Главному врачу ГБУЗ РБ Детской поликлиники №

ФИО

от ФИО

действующей в интересах своего несовершеннолетнего «ребенка-инвалида» ФИО дата г.р.,

место жительства:

тел.

e-mail:

Заявление

об установлении паллиативного статуса ребенку

Мой ребенок ФИО дата г.р., страдает диагнозом муковисцидоз.

Согласно справке бюро медико-социальной экспертизы, серия МСЭ-20\_\_ №\_\_\_\_ от 00.00.2000 является ребенком-инвалидом.

**Прошу Вас оформить заключение о наличии показаний для оказания моему ребенку Мельниковой Анастасии Александровны паллиативной медицинской помощи.**

Считаю необходимым пояснить, что в соответствии с Положением 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, утвержденного Приказом Минздрава России N 345н, Минтруда России N 372н от 31.05.2019г. мой ребенок полностью соответствует этому статусу. Она страдает тяжелым наследственным заболеванием «муковисцидоз», является инвалидом с детства. Данное заболевание характеризуется прогрессирующим течением, с необратимым снижением функции легких, невозможным восстановлением функции поджелудочной железы, развитием осложнений, значимо отягощающих течение болезни. (БЭН).

В настоящее время моему ребенку должна быть рекомендована амбулаторная форма организации паллиативной помощи с предоставлением медицинских изделий: ПЕРЕЧИСЛИТЬ

[Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.07.2019 № 505н](http://pravo-med.ru/legislation/fz/15126/) утвержден Порядок 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.

Лечащий врач оформляет заключение о наличии у пациента медицинских показаний для использования медицинского изделия на дому. От пациента берется информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в части использования медицинского изделия и анкета о состоянии домашних условий пациента.

На основе данных документов не позднее трех рабочих дней с момента их получения врачебная комиссия принимает решение о передаче медицинского изделия с фиксацией решения в медицинской карте пациента.

Медицинское изделие должно быть передано пациенту не позднее 5 рабочих дней с даты решения врачебной комиссии с заключением с ним договора безвозмездного пользования (договора ссуды).

Вынуждена напомнить также, что Вы несете персональную ответственность за нарушение соответствующих статей Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

О принятом решении проинформировать меня письменно или по электронной почте в **кратчайший срок**.

«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_