



ПРИКАЗ

30.09.2019

г. Казань

БОЕРЫК

№ 1931

Об организации реабилитации детей
на базе ГКУЗ «Республиканский
дом ребенка специализированный»

В целях совершенствования медицинского обеспечения детей с психоневрологическими заболеваниями в возрасте от 0 до 4-х лет (далее – дети), с учетом реабилитационного потенциала ГКУЗ «Республиканский дом ребенка специализированный» п р и к а з ы в а ю:

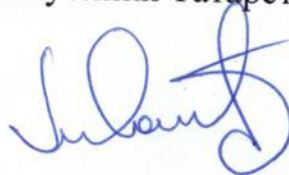
1. Утвердить Порядок организации реабилитации детей на базе ГКУЗ «Республиканский дом ребенка специализированный» (Приложение №1);
2. Директору ГКУЗ «Республиканский дом ребенка специализированный» (А.Н.Надршина):
 - 2.1. Организовать в установленном порядке реабилитацию детей на койках психоневрологического профиля круглосуточного и дневного пребывания в пределах установленного коечного фонда;
 - 2.2. Установить продолжительность рабочей недели на койках психоневрологического профиля с дневным пребыванием в пять дней (с понедельника по пятницу с 8.00ч до 17.00ч);
 - 2.3. Обеспечить ежеквартальное представление информации об организации реабилитации детей в отдел организации медицинской помощи детям и организации родовспоможения Министерства здравоохранения Республики Татарстан в соответствии с приложением №2 к настоящему приказу.
3. Руководителям медицинских организаций Республики Татарстан, участвующих в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Республики Татарстан организовать направление детей на реабилитацию в ГКУЗ «Республиканский дом ребенка специализированный» в соответствии с Приложением №1 к настоящему приказу.
4. Финансовое обеспечение реабилитации детей на койках психоневрологического профиля с круглосуточным и дневным пребыванием в возрасте от 0 до 4-х лет ГКУЗ «Республиканский дом ребенка специализированный»

осуществлять в пределах бюджетной сметы учреждения.

5. Приказ Министерства здравоохранения Республики Татарстан от 13.04.2015 №655 «Об организации реабилитации детей с психоневрологическими заболеваниями на базе ГАУЗ «Республиканский дом ребенка специализированный» признать утратившим силу.

6. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на первого заместителя министра здравоохранения Республики Татарстан А.Р.Абашева.

Министр



М.Н.Садыков

Порядок организации реабилитации детей на базе ГКУЗ «Республиканский дом ребенка специализированный»

1. Госпитализации в ГКУЗ «Республиканский дом ребенка специализированный» (далее – Дом ребенка) на реабилитацию на койках круглосуточного/дневного пребывания, подлежат дети с психоневрологическими заболеваниями в возрасте от 0 до 4 лет (далее - дети).

2. Продолжительность пребывания детей на реабилитации на койках круглосуточного/дневного пребывания составляет 21 день.

Продление курса лечения проводится по решению врачебной комиссии Дома ребенка при наличии медицинских показаний.

3. Решение о направлении на реабилитацию в Дом ребенка принимается врачебной комиссией медицинской организации по месту наблюдения ребенка.

4. При госпитализации на реабилитацию в Дом ребенка (на круглосуточный и дневной стационар) на ребенка предоставляются следующие документы

- направление на реабилитацию в ГКУЗ «Республиканский дом ребенка специализированный» (Приложение № 1 к настоящему порядку);

- заявление одного из родителей/законного представителя (заполняется в 2-х экземплярах в соответствии с Приложением № 2 к настоящему порядку);

- выписка из медицинской карты амбулаторного/стационарного больного с указанием сведений о настоящем заболевании, ранее перенесённых заболеваниях, наличии инвалидности, получаемых лекарственных препаратах (дата назначения, дозировка, длительность получения);

- результаты лабораторных исследований ребенка:

общий анализ крови, общий анализ мочи (давностью не более 30 дней),

на гельминтозы и кишечные протозоозы (давностью не более 10 дней),

на энтеробиоз;

на возбудителей кишечных инфекций пациентам до 2 лет, по клиническим и эпидемиологическим показаниям детям с 3-х лет (давностью не более 10 дней);

на наличие возбудителя дифтерии (давностью не более 10 дней);

на ВИЧ-инфекцию детей при наличии клинических показаний, либо детей, рожденных ВИЧ-инфицированными или не обследованными на ВИЧ матерями;

- сведения о проведенных профилактических прививках;

- сведения о результатах ежегодного обследования ребенка на туберкулез (туберкулинодиагностика), на детей из «группы риска» - 2 раза в год;

- сведения об отсутствии контактов с инфекционным больным в течение 21 дня до госпитализации (давностью не более 3 дней);

- сведения о флюорографическом исследовании законного представителя;

- полис обязательного медицинского страхования (оригинал и копия).

