эксплуатации медицинского изделия, в том числе при нарушении режима его работы;

4) обеспечить постоянный контроль за работой медицинского изделия;

5) обеспечить свободный доступ в помещение, где будет установлено медицинское изделие, уполномоченным сотрудникам Медицинской организации для проведения технического обслуживания, проверки состояния, а также контроля использования медицинского изделия в соответствии с целевым назначением, технической документацией и инструкциями;

б) уведомить Медицинскую организацию обо всех изменениях, имеющих отношение к настоящему Договору (например, смена места жительства, паспортных данных и т.д.) в течение трех дней с момента наступления изменений;

- об изменении адреса (в течение трех дней), по которому Пациент преимущественно использует медицинское изделие (например, постоянное или временное, более чем на 5 дней, изменение фактического места жительства; госпитализация в медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь).

7) вернуть медицинское изделие вместе с документами, переданными вместе с медицинским изделием, при отсутствии эксплуатации.

#### **2.4. Получатель обязан:**

1) обеспечить круглосуточный уход за пациентом;

2) обеспечить круглосуточный доступ к Пациенту для оказания ему медицинской помощи.

**2.5. Пациент и /или Получатель не вправе** передавать свои права и обязанности по настоящему Договору третьим лицам, отдавать медицинское изделие в залог.

**2.6. Пациент и/или Получатель вправе** в любой момент в одностороннем порядке отказаться от настоящего Договора, вернув медицинское изделие вместе с документами в Медицинскую организацию по акту возврата.

### **3. Ответственность сторон**

3.1. За неисполнение обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность, установленную действующим законодательством Российской Федерации.

3.2. Получатель и Пациент несут солидарную ответственность перед Медицинской организацией за исполнение настоящего Договора.

### **4. "Форс-мажор"**

4.1. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему Договору, если это неисполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы, возникших после заключения настоящего Договора в результате обстоятельств чрезвычайного характера, которые стороны не могли предвидеть или предотвратить.

### **5. Риск случайной гибели или случайного повреждения медицинского изделия**

5.1. Пациент и Получатель несут ответственность за риск случайной гибели или случайного повреждения, полученного в безвозмездное целевое пользование медицинского изделия, если медицинское изделие погибло или было испорчено в связи с тем, что оно использовалось с нарушением условий настоящего Договора, либо было передано третьему лицу.

5.2. Пациент и Получатель не несут ответственность за риск случайной гибели или случайного повреждения, полученного в безвозмездное целевое пользование медицинского изделия, если оно погибло или было испорчено по причинам, не связанным с тем, что Пациент или Получатель использовали медицинское изделие с нарушением условий Договора или назначением медицинского изделия, либо передал его третьему лицу.

### **6. Срок действия договора**

6.1. Медицинское изделие предоставляется на срок оказания медицинской помощи (паллиативной медицинской помощи на дому), но не более чем на 1 год.

По истечении срока, указанного в настоящем пункте, при отсутствии возражений Сторон Договор продлевается на тех же условиях и тот же срок.

6.2. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания и действует в течение срока, указанного в п. 6.1. настоящего Договора.

### **7. Изменение и прекращение договора**

7.1. Обязательства по настоящему Договору прекращаются в момент подписания Акта возврата медицинского изделия Пациентом или Получателем.

7.2. Договор может быть изменен или досрочно расторгнут по письменному соглашению сторон.

7.3. Уведомление о расторжении Договора направляется стороне не позднее, чем за десять рабочих дней до предполагаемой даты расторжения Договора.

7.4. Медицинская организация вправе в одностороннем порядке отказаться от настоящего Договора и расторгнуть Договор в одностороннем порядке в случаях, когда Пациент или Получатель:

- использует медицинское изделие не в соответствии с Договором или назначением медицинского изделия;
- наносит ущерб состоянию медицинского изделия;
- нарушает инструкции по эксплуатации медицинского изделия;
- не исполняет иные обязательства, предусмотренные настоящим Договором.

7.5. Договор прекращается в случае изменения обстоятельств, послуживших основанием для заключения настоящего Договора (в том числе, но не ограничиваясь: госпитализация пациента для оказания медицинской помощи в стационарных условиях, предоставление пациенту иного оборудования в целях поддержания функций органов и систем организма, принятие врачебной комиссией Медицинской организации решения о наличии у Пациента противопоказаний или об отсутствии медицинских показаний к применению медицинского изделия, констатация факта смерти Пациента).

7.6. Договор может быть изменен или его действие может быть прекращено в иных случаях, предусмотренных законодательством или настоящим Договором.

7.7. Прекращение Договора не освобождает стороны от ответственности за его нарушение.

#### 8. Разрешение споров

8.1. Все споры и разногласия, которые могут возникнуть между сторонами по вопросам, не имеющим своего разрешения по тексту настоящего Договора, будут разрешаться путем переговоров на основе действующего законодательства.

8.2. При не урегулировании в процессе переговоров спорных вопросов, споры разрешаются в судебном порядке, установленном действующим законодательством, в суде по месту нахождения Медицинской организации.

#### 9. Дополнительные условия и заключительные положения

9.1. Любые изменения и дополнения к настоящему Договору действительны при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны сторонами или надлежаще уполномоченными на то представителями сторон.

9.2. Все уведомления и сообщения должны направляться в письменной форме.

9.3. Во всем остальном, что не предусмотрено настоящим Договором, стороны руководствуются действующим законодательством.

#### 10. Адреса, реквизиты и подписи сторон

<i>От Медицинской организации</i>	<i>Получатель</i>	<i>Пациент</i>
БУЗОО «ГКБСМП № 2» 644021, г. Омск, ул. Л. Чайкиной, д. 7 Тел: 3812 (32-22-03) ИНН 5506020843 ОГРН 1025501251797	ФИО: _____ _____ Паспорт _____ _____ _____ Адрес: _____ _____ Конт. телефон: _____ _____ Получатель _____	ФИО: _____ _____ Паспорт _____ _____ _____ Адрес: _____ _____ Конт. телефон: _____ _____ Пациент _____
_____ Подпись	_____ Подпись	_____ Подпись



Приложение № 3  
к приказу главного врача  
БУЗОО "ГКБСМП № 2"  
от 21.03.2023 г. № 46

**Акт  
приема-передачи медицинского изделия**

г. Омск

«\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 2», именуемое в дальнейшем "Медицинская организация", в лице \_\_\_\_\_

действующего(ая) на основании доверенности № \_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г., с одной стороны, и

\_\_\_\_\_  
ФИО, год рождения пациента и/ или ФИО лица, осуществляющего уход за пациентом именуемый (-ые) далее

указать нужное: "Пациент" и / или "Получатель", в соответствии с условиями Договора безвозмездного пользования медицинским изделием от «\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г. № \_\_\_\_\_ подписали настоящий Акт о передаче Медицинской организацией

указать нужное: "Пациент" и / или "Получатель" медицинского изделия.

№ п/п	Наименование медицинского изделия	Количество	Цена, руб.

Вместе с медицинским изделием переданы следующие документы по его эксплуатации:

Медицинское изделие комплектно и находится в исправном состоянии. Замечания к состоянию отсутствуют.  
Настоящий Акт составлен в \_\_\_ экземплярах: по одному для Медицинской организации и Пациента и/или Получателя (нужное подчеркнуть)

**Подписи сторон:**

<i>От Медицинской организации</i>	<i>Получатель</i>	<i>Пациент</i>
_____ (_____)	Подпись _____ ФИО	Подпись _____ ФИО

Информированное добровольное согласие  
на медицинское вмешательство

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, либо законного представителя)  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_  
(дата рождения гражданина, либо законного представителя)

\_\_\_\_\_ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)  
проживающий по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия  
законным представителем)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, проживающего по адресу: \_\_\_\_\_  
(дата рождения пациента при подписании согласия законным представителем)

\_\_\_\_\_ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

в \_\_\_\_\_  
(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или 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».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

\_\_\_\_\_ фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

Приложение № 5  
к приказу главного врача  
БУЗОО "ГКБСМП № 2"  
от 21.03.2023 г. № 46

Информированное добровольное согласие пациента  
на проведение паллиативной медицинской помощи на дому  
с использованием медицинского изделия

г. Омск

Я, \_\_\_\_\_  
ФИО (пациента и/или законного представителя)

находящийся на лечении в бюджетном учреждении здравоохранения Омской области «Городская  
клиническая больница скорой медицинской помощи № 2» (БУЗОО «ГКБСМП № 2») с  
диагнозом \_\_\_\_\_

и нуждающийся в постоянной искусственной вентиляции легких (далее - ИВЛ), ознакомлен(а) с решением  
врачебной комиссии о возможности продолжения проведения мне ИВЛ на дому под наблюдением  
амбулаторной службы.

Я согласен(а) с тем, что на данный момент целью врачей и моей целью является улучшение  
качества 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 в домашних условиях.

Я осознаю, что мои законные представители несут юридическую ответственность за осуществление  
непосредственного ухода за мной на дому, включая санацию верхних и нижних дыхательных путей и уход  
за зондами и катетерами.

Мне разъяснили, что на дому я буду наблюдаться сотрудниками выездной амбулаторной службы  
медицинского учреждения по месту моего постоянного проживания.

Я подтверждаю, что мне и моим законным представителям разъяснили и предоставили в  
письменном виде алгоритм действий на случай развития кризисных ситуаций на дому. Я понимаю, что в  
случае отказа аппаратуры могут возникать риски для моей жизни и здоровья, поэтому необходимо  
связаться с наблюдающей патронажной службой, или в случае затруднения дыхания необходимо  
немедленно с помощью законных представителей подключить к дыханию через мешок Амбу и вызвать  
бригаду скорой медицинской помощи для моей госпитализации в ближайшую стационарную медицинскую  
организацию, имеющую в своей структуре отделение анестезиологии-реанимации или блок (палату)  
реанимации и интенсивной терапии, обеспечивающие круглосуточное медицинское наблюдение и лечение.

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.

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

Подпись \_\_\_\_\_  
(ФИО пациента и/или законного представителя)

Подписано мною в присутствии двух медицинских работников

ФИО, подпись пациента \_\_\_\_\_

ФИО, подпись законного представителя \_\_\_\_\_

ФИО, подпись лечащего врача \_\_\_\_\_

ФИО, подпись медицинской сестры \_\_\_\_\_

Приложение № 6 к приказу главного врача  
БУЗОО "ГКБСМП № 2" от \_\_\_\_\_ г. № \_\_\_\_\_

Анкета  
о состоянии домашних условий пациента

1. Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) пациента \_\_\_\_\_
2. Дата, год и место рождения \_\_\_\_\_
3. Адрес места проживания (место регистрации, фактического проживания) \_\_\_\_\_
4. Номер полиса обязательного медицинского страхования пациента \_\_\_\_\_
5. Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) законного представителя \_\_\_\_\_
6. Дата, год и место рождения законного представителя пациента \_\_\_\_\_
7. Адрес места проживания законного представителя (место регистрации, фактического проживания) \_\_\_\_\_
8. Вид жилого помещения <sup>1</sup>, в котором проживает пациент:
- жилой дом       часть жилого дома
- квартира       часть квартиры
- комната
9. Наличие в жилом помещении стационарного телефона:
- да  нет
10. Наличие домофона при входе в жилое помещение:
- да  нет
11. Доступность жилья для экстренных оперативных служб <sup>2</sup> (подъезд к дому):
- да  нет
12. Сведения об энергетических ресурсах <sup>3</sup>, имеющихся в жилом помещении:
- 12.1. Наличие в жилом помещении электроснабжения:
- да  нет
- Розетки, подведенные к электрической сети, заземлены:
- да  нет  нет сведений
- Возможности использования удлинителей, соответствующих техническим требованиям, для использования медицинского изделия на дому:
- да  нет  нет сведений
- Напряжения в электрической сети, достаточного для использования медицинского изделия на дому:
- да  нет  нет сведений

12.2. Наличие в жилом помещении водоснабжения:

да  нет

централизованная система водоснабжения

нецентрализованная система водоснабжения

горячее водоснабжение  холодное водоснабжение

12.3. Наличие в жилом помещении централизованного водоотведения:

да  нет

12.4. Источники тепловой энергии в жилом помещении:

централизованное теплоснабжение

нецентрализованное теплоснабжение (указать какое) \_\_\_\_\_

13. Сведения об обеспечении пожарной безопасности в жилом помещении пациента:  
Соответствие жилого помещения требованиям пожарной безопасности <sup>4</sup>:

да  нет

Наличие пожарных огнетушителей в жилом помещении:

да  нет

Пожарные огнетушители находятся в исправном состоянии:

да  нет

Наличие аварийного выхода в жилом помещении:

да  нет  нет сведений

Наличие плана действий при пожаре в жилом помещении:

да  нет  нет сведений

14. В жилом помещении имеются системы кондиционирования и охлаждения воздуха:

да  нет

Системы кондиционирования (охлаждения) воздуха в жилом помещении:

кондиционер  сплит-система  увлажнитель воздуха

иное (указать) \_\_\_\_\_

15. В жилом помещении имеется технически исправный холодильник (морозильная камера):

да  нет

16. Размеры дверных проемов позволяют беспрепятственно пронести медицинское изделие:

да  нет

17. Сведения об обеспечении беспрепятственной доступности к медицинскому изделию в случае его установки в жилом помещении:

да  нет  иное (указать) \_\_\_\_\_

18. Наличие в жилом помещении домашних животных:

да  нет

вид и количество животных (если ответ «да») \_\_\_\_\_

19. Наличие в жилом помещении насекомых и (или) грызунов:

да  нет  нет сведений

Пациент \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (последнее при наличии), подпись)

Законный представитель \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (последнее при наличии), подпись)

Дата \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Статья 16 Жилищного кодекса Российской Федерации (Собрание законодательства Российской Федерации, 2005, № 1, ст. 14).

<sup>2</sup> Пункт 7 Положения о системе обеспечения вызова экстренных оперативных служб по единому номеру «112», утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 958 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6932; 2012, № 37, ст. 5002; 2015, № 11, ст. 1607; 2018, № 49, ст. 7600).

<sup>3</sup> Федеральный закон от 23 ноября 2009 г. № 261-ФЗ «Об энергосбережении и о повышении энергетической эффективности и о внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2009, № 48, ст. 5711; 2011, № 29, ст. 4288; 2013, № 52, ст. 6964; 2015, № 1, ст. 19; № 27, ст. 3967; 2016, № 27, ст. 4202; 2017, № 31, ст. 4745, 4766, 4828; 2018, № 18, ст. 2577; № 53, ст. 8448).

<sup>4</sup> Федеральный закон от 21 декабря 1994 г. № 69-ФЗ «О пожарной безопасности» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1994, № 35, ст. 3649; 1995, № 35, ст. 3503; 1996, № 17, ст. 1911; 1998, № 4, ст. 430; 2000, № 46, ст. 4537; 2001, № 33, ст. 3413; 2002, № 1, ст. 2; № 30, ст. 3033; 2003, № 2, ст. 167; 2004, № 19, ст. 1839; № 27, ст. 2711; № 35, ст. 3607; 2005, № 1, ст. 25; № 14, ст. 1212; № 19, ст. 1752; 2006, № 6, ст. 636; № 44, ст. 4537; № 50, ст. 5279; № 52, ст. 5498; 2007, № 18, ст. 2117; № 43, ст. 5084; 2008, № 30, ст. 3593; 2009, № 11, ст. 1261; № 29, ст. 3635; № 45, ст. 5265; № 48, ст. 5717; 2010, № 30, ст. 4004; № 40, ст. 4969; 2011, № 1, ст. 54; № 30, ст. 4590, 4591, 4596; № 46, ст. 6407; № 49, ст. 7023; 2012, № 53, ст. 7608; 2013, № 7, ст. 610; № 27, ст. 3477; 2014, № 11, ст. 1092; 2015, № 1, ст. 88; № 10, ст. 1407; № 18, ст. 2621; № 27, ст. 3951; № 29, ст. 4359, 4360; № 48, ст. 6723; 2016, № 1, ст. 68; № 15, ст. 2066; № 22, ст. 3089; № 26, ст. 388; 2017, № 22, ст. 3069; № 237, ст. 3938; № 31, ст. 4765, 4861; 2018, № 45, ст. 6824).

Приложение № 7  
к приказу главного врача  
БУЗОО "ГКБСМП № 2"  
от 21.03.2023 г. № 46

**Акт  
возврата медицинского изделия**

г. Омск

«\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 2», именуемое в дальнейшем "Медицинская организация", в лице в лице \_\_\_\_\_

действующего(ая) на основании доверенности №\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г., с одной стороны, и

\_\_\_\_\_  
ФИО, год рождения пациента и/ или ФИО лица, осуществляющего уход за пациентом именуемый (-ые) далее

указать нужное: "Пациент" и / или "Получатель", в соответствии с условиями Договора безвозмездного пользования медицинским изделием от «\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г. № \_\_\_\_\_ подписали настоящий Акт возврата медицинского изделия Медицинской организации

указать нужное: "Пациентом" и / или "Получателем"

№ п/п	Наименование медицинского изделия	Количество	Цена, руб.

Вместе с медицинским изделием возвращены следующие документы по его эксплуатации:

\_\_\_\_\_

Медицинское изделие комплектно и находится в исправном состоянии. Замечания к состоянию отсутствуют. Настоящий Акт составлен в \_\_\_\_\_ экземплярах: по одному для Медицинской организации, и Пациента и/или Получателя (нужное подчеркнуть).

**Подписи сторон:**

<i>От Медицинской организации</i>	<i>Получатель</i>	<i>Пациент</i>
Главный врач _____ О.А. Попов	Подпись _____ ФИО	Подпись _____ ФИО

Приложение № 8  
к приказу главного врача  
БУЗОО "ГКБСМП № 2"  
от 21.03.2023 г. № 46

Журнал  
учета пациентов паллиативного профиля, нуждающихся в обеспечении медицинскими  
изделиями на дому

№ п/п	Ф.И.О. пациента	Адрес проживания и телефон	Ф.И.О. представителя пациента Адрес проживания и телефон	Наименование передаваемого медицинского изделия	Дата передачи медицинско го изделия	Дата возврата медицинског о изделия	Примечание