



## РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

### МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАЛИНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

#### П Р И К А З

*18 июня* 2021 года № *431*  
г. Калининград

#### **Об оказании паллиативной медицинской помощи взрослому населению Калининградской области и признании утратившим силу приказа Министерства здравоохранения Калининградской области от 20.09.2017 № 441**

В соответствии со статьей 16 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 31.05.2019 № 345н/372н «Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 08.11.2012 № 689н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при заболевании, вызываемом вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 № 915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология» в целях организации оказания паллиативной медицинской помощи в Калининградской области,

**п р и к а з ы в а ю:**

1. Утвердить:

1) правила организации оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению Калининградской области, согласно приложению № 1;

2) перечень государственных медицинских организаций Калининградской области, оказывающих паллиативную медицинскую помощь взрослому населению, согласно приложению № 2.

2. Руководителям медицинских организаций, перечисленных в приложении № 2:

1) в срок до 01.10.2021 организовать оказание паллиативной медицинской помощи в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, а также настоящим приказом;

2) организовать работу врачебных комиссий (подкомиссий врачебных комиссий) по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи;

3) обеспечить своевременное обучение заместителей главных врачей по программам повышения квалификации по паллиативной медицинской помощи.

3. Руководителям государственных медицинских организаций Калининградской области, оказывающим специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь, за исключением перечисленных в приложении № 2, в срок до 01.12.2021 обеспечить наличие в штате не менее 1 врача – специалиста, имеющего подготовку по программам повышения квалификации по паллиативной медицинской помощи, с возложением на него обязанности по участию в заседаниях врачебных комиссий (подкомиссий врачебных комиссий) при рассмотрении вопросов о необходимости оказания пациенту паллиативной медицинской помощи.

4. Приказ Министерства здравоохранения Калининградской области от 20.09.2017 № 441 «Об оказании паллиативной медицинской помощи взрослому населению Калининградской области» признать утратившим силу.

5. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра Н.Б. Берездовец и главного внештатного специалиста по паллиативной помощи С.С. Миракяна.

Министр



А.Ю. Кравченко

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1  
к приказу Министерства здравоохранения  
Калининградской области  
от «18» июня 2021 года № 431

**П Р А В И Л А**  
**организации оказания паллиативной медицинской помощи**  
**взрослому населению Калининградской области**

1. Оказание паллиативной медицинской помощи (далее – ПМП) осуществляется с учетом права пациента на выбор врача и медицинской организации.

2. В медицинской организации, в которой пациент получает медицинскую помощь в стационарных или в амбулаторных условиях, принимается решение врачебной комиссии (подкомиссии врачебной комиссии):

1) о наличии/отсутствии у пациента показаний к оказанию ПМП на основании анкеты пациента, в соответствии с утвержденной приложением № 1 к настоящим правилам формой.

2) об условиях оказания паллиативной медицинской помощи: в стационарных условиях, в амбулаторных условиях, в том числе в кабинете ПМП или отделением выездной паллиативной службы, на основании критериев, установленных приложением № 2 к настоящим правилам.

3. Решение врачебной комиссии (подкомиссии врачебной комиссии) вносится в медицинскую документацию пациента.

4. Для принятия решения о наличии у пациентов, показаний к ПМП и условиях ее оказания лечащий врач пациента представляет лицу, ответственному за организацию работы врачебной комиссии (подкомиссии врачебной комиссии) медицинской организации заключение по форме, установленной приложением № 3 к настоящим правилам, и медицинскую документацию пациента.

5. При принятии решения о наличии у пациента показаний к ПМП лечащий врач, уполномоченный врачебной комиссией (подкомиссией врачебной комиссии):

1) своевременно вносит данные в регистр пациентов, нуждающихся в оказании ПМП;

2) не позднее двух рабочих дней после даты проведения комиссии



(подкомиссии врачебной комиссии), с соблюдением этических и моральных норм, информирует пациента (его законного представителя) о наличии (отсутствии) показаний к ПМП, принципах и условиях ее оказания, организует дальнейшую маршрутизацию пациента в целях оказания ПМП;

3) оформляет и выдает пациенту (законному представителю) выписку из медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, или медицинской карты стационарного больного, с указанием диагноза, результатов клинических, лабораторных и инструментальных исследований, рекомендаций по диагностике и лечению, иным медицинским мероприятиям, с указанием обоснования показаний для ПМП, и копию протокола (выписки) заседания врачебной комиссии (подкомиссии врачебной комиссии);

4) при отказе пациента (законного представителя) от получения ПМП разъясняет в доступной для него форме возможные последствия такого отказа, оформляет отказ от оказания паллиативной медицинской помощи, с учетом особенностей оформления информированного добровольного согласия/отказа при оказании ПМП;

6. В случае, если у пациента, при его первичном обращении за ПМП, отсутствуют показания для оказания ПМП, инициирует проведение врачебной комиссии (подкомиссии), в том числе повторной, для рассмотрения вопроса о наличии у пациента показаний для оказания ПМП;

7. Проведение врачебной комиссии по ПМП осуществляется как в присутствии пациента (в медицинской организации или на дому), так и заочно по представлению лечащего врача.

8. Решение врачебной комиссии (подкомиссии врачебной комиссии) по ПМП оформляется протоколом по форме, установленной приложением № 4 к настоящим правилам.

9. Врачебная комиссия (подкомиссия врачебной комиссии) по ПМП имеет право давать рекомендации сотрудникам медицинской организации по улучшению организации оказания ПМП.

10. Госпитализация в медицинские организации, оказывающие ПМП,



пациентов с неонкологическими заболеваниями, больных с онкологическими заболеваниями при отсутствии гистологической верификации диагноза или заключения онколога об инкурабельности заболевания без решения врачебной комиссии медицинской организации, в которой проходит лечение пациент, не состоящий в регистре паллиативных больных, не предусмотрена. В отдельных случаях, при отсутствии решения врачебной комиссии медицинской организации, направившей пациента на стационарное лечение, решение о госпитализации принимает врачебная комиссия медицинской организации, оказывающей ПМП в условиях стационара, в которую доставлен пациент.

11. Пациенты, госпитализируемые в медицинские организации государственной системы здравоохранения Калининградской области, оказывающие ПМП, должны при себе иметь:

1) направление на госпитализацию по форме 057/у-04;

2) выписку из медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, или медицинской карты стационарного больного, с указанием диагноза, результатов клинических, лабораторных и инструментальных исследований, рекомендаций по диагностике и лечению, иным медицинским мероприятиям, обоснования показаний для ПМП;

3) копию протокола (выписки) заседания врачебной комиссии (подкомиссии врачебной комиссии) паспорт;

4) полис (копию полиса) обязательного медицинского страхования (при наличии).

12. При направлении пациента из одной медицинской организации, оказывающей ПМП, в другую медицинскую организацию, оказывающую ПМП, заключение врачебной комиссии не требуется.

13. При отсутствии медицинских и/или социальных показаний, а также желания пациента и/или законного представителя, перевод пациента из одной медицинской организации, оказывающей ПМП в стационарных условиях, в другую медицинскую организацию, оказывающую ПМП в стационарных условиях, не допускается.

14. Ведение и оформление истории болезни пациента производится согласно

приложению № 5 к настоящим правилам.

15. При оформлении информированного добровольного согласия/отказа от медицинского вмешательства пациент (законный представитель пациента) должен быть ознакомлен с принципами оказания ПМП, целями, методами, условиями оказания ПМП, возможными вариантами медицинских вмешательств, в том числе с возможностью применения наркотических средств и психотропных веществ, с возможными последствиями медицинских вмешательств, в том числе с вероятностью развития осложнений и предполагаемыми результатами ПМП.

16. Пациенту разъясняется право отказа от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Приложение № 1  
к правилам организации  
оказания паллиативной  
медицинской помощи  
взрослому населению  
Калининградской области

**Анкета пациента, имеющего признаки нуждаемости в оказании паллиативной медицинской помощи**

Раздел	Признак	Показатель (да/нет)	
<b>I.</b>	<b>Наличие заболеваний (состояний)</b>	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
1.1.	Различные формы злокачественных новообразований	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
1.2.	Органная недостаточность в стадии декомпенсации, при невозможности достичь ремиссии заболевания или стабилизации состояния пациента	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
1.3.	Хроническое прогрессирующее заболевание терапевтического профиля в терминальной стадии развития	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
1.4.	Тяжелые необратимые последствия нарушений мозгового кровообращения, требующие симптоматического лечения и обеспечения ухода при оказании	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
1.5.	Тяжелые необратимые последствия травм, в том числе черепно-мозговых, требующие симптоматической терапии и обеспечения ухода при оказании	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
1.6.	Дегенеративные и демиелинизирующие заболевания нервной системы на поздних стадиях развития	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
1.7.	Различные формы деменции, в том числе болезнь Альцгеймера, в терминальной стадии	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
<b>II.</b>	<b>Общие критерии для оказания паллиативной медицинской помощи</b>	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
2.1.	Ожидаемая продолжительность жизни менее года	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
2.2.	Мнение лечащего врача о потребности в паллиативной помощи	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
2.3.	Средний и высокий суицидальный риск	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
<b>III.</b>	<b>Показатели тяжести заболевания</b>	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
3.1.	Концентрация альбумина в плазме крови < 2,5 г/л, независимо от острых приступов декомпенсации	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет



3.2.	Потеря веса более 10 % в течение 6 месяцев, не связанное с сопутствующими заболеваниями	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
3.3.	Показатели функциональных нарушений	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
3.4.	Утрата способности выполнять два и более вида повседневной деятельности в течение 6 месяцев, несмотря на обеспечение соответствующей терапии	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
3.5.	Устойчивые пролежни (стадии 3-4)	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
3.6.	Рецидивирующая инфекция (более одного раза в течение 6 месяцев)	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
3.7.	Делирий	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
3.8.	Устойчивая дисфагия	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
3.9.	Наличие эмоционального расстройства с психологическими симптомами, не связанного с сопутствующими заболеваниями	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
3.10.	Две или более экстренных (незапланированных) госпитализации в связи с хроническим заболеванием за 12 месяцев	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
3.11.	Потребность в комплексной/интенсивной непрерывной помощи в условиях медучреждения, либо на дому	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
3.12.	Наличие двух и более сопутствующих заболеваний	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
<b>IV</b>	<b>Критерии при отдельных заболеваниях</b>		
<b>4.1.</b>	<b>Злокачественное новообразование</b>	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
4.1.1.	Подтвержден метастатический процесс (стадия 3-4) при незначительном ответе на специфическое лечение или наличии противопоказаний к специфической терапии, выраженное прогрессирование заболевания при лечении или метастатическое поражение жизненно важных органов (ЦНС, печени, наличие серьезного заболевания)	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
4.1.2.	Серьезные функциональные нарушения	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
4.1.3.	Стойкие беспокоящие симптомы, несмотря на оптимальное лечение вызывающих их заболеваний, в том числе наличие болевого синдрома	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
4.2.	<b>Хронические заболевания легких и иные расстройства дыхания, осложненные тяжелой хронической дыхательной недостаточностью</b>		
4.2.1.	Одышка в состоянии покоя или при минимальной нагрузке вне обострения заболевания	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
4.2.2.	Тяжелые соматические и психологические симптомы, несмотря на лечение основного заболевания	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет

4.2.3.	По результатам исследования функции внешнего дыхания FEV1 <30% или CVF < 40% , DLCO < 40%	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
4.2.4.	Необходимость контролировать газовый состав артериальной крови после завершения оксигенотерапии - клинические проявления сердечной недостаточности	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
4.2.5	Повторные госпитализации (более трех госпитализаций в течение 12 месяцев в связи с обострениями ХОБЛ)	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
<b>4.3.</b>	<b>Заболевания органов кровообращения</b>	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
4.3.1.	Сердечная недостаточность класса 3 или 4 (NYHA), тяжелое заболевание клапанов или неоперабельная коронарная недостаточность	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
4.3.2.	Затруднение дыхания в покое или при минимальной нагрузке	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
4.3.3	Тяжелые соматические и психологические симптомы, несмотря на лечение основного заболевания	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
4.3.4.	Результаты эхокардиографии: выраженное снижение фракции выброса (менее 30%) или выраженная легочная гипертензия (давление в легочной артерии более 60 мм рт	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
4.3.5.	Почечная недостаточность (клубочковая фильтрация <30 л/мин.)	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
4.3.6.	Неоднократная госпитализация по причине сердечной недостаточности/ИБС (более трех раз за 12 месяцев)	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
<b>4.4.</b>	<b>Хронические неврологические диагнозы: инсульт</b>	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
4.4.1.	Во время острой и подострой фаз (более трех месяцев после инсульта): устойчивое вегетативное состояние или минимальное сознание более трех дней	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
4.4.2.	Во время хронической фазы (более трех месяцев после инсульта): неоднократные осложнения (аспирационная пневмония, несмотря на лечение дисфагии), пиелонефрит (более одного раза), неоднократные случаи лихорадки, несмотря на прием антибиотиков (наличие повышенной температуры после лечения антибиотиками в течение одной недели), пролежни 3-4 стадии или деменция с тяжелыми постинсультными симптомами	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
<b>4.5.</b>	<b>Хронические неврологические диагнозы: БАС, рассеянный склероз и другие заболевания двигательных нейронов, дегенеративные заболевания экстрапирамидной моторной системы (болезнь Паркинсона)</b>	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
4.5.1.	Прогрессирующее ухудшение физиологических и психических функций, несмотря на лечение основного заболевания	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
4.5.2.	Комплексные и тяжелые симптомы	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет



4.5.3.	Нарушение речевых навыков и прогрессирующее ухудшение способности к общению	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
4.5.4.	Прогрессирующая дисфагия	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
4.5.5.	Неоднократная аспирационная пневмония, затруднение дыхания или дыхательная недостаточность	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
<b>4.6.</b>	<b>Тяжелая хроническая болезнь печени</b>	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
4.6.1.	Прогрессирующей цирроз печени, стадия ChildC (при отсутствии осложнений)	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
4.6.2.	Наличие одного из следующих клинических осложнений: устойчивый к диуретической	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
4.6.3.	Наличие злокачественной гепатомы в стадии C или D(по Барселонской классификации рака печени, BCLC)	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
<b>4.7.</b>	<b>Тяжелая хроническая болезнь почек</b>	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
4.7.1.	Тяжелая почечная недостаточность (уровень креатинина >120 мкмоль/л)	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
4.7.2.	Наличие противопоказаний к заместительной терапии и трансплантации	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
<b>4.8.</b>	<b>Деменция</b>	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
4.8.1.	Критерии оценки степени тяжести: неспособность одеваться, мыться или есть без посторонней помощи, недержание мочи и кала) или неспособность к разумной коммуникации: 6 или меньше разборчивых слов	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
4.8.2.	Показатели прогрессирования: утрата способности к двум и более видам повседневной деятельности за последние 6 месяцев, несмотря на соответствующее лечение (исключением является острое состояние, связанное с другим заболеванием), затрудненное глотание, отказ от еды у пациентов, которые не могут получать питание энтерально или парентерально	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
4.8.3.	Повторные госпитализации (более трех в течение 12 месяцев) в связи с сопутствующими патологиями, вызывающими функциональные или когнитивные ухудшения	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
<b>4.9.</b>	<b>Иные признаки (при наличии - указать)</b>		
<b>V</b>	<b>Общее количество положительных ответов («да»)</b>		



Инструкция по заполнению  
Анкеты пациента, имеющего признаки нуждаемости в оказании  
паллиативной медицинской помощи

1. Для определения наличия или отсутствия у пациента показаний к паллиативной медицинской помощи врач заполняет анкету пациента, имеющего признаки нуждаемости в оказании паллиативной медицинской помощи.
2. По результатам оценки состояния пациента в соответствии с признаками, указанными в столбце 2 анкеты, в столбцах 3 и 4 анкеты отмечается галочкой соответствующий показатель: «да» или нет» в зависимости от наличия / отсутствия признака.
3. В строке V отмечается общее количество положительных ответов («да»).
4. Оценка результата: при наличии более 5 положительных ответов («да») в анкете пациент признается нуждающимся в оказании паллиативной медицинской помощи.
5. Для принятия решения о признании пациента имеющим показания к паллиативной помощи по усмотрению врача и/или врачебной комиссии могут дополнительно использоваться иные шкалы оценки состояния пациента.
6. При наличии от 3 до 5 положительных ответов («да») в анкете и мнении лечащего врача о наличии у пациента показаний к оказанию паллиативной медицинской помощи решение о наличии показаний к паллиативной медицинской помощи относится к компетенции врачебной комиссии (подкомиссии врачебной комиссии) медицинской организации, в которой пациенту оказывается первичная медико-санитарная (специализированная, в том числе высокотехнологичная) медицинская помощь.

Приложение № 2  
к правилам организации  
оказания паллиативной  
медицинской помощи  
взрослому населению  
Калининградской области

**Критерии принятия решения об оказании паллиативной медицинской помощи  
(далее – ПМП) пациенту в амбулаторных условиях.**

1. В кабинете паллиативной медицинской помощи:

1) желание пациента (законных представителей) и его родственников получать паллиативную медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в том числе на дому;

2) отсутствие показаний для оказания паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях;

3) возможность купирования симптомов на дому;

4) ориентировочная потребность в патронажных визитах не чаще одного раза в неделю;

5) наличие у пациента, утратившего способность к самообслуживанию, одного и более лиц, осуществляющих уход (родственников или иных лиц, имеющих возможность осуществлять уход за пациентом, в том числе сиделок, социальных работников).

2. На дому за счет сил и средств выездной патронажной бригады ПМП

1) желание пациента (законных представителей) и его родственников получать паллиативную медицинскую помощь на дому;

2) отсутствие показаний для оказания паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях;

3) возможность купирования симптомов на дому;

4) высокая потребность в патронажных визитах, но не чаще одного раза в сутки;

5) наличие у пациента, утратившего способность к самообслуживанию, одного и более лиц, осуществляющих уход (родственников или иных лиц, имеющих возможность осуществлять уход за пациентом, в том числе сиделок, социальных работников).

работников).

3. Критерии принятия решения об оказании паллиативной медицинской помощи пациенту в стационарных условиях:

1) в Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Калининградской области «Городская больница №2»:

- желание пациента (законных представителей) и его родственников получать паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях;

- необходимость снятия тягостных симптомов, включая хронический болевой синдром, при неэффективности амбулаторного лечения;

- необходимость круглосуточного врачебного наблюдения; предполагаемый прогноз жизни около 12 месяцев и менее;

- потребность в проведении инвазивных процедур и диагностических вмешательств для улучшения качества жизни, проведение которых невозможно в амбулаторных условиях;

- обеспечение лучшей территориальной/транспортной доступности для родственников при соблюдении возможности оказания паллиативной медицинской помощи в достаточном объеме;

- предоставление «социальной передышки» родственникам;

2) в отделениях паллиативной медицинской помощи по месту прикрепления пациента:

- наличие у пациента онкологического заболевания (преимущественно); желание пациента (законных представителей) и его родственников получать паллиативную медицинскую помощь;

- предполагаемый прогноз жизни около 6 месяцев и менее; болевой синдром, не купирующийся в амбулаторных условиях; тягостные симптомы, которые невозможно контролировать амбулаторно при отсутствии потребности в проведении инвазивных процедур и диагностических вмешательств для улучшения качества жизни;

- обеспечение лучшей территориальной/транспортной доступности для родственников при соблюдении возможности оказания паллиативной



медицинской помощи в достаточном объеме;

- социально неблагополучная ситуация;

- предоставление «социальной передышки» родственникам;

3) в отделения сестринского ухода медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологическую, медицинскую помощь:

- желание пациента (законных представителей) и его родственников;

отсутствие потребности в проведении инвазивных процедур и диагностических вмешательств;

- отсутствие необходимости круглосуточного врачебного наблюдения;

потребность в круглосуточном сестринском наблюдении и уходе; обеспечение лучшей территориальной/транспортной доступности для родственников при соблюдении возможности оказания паллиативной медицинской помощи в достаточном объеме;

- предоставление «социальной передышки» родственникам.

Приложение № 3  
к правилам организации  
оказания паллиативной  
медицинской помощи  
взрослому населению  
Калининградской области

**Форма эпикриза направления на заседание врачебной комиссии (подкомиссии)  
медицинской организации по паллиативной медицинской помощи**

«»            20    г.

*(наименование медицинской организации)*

*(ФИО пациента)*

направляется на врачебную комиссию (подкомиссию) для определения наличия показаний для паллиативной медицинской помощи и/или условий её оказания, принятия иных решений (указать):

№ п/п	Информация о пациенте	
	2	3
1	Фамилия, имя, отчество пациента	
2	Дата рождения пациента / возраст	
3	Адрес регистрации	
4	Адрес проживания	
5	Социальный статус (проживание в семье, наличие родственников, имеющих возможность осуществлять уход, и их количество)	
6	Жалобы	
7	Анамнез (в том числе, получал ли ранее паллиативную медицинскую помощь)	
8	Объективный статус	
9	Результаты клинико - лабораторных, инструментальных исследований	
10	Иные сведения, необходимые для принятия решения о показаниях к паллиативной медицинской помощи	
11	Основной диагноз	
12	Дата постановки основного диагноза	
13	Ведущий синдром (отметить нужное)	1 хронический болевой синдром 2 одышка 3 отеки

1	2	3
		3 отеки 4 слабость 5 прогрессирование заболевания 6 тошнота 7 рвота 8 запор 9 асцит
14	Количество баллов по результатам заполнения анкеты пациента, имеющего признаки нуждаемости в оказании паллиативной медицинской помощи	
15	Оценка суицидального риска (высокий, средний, низкий)	
16	Наличие болевого синдрома, степень выраженности (при наличии – оценка в баллах по шкале боли)	
17	Предлагаемая форма оказания паллиативной медицинской помощи с учетом критериев маршрутизации пациента (выбрать нужное):	
17.1	в амбулаторных условиях	
17.1.1	в кабинете паллиативной медицинской помощи	
17.1.2	в отделении выездной патронажной службы	
17.2.	В стационарных условиях:	
17.2.1	в Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Калининградской области «Городская больница №2»	
17.2.2	В отделениях паллиативной медицинской помощи по месту прикрепления	



Приложение № 4  
к правилам организации  
оказания паллиативной  
медицинской помощи  
взрослому населению  
Калининградской области

**Форма протокола заседания врачебной комиссии (подкомиссии) медицинской  
организации по паллиативной медицинской помощи**

Протокол заседания врачебной комиссии (подкомиссии)  
(наименование медицинской организации)

№ \_\_\_\_\_

«\_\_\_»

20\_\_ г.

Повестка:

Рассмотрение вопроса о наличии / отсутствии у пациента  
(ФИО пациента)

показаний к оказанию паллиативной медицинской помощи и условиях ее оказания.

Состав комиссии:

Председатель врачебной комиссии  
(подкомиссии) \_\_\_\_\_

Заместитель председателя врачебной комиссии  
(подкомиссии) \_\_\_\_\_

Члены комиссии (подкомиссии) \_\_\_\_\_

Секретарь комиссии (подкомиссии)

Врач по паллиативной медицинской помощи, в  
том числе приглашенный

Слушали: \_\_\_ \_

Рассмотрели материалы:

Решили:

1. Пациент:

№ п/п	Наименование показателя	Показатель
1	2	3
1	в стационарных условиях	<input type="checkbox"/> в ГБУЗ КО «Городская больница № 2» <input type="checkbox"/> в отделениях паллиативной медицинской помощи по месту прикрепления пациента
2	в амбулаторных условиях	1 в кабинете паллиативной медицинской помощи 2 в отделении выездной патронажной службы ГБУЗ КО «Городская больница № 2»
3	Необходимость в респираторной поддержке	да нет

4	Показания к обследованию и/или получению лечения (не паллиативной медицинской помощи) в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь	есть	нет
5	Объем и виды рекомендуемых обследований и лечения		
6	Целесообразность направления в учреждения социальной защиты населения		

Приложение № 5  
к правилам организации  
оказания паллиативной  
медицинской помощи  
взрослому населению  
Калининградской области

**Правила ведения медицинской документации  
«Медицинская карта стационарного пациента отделения паллиативной  
медицинской помощи. (История болезни) форма №003/у-80»**

Медицинская карта стационарного пациента является юридическим документом, поэтому все записи в ней должны быть четкими, легко читаемыми. Сведения, внесенные в историю болезни, должны быть достоверными, в полной мере отражающими факты и результат деятельности медицинских работников, точными и в соответствии с хронологическим порядком оформленными, а также не подвергшимися изменениям. Исправления возможны в исключительных случаях, при этом нельзя использовать забеливающие средства – неверная информация зачеркивается и пишется рядом верная с подписью должностного лица и указанием «исправленному верить».

**Паспортная часть**

При поступлении пациента сотрудники приемного отделения записывают паспортные данные на лицевой стороне медицинской карты. Все строки первой и второй страницы истории болезни должны быть заполнены (отмечены).

Медицинская карта должна содержать дату и точное время обращения в приемный покой, госпитализации, выписки, смерти пациента.

Данные о группе крови, резус-факторе, непереносимости лекарственных препаратов заносятся лечащим (принимающим) врачом при первом осмотре пациента, за исключением тех случаев, когда эти данные получить невозможно.

Обязательно указываются данные трудового анамнеза: с какого времени пациент имеет непрерывный листок нетрудоспособности, № листа нетрудоспособности.

Запись о выдаче документа, удостоверяющего факт временной нетрудоспособности, осуществляет лечащий врач по установленным правилам.



## **Оформление диагноза**

В медицинской карте указывается диагноз направившего учреждения; диагноз при поступлении выставляется на лицевую часть карты сразу после осмотра пациента (диагноз оформляется полностью, с указанием сопутствующей патологии без сокращений).

Клинический диагноз записывается на лицевую сторону медицинской карты в течение трех рабочих дней от момента поступления пациента в стационар. Если за время лечения пациента клинический диагноз был изменен, это должно найти отражение в истории болезни, лучше в форме этапного эпикриза.

Заключительный диагноз записывается при выписке пациента, в развернутом виде с указанием кода МКБ-10. Следует стремиться выделить одно основное заболевание, определяющее тяжесть и прогноз заболевания. Второе основное (комбинированное) заболевание устанавливается лишь в случае другой болезни, которая не менее значима для оценки тяжести и прогноза, чем основная.

Клинический и заключительный диагноз должны быть обоснованы с указанием существенных критериев, определяющих диагноз.

Диагноз должен включать осложнения и сопутствующие заболевания, оценку риска, имеющие значение для ведения пациента.

## **Информированное согласие**

Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина, которое оформляется в письменном виде по установленному порядку и подписывается пациентом.

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением администрации лечебного учреждения, подтверждая запись в медицинской карте.

Информация о предстоящем медицинском вмешательстве предоставляется пациенту в доступной для него форме. Пациент информируется об имеющемся

заболевании, методах и целях лечения, возможном риске, побочных эффектах и ожидаемых результатах. По предоставленной информации делается запись в медицинской карте. Так же оформляется согласие на переливание биологических жидкостей: крови, плазмы и их компонентов. При этом пациент должен быть информирован о возможных осложнениях и опасности заражения ВИЧ-инфекцией, вирусными гепатитами, сифилисом в серонегативном периоде. При проведении оперативного вмешательства и (или) анестезиологического пособия согласие пациента оформляется дополнительно.

При отказе от медицинского вмешательства гражданину, одному из родителей или иному законному представителю лица, в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия такого отказа, о чем вносится информация в историю болезни. Отказ от медицинского вмешательства оформляется в истории болезни в произвольной форме и подписывается пациентом и лечащим врачом с указанием даты. (Действительно до момента официального вступления в силу Федеральных нормативных документов, регламентирующих иной порядок).

### **Госпитализация**

Экстренный пациент осматривается дежурным врачом сразу после поступления с указанием даты и времени осмотра, фамилии врача. Плановый пациент должен быть осмотрен лечащим врачом в течение 3 часов от момента поступления в стационар.

При плановой госпитализации обязательно наличие направления, оформленное надлежащим образом, которое клеивается в историю болезни. Плановым пациентам приемный статус записывается в течение текущего рабочего дня, экстренным – во время осмотра. Записи в приемном статусе должны быть информативными, содержать данные, имеющие клиническое значение.

Жалобы пациента и анамнез заболевания записываются подробно с указанием существенных признаков, важных для установления диагноза и разработки плана лечения.



В анамнезе заболевания отражаются факторы, имеющие отношение к установлению диагноза, оценке тяжести и прогноза заболевания или влияющие на тактику ведения пациента.

В анамнезе жизни указывается информация о наличии аллергических реакций, специфических инфекционных заболеваниях (туберкулез, заболевания, передаваемые половым путем, вирусный гепатит, ВИЧ-инфекция и т.д.), предшествующих гемотрансфузиях, ранее перенесенных заболеваниях и операциях.

Обязательно указываются данные страхового анамнеза: с какого времени пациент имеет непрерывный листок нетрудоспособности. При незаконченном случае временной нетрудоспособности и наличии у пациента незакрытого листка нетрудоспособности, указать номер первичного листка нетрудоспособности и его длительность; продление листка нетрудоспособности свыше 15 дней осуществляется с разрешения врачебной комиссии в соответствии с приказом Минздрава России от 01.09.2020 № 925н «Об утверждении порядка выдачи и оформления листков нетрудоспособности, включая порядок формирования листков нетрудоспособности в форме электронного документа».

При наличии у пациента группы инвалидности уточняется, работает или нет, указывается причина, вызвавшая инвалидность, дата установления группы и сроки очередного переосвидетельствования.

Если собрать анамнез (в том числе аллергический) в день поступления невозможно по состоянию пациента, то при первой же возможности в историю болезни вносятся дополнения к анамнезу, оформленные отдельно с указанием даты или как часть дневниковой записи лечащего врача.

Данные первичного осмотра заполняются кратко по всем органам и системам, доступным осмотру. Выявленные патологические изменения описываются детально, с указанием характерных симптомов и синдромов.

В случаях повреждений, которые могут потребовать проведения судебно-медицинской экспертизы, все имеющиеся у пациента повреждения описываются подробно.



В конце приемного статуса обязательно формулируется клинический диагноз, план обследования и лечение с указанием торгового наименования препаратов на латинском языке, доз, кратности и пути введения.

При переводе пациента из одного отделения в другое в пределах одного стационара, оформляются переводной эпикриз, содержащий краткий анамнез, проведенные лечебные и диагностические мероприятия, цель перевода.

Информация о предстоящем медицинском вмешательстве предоставляется пациенту в доступной для него форме. Пациент информируется об имеющемся заболевании, методах и целях лечения, возможном риске, побочных эффектах и ожидаемых результатах. По предоставленной информации делается запись в медицинской карте. Так же оформляется согласие на переливание биологических жидкостей: крови, плазмы и их компонентов. При этом пациент должен быть информирован о возможных осложнениях и опасности заражения ВИЧ-инфекцией, вирусными гепатитами, сифилисом в серонегативном периоде. При проведении оперативного вмешательства и (или) анестезиологического пособия согласие пациента оформляется дополнительно.

При отказе от медицинского вмешательства гражданину, одному из родителей или иному законному представителю лица, в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия такого отказа, о чем вносится информация в историю болезни. Отказ от медицинского вмешательства оформляется в истории болезни в произвольной форме и подписывается пациентом и лечащим врачом с указанием даты.

### **Ведение медицинской карты**

Записи в медицинской карте должны оформляться в хронологическом порядке с указанием даты и времени. Ведение врачом дневников должно осуществляться регулярно, в зависимости от тяжести состояния пациента и наличия отрицательной/положительной динамики. Пациентам, находящимся в состоянии средней степени тяжести осмотр лечащим врачом производится не реже 1 раза в сутки. Пациенты, находящиеся в тяжелом состоянии осматриваются не реже 1 раз в

12 часов, при отсутствии показаний к внеочередному осмотру с учетом динамики состояния.

В дневниках отражается объективное состояние пациента, при наличии динамики – колебания показателей и имеющие существенное значение данные для прогноза и тактики ведения, обосновываются изменения в плане обследования и лечения. В день выписки дневниковая запись лечащего врача обязательна и должна быть максимально подробной.

Заведующий отделением осматривает поступивших плановых пациентов не позднее трех дней с момента поступления. Пациенты, находящиеся в тяжелом состоянии или нуждающиеся в ежедневном динамическом наблюдении должны быть осмотрены заведующим в течение суток с момента госпитализации. Обходы заведующих отделениями проводятся один раз в неделю, оформляются записью в медицинской карте, отражающей состояние пациента в динамике с рекомендациями по диагностике и лечению и подписываются заведующим отделением лично.

Протоколы записей врачей-консультантов должны содержать дату и время осмотра, специальность и фамилию консультанта, описание патологических изменений, диагноз и рекомендации по дальнейшему ведению.

Записи консилиумов должны включать согласованную позицию по диагнозу, рекомендации обследованию и лечению. В случае особой позиции одного из участников консилиума, его мнение также регистрируется. Рекомендации консилиума обязательны для выполнения. В случае, если по каким-либо причинам выполнить их невозможно, лечащий врач обязан поставить об этом в известность председателя консилиума и сделать соответствующую запись медицинской карте.

Обследование пациента в рамках клинического минимума производится не реже 1 раза за период госпитализации – при поступлении. При наличии изменений в объективном статусе пациента, требующих дополнительного обследования, на усмотрение лечащего врача производится назначение дополнительных методов обследования и определяется их кратность. В случае неотложного состояния дополнительное обследование может назначаться на усмотрение дежурного врача.



Назначение медикаментозных средств оформляется на латинском языке, запрещаются любые сокращения названия препарата; отмечается дата назначения, а при неотложных состояниях и час назначения каждого препарата; указывается обязательно концентрация, доза лекарственного средства, кратность применения (при однократном применении время суток), путь введения, отмечается дата отмены каждого препарата.

Выбор лечебного препарата определяется конкретной клинической ситуацией, рекомендациями авторитетных профессиональных организаций, существующими надежными доказательствами эффективности средства и не может ограничиваться стандартами и перечнем жизненно-необходимых лекарственных средств.

Записи о трансфузиях биологических жидкостей, введении наркотических и сильнодействующих препаратов осуществляются по правилам, регламентируемым ведомственными приказами, и заверяются лечащим врачом.

Передача пациента от одного врача к другому на курацию должна быть фиксирована записью в истории болезни.

При переводе пациента из одного отделения в другое в пределах одного стационара (в том числе на койку дневного пребывания) оформляется переводной эпикриз, содержащий краткий анамнез, проведенные лечебные и диагностические мероприятия, обоснование перевода.

### **Данные лабораторных тестов**

Результаты лабораторных анализов, рентгенологических, функциональных и эндоскопических исследований должны быть закончены, записаны или вклеены в историю болезни в течение 24 часов с момента проведенного исследования.

В медицинской карте должны храниться оригиналы лабораторных тестов и других видов диагностических исследований. Допускается наличие копий обследования, заверенные печатью лечащего врача.

Запись врача лучевой диагностики, врача эндоскописта, врача функциональной диагностики должна отражать полную картину исследуемого органа или системы, патологические изменения, функциональное состояние и ход



проведения исследования. Заключение должно отражать найденные изменения или предполагаемый диагноз.

### **Листы назначений**

Лист назначений является составной частью медицинской карты. Лечащий врач записывает назначения четко, подробно, в форме, исключая двойное или произвольное толкование, указывает дату назначения и дату отмены лекарственных средств. Медицинская сестра осуществляет выполнение в день назначения, удостоверяет своей подписью и указывает дату назначения.

Лекарственные препараты пишутся на латинском языке с указанием торгового названия препаратов, дозы, кратности и пути введения.

Температурный лист ведется медицинской сестрой. Записи динамики температуры производятся минимум два раза в день.

### **Выписка**

Выписной эпикриз должен содержать в краткой форме историю настоящей госпитализации, диагноз, основные тесты его подтверждающие, проведенное лечение и результат. Необходимо перечислить лечебные мероприятия, проведенные в профильных отделениях. В эпикризе должны содержаться рекомендации по дальнейшему ведению пациента, сведения о временной утрате нетрудоспособности (в том числе № и дата листка нетрудоспособности).

Рекомендации по дальнейшему приему лекарственных средств должны содержать для каждого лекарственного препарата название на русском языке, лекарственную форму (таблетки, раствор и т.д.), разовую дозу и кратность приема в течение суток, планируемую длительность приема. Медикаментозный препарата указывается в форме международного непатентованного названия препаратов (при отсутствии МНН указывается группировочное наименование). В случае непереносимости, существенных различий в эффекте, отсутствия международного непатентованного названия возможно употребление торгового названия препарата.

Выписка из медицинской карты выполняется в печатном виде в двух одинаковых экземплярах, один из которых остается в медицинской карте, второй выдается на руки пациенту. Выписка подписывается лечащим врачом и заведующим

отделением с расшифровкой фамилий. Экземпляр, выдаваемый на руки пациенту, заверяется печатью. Пациент должен ознакомиться с выпиской и рекомендациями под роспись.

При выписке работающего пациента из стационара оформляется лист нетрудоспособности. Лист временной нетрудоспособности выдается пациенту на все время нахождения в стационаре. Если пациент имеет непрерывный листок нетрудоспособности более 15 дней, его продление оформляется через врачебную комиссию больницы.

Медицинская карта может быть выдана из архива по запросу органов суда, следствия и прокуратуры с разрешения администрации больницы. По желанию пациента с медицинской карты и отдельных видов обследования могут сниматься копии. Копия медицинской карты выдается с разрешения главного врача. По запросам пациентов с разрешения администрации им на руки для консультаций могут быть выданы стекла и блоки биопсийного материала и рентгеновские снимки с соответствующей отметкой в медицинской карте. Медицинская карта хранится в архиве больницы в течение 25 лет, решение о целесообразности дальнейшего хранения или уничтожения медицинской карты принимается администрацией больницы по истечении этого срока.

### **Смерть пациента**

В случае смерти пациента в медицинской карте заполняется посмертный эпикриз. Посмертный эпикриз содержит краткую историю госпитализации, динамику симптомов, лабораторные тесты, подтверждающие диагноз, проведенное лечение. Детально, в хронологической последовательности описываются причина и обстоятельства наступления летального исхода.

Диагноз оформляется с указанием основного (конкурирующего, сочетанного) заболевания, его осложнений, фоновых и сопутствующих заболеваний. В диагнозе необходимо четко сформулировать причину смерти.

В случае если смерть пациента наступила до осмотра лечащего врача профильного отделения, например, в выходные и праздничные дни, в течение нескольких часов от момента госпитализации, в вечернее и ночное время,



посмертный эпикриз оформляется совместно врачом приемного или реанимационного отделения, лечившим пациента, и врачом профильного отделения. В этом случае врач, лечивший пациента, должен в приемном статусе отразить свое мнение о диагнозе.

Если патолого-анатомическое вскрытие не проведено по просьбе ближайших родственников (обязательно указывается степень родства) или законных представителей умершего, в историю болезни подшивается их мотивированное заявление на имя главного врача. В резолюции ответственного лица медицинской организации указывается ссылка на пункт статьи закона, в соответствии с которым вынесено решение о проведении или отказе от проведения патолого-анатомического исследования.

После проведения патолого-анатомического исследования трупа в медицинскую карту вносится краткий протокол исследования с подробным патолого-анатомическим диагнозом и эпикризом, а в случае расхождения диагнозов предположительной причиной и степенью расхождения.

В случае отказа законных представителей от проведения патологоанатомического исследования в соответствии с действующим законодательством, оформляется заявление с обязательным указанием степени родства родственника (законного представителя) и мотивации. В резолюции ответственного лица медицинской организации указывается ссылка на пункт статьи закона в соответствии, с которым вынесено решение о проведении или отказе от проведения патолого-анатомического исследования.



ПРИЛОЖЕНИЕ № 2  
к приказу Министерства здравоохранения  
Калининградской области  
от «18» июня 2021 года № 431

**П Е Р Е Ч Е Н Ь**  
**медицинских организаций государственной системы**  
**здравоохранения Калининградской области, оказывающих**  
**паллиативную медицинскую помощь взрослому населению**

Перечень медицинских организаций, оказывающих паллиативную медицинскую помощь (далее – ПМП) в амбулаторных условиях

Таблица 1

№ п/п	Наименование медицинской организации	Структурное подразделение, оказывающее ПМП
1	2	3
1	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения (далее – ГБУЗ) Калининградской области «Городская больница № 2»	1 кабинет ПМП, отделение выездной патронажной ПМП
2	ГБУЗ Калининградской области «Городская больница № 3»	1 кабинет ПМП
3	ГБУЗ Калининградской области «Городская больница № 4»	2 кабинета ПМП
4	ГБУЗ Калининградской области «Городская поликлиника № 3»	1 кабинет ПМП
5	ГБУЗ Калининградской области «Центральная городская клиническая больница»	1 кабинет ПМП
7	ГБУЗ Калининградской области «Гвардейская центральная районная больница»	2 кабинета ПМП
8	ГБУЗ Калининградской области «Балтийская центральная районная больница»	1 кабинет ПМП, отделение выездной патронажной ПМП
10	ГБУЗ Калининградской области «Правдинская центральная районная больница»	1 кабинет ПМП
11	ГБУЗ Калининградской области «Краснознаменская центральная районная больница»	1 кабинет ПМП
12	ГБУЗ Калининградской области «Неманская центральная районная больница»	1 кабинет ПМП
14	ГБУЗ Калининградской области «Славская центральная районная больница»	1 кабинет ПМП
15	ГБУЗ Калининградской области «Черняховская центральная районная больница»	1 кабинет ПМП
16	ГБУЗ Калининградской области «Нестеровская центральная районная больница»	1 кабинет ПМП

1	2	3
17	ГБУЗ Калининградской области «Гусевская центральная районная больница»	1 кабинет ПМП
19	ГБУЗ Калининградской области «Полесская центральная районная больница»	1 кабинет ПМП
20	ГБУЗ Калининградской области «Багратионовская центральная районная больница»	1 кабинет ПМП
22	ГБУЗ Калининградской области «Межрайонная больница № 1»	3 кабинета ПМП
23	ГБУЗ Калининградской области «Светловская центральная городская больница»	1 кабинет ПМП

Перечень медицинских организаций, оказывающих  
ПМП в стационарных условиях

Таблица 2

№ п/п	Наименование медицинской организации	Структурное подразделение, оказывающее ПМП
1	ГБУЗ Калининградской области «Городская больница № 2»	2 отделения ПМП (85 коек ПМП)
2	ГБУЗ Калининградской области «Гвардейская центральная районная больница»	2 койки ПМП
3	ГБУЗ Калининградской области «Балтийская центральная районная больница»	1 отделение ПМП (10 коек ПМП)
4	ГБУЗ Калининградской области «Краснознаменная центральная районная больница»	3 койки сестринского ухода
5	ГБУЗ Калининградской области «Славская центральная районная больница»	2 койки сестринского ухода
6	ГБУЗ Калининградской области «Нестеровская центральная районная больница»	2 койки сестринского ухода
7	ГБУЗ «Инфекционная больница Калининградской области»	3 койки ПМП
8	ГБУЗ Калининградской области «Гусевская центральная районная больница»	1 отделение сестринского ухода (5 коек сестринского ухода)
9	ГБУЗ Калининградской области «Багратионовская центральная районная больница»	1 отделение сестринского ухода (15 коек сестринского ухода)
10	ГБУЗ Калининградской области «Межрайонная больница № 1»	1 отделение (20 коек ПМП)
11	ГБУЗ Калининградской области «Светловская центральная городская больница»	4 койки сестринского ухода