5. Информация о детях, поступивших на реабилитацию, вносится в журнал

приема на лечение детей с психоневрологическими заболеваниями в ГКУЗ «Республиканский дом ребенка специализированный» (Приложение №3 к настоящему порядку)

6. Противопоказания для направления детей на реабилитацию в Дом ребенка:

- острые инфекционные заболевания;
- активная форма туберкулеза;
- активный сифилис;
- заразные кожные заболевания;
- эпилепсия;
- заболевания, требующие стационарного лечения, в том числе тяжелые соматические или психо-неврологические заболевания;
- первые 60 дней после проведенной вакцинации ОПВ.

Приложение № 1
к порядку организации
реабилитации детей на базе
ГКУЗ «Республиканский дом
ребенка специализированный»

Направление на реабилитацию
в ГКУЗ «Республиканский дом ребенка специализированный»

№ _____ от _____

на реабилитацию в группы с круглосуточным /дневным пребыванием (нужное подчеркнуть) по адресу:

г.Казань, ул. Ямашева, 88А, тел.(8-843) 521-75-43;

г. Казань, ул. Фучика, 73, тел.(8-843) 268-59-20

г. Набережные Челны, бульвар Романтиков, 5 (54/05,тел.(8-8552) 59-13-75;

г. Набережные Челны, пр.Чулман, д.61/31, тел.(8-8552) 56-93-47

сроком с ____ / ____ 20 ____ по ____ / ____ 20 ____ г.

(прием с 9.00 ч. до 12.00 ч.)

Фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка _____

Дата рождения _____

Домашний адрес и телефон _____

Фамилия, имя, отчество (при наличии) родителя (законного представителя) _____

Место работы и телефон родителя (законного представителя) _____

Наименование медицинской организации, направившей ребенка _____

Диагноз _____

Председатель врачебной комиссии _____ ФИО, подпись

Дата выдачи направления _____

Место печати

Приложение № 2
к порядку организации
реабилитации детей на базе
ГКУЗ «Республиканский дом
ребенка специализированный»

Директору ГКУЗ «Республиканский
дом ребенка специализированный»

от _____
фамилия, имя, отчество,

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас принять на реабилитацию моего ребенка _____
_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения)

проживающего по адресу: _____

адрес регистрации: _____

Свидетельство о рождении: серия _____ № _____ выдан _____
_____ дата выдачи «__» _____ 20__ г.

Страховой полис _____ СНИЛС _____

Медицинская организация, направившая ребёнка _____
Диагноз, по поводу которого ребенок направлен на реабилитацию, с указанием
функциональной недостаточности _____

Сведения о родителе (законном представителе):

Ф.И.О. _____ (полностью)

Дата рождения: _____ место рождения: _____

адрес регистрации: _____ (область, край, район, город, п.г.т,...)

Контактные телефоны: _____

Место фактического проживания: _____

Место работы: _____ рабочий тел. /8-_____/

Паспорт: серия _____ № _____ кем выдан _____
_____ когда выдан «__» _____ 20__ г.

Семейное положение: _____
Ф.И.О., дата рождения супруга(и) _____

Место регистрации: РТ, г. _____ ул. _____ д. _____ кв. _____
(по комплексу)

Место фактического проживания: _____

*Я предупреждена, что в случае необоснованного отказа забрать ребёнка в указанный в заявлении срок, а также отказа от участия в его воспитании, администрация дома ребёнка имеет полное право предъявить в суд исковое заявление о лишении родительских прав.
За информацию, предоставленную в заявлении, несу полную ответственность*

(подпись родителя)

О любых изменениях информации, указанной в заявлении, обязуюсь уведомить администрацию дома ребёнка заранее, либо в течение 1-го дня после произошедших изменений

(подпись родителя)

Подпись и расшифровка подписи родителя

(подпись, дата рождения)

Подпись руководителя учреждения _____ Дата _____

М.П.

Приложение № 2
к приказу Минздрава РТ
от 30.09 2019г. № 1931

Информация об организации реабилитации детей с психоневрологическими заболеваниями в ГКУЗ «Республиканский дом ребенка специализированный»
за _____ квартал 20__ г.

	Основное (г.Казань, пр.Ямашева, д.88а)	Отделение №1 (г.Казань, Фучика,73)	Набережно- Челнинский филиал (г.Набережные Челны, ул.Романтиков,д.5 пр.Чулман, д.61/31)	Итого
Поступило детей				
в т.ч. дети-инвалиды				
Выписано детей				
в т.ч. дети-инвалиды				
Находится на лечении				
в т.ч. дети-инвалиды				

Примечание. Отчет представляется ежеквартально к 5 числу месяца, следующего за отчетным кварталом, итоговый отчет - к 12 января года, следующего за отчетным.