|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | УТВЕРЖДЕН  приказом министерства здравоохранения Новосибирской области  от \_\_04.07.2025\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_1924-НПА\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**План диспансерного наблюдения паллиативных пациентов медицинскими организациями, оказывающих первичную медико-санитарную помощь по территориально-участковому принципу на территории Новосибирской области**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Наименование медицинской организации |  |
| 2 | ФИО пациента |  |
| 3 | Дата рождения |  |
| 4 | Адрес постоянного места жительства |  |
| 5 | Полис ОМС |  |
| 6 | Диагноз (код МКБ-10) |  |
| 7 | Дата установления диагноза |  |
| 8 | Сопутствующие диагнозы с кодом МКБ10 |  |
| 9 | Присвоение паллиативного статуса  (дата и номер ВК) |  |
| 10 | Наличие инвалидности  (дата присвоения) |  |
| 11 | Вес и рост  (указать динамику) |  |
| 12 | Обеспечение лечебным питанием, включенным в перечень льгот для детей инвалидов (вид питания, вид лечебной смеси, суточная доза, количество упаковок на квартал) |  |
| 13 | План-график осмотра узкими специалистами, лабораторными и диагностическими исследованиями с указанием планируемой даты |  |
| 14 | Исполнение плана диспансерного наблюдения с указанием даты проведения осмотр/исследования, заключение, рекомендации |  |
| 15 | Информация о наблюдении паллиативной службой с указанием рекомендаций, даты последней явки |  |
| 16 | Базисная терапия опиоидными анальгетиками | Название, доза |
| 17 | Иная длительная базисная терапия | Название препарата, доза, кратность приема |
| 18 | ФИО родителя или законного представителя, телефон |  |
| 19 | ФИО врача, направившего пациента, телефон |  |

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись главного врача МО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.