



ПРИКАЗ

2103/2019

г. Казань

БОЕРЫК

№ 560

ТАТАРСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ

ЮСТИЦИЯ МИНИСТРЛЫГЫ

ТЕРКӨЛДЕ

МИНИСТЕРСТВО ЮСТИЦИИ
РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН

ЗАРЕГИСТРИРОВАНО

"29" 03 2019 г.

ТЕРЧ

№

РЕГИСТРАЦИОННЫЙ

5494

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

Во исполнение Постановления Кабинета Министров Республики Татарстан от 03.08.2018 №635 «Об утверждении Порядка использования межбюджетных трансфертов, предоставляемых в 2018 году из федерального бюджета бюджету Республики Татарстан в целях развития паллиативной медицинской помощи», приказа Министерства здравоохранения РФ от 14 апреля 2015 г. № 193н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи детям» (с изм от 28.06.2018 №401н) и в целях развития паллиативной медицинской помощи детям в Республике Татарстан п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить прилагаемые:

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

Временный порядок организации мероприятий по проведению длительной искусственной вентиляции легких на дому (приложение № 2);

Рекомендуемую форму договора о передаче медицинского оборудования в безвозмездное временное пользование на дому (приложение № 3) (далее - договор);

2. Главным врачам ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения Республики Татарстан» (А.И.Зиатдинов), ГАУЗ «Камский детский медицинский центр» г. Набережные Челны (Т.Ф.Мубаракшин), ГАУЗ «Детская городская больница с перинатальным центром» г. Нижнекамска (Р.А.Хамидуллин) обеспечить организацию:

2.1. оказания паллиативной медицинской помощи детскому населению Республики Татарстан в амбулаторных условиях (на дому) с использованием специального медицинского оборудования (аппарата для искусственной вентиляции легких, концентратора кислородного, откашливателя), в соответствии с Порядком оказания паллиативной медицинской помощи детям, утвержденным приказом

Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 апреля 2015 г. № 193н (далее - Порядок оказания паллиативной медицинской помощи детям);

2.2. передачи медицинской организацией специального медицинского оборудования (аппарата для искусственной вентиляции легких, концентратора кислородного, откашливателя) и необходимых расходных материалов лицу, которое непосредственно будет осуществлять уход за пациентом при оказании паллиативной медицинской помощи на дому, в соответствии с настоящим приказом;

2.3. взаимодействия врачей со специалистами других медицинских организаций при организации оказания паллиативной медицинской помощи детям.

3. Главному внештатному специалисту по паллиативной помощи детям Министерства здравоохранения Республики Татарстан (Н.А.Гиниятова) обеспечить оказание организационно-методической помощи врачам медицинских организаций, функционирующих на территории Республики Татарстан, по вопросам организации оказания паллиативной медицинской помощи детям.

4. Контроль исполнения настоящего приказа возложить на первого заместителя министра здравоохранения Республики Татарстан С.А.Осипова.

Министр



М.Н.Садыков

Приложение № 1
к приказу Минздрава РТ
от 21.03.2019 № 560

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

ГАУЗ «Республиканская детская клиническая больница Министерства здравоохранения Республики Татарстан» (г.Казань);

ГАУЗ «Камский детский медицинский центр» (г.Набережные Челны);

ГАУЗ «Детская городская больница с перинатальным центром» (г.Нижнекамск).

Детская больница ГАУЗ «Лениногорская центральная районная больница»

Приложение № 2
к приказу Минздрава РФ
от 21.03.2019 № 560

Временный порядок организации мероприятий по проведению длительной искусственной вентиляции легких на дому

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

2. Показания к проведению пациенту ИВЛ в домашних условиях устанавливает врачебная комиссия, состав которой формируется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5 мая 2012 г. № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации» и включает лечащего врача, врача-анестезиолога-реаниматолога, врача паллиативной медицинской помощи. Решение врачебной комиссии оформляется протоколом, который вносится в медицинскую карту стационарного больного.

3. Обязательными условиями госпитализации (перевода) пациента в отделение паллиативной помощи (на койку паллиативной медицинской помощи) для подготовки к проведению ИВЛ на дому является наличие:

заявления пациента (законного представителя) и (или) лиц, которые непосредственно будут осуществлять уход за пациентом, на осуществление ухода за ним при проведении ИВЛ на дому по прилагаемой форме (приложение № 1 к настоящему порядку);

информированного добровольного согласия пациента (законного представителя) на проведение искусственной вентиляции легких на дому по прилагаемой форме (приложение № 2 к настоящему порядку); если состояние пациента не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители решение консилиума врачей в случаях, предусмотренных Федеральным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

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

заклучения комиссии в составе врача паллиативной медицинской помощи, врача-анестезиолога-реаниматолога, психолога, инженера по технике безопасности о безопасности домашних условий для проведения ИВЛ пациента на дому по прилагаемой форме (приложение № 3 к настоящему порядку).

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

1) письменный отказ пациента (законного представителя) от лечения в стационарных условиях;

2) наличие необходимого медицинского оборудования для проведения длительной ИВЛ в домашних условиях;

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

4) стабильное состояние пациента.

5) наличие выездной патронажной службы паллиативной медицинской помощи детям, обслуживающей территорию, где будет проживать пациент, находящийся на длительной ИВЛ на дому, и имеющий в оснащении дополнительно

- кислородный баллон с редуктором;

- генератор;

-респираторные интерфейсы;

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

проводит ознакомление 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 № 4 к настоящему порядку);

осуществляет подбор медицинского оборудования и параметров ИВЛ для проведения пациенту ИВЛ на дому.

6. Медицинская организация, осуществляющая подготовку к проведению ИВЛ на дому, при переводе пациента на ИВЛ в домашних условиях информирует об этом медицинские организации по месту его жительства: станцию скорой медицинской помощи (отделение скорой медицинской помощи медицинской организации), поликлинику (поликлиническое отделение медицинской организации), стационар в ближайшей территориальной доступности, имеющий отделение (палату) реанимации и интенсивной терапии (анестезиологии-реанимации).

7. Передача медицинскими организациями (ГАУЗ «Республиканская детская клиническая больница Министерства здравоохранения Республики Татарстан», ГАУЗ «Камский детский медицинский центр» (г. Набережные Челны), ГАУЗ «Детская городская больница с перинатальным центром» (г. Нижнекамск) специального медицинского оборудования (аппарата для искусственной вентиляции легких, концентратора кислородного, откашливателя) и необходимых расходных материалов лицу, которое непосредственно будет осуществлять уход за пациентом при проведении ИВЛ на дому, осуществляется на основании договора о передаче медицинского оборудования в безвозмездное временное пользование на дому и акту приема-передачи медицинского оборудования.

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

8. Медицинская эвакуация 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 государственных медицинских организаций Республики Татарстан, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, по получении информации о переводе пациента на ИВЛ в домашние 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.

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 и ответственным лицом медицинской организации, назначенным приказом медицинской организации, по месту жительства гражданина (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 Временному порядку организации
мероприятий по проведению длительной
искусственной вентиляции легких на дому

Форма

Главному врачу

_____ наименование медицинской организации

_____ фамилия, имя, отчество главного врача медицинской организации

Заявление

Просим Вас перевести пациента _____ фамилия, имя, отчество

_____ дата рождения:

на получение паллиативной медицинской помощи на дому - искусственной вентиляции легких (ИВЛ) с использованием специального медицинского оборудования (аппарата для искусственной вентиляции легких, концентратора кислородного, откашливателя) (далее-медицинское оборудование) в домашних условиях по адресу: _____.

Собственник помещения по указанному адресу согласен на оценку безопасности домашних условий по указанному адресу для проведения ИВЛ с использованием медицинского оборудования.

Лица, осуществляющие уход за пациентом, согласны на обучение принципам ухода за пациентом, находящимся на ИВЛ.

Пациент (Законный представитель)

_____ / _____ дата:

подпись

расшифровка подписи

Собственник помещения

_____ / _____ дата:

подпись

расшифровка подписи

Лица, осуществляющие уход за пациентом на ИВЛ на дому

_____ подпись, фамилия, имя, отчество

Паспорт: _____ серия, номер выдан: _____ выдавший орган

Дата выдачи: _____ Контактный телефон: _____

_____ / _____ дата:

подпись

расшифровка подписи

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

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 (законного представителя) дата

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

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

Заключение комиссии
по оценке безопасности домашних условий
для проведения ИВЛ на дому

Фамилия, имя, отчество пациента _____

Возраст _____

Домашний адрес фактический _____

Домашний адрес по регистрации _____

Номер страхового полиса _____

Жилище пациента представляет собой:

Дом

Квартира

Иное (что)

Дома имеется стационарный телефон

Да Нет

На входе в жилище имеется домофон

Да Нет

Доступность жилья для экстренной службы спасения

Да Нет

Перечень больниц по месту жительства:

1. _____

2. _____

3. _____

Безопасность использования кислородного оборудования:

В помещении установлен знак «Курение запрещено»

Да Нет

Курят ли в помещении:

Да Нет

Место и порядок хранения кислородного оборудования соответствуют
требованиям безопасности

Да Нет

Энергоснабжение:

Дом имеет электроснабжение

Да Нет

Электрические розетки заземлены

Да Нет Нет сведений

Используются удлинители, соответствующие техническим требованиям для использования медицинского
оборудования в домашних условиях

Да Нет Нет сведений

Напряжение в электросети достаточное для использования медицинского
оборудования в домашних условиях

Да Нет Нет сведений

Наличие источника бесперебойного питания

Да Нет

Пожароопасность:

Имеются пожарные огнетушители

Да Нет

Пожарные огнетушители находятся в исправном состоянии

Да Нет

Пожарные огнетушители были проверены в последние 30 дней

Да Нет

Семье рекомендовано приобрести огнетушитель и сообщено, где его можно приобрести

Да Нет

Экологические требования:

Доступ к медицинскому оборудованию удобный и адекватный

Да Нет Нет сведений

Размер двери позволяет беспрепятственно проносить медицинское оборудование для ИВЛ

Да Нет Нет сведений

В жилище нет домашних насекомых и/или грызунов

Да Есть

Препятствия для безопасного использования домашнего медицинского оборудования отсутствуют

Да Нет Нет сведений

Препятствия для безопасного передвижения по дому отсутствуют

Да Присутствуют

Холодильник/морозильная камера технически исправны

Да Нет

Централизованное водоснабжение в адекватном состоянии

Да Нет

Отопительная система жилища представляет собой:

централизованное отопление

не централизованное отопление

(пояснить, какое именно) _____

В жилище имеются системы кондиционирования и охлаждения воздуха:

Да Нет

Системы кондиционирования и охлаждения воздуха жилища представляют собой:

- кондиционер

- сплит-систему

- увлажнитель воздуха

- иное (что) _____

Системы кондиционирования и охлаждения воздуха жилища находятся на оплачиваемом профессиональном техническом обслуживании:

Да Нет

Домашние животные (вид, количество)

Да Нет

Имеются условия для хранения и утилизации медицинских принадлежностей и острых предметов

Да Нет Нет сведений

Лица, осуществляющие уход, информированы о всех возможных рисках и опасностях, установленных при оценке бытовых условий.

Да Нет Нет сведений

Рекомендации по повышению уровня безопасности домашних условий пациента:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Лица, осуществляющие уход, подтверждают, что им понятны проблемы безопасности и рекомендации по улучшению безопасности пациента:

Да Нет

План последующих действий:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Заключение комиссии:

Врач паллиативной медицинской помощи: _____ / _____ дата: _____

подпись

расшифровка подписи

Врач-анестезиолог-реаниматолог _____ / _____ дата: _____

подпись

расшифровка подписи

Психолог _____ / _____ дата: _____

подпись

расшифровка подписи

Пациент (Законный представитель) _____ / _____ / _____

подпись

расшифровка подписи

дата

Лица, осуществляющие уход за пациентом на ИВЛ на дому

_____ / _____ дата: _____

подпись

расшифровка подписи

_____ / _____ дата: _____

подпись

расшифровка подписи

Приложение № 4
к Временному 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; обтурация 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-лёгочной реанимации по алгоритму для детей.

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

Приложение № 3
к приказу Минздрава РТ
от 21.03.2018 № 560

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 лиц (лица), которое непосредственно
будет осуществлять уход за пациентом, нуждающимся в оказании паллиативной медицинской помощи на дому, с использованием специального
медицинского оборудования
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 принимают 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 учётом 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.

2.3. 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 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 пуско-наладочных 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 Оборудование 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.

Адрес места жительства: _____

Контактный телефон: _____

Подпись: _____ Дата: _____

_____ фамилия, инициалы

Паспорт: _____ дата выдачи: _____

Выдавший орган: _____

Адрес места жительства: _____

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

Главный врач _____ / _____
 подпись расшифровка подписи (фамилия, инициалы)

Гражданин

_____ / _____
 подпись расшифровка подписи (фамилия, инициалы)

_____ / _____
 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 лица (лиц), которое непосредственно
будет осуществлять уход за пациентом, нуждающимся в оказании паллиативной медицинской помощи на дому, с использованием специального
медицинского оборудования

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.					
4.					
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 ____ (____) экземплярах, один для Медицинской организации, другой (ие) – для Гражданина.

Подписи Сторон

Медицинская организация

Главный врач _____ / _____
подпись расшифровка подписи (фамилия, инициалы)

Гражданин

_____ / _____
подпись расшифровка подписи (фамилия, инициалы)

_____ / _____
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 лица (лиц), которое непосредственно
будет осуществлять уход за пациентом, нуждающимся в оказании паллиативной медицинской помощи на дому, с использованием специального
медицинского оборудования

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

1. По настоящему 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.					
4.					
Итого:					

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 Граждан.

Подписи Сторон

Медицинская организация

Главный врач _____ / _____
подпись расшифровка подписи (фамилия, инициалы)

Гражданин

_____ / _____
подпись расшифровка подписи (фамилия, инициалы)

_____ / _____
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) или ухаживающего лица.
3. О дне проверки пациент (законный представитель) или ухаживающее лицо предупреждается заблаговременно, но не позднее чем за двое суток до дня проверки.
4. В случае обнаружения неисправности Оборудования пациент (законный представитель) или ухаживающее лицо 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) или ухаживающим лицом, с другой стороны.

Подписи Сторон

Медицинская организация

Главный врач _____

подпись

/

_____ /
расшифровка подписи (фамилия, инициалы)

Гражданин

/

_____ /
подпись

_____ /
расшифровка подписи (фамилия, инициалы)

/

_____ /
подпись

_____ /
расшифровка подписи (фамилия, инициалы)