



**ПРИКАЗ**

26.12.2019

г. Казань

**БОЕРЫК**

№ 2619

ТАТАРСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ
ЮСТИЦИЯ МИНИСТРЛЫГЫ
<b>ТЕРКӨЛДЕ</b>
МИНИСТЕРСТВО ЮСТИЦИИ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН
ЗАРЕГИСТРИРОВАНО
" <u>21</u> " <u>02</u> <u>2020</u> г.
ТЕРЧ №
РЕГИСТРАЦИОННЫЙ
<u>0524</u>

Об организации проведения длительной искусственной вентиляции легких на дому взрослому населению в Республике Татарстан

В целях развития паллиативной медицинской помощи взрослому населению в Республике Татарстан, во исполнение приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации № 345н, Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации № 372н от 31 мая 2019 г. «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», приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 июля 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» п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить прилагаемые:

Перечень медицинских организаций, осуществляющих организацию оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению в амбулаторных условиях (на дому) с использованием специального медицинского оборудования (аппарата для искусственной вентиляции легких, концентратора кислородного, откашливателя) (приложение №1);

Порядок организации мероприятий по проведению длительной искусственной вентиляции легких на дому (далее - Порядок) (приложение №2);

Рекомендуемую форму договора о передаче медицинского оборудования в безвозмездное временное пользование на дому (приложение №3).

2. Руководителям медицинских организаций, участвующих в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Республики Татарстан, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, обеспечить:

организацию оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению Республики Татарстан в амбулаторных условиях (на дому)

с использованием специального медицинского оборудования (аппарата для искусственной вентиляции легких, концентратора кислородного, откашливателя), в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 345н, Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации № 372н от 31 мая 2019 г. «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»;

организацию передачи специального медицинского оборудования (аппарата для искусственной вентиляции легких, концентратора кислородного, откашливателя) и необходимых расходных материалов к нему пациенту (его законному представителю) в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 июля 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» и утвержденным настоящим приказом Порядком;

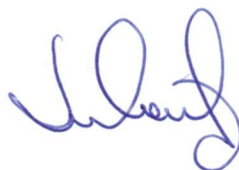
организацию взаимодействия врачей медицинских организаций со специалистами других медицинских организаций при организации оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению.

3. Главному внештатному специалисту по паллиативной медицинской помощи Министерства здравоохранения Республики Татарстан (И.В.Шаймарданов) обеспечить оказание организационно-методической помощи врачам медицинских организаций по вопросам организации оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению.

4. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Республики Татарстан от 25.01.2019 №94 «Об организации проведения длительной искусственной вентиляции легких на дому взрослому населению в Республике Татарстан».

5. Контроль исполнения настоящего приказа возложить на первого заместителя министра здравоохранения Республики Татарстан А.Р.Абашева.

Министр



М.Н.Садыков

### Перечень

медицинских организаций, осуществляющих организацию оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению в амбулаторных условиях (на дому) с использованием специального медицинского оборудования (аппарата для искусственной вентиляции легких, концентратора кислородного, откашливателя)

ГАУЗ «Республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения Республики Татарстан»;

ГАУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер Министерства здравоохранения Республики Татарстан» (структурные подразделения, расположенные в г. Казани; филиал ГАУЗ «РКОД МЗ РТ», расположенный по адресу: Республика Татарстан, г. Альметьевск, проспект Строителей, д. 30А);

ГАУЗ «Нижекамская центральная районная многопрофильная больница».

Порядок организации мероприятий по проведению длительной  
искусственной вентиляции легких на дому

1. Настоящий Порядок устанавливает правила проведения мероприятий по организации длительной искусственной вентиляции легких (далее - ИВЛ) в домашних условиях при оказании паллиативной медицинской помощи взрослому населению.

2. Решение о передаче пациенту (его законному представителю) необходимых медицинских изделий и оборудования для проведения длительной ИВЛ в домашних условиях, принимается врачебной комиссией медицинской организации, в которой пациент получает паллиативную медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в соответствии с Порядком 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, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 июля 2019 г. № 505н (далее – приказ МЗ РФ от 10.07.2019 №505н).

Решение врачебной комиссии оформляется протоколом, который вносится в медицинскую документацию пациента.

3. Госпитализация (перевод) пациента в отделение паллиативной помощи (на койку паллиативной медицинской помощи) для подготовки к проведению ИВЛ на дому осуществляется при наличии:

решения врачебной комиссии медицинской организации, осуществляющей подготовку к проведению ИВЛ на дому, об установлении наличия показаний и противопоказаний к проведению пациенту ИВЛ в домашних условиях;

информированного добровольного согласия пациента (законного представителя) на проведение искусственной вентиляции легких на дому по прилагаемой форме (приложение №1 к настоящему порядку);

решения консилиума врачей в соответствии Федеральным законом от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в случае, если состояние гражданина не позволяет выразить свою волю или отсутствует законный представитель;

доступности медицинских организаций в случае экстренных ситуаций на дому (круглосуточная телефонная связь, время подъезда не более 20 минут);

анкеты о состоянии домашних условий пациента (рекомендуемый образец утвержден приказом МЗ РФ от 10.07.2019 №505н, приложение № 2 к настоящему порядку).

Для принятия решения, указанного в абзаце втором настоящего пункта, состав врачебной комиссии формируется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 05 мая 2012 г.

№502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации» и включает, в том числе, лечащего врача, врача-анестезиолога-реаниматолога, врача паллиативной медицинской помощи.

4. В медицинской организации, осуществляющей подготовку к проведению ИВЛ на дому, врач анестезиолог-реаниматолог:

проводит обучение лиц, которые непосредственно будут осуществлять уход за пациентом, принципам ухода за пациентом, находящимся на ИВЛ, согласно утвержденному руководителем медицинской организации плану обучения, по завершении которого подписывается перечень компетенций, освоенных лицами, которые непосредственно будут осуществлять уход за пациентом на ИВЛ, по прилагаемой форме (приложение №3 к настоящему порядку);

осуществляет подбор медицинских изделий, оборудования и параметров ИВЛ для проведения пациенту ИВЛ на дому.

5. Обязательные условия для выписки из стационара для проведения ИВЛ на дому:

наличие необходимых медицинских изделий и оборудования для проведения длительной ИВЛ в домашних условиях;

прохождение обучения лицом, которое непосредственно будет осуществлять уход за пациентом, принципам ухода за лицом, находящимся на ИВЛ, в соответствии с настоящим порядком;

стабильное состояние пациента;

решение врачебной комиссии медицинской организации, в которой пациент получает паллиативную медицинскую помощь в амбулаторных условиях, о передаче пациенту (его законному представителю) необходимых медицинских изделий и оборудования для проведения длительной ИВЛ в домашних условиях.

6. При выписке пациента из медицинской организации, оказывающей паллиативную специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях, выдается выписка из медицинской карты стационарного больного, в которой указываются рекомендации по дальнейшему наблюдению, лечению, в том числе по организации респираторной поддержки и ухода в амбулаторных условиях (на дому).

Выписка направляется в медицинскую организацию, оказывающую первичную медико-санитарную помощь, по месту жительства (фактического пребывания) пациента и медицинскую организацию, оказывающую паллиативную специализированную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

В течение двух рабочих дней после выписки пациента медицинская организация, получившая информацию о пациенте, нуждающемся в оказании паллиативной медицинской помощи, организует первичный осмотр и дальнейшее наблюдение пациента в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 345н, Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации № 372н от 31 мая 2019 г. «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».

7. Передача медицинскими организациями (ГАУЗ «Республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения Республики Татарстан», ГАУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер Министерства здравоохранения Республики Татарстан», ГАУЗ «Нижнекамская центральная районная многопрофильная больница») специального медицинского оборудования (аппарата для искусственной вентиляции легких, концентратора кислородного, откашливателя) и необходимых расходных материалов пациенту (его законному представителю) осуществляется в течение пяти рабочих дней с даты принятия решения врачебной комиссии медицинской организации, в которой пациент получает паллиативную медицинскую помощь в амбулаторных условиях, о передаче пациенту (его законному представителю) необходимых медицинских изделий и оборудования для проведения длительной ИВЛ в домашних условиях, на основании договора, заключаемого в соответствии с гражданским законодательством Российской Федерации (рекомендуемая форма договора приведена в приложении №3 к настоящему приказу).

Возврат оборудования указанными лицами медицинской организации производится по акту возврата медицинского оборудования.

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.

8. Медицинская транспортировка пациента из медицинской организации на дом для последующей ИВЛ на дому осуществляется в сопровождении врача анестезиолога-реаниматолога медицинской организации, осуществляющей подготовку к проведению ИВЛ на дому, с использованием медицинского транспорта класса «В» или «С». Допускается использование медицинского транспорта класса «В» или «С» станции скорой медицинской помощи (отделения скорой медицинской помощи медицинской организации) по месту проживания гражданина.

9. Руководители медицинских организаций, участвующих в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Республики Татарстан, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, по получении информации о переводе пациента на ИВЛ в домашних условия приказом по медицинской организации определяют перечень и последовательность мероприятий при возникновении ситуаций, требующих перевода пациента, получающего ИВЛ в домашних условиях, в стационар, и назначают ответственное лицо за выполнение указанных мероприятий (далее - ответственное лицо медицинской организации).

10. Пациенту, находящемуся на ИВЛ в домашних условиях, обеспечивается наблюдение:

специалистами выездной патронажной службы паллиативной медицинской помощи (плановое наблюдение не реже двух раз в месяц);

врачом-анестезиологом-реаниматологом, назначенным приказом медицинской организации по месту жительства гражданина, и ответственным лицом медицинской

организации (плановое наблюдение не реже одного раза в месяц, зависит от клинической ситуации);

врачом-анестезиологом-реаниматологом медицинской организации, осуществлявшим подготовку к проведению ИВЛ на дому (плановое наблюдение не реже одного раза в три месяца).

Приложение №1  
к Порядку организации мероприятий  
по проведению длительной искусственной  
вентиляции легких на дому

Рекомендуемая форма

Информированное добровольное согласие  
на проведение искусственной вентиляции легких на дому

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациента)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, в лице Законного представителя \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, действующего на основании:

\_\_\_\_\_  
(документ-основание)

зарегистрированного по адресу: \_\_\_\_\_  
ознакомлен(а) с возможностью перевода из медицинской организации  
(стационара) для продолжения искусственной вентиляции легких на дому.

Даю информированное добровольное согласие на перевод меня из  
медицинской организации (стационара) для продолжения проведения  
искусственной вентиляции легких на дому.

Настоящим я подтверждаю, что медицинским работником \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснено как будет осуществляться  
искусственная вентиляция легких и наблюдение медицинскими работниками, в том  
числе врачом анестезиологом-реаниматологом на дому.

Я ознакомлен(а) с возможными рисками развития осложнений, в том числе  
связанными с использованием медицинского оборудования для искусственной  
вентиляции легких.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от перевода из  
медицинской организации по месту проживания для продолжения  
искусственной вентиляции легких на дому.

Сведения о выбранных мною лицах, которым может быть передана  
информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным  
представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть):

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

Пациент (Законный представитель) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
подпись Ф.И.О. пациента дата  
(законного представителя)

Медицинский работник \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
должность подпись Ф.И.О. медицинского работника дата



Приложение №2  
к Порядку организации мероприятий  
по проведению длительной искусственной  
вентиляции легких на дому

Рекомендуемый образец

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, 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 (подъезд к дому):

да  нет

12. Сведения об энергетических ресурсах, 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:

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 проносить 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 \_\_\_\_\_

Приложение №3  
к Порядку организации мероприятий  
по проведению длительной искусственной  
вентиляции легких на дому

Перечень

компетенций, освоенных лицами, которые непосредственно будут осуществлять уход за пациентом, находящимся на длительной ИВЛ в домашних условиях

1. Санация трахеобронхиального дерева.
2. Введения назогастрального зонда (далее - НГЗ), кормление через НГЗ
3. Практические навыки по смене гастростомы, уходу за гастростомой, кормлению через гастростому.
4. Практические навыки по смене трахеостомической канюли, уходу за трахеостомой.
5. Умение проведения ручной ИВЛ.
6. Навык настройки, эксплуатации, проверки исправности, устранения текущих неполадок аппарата ИВЛ.
7. Оценка адекватности ИВЛ на основании параметров состояния пациента: частоты дыхания, частоты пульса, цвета кожных покровов, экскурсий грудной клетки, потоотделения, сонливости, температуры тела.
8. Умение установить параметры ИВЛ: поток в контуре аппарата ИВЛ; частоту принудительных вдохов; пиковые давления вдоха; положительное давление в конце выдоха; объемы вдоха; концентрацию кислорода под контролем пульсового оксиметра; температуру увлажнителя или установку и смену термовлагосберегающего фильтра.
9. Адекватное реагирование на кризисные неотложные ситуации: перебои электроснабжения; случайная деканюляция; obturation трахеостомической канюли; поломка аппарата ИВЛ; ухудшение состояния пациента.
10. Выполнение гигиенических процедур и мероприятий по обеспечению инфекционной безопасности.
11. Умение пользоваться вспомогательным оборудованием: концентратором кислорода, электроаспиратором, пульсоксиметром, откашливателем, увлажнителем.
12. Знание правил использования расходных материалов (частота замены, правила утилизации, минимальный допустимый остаток).
13. Умение выполнять базовый комплекс мероприятий по сердечно-легочной реанимации по алгоритму для взрослых.

Пациент (Законный представитель)

фамилия, имя, отчество	подпись	дата
------------------------	---------	------

Лица, которые непосредственно будут осуществлять уход за пациентом:

фамилия, имя, отчество	подпись	дата
------------------------	---------	------

фамилия, имя, отчество	подпись	дата
------------------------	---------	------

Врач-анестезиолог-реаниматолог, проводивший обучение по уходу за гражданином, находящимся на длительной ИВЛ в домашних условиях:

фамилия, имя, отчество полностью	подпись	дата
----------------------------------	---------	------

Рекомендуемая форма

Договор  
о передаче медицинского оборудования  
в безвозмездное временное пользование на дому

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_ место заключения

\_\_\_\_\_ наименование медицинской организации  
именуемое далее «Медицинская организация», в лице \_\_\_\_\_ главного врача

\_\_\_\_\_ фамилия, имя, отчество главного врача  
действующего на основании устава, с одной стороны, и \_\_\_\_\_ фамилия, имя, отчество

\_\_\_\_\_ пациента, (законного представителя),

\_\_\_\_\_ наименование и реквизиты документа, на основании которого действует законный представитель

именуемые(-ый,-ая) далее «Гражданин», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор (далее - Договор) о нижеследующем:

**1. Предмет Договора, Основные положения**

1.1. Предметом договора является взаимодействие Сторон по оказанию паллиативной медицинской помощи на дому Пациенту \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество, дата рождения)

по адресу \_\_\_\_\_

с использованием специального медицинского оборудования.

1.2. Медицинская организация передает, а Гражданин принимает в безвозмездное временное пользование специальное медицинское оборудование и предметы медицинского назначения, необходимые для пользования им (далее - Оборудование), указанные в Приложении № 1 к настоящему Договору, и обязуется вернуть Оборудование в том состоянии, в котором он его получил, с учетом нормального износа.

1.3. Оборудование, передаваемое по настоящему Договору, принадлежит Медицинской организации.

1.4. Срок безвозмездного временного пользования Оборудованием по Договору \_\_\_\_\_.

1.5. Оборудование используется исключительно по адресу, указанному в пункте

## 1.1 Договора.

1.6. Оборудование передается Медицинской организацией Гражданину с копиями всех относящихся к Оборудованию технических паспортов, инструкции по эксплуатации по Акту приема-передачи Оборудования (Приложение № 2 к настоящему Договору) в течение 2 (двух) рабочих дней с даты подписания Сторонами настоящего Договора.

1.7. С момента подписания Сторонами Акта приема-передачи Оборудования риск случайной гибели или повреждения Оборудования переходит к Гражданину.

## 2. Права и обязанности Сторон

### 2.1. Медицинская организация:

2.1.1. Обеспечивает до передачи Оборудования в безвозмездное временное пользование Гражданину обучение его правилам пользования Оборудованием.

2.1.2. Предоставляет Оборудование в исправном состоянии, комплектно по Акту приема-передачи.

2.1.3. Производит пуско-наладочные работы Оборудования в течение 1 рабочего дня с момента подписания Сторонами Акта приема-передачи Оборудования.

2.1.4. Контролирует использование Оборудования.

В случае обнаружения неэффективного или нецелевого использования Оборудования, Медицинская организация направляет Гражданину письменное предупреждение.

В случае повторного выявления неэффективного или нецелевого использования Оборудования направляется Гражданину письменное уведомление о досрочном расторжении Договора и возврате Оборудования.

2.1.5. При возврате Гражданином Оборудования Медицинская организация производит технический осмотр Оборудования, проверку его комплектности в присутствии Гражданина, о чем составляется Акт возврата Оборудования (Приложение № 3 к настоящему Договору).

2.1.6. Медицинская организация проводит сервисное обслуживание Оборудования в установленные производителем сроки, также проверку состояния Оборудования по запросу Гражданина.

### 2.2. Гражданин:

2.2.1. Обеспечивает уполномоченным сотрудникам Медицинской организации беспрепятственный доступ в помещение для установления Оборудования, для проведения пусконаладочных работ, сервисного обслуживания, проверки состояния Оборудования, а также для контроля использования Оборудования в соответствии с Правилами контроля за состоянием, целевым и эффективным использованием Оборудования (далее - Правила) (Приложение № 4 к настоящему Договору).

2.2.2. Не вправе предоставлять Оборудование в залог, передавать Оборудование третьим лицам, в том числе в аренду, в безвозмездное пользование и т.д.

2.2.3. Не вправе передавать свои права и обязанности по настоящему Договору третьим лицам.

2.2.4. Вправе вернуть Оборудование Медицинской организации до истечения срока пользования (пункт 1.4 Договора) по Акту возврата Оборудования.

О досрочном возврате Оборудования в Медицинскую организацию

направляется письменное Уведомление о возврате Оборудования.

2.2.5. Обеспечивает использование Оборудования только по его назначению и в соответствии с условиями настоящего Договора.

2.2.6. Не имеет право производить неотделимые улучшения Оборудования без письменного согласия Медицинской организации.

2.2.7. Обеспечивает поддержание Оборудования в исправном состоянии.

При возникновении технических проблем в работе Оборудования Гражданин обязан сообщить об этом сотрудникам Медицинской организации.

2.2.6. Обязуется вернуть Оборудование Медицинской организации в надлежащем состоянии, в исправном виде, комплектно по Акту возврата Оборудования.

2.2.7. Обо всех изменениях, имеющих отношение к настоящему Договору (например, изменение своего места жительства, места жительства пациента, паспортных данных и т.д.), обязуется сообщить письменно в течение трех дней с момента наступления изменений в Медицинскую организацию.

### **3. Конфиденциальность**

3.1. Информация о деятельности каждой стороны по Договору и о деятельности любого иного связанного с ними лица по Договору является конфиденциальной.

### **4. Ответственность Сторон**

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

4.2. 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.

4.3. 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.

4.4. При не урегулировании в процессе переговоров спорных вопросов, споры разрешаются в судебном порядке.

### **5. Заключительные положения**

5.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств по Договору.

5.2. Договор может быть изменен или расторгнут по письменному соглашению Сторон.

5.3. Медицинская организация вправе потребовать расторжения Договора до истечения срока пользования Оборудованием (пункт 1.4 Договора) в следующих случаях:

1) В случае использования Оборудования с нарушением условий Договора или не по его назначению;

2) Оборудованию наносится вред, повреждения;

3) В случае использования Оборудования с нарушением инструкции по эксплуатации Оборудования и Правил;

4) В случае изменения обстоятельств, послуживших основанием для заключения настоящего Договора, либо неисполнением Гражданином принятых на себя обязательств по Договору.

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

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

5.6. Приложения:

Приложение № 1. Перечень медицинского оборудования, принадлежностей к нему, предметов медицинского назначения, необходимых для пользования медицинским оборудованием на дому;

Приложение № 2. Акт приема-передачи Оборудования;

Приложение № 3. Акт возврата Оборудования;

Приложение № 4. Правила контроля за состоянием, эффективным и целевым использованием Оборудования.

## 6. Реквизиты и подписи Сторон

Медицинская организация \_\_\_\_\_  
наименование

Юридический адрес: \_\_\_\_\_

ИНН \_\_\_\_\_

Главный врач \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
подпись расшифровка подписи

М.П.

Гражданин \_\_\_\_\_  
фамилия, инициалы

Паспорт: \_\_\_\_\_ дата выдачи: \_\_\_\_\_

Выдавший орган: \_\_\_\_\_

Адрес места жительства и регистрации: \_\_\_\_\_

Контактный телефон: \_\_\_\_\_

Подпись: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_



Приложение №1  
к договору о передаче медицинского оборудования  
в безвозмездное временное пользование на дому  
от \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_

Перечень  
медицинского оборудования, принадлежностей к нему, предметов медицинского  
назначения, необходимых для пользования медицинским оборудованием на дому

- 1.
- 2.
- 3.

Подписи Сторон

Медицинская организация \_\_\_\_\_  
наименование

Главный врач \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
подпись расшифровка подписи (фамилия, инициалы)

М.П.

Гражданин \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
подпись расшифровка подписи (фамилия, инициалы)

Приложение №2  
к договору о передаче медицинского оборудования  
в безвозмездное временное пользование на дому  
от \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_

Акт  
приема-передачи оборудования

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_ место составления

\_\_\_\_\_ наименование медицинской организации

именуемое далее «Медицинская организация», в лице главного врача \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_ фамилия, имя, отчество главного врача

действующего на основании устава, с одной стороны, и \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ фамилия, имя, отчество

\_\_\_\_\_ пациента (законного представителя)

именуемые(-ый, -ая) далее «Гражданин», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», составили настоящий акт (далее - Акт) о нижеследующем:

1. По настоящему Акту Медицинская организация передает Гражданину, а Гражданин принимает следующее оборудование, принадлежности к нему, предметы медицинского назначения, необходимые для пользования оборудованием, (далее - Оборудование):

№ п/п	Наименование	Инвентарный номер	Серийный номер	Количество	Цена, руб.
1.					
2.					
3.					
Итого:					

с копиями всех относящихся к Оборудованию технических паспортов, инструкции по эксплуатации по Акту приема-передачи Оборудования.

2. Оборудование, указанное в пункте 1 настоящего Акта, комплектно и находится в исправном состоянии. Претензии у Сторон друг к другу не имеются.

3. Настоящий Акт составлен в 2 (двух) экземплярах, один для Медицинской организации, другой - для Гражданина.

Подписи Сторон

Медицинская организация \_\_\_\_\_  
наименование

Главный врач \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
подпись расшифровка подписи (фамилия, инициалы)

М.П.

Гражданин \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
подпись расшифровка подписи (фамилия, инициалы)

Приложение №3  
к договору о передаче медицинского оборудования  
в безвозмездное временное пользование на дому  
от \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_

Акт  
возврата оборудования

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_ место составления

\_\_\_\_\_ наименование медицинской организации

именуемое далее «Медицинская организация», в лице главного врача \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_ фамилия, имя, отчество главного врача

действующего на основании устава, с одной стороны, и \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ фамилия, имя, отчество

\_\_\_\_\_ пациента (законного представителя)

именуемые(-ый, -ая) далее «Гражданин», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», составили настоящий акт о возврате оборудования (далее - Акт) о нижеследующем:

1. По настоящему Акту Гражданин передает Медицинской организации, а Медицинская организация принимает следующее оборудование и принадлежности к нему (далее - Оборудование):

№ п/п	Наименование	Инвентарный номер	Серийный номер	Количество	Цена, руб.
1.					
2.					
3.					
Итого:					

с копиями всех относящихся к Оборудованию технических паспортов, инструкции по эксплуатации.

2. Оборудование, указанное в пункте 1 настоящего Акта, комплектно и находится в исправном состоянии. Претензии у Сторон друг к другу не имеются.

3. Настоящий Акт составлен в 2 (двух) экземплярах, один из которых находится в Медицинской организации, другой - у Гражданина.

Подписи Сторон

Медицинская организация \_\_\_\_\_  
наименование

Главный врач \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
подпись расшифровка подписи (фамилия, инициалы)

М.П.

Гражданин \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
подпись расшифровка подписи (фамилия, инициалы)

Приложение №4  
к договору о передаче медицинского оборудования  
в безвозмездное временное пользование на дому  
от \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_

**Правила**  
контроля за состоянием, эффективным и целевым использованием Оборудования

1. Медицинская организация оставляет за собой право систематически осуществлять проверку комплектности и исправности Оборудования.

2. Проверка комплектности и исправности осуществляется уполномоченными представителями Медицинской организации в присутствии пациента (законного представителя).

3. О дне проверки пациент (законный представитель) предупреждается заблаговременно, но не позднее чем за двое суток до дня проверки.

4. В случае обнаружения неисправности Оборудования пациент (законный представитель) обязаны незамедлительно предупредить об этом Медицинскую организацию. В противном случае при возникновении спора они не вправе ссылаться на указанные обстоятельства.

5. В случае обнаружения уполномоченным представителем Медицинской организации неисправности и (или) некомплектности Оборудования, им составляется двусторонний акт с указанием выявленных неисправностей. Вышеупомянутый акт подписывается уполномоченным представителем Медицинской организации, с одной стороны, и пациентом (законным представителем), с другой стороны.

**Подписи Сторон**

Медицинская организация \_\_\_\_\_  
наименование

Главный врач \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
подпись расшифровка подписи (фамилия, инициалы)

М.П.

Гражданин \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
подпись расшифровка подписи (фамилия, инициалы)