

Об утверждении Правил направления лиц, больных наркоманией, условия содержания больных, страдающих наркоманией, в центрах (отделениях) медико-социальной реабилитации

Утративший силу

Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 18 августа 2004 года N 638. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 3 сентября 2004 года N 3046. Утратил силу приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 2 декабря 2009 года N 814

Сноска. Утратил силу приказом и.о. Министра здравоохранения РК от 02.12.2009 N 814 (порядок введения в действие см. п. 6).

В соответствии со статьей 5 Закона Республики Казахстан "О медико-социальной реабилитации лиц, больных наркоманией", ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить прилагаемые Правила направления лиц, больных наркоманией, условия содержания больных, страдающих наркоманией, в центрах (отделениях) медико-социальной реабилитации.

2. Департаменту лечебно-профилактической работы, аккредитации и анализа информации (Нерсесов А.В.) направить настоящий приказ на государственную регистрацию в Министерство юстиции Республики Казахстан.

3. Административному департаменту (Акрачкова Д.В.) обеспечить официальное опубликование настоящего приказа после его государственной регистрации в Министерстве юстиции Республики Казахстан.

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на вице-министра здравоохранения Республики Казахстан Диканбаеву С.А.

5. Настоящий приказ вводится в действие со дня его официального опубликования.

И.о. Министра

У т в е р ж д е н ы
приказом и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 18 августа 2004 года N 618
"Об утверждении Правил направления лиц,

больных наркоманией, условия содержания больных, страдающих наркоманией, в центрах (отделениях) медико-социальной реабилитации"

**П р а в и л а
направления лиц, больных наркоманией, условия
содержания больных, страдающих наркоманией, в центрах
(отделениях) медико-социальной реабилитации**

1. Общие положения

1. Настоящие Правила разработаны в целях повышения эффективности деятельности системы наркологической помощи Республики Казахстан в области диагностики, лечения и реабилитации зависимых от психоактивных веществ (алкоголь, наркотики, психотропные вещества, психостимуляторы, галлюциногены, летучие растворители, табак) (далее - ПАВ) и профилактики наркозависимости.

2. В настоящих Правилах используются следующие основные понятия:

1) центры (отделения) медико-социальной реабилитации - наркологические организации (больницы, диспансеры, центры, отделения), которые оказывают наркологическую помощь в порядке, установленном законодательством Республики Казахстан;

2) лечение лиц, зависимых от ПАВ - медикаментозная терапия абстинентного синдрома, включая детоксикацию, сенсibiliзирующую терапию, комплексную психотерапию. Лечение может быть амбулаторным и стационарным;

3) диспансерный учет и наблюдение - учет и наблюдение за лицами с психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением ПАВ с клиническими признаками зависимости от ПАВ;

4) профилактический учет и наблюдение - это учет и наблюдение за лицами, употребляющими ПАВ с клинически значимыми вредными последствиями для организма и нарушениями медико-социального функционирования личности, без клинических признаков зависимости от ПАВ;

5) адресный учет - учет, лечение, диспансерное и профилактическое наблюдение за лицами с зависимостью от ПАВ и лицами, замеченными в употреблении ПАВ с клинически значимыми вредными последствиями для организма и нарушениями медико-социального функционирования личности. Адресный учет предполагает, что имя и другие паспортные данные пациента фиксируются в соответствующих медицинских документах.

3. Целью профилактического наблюдения является предупреждение развития

наркологического заболевания у лиц группы риска с психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением ПАВ.

За время профилактического наблюдения лица группы риска получают необходимую помощь, способствующую прекращению пьянства и употребления наркотических, психотропных и других ПАВ.

4. Адресному и анонимному диспансерному учету и динамическому наблюдению в амбулаторных наркологических организациях подлежат лица с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления ПАВ, которым установлены диагнозы.

5. На всех наркологических больных и лиц группы риска в установленном порядке заполняется медицинская карта амбулаторного наркологического больного и контрольная карта диспансерного наблюдения за психическими больными. Паспортная часть названных документов, заполняемых на лиц, получающих наркологические услуги анонимно, кодируется.

6. Диспансерный учет больных с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления ПАВ и профилактическое наблюдение лиц группы риска осуществляется в наркологических организациях. Диагноз наркологического заболевания может быть установлен как в амбулаторных, так и в стационарных условиях, только врачом-наркологом в соответствии с принципами деонтологии в строгом соблюдении нормативных правовых актов Республики Казахстан. В отдельных случаях диагноз наркологического заболевания может быть установлен при обследовании и лечении в психиатрических (психоневрологических) организациях, однако, окончательное решение вопроса о необходимости диспансерного учета (профилактического наблюдения) в данных случаях принимается участковым врачом-наркологом по месту жительства больного (лица группы риска).

7. При установлении диагноза наркологического заболевания вследствие употребления ПАВ больным в обязательном порядке разъясняются медико-социально-правовые аспекты, связанные с наличием наркологических заболеваний (ограничения на определенные виды трудовой деятельности).

8. За лицами, обратившимися за медицинской помощью самостоятельно или по направлению общественных объединений, медицинских организаций, юридических лиц и органов внутренних дел, у которых употребление ПАВ, не сопровождается клиническими проявлениями заболевания (далее - группа риска), организуется профилактическое наблюдение.

2. Сроки диспансерного учета наркологических больных и профилактического наблюдения лиц группы риска в наркологических организациях

9. За время диспансерного учета больные должны получить квалифицированную помощь, обеспечивающую состояние длительной ремиссии. В случае выполнения больным всех назначений лечащего врача, соблюдения сроков лечения в наркологических организациях и наступления после лечения стойкой, объективно подтвержденной ремиссии, устанавливаются следующие сроки адресного диспансерного учета:

1) больных с психическими и поведенческими расстройствами в результате употребления алкоголя - 3 года;

2) больных с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления ПАВ (кроме алкоголя) - