

Главному врачу
наименование поликлиники
от _____

адрес
телефон

ЗАЯВЛЕНИЕ

о проведении врачебной комиссии по вопросу наличия показаний к оказанию паллиативной медицинской помощи

Я, _____, в связи с наличием прогрессирующего неизлечимого заболевания (болезнь двигательного нейрона (боковой амиотрофический склероз), код G12.2 по МКБ – 10), нуждаюсь в оказании паллиативной медицинской помощи и обеспечении медицинскими изделиями.

Медицинские показания к оказанию паллиативной медицинской помощи взрослым установлены приложением № 1 к Положению 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 (утв. приказом Министерства здравоохранения РФ и Министерства труда и социальной защиты РФ от 31 мая 2019 г. N 345н/372н, далее – Положение).

В соответствии с п. 14 Положения медицинское заключение о наличии медицинских показаний для оказания паллиативной медицинской помощи взрослым выдает врачебная комиссия или консилиум врачей медицинской организации, в которой осуществляется наблюдение и лечение взрослого.

В соответствии с п. 25 Положения, а также п. 4 ст. 36 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», при оказании паллиативной медицинской помощи пациенту предоставляются для использования на дому медицинские изделия, предназначенные для поддержания функций органов и систем организма человека. Перечень таких медицинских изделий утверждён приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 мая 2019 г. N 348н.

В связи с вышеизложенным, в соответствии с ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» и 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 прошу Вас провести заседание врачебной комиссии или консилиума врачей Вашей медицинской организации по вопросу наличия у меня медицинских показаний для оказания паллиативной медицинской помощи и обеспечения следующими медицинскими изделиями:

- аппаратом НИВЛ и расходными материалами к нему,
- инсуффлятором-аспиратором (откашливателем) и расходными материалами к нему,
- медицинской кроватью с электроприводом и сопутствующими изделиями,
- системой подъема/перемещения пациентов с электропитанием,
- _____,
- _____.

а также другими медицинскими изделиями, входящими в Перечень медицинских изделий, предназначенных для поддержания функций органов и систем организма человека, предоставляемых для использования на дому, утверждённый приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 мая 2019 г. N 348н, в использовании которых я нуждаюсь по медицинским показаниям, с оформлением соответствующего заключения.

Копию заключения, вместе с подтверждением отправки заявки на обеспечение меня необходимыми медицинскими изделиями в _____ области, прошу выдать мне на руки.

Также прошу разъяснить порядок и сроки получения необходимого мне оборудования.

_____ 202__ г.
« ____ » _____