



ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

№

г. Тюмень

Об организации респираторной поддержки на дому лицам, нуждающимся в паллиативной медицинской помощи старше 18 лет, на территории Тюменской области

Во исполнение ч.4 ст. 36 Федерального Закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ и Министерства труда и социальной защиты РФ от 31 мая 2019 г. № 345н/372н «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» (далее - Приказ N 345н/372н), а также в целях организации помощи взрослому населению, нуждающемуся в паллиативной медицинской помощи, респираторной поддержке на дому на территории Тюменской области:

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить Алгоритм организации респираторной поддержки на дому пациентам старше 18 лет, нуждающимся в паллиативной медицинской помощи, на территории Тюменской области, согласно приложению № 1 к настоящему приказу.

2. Главным врачам медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную и специализированную медицинскую помощь пациентам, нуждающимся в паллиативной медицинской помощи и оказанию респираторной поддержки на дому:

2.1. При наличии пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи и оказанию респираторной поддержки на дому, направлять информацию в Координационный центр ГАУЗ ТО «Хоспис» посредством защищенного канала связи VipNet на адрес Сафронов П.Н. по форме согласно приложению № 2 к настоящему приказу;

2.2. Закрепить за пациентом врача, на которого возложены обязанности по предоставлению паллиативной медицинской помощи или врача кабинета паллиативной медицинской помощи для осуществления динамического наблюдения за пациентом и контроля за использованием медицинских изделий на дому;

2.3. При возникновении угрожающих жизни состояний, требующих оказания экстренной или неотложной медицинской помощи, организовать госпитализацию

пациента в медицинскую организацию, обеспечивающую круглосуточное медицинское наблюдение и лечение по профилю заболевания пациента;

2.4. Своевременно (в течение 1 рабочего дня) информировать Координационный центр ГАУЗ ТО «Хоспис» о прекращении использования медицинских изделий на дому (смерть, отказ от применения оборудования, передача оборудования другому пациенту, нуждающемуся в паллиативной медицинской помощи и респираторной поддержке на дому и т. д.);

2.5. В случае отсутствия пациентов, нуждающихся в использовании медицинских изделий на дому, передать медицинские изделия в ГАУЗ ТО «Хоспис».

3. Главному врачу ГАУЗ ТО «Хоспис» обеспечить:

3.1. сбор информации от медицинских организаций о пациентах, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи и оказанию респираторной поддержки на дому, согласно Регистру пациентов, нуждающихся в обеспечении медицинскими изделиями на дому;

3.2. передачу медицинским организациям, согласно поданным заявкам медицинских изделий и расходных материалов для дальнейшего использования пациентами, в том числе в домашних условиях, согласно Алгоритму организации респираторной поддержки на дому пациентам старше 18 лет, нуждающимся в паллиативной медицинской помощи, на территории Тюменской области;

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя директора.

Заместитель директора

Н.В. Логинова

Алгоритм организации респираторной поддержки на дому пациентам, нуждающимся в паллиативной медицинской помощи, и респираторной поддержке в домашних условиях и проживающих на территории Тюменской области

1. Настоящий Алгоритм организации респираторной поддержки на дому пациентам, нуждающимся в паллиативной медицинской помощи, и респираторной поддержке в домашних условиях и проживающих на территории Тюменской области разработан с целью организации респираторной поддержки на дому пациентам старше 18 лет, нуждающимся в паллиативной медицинской помощи, на территории Тюменской области (далее - Алгоритм).

2. Условиями предоставления медицинских изделий на дому являются: наличие медицинских показаний, нахождение пациента в сознании, активное сотрудничество с врачом, проживание совместно с родственниками или лицами, осуществляющими уход.

3. Респираторная поддержка на дому предоставляется пациентам, нуждающимся в паллиативной медицинской помощи, по заключению врачебной комиссии (о необходимости предоставления пациенту паллиативной медицинской помощи, о необходимости обеспечения пациента, нуждающегося в длительной респираторной поддержке, медицинским оборудованием, расходными материалами на дому) медицинской организации, в состав которой должен входить врач по паллиативной медицинской помощи или врача-пульмонолог, врач-анестезиолог-реаниматолог (в случае подбора аппарата искусственной вентиляции легких).

4. Врачебная комиссия медицинской организации определяет показания для респираторной поддержки на дому индивидуально для каждого пациента.

5. Медицинское заключение врачебной комиссии о нуждаемости пациента в ПМП и необходимости предоставления медицинских изделий и расходных материалов для использования в домашних условиях, должно быть в первичной медицинской документации пациента. Форма медицинского заключения врачебной комиссии представлена в приложении №1 к настоящему Алгоритму.

6. Формирование сводной заявки от медицинских организаций на приобретение медицинских изделий и расходных материалов осуществляет Координационный центр ГАУЗ ТО «Хоспис» ежегодно, в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ от 31 мая 2019 г. N 348н «Об утверждении перечня медицинских изделий, предназначенных для поддержания функций органов и систем организма человека, предоставляемых для использования на дому» (далее, - Приказ №348н).

7. Медицинская организация, в которой наблюдается пациент, направляет заявку на обеспечение медицинскими изделиями и расходными материалами для использования в домашних условиях в Координационный центр ГАУЗ ТО «Хоспис» посредством защищенного канала связи VipNet на адрес Сафронов П.Н., по форме согласно приложению № 2 к настоящему Алгоритму, ежегодно по запросу. Заявка должна быть направлена на официальном бланке медицинской организации и заверена подписью главного врача.

8. Сформированная заявка на приобретение медицинских изделий и расходных материалов направляется ГАУЗ ТО «Хоспис» в Департамент здравоохранения Тюменской области для согласования и принятия решения о выделении субсидии.

9. При принятии положительного решения о выделении денежных средств на приобретение медицинских изделий и расходных материалов для пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи и респираторной поддержке на дому ГАУЗ ТО «Хоспис» осуществляет закупку оборудования в соответствии с согласованной заявкой.

10. Медицинские изделия и расходные материалы для оказания респираторной поддержки на дому находится на балансе ГАУЗ ТО «Хоспис».

11. Передача медицинских изделий и расходных материалов из ГАУЗ ТО «Хоспис» осуществляется на основании письменной заявки от медицинской организации, в которой наблюдается пациент, нуждающийся в ПМП и респираторной поддержке на дому в соответствии с документами, согласно приложению № 3 к настоящему Алгоритму.

12. Медицинская организация, в которой пациент получает паллиативную медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в случае принятия решения врачебной комиссией, на основании заключения лечащего врача (врача-пульмонолога или врача-анестезиолога-реаниматолога), выявившего медицинские показания для использования аппарата ИВЛ на дому, принимает решение о передаче оборудования, расходных материалов пациенту (его законному представителю).

13. Передача пациенту (его законному представителю) медицинских изделий, расходных материалов осуществляется в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ 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» (информированное добровольное согласие пациента или его законного представителя на медицинское вмешательство, анкета о состоянии домашних условий пациента) посредством заключения Договора безвозмездного пользования медицинскими изделиями и расходными материалами по рекомендуемой форме, в соответствии с Приложением №5 к настоящему Алгоритму. Отказ пациента (его законного представителя) от заполнения и подписания информированного добровольного согласия и анкеты (при необходимости) фиксируется в медицинской документации пациента.

14. Передача пациенту (его законному представителю) медицинских изделий, расходных материалов осуществляется на основании заявления гражданина для получения медицинских изделий и расходных материалов для проведения искусственной вентиляции легких на дому по форме, согласно Приложению №4 к настоящему Алгоритму.

15. После передачи медицинского оборудования из ГАУЗ ТО «Хоспис» в медицинскую организацию врач по ПМП медицинской организации должен обеспечить пациента медицинскими изделиями, настроить и провести обучение родственников или лиц, осуществляющих уход по использованию медицинского оборудования в домашних условиях.

16. В случае нуждаемости пациента в длительной респираторной поддержке (искусственной вентиляции легких) потребность в обеспечении аппаратом ИВЛ (марка, расходные материалы) определяет врач анестезиолог-реаниматолог медицинской организации, в которой наблюдается пациент.

17. Индивидуальный подбор режима и параметров работы ИВЛ осуществляется в стационарных условиях, под наблюдением врача-анестезиолога-реаниматолога.

18. Врач-анестезиолог-реаниматолог в стационарных условиях по результатам клинических лабораторных и инструментальных исследований

принимает решение о возможности перевода пациента на дом для использования оборудования в домашних условиях.

19. Врач-анестезиолог-реаниматолог в стационарных условиях проводит обучение врача по ПМП и родственников или лиц, осуществляющих уход, навыкам эксплуатации в амбулаторных условиях.

20. В случае нахождения пациента в домашних условиях медицинская организация должна организовать госпитализацию пациента в стационар для подбора оборудования.

21. Врач по ПМП медицинской организации присутствует при подборе режима оборудования в стационаре.

22. Пациент выписывается под наблюдение врача по ПМП. Наблюдение пациентов, находящихся на респираторной поддержке в домашних условиях осуществляется на основе взаимодействия врача по ПМП, врачей специалистов медицинской организации (врача-хирурга, врача-пульмонолога и др.).

23. Кратность посещения и наблюдения пациента, находящегося на аппарате ИВЛ, состав специалистов, устанавливаются врачом анестезиологом-реаниматологом совместно с врачом по ПМП, учитывая тяжесть состояния по основному заболеванию и с учетом особенностей респираторной поддержки. Указанные рекомендации отражаются в выписке пациента из стационара.

24. Передача медицинских изделий пациенту на дом оформляется договором безвозмездного пользования медицинским оборудованием и расходными материалами, согласно приложению №5 к настоящему Алгоритму, актом приема-передачи оборудования (в 2-х экземплярах), в котором должны быть указаны характеристики оборудования, наименование, вид, модель, комплектация, заводской и инвентарный номер, сроки возврата, требования к эксплуатации оборудования, включая обязательства о сохранности медицинского оборудования.

25. Медицинская организация, в которой наблюдается пациент, по согласованию с пациентом или его законным представителем информирует территориальную жилищно-эксплуатационную службу о проживании в радиусе ее обслуживания пациента, находящегося на длительной инвазивной ИВЛ и жизненно зависимого от бесперебойности снабжения электроэнергией.

Форма медицинского заключения врачебной комиссии (подкомиссии) медицинской организации по паллиативной медицинской помощи

(наименование медицинской организации)

Медицинское заключение врачебной комиссии (подкомиссии)

N _____ «__» _____ 20__ г.

Повестка: Рассмотрение вопроса о наличии/отсутствии у пациента _____,

(ФИО пациента) (дата

рождения)

показаний к оказанию паллиативной медицинской помощи и необходимости обеспечения медицинским оборудованием и расходными материалами на дому (с указанием медицинских изделий и расходных материалов)

Состав комиссии:

Председатель:

Заместитель главного врача – _____ (Ф.И.О., должность)

Заместитель председателя врачебной комиссии – _____ (Ф.И.О., должность)

Члены комиссии:

_____ (Ф.И.О., должность)

_____ (Ф.И.О., должность)

_____ (Ф.И.О., должность)

Секретарь врачебной комиссии:

_____ (Ф.И.О., должность)

Слушали: _____ (Ф.И.О., должность)

Рассмотрели материалы: перечислить (например)

Заключение врача-анестезиолога-реаниматолога или врача-пульмонолога (для пациентов, нуждающихся в респираторной поддержке).

Из анамнеза:

Объективный статус:

Диагноз основной:

Диагноз сопутствующий:

Врачебная комиссия решила:

Пациент (Ф.И.О.) _____, нуждается/ не нуждается (подчеркнуть) в предоставлении паллиативной медицинской помощи.

Нуждается в ПМП в амбулаторных условиях (нужное подчеркнуть):

кабинет паллиативной медицинской помощи, выездная бригада

Нуждается в ПМП в условиях стационара (нужное подчеркнуть):

в круглосуточном наблюдении на койках ПМП, на койках сестринского ухода.

Нуждается ли пациент в специализированной ПМП (нужное подчеркнуть):

нуждается (ГАУЗ ТО «Хоспис»)/ не нуждается

Необходимость в респираторной поддержке (нужное подчеркнуть):

нуждается/ не нуждается.

Указать в каком медицинском оборудовании нуждается пациент: _____

Указать расходные материалы к оборудованию и их количество: _____

Объем дополнительного диагностического обследования: _____

Необходимость направления на МСЭ для установления группы инвалидности _____

Необходимость направлена пациента в учреждения социальной защиты населения _____

Председатель врачебной комиссии: _____ (подпись, расшифровка)

Заместитель председателя: _____ (подпись, расшифровка)

Члены комиссии: _____ (подпись, расшифровка)

_____ (подпись, расшифровка)

Секретарь комиссии: _____ (подпись, расшифровка)

Приложение к заключению врачебной комиссии: анкета пациента, имеющего признаки нуждаемости в оказании ПМП, с заполненной шкалой PPS для оценки общей активности больных, шкала боли НОШ

Приложение № 2 к
Алгоритму организации респираторной поддержки на дому пациентам,
нуждающимся в паллиативной медицинской помощи, и
респираторной поддержке в домашних условиях и проживающих
на территории Тюменской области

Форма заявка от медицинской организации

_____ (наименование медицинской организации)

_____ (дата предоставления информации)

№ п/п	ФИО пациента нуждающегося в обеспечении медицинскими изделиями на дому	Диагноз по МКБ-10	Обоснование потребности (дата проведения заседания врачебной комиссии)	Наименование медицинского изделия	Кол-во, шт.	Наименование расходных материалов	Кол-во, шт.

Форма договора безвозмездной передачи имущества
№__

г. Тюмень «__» _____ 20__ года
_____, именуемое в дальнейшем
«Ссудодатель», в лице _____, действующего на основании
_____, с одной стороны, и _____, в лице
_____, действующего на основании
_____, именуемое в дальнейшем «Ссудополучатель» с другой стороны, на
основании приказа Департамента здравоохранения Тюменской области от _____
№ _____ «О даче согласия на распоряжение имуществом», Протокола
наблюдательного совета _____ № ____ от _____ г., заключили
настоящий договор о ниже следующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Ссудодатель обязуется передать в безвозмездное пользование Ссудополучателю движимое имущество, поименованное в Приложении №1 «Перечень передаваемого имущества» к Договору (далее - Имущество), а Ссудополучатель обязуется вернуть Имущество в порядке и сроки, установленные Договором.

1.2. Передаваемое в безвозмездное пользование Имущество является имуществом, находящимся в оперативном управлении Ссудодателя.

1.3. Ссудодатель гарантирует Ссудополучателю, что на момент заключения Договора Имущество в споре или под арестом не состоит, не является предметом залога и не обременено другими правами третьих лиц.

1.4. Наименование, инвентарный номер, балансовая стоимость, техническое состояние Имущества, указаны в перечне передаваемого имущества (Приложение №1 к настоящему Договору).

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Ссудодатель обязан:

2.1.1. Подготовить Имущество к передаче, в том числе составить акт приема-передачи имущества по форме, согласованной в Приложении № 2 к настоящему договору.

2.1.2. Передать Ссудополучателю Имущество вместе со всеми его принадлежностями и относящейся к нему документацией по акту приема-передачи имущества в срок до «__» _____ 20__ г.

Акт приема - передачи имущества, подписанный Сторонами, является неотъемлемой частью Договора.

2.2. Ссудополучатель обязан:

2.2.1. Перед подписанием акта приема-передачи имущества осмотреть Имущество и проверить его состояние.

2.2.2. Использовать Имущество по его назначению для оказания паллиативной помощи.

2.2.3. По окончании срока действия Договора либо в течение 30 (тридцати) рабочих дней после его досрочного расторжения вернуть Ссудодателю Имущество в том состоянии, в котором оно было получено, с учетом нормального износа. Расходные материалы возврату Ссудодателю не подлежат.

2.2.4. Подготовить Имущество за свой счет к возврату Ссудодателю, в том числе составить акт возврата имущества по форме, согласованной в Приложении №3 к Договору, подписанный Сторонами, который является неотъемлемой частью Договора.

2.2.5. Не допускать нецелевого использования или простоя оборудования.

2.2.6. Нести расходы по содержанию оборудования, в том числе по техническому обслуживанию и приобретению расходного материала, для полноценного использования оборудования.

3. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

3.1. Все споры, связанные с заключением, толкованием, исполнением и расторжением Договора, будут разрешаться Сторонами путем переговоров.

3.2. В случае недостижения соглашения в ходе переговоров заинтересованная Сторона направляет претензию в письменной форме, подписанную уполномоченным лицом.

Претензия направляется любым из следующих способов:

- заказным письмом с уведомлением о вручении;
- курьерской доставкой. В этом случае факт получения претензии необходимо подтвердить распиской, которая должна содержать наименование документа и дату его получения, а также фамилию, инициалы, должность и подпись лица, получившего данный документ.

Претензия влечет гражданско-правовые последствия для Стороны, которой направлена, с момента ее доставки указанной Стороне или ее представителю. Такие последствия возникают и в случае, когда претензия не была вручена адресату по зависящим от него обстоятельствам.

Претензия считается доставленной, если она:

- поступила адресату, но по обстоятельствам, зависящим от него, не была вручена или адресат не ознакомился с ней;

- доставлена по адресу, указанному в ЕГРЮЛ или названному самим адресатом, даже если последний не находится по такому адресу.

3.3. К претензии должны прилагаться документы, обосновывающие предъявленные заинтересованной Стороной требования (в случае их отсутствия у другой Стороны), и документы, подтверждающие полномочия подписавшего претензию лица. Указанные документы представляются в форме надлежащим образом заверенных копий. Претензия, направленная без документов, которыми подтверждаются полномочия подписавшего ее лица, считается непредъявленной и рассмотрению не подлежит.

3.4. Сторона, которой направлена претензия, обязана рассмотреть полученную претензию и о результатах уведомить в письменной форме заинтересованную Сторону в течение 10 (десять) рабочих дней со дня получения претензии.

3.5. В случае неурегулирования разногласий в претензионном порядке, а также в случае неполучения ответа на претензию в течение срока, указанного в Договоре, спор передается в суд по месту нахождения ответчика в соответствии с законодательством РФ.

4. ОБСТОЯТЕЛЬСТВА НЕПРЕОДОЛИМОЙ СИЛЫ (ФОРС-МАЖОР)

4.1. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по Договору, если надлежащее исполнение оказалось невозможным вследствие непреодолимой силы, т.е. чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях обстоятельств.

4.2. О наступлении этих обстоятельств Сторона обязана уведомить другую Сторону в течение 30 (тридцати) рабочих дней.

4.3. Документ, выданный уполномоченным государственным органом и т.д. является достаточным подтверждением наличия и продолжительности действия обстоятельств непреодолимой силы.

4.4. Если обстоятельства непреодолимой силы продолжают действовать более 3 (трех) месяцев, то каждая Сторона вправе отказаться от Договора в одностороннем порядке.

5. СРОК ДЕЙСТВИЯ, ИЗМЕНЕНИЕ И ДОСРОЧНОЕ РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА

5.1. Договор заключен на 5 лет с момента подписания настоящего Договора и действует до «___» _____ 20___ г.

5.2. Все изменения и дополнения к Договору действительны, если совершены в письменной форме и подписаны Сторонами. Соответствующие дополнительные соглашения Сторон являются неотъемлемой частью Договора.

5.3. Договор может быть досрочно расторгнут по соглашению Сторон, либо по требованию одной из Сторон в порядке и по основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

6. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

6.1. Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами.

6.2. Если иное не предусмотрено Договором, Стороны могут направлять уведомления и иные юридически значимые сообщения факсом, электронной почтой или другим способом связи при условии, что он позволяет достоверно установить, от кого исходило сообщение и кому оно адресовано.

6.3. Договор составлен в двух экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

6.4. К Договору прилагаются:

- перечень передаваемого имущества (Приложение N 1);
- акт приема - передачи имущества (Приложение N 2);
- акт возврата имущества (Приложение N 3);

7. Юридические адреса сторон

«Ссудодатель»

«Ссудополучатель»

Главный врач

Главный врач

м.п.

м.п.

Перечень передаваемого имущества

N	Наименование имущества, его принадлежности (при наличии)	Инвентарный номер	Балансовая стоимость, руб.	Техническое состояние
1				
2				

«Ссудодатель»

«Ссудополучатель»

Главный врач

Главный врач

М.П.

М.П.

**АКТ
приёма - передачи имущества**

г. Тюмень

« _____ » _____ 20__ г.

Мы, нижеподписавшиеся _____,
именуемое в дальнейшем «Ссудодатель», в лице _____,
действующего на основании _____, с одной стороны, и
_____, в лице _____, действующего на
основании _____, именуемое в дальнейшем «Ссудополучатель» с другой
стороны подтверждаем, что «Ссудодатель» передает а «Ссудополучатель» принимает
следующее движимое имущество:

№	Наименование имущества, его принадлежности (при наличии)	Инвентарный номер	Балансовая стоимость, руб.	Техническое состояние

Переданное имущество на момент передачи находится в рабочем состоянии, претензий нет.

«Ссудодатель»

«Ссудополучатель»

Главный врач

Главный врач

М.П.

М.П.

АКТ возврата имущества

г. Тюмень "___" _____ 20__ г.
_____, именуемое _____ в дальнейшем
«Ссудодатель», в лице _____, действующего на основании
Устава, с одной стороны, и _____,
действующего на основании _____ а, именуемое в дальнейшем
«Ссудополучатель» с другой стороны составили настоящий Акт возврата имущества
(далее - Акт) по Договору безвозмездного пользования (ссуды) № ___ от "___" _____
20__ г. (далее - Договор) о нижеследующем.

1. В соответствии с п. 1.1 Договора Ссудополучатель возвращает движимое
имущество, полученное им по Акту приема-передачи имущества № ___ от "___" _____
20__ г., а Ссудодатель принимает движимое имущество по следующему перечню:

№	Наименование имущества, его принадлежности (при наличии)	Инвентарный номер	Балансовая стоимость, руб.	Техническое состояние

2. Указанное движимое имущество возвращено Ссудополучателем в том состоянии,
в котором оно было им получено, с учетом нормального износа.

3. Претензии Ссудодателя к фактическому состоянию возвращенного имущества не
имеет.

5. Настоящий Акт составлен в 2 (Двух) экземплярах, по одному для Ссудодателя и
Ссудополучателя.

«Ссудодатель»

«Ссудополучатель»

Главный врач

Главный врач

М.П.

М.П.

**Форма заявления гражданина для получения
Медицинских изделий и расходных материалов для проведения
искусственной вентиляции легких на дому**

В медицинскую организацию
(наименование МО)

(ФИО заявителя)

(адрес регистрации)

(телефоны для связи)

Прошу предоставить Медицинское изделие и/или расходные материалы для
проведения искусственной вентиляции легких на дому

(название медицинского изделия)

К заявлению прилагаются следующие документы:

При рассмотрении заявления прошу учесть:

Дополнительные сведения (при наличии):

С порядком выдачи медицинских изделий и условиями пользования ознакомлен:

Подпись пациента либо законного представителя

Подпись врача

"__" _____ 20 г. " __ " _____ 20 г.

**Договор безвозмездного пользования медицинскими изделиями и
расходными материалами**

г. Тюмень

«___» _____ 20__ г.

(Наименование медицинской организации)
именуемое в дальнейшем "Учреждение", в лице _____

(должность, ФИО представителя Учреждения)
действующего(ей) на основании Устава, с одной стороны,

Пациент

(ФИО, год рождения пациента)

(наименование документа, удостоверяющего личность, серия, N, кем выдан, дата выдачи)

(СНИЛС, полис ОМС)

(адрес регистрации по месту жительства/пребывания)

(адрес фактического места жительства)

находящийся под наблюдением врача кабинета паллиативной медицинской
помощи _____ «_____»,
(именуемый(ая) далее "Пациент"), со второй стороны, _____

ФИО лица, осуществляющего уход за пациентом

(наименование документа, удостоверяющего личность, серия,
N, 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 медицинские показания (не имеющим
противопоказаний) к обеспечению медицинскими изделиями и расходными
материалами _____

(наименование медицинских изделий и/или расходных материалов)
протокол заседания врачебной комиссии от «___» _____ 20__ г.
N _____), с учетом информированного добровольного согласия пациента

на получение паллиативной медицинской помощи, включающей респираторную поддержку, в амбулаторных условиях, в том числе на дому, от «___» _____ 20__ г., заключили договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. В соответствии с условиями настоящего Договора Учреждение передает в безвозмездное временное пользование _____

(наименование медицинских изделий и/или расходных материалов)

(именуемое далее «Медицинские изделия» для его использования при оказании Пациенту паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях, в том числе на дому.

1.2. Медицинские изделия и/или расходные материалы передаются по акту приема-передачи Пациенту и Получателю (или только Получателю, если состояние здоровья пациента не позволяет подписать акт приема-передачи) в течение 2 (двух) рабочих дней с даты подписания сторонами настоящего Договора вместе с копиями всех относящихся к Оборудованию технических паспортов, инструкций по эксплуатации и другой документации.

1.3. Вместе с Медицинскими изделиями по акту приема-передачи передаются расходные материалы, необходимые для использования Пациентом, на срок и в объеме, определенном решением врачебной комиссии в соответствии с действующими нормативно-правовыми актами.

1.4. Передача Медицинских изделий, расходных материалов Пациенту и/или Получателю осуществляется в месте нахождения пациента (пункт 1.7 настоящего Договора).

1.5. Медицинские изделия подлежат возврату Пациентом или Получателем в том состоянии, в котором оно было передано Пациенту, с учетом нормального износа. Расходные материалы возврату не подлежат.

1.6. Медицинские изделия могут использоваться исключительно в целях оказания респираторной поддержки Пациенту, получающему паллиативную медицинскую помощь на дому.

1.7. Медицинские изделия преимущественно используются Пациентом по адресу:

(адрес фактического места жительства Пациента)

2. Права и обязанности

2.1. Учреждение обязано:

2.1.1. Провести инструктаж Пациента и Получателя (либо только Получателя, если состояние здоровья Пациента не позволяет провести его инструктаж) правилам пользования Медицинскими изделиями перед его передачей в безвозмездное временное пользование.

2.1.2. Предоставить Медицинские изделия в исправном состоянии, комплектно вместе со всеми относящимися к нему документами, расходными материалами.

2.1.3. Провести пусконаладочные работы.

2.1.4. Проводить техническое обслуживание Медицинского изделия в сроки, установленные технической документацией.

2.1.5. Предварительно проинформировать Пациента и/или Получателя о проведении технического обслуживания Медицинского изделия не менее чем за 3 рабочих дня.

2.1.6. При наличии показаний для подбора или изменения режима респираторной поддержки, обеспечить госпитализацию Пациента в медицинскую организацию, оказывающую стационарную медицинскую помощь, если невозможно осуществить подбор или изменение режима респираторной поддержки в амбулаторных условиях.

2.1.7. Регулярно, но не реже одного раза в месяц, проводить осмотр и проверку работы Медицинского изделия при посещении пациента для принятия решения о плановой/внеплановой замене Медицинского изделия и отправке его на ремонт.

2.1.8. Предоставлять Пациенту подменное Медицинское изделие на период ремонта или технического обслуживания, ранее предоставленного Медицинского изделия.

2.1.9. При невозможности предоставления подменного Медицинского изделия, направить Пациента в медицинскую организацию, оказывающую стационарную медицинскую помощь, для проведения респираторной поддержки до момента замены Оборудования.

2.2. Учреждение в праве:

2.2.1. Контролировать использование Медицинского изделия Пациентом.

2.2.2. В случае обнаружения неэффективного или нецелевого использования Медицинского изделия, направить Пациенту и/или Получателю письменное предупреждение.

2.3. Пациент и/или Получатель обязаны:

2.3.1. Обеспечить использование Медицинского изделия только по его целевому назначению - в целях оказания респираторной поддержки Пациенту, получающему паллиативную медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в том числе на дому, и в соответствии с условиями настоящего Договора.

2.3.2. Пройти инструктаж по эксплуатации Медицинского изделия, в том числе в случае нарушения режима его работы и внезапного отключения.

2.3.3. Обеспечить постоянный контроль за работой Медицинского изделия.

2.3.4. Обеспечить свободный доступ в помещение, где будет установлено Медицинское изделие, уполномоченным сотрудникам Учреждения для проведения технического обслуживания, проверки состояния, а также контроля использования Медицинского изделия в соответствии с целевым назначением, технической документацией и инструкциями работников Учреждения.

2.3.5. Уведомить Учреждение 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.

2.3.6. Информировать Учреждение по телефону и врача по паллиативной медицинской помощи:

- об изменении в состоянии здоровья Пациента;
- об изменении адреса, 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 специализированную).

2.3.7. Возвратить Медицинское изделие вместе с документами, переданными по акту возврата при прекращении права на его использование.

2.4. Получатель обязан:

2.4.1. Обеспечить круглосуточный уход за пациентом.

2.4.2. Обеспечить круглосуточный доступ к Пациенту для оказания ему медицинской помощи.

2.5. Пациент и/или Получатель не вправе:

2.5.1. Передавать Медицинское изделие во владение и (или) пользование, в том числе в аренду, в безвозмездное пользование, передавать свои права и обязанности по настоящему Договору третьим лицам, отдавать в залог, иным образом распоряжаться Медицинским изделием.

2.6. Пациент и/или Получатель вправе:

2.6.1. В любой момент в одностороннем порядке отказаться от настоящего Договора, вернув Медицинское изделие вместе с документами в Учреждение 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 Учреждением 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 технического средства реабилитации медицинского назначения

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, в том числе с нарушением целевого назначения, или с нарушением функционального назначения, 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 было испорчено по причинам, не связанным с тем, что Пациент или Получатель использовали его с нарушением условиями Договора или назначением, либо передал его третьему лицу.

6. Срок действия договора

6.1. Медицинское изделие предоставляется на срок оказания Пациенту паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях, в том числе на дому, но не более чем на 5 лет.

По истечении срока, указанного в настоящем пункте, при отсутствии возражений Сторон, Договор продлевается на тех же условиях 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 (Приложение № 2 к настоящему Договору) Пациентом или Получателем.

7.2. Договор может быть изменением 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. Учреждение 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;
- наносит ущерб состоянию Медицинского изделия;
- нарушает инструкции по эксплуатации;
- не исполняет иные обязательства, предусмотренные настоящим Договором.

7.5. Договор прекращается в случае изменения обстоятельств, послуживших основанием для заключения настоящего Договора (в том числе, госпитализация пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, предоставление пациенту иного оборудования в целях респираторной поддержки, принятие врачебной комиссией Учреждения решения о наличии у Пациента противопоказаний или об отсутствии медицинских показаний к применению, констатации 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.

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.

9.4. Приложения:

- Приложение 1: Форма акта приема-передачи Медицинских изделий и расходных материалов.
- Приложение 2: Форма акта возврата Медицинского изделия.

10. Адреса, реквизиты и подписи сторон:

Акт приема-передачи Медицинского изделия и расходных материалов

Место составления акта: _____

Дата составления акта: "___" _____ 20__ г.

"_____"; именуемое
в дальнейшем "Учреждение", в лице

должность, ФИО представителя Учреждения

действующего (ей) на основании Устава, с одной стороны,

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

Именуемый(ые) далее _____

Указать нужное: "Пациент" или "Получатель"

в соответствии с условиями Договора безвозмездного пользования техническим
средством реабилитации медицинского назначения от «___» _____ 20__ г.
N _____ подписали настоящий Акт о передаче Учреждением

указать нужное: "Пациент" и /или "Получатель"

Медицинские изделия:

№ п/п	Наименование	Инвентарный номер	Серийный номер	Количество	Цена, руб.

Расходные материалы:

№ п/п	Наименование	Количество

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 Учреждения,
_____ (указать нужное: Пациент и/или
Получателя).

Подписи сторон:

от Учреждения

1. Получатель Пациент

_____ (_____)
подпись ФИО расшифровка

2. _____ (_____)
подпись ФИО расшифровка

Акт возврата Медицинского изделия и расходных материалов

Место составления акта: _____

Дата составления акта: "___" _____ 20__ г.

« _____ »,
именуемое в дальнейшем "Учреждение", в
лице _____
должность, ФИО представителя Учреждения

действующего (ей) на основании Устава, с одной стороны,

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

Именуемый(ые) далее _____
Указать нужное: "Пациент" или "Получатель"

в соответствии с условиями Договора безвозмездного пользования медицинскими
изделиями и расходными материалами от «___» _____ 20 г.

№ _____ подписали настоящий Акт о передаче Учреждением

указать нужное: "Пациент" и/или "Получатель"

Медицинские изделия:

№ п/п	Наименование	Инвентарный номер	Серийный номер	Количество	Цена, руб.

Вместе с Медицинскими изделиями 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 Учреждения,
_____ (указать нужное: Пациент и/или
Получателя).

Подписи сторон:

от Учреждения

_____ (_____)
подпись ФИО расшифровка

Получатель Пациент

_____ (_____)
подпись ФИО расшифровка

