**### 6.6. Приложение № 6** к приказу, министерства здравоохранения Саратовской области, министерства труда и социальной защиты Саратовской области **от 06.10.2023 № 127-п/1035**

**Эпикриз направления пациента на заседание врачебной комиссии и/или консилиума врачей по вопросу организации оказания паллиативной медицинской помощи**

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

наименование медицинской организации)

**Дата**

ФИО больного

Направляется на врачебную комиссию для определения наличия показаний к оказанию паллиативной медицинской помощи и (или) условий ее оказания, принятия иных решений (указать):

**Информация о больном**

1. ФИО больного дата рождения

Адрес регистрации

Адрес фактического проживания

1. Социальный статус (проживание в семье, наличие родственников имеющих возможность осуществлять уход, их количество).
2. Диагноз основной:
3. Осложнения основного диагноза:
4. Диагноз сопутствующий:
5. Анамнез:
6. Данные обследования, результаты обследования:
   1. Клинические.
   2. Инструментальные.
7. Заключение онкологического консилиума (при наличии).
8. Жалобы:
9. Ведущий синдром: ХБС, прогрессирование заболевания, одышка, отеки, слабость, асцит и т.д.
10. Количество баллов по результатам заполнения анкеты пациента, имеющего признаки нуждаемости в оказании паллиативной медицинской помощи.
11. Оценка по шкале PPS общей активности больных при паллиативном лечении.
12. Наличие хронического болевого синдрома (при наличии - оценка в баллах по шкале боли).
13. Предшествующие этапы паллиативного лечения.

Лечащий врач ФИО

**ПОДПИСЬ** (Приложение: заполненные - анкета пациента, нуждающегося в оказании паллиативной медицинской помощи, шкала (PPS) для оценки общей активности пациентов при оказании паллиативной медицинской помощи, шкала оценки боли)

**### 6.7 Приложение № 7** к приказу, министерства здравоохранения Саратовской области, министерства труда и социальной защиты Саратовской области **от 06.10.2023 № 127-п/1035**

**Рекомендуемый бланк медицинского заключения по паллиативной медицинской помощи**

Дата Время

Состав врачебной комиссии по паллиативной медицинской помощи

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

(наименование медицинской организации)

Председатель:

Члены комиссии:

Врач по паллиативной медицинской помощи:

Врач - профильный специалист:

Врач по медицинской реабилитации

(для пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации):

Врач - анестезиолог-реаниматолог (для пациентов, нуждающихся в длительной респираторной

поддержке)

Врач - гериатр (для пациентов, старше 75 лет)

ФИО больного

Дата рождения

Адрес проживания

Диагноз основной:

Осложнения основного:

Сопутствующий:

Ведущий синдром: ХБС, нарушение дыхания, прогрессирование заболевания, одышка, отеки, слабость, асцит и т.д.

Количество баллов по результатам заполнения анкеты пациента, имеющего признаки нуждаемости в оказании паллиативной медицинской помощи.

Оценка по шкале PPS общей активности больных при паллиативном лечении.

Наличие хронического болевого синдрома (при наличии - оценка в баллах по шкале боли).

Нуждается в осуществлении паллиативной медицинской помощи:

* в амбулаторных условиях

(да/нет)

* в стационарных условиях в отделении паллиативной медицинской помощи (да/нет) ■
* в стационарных условиях в отделении сестринского ухода (да/нет)

Нуждается в услугах, предоставляемых пациентам организациями социального обслуживания:

* социально -бытовые (да/нет); - социально-медицинские (да/нет)
* социально-психологические (да/нет) ; - социально-педагогические (да/нет)
* социально-трудовые (да/нет) ; - социально-правовые (да/нет)

Заключение врачебной комиссии по паллиативной медицинской помощи с обоснованием плана лечения:

Подписи членов врачебной комиссии по паллиативной медицинской помощи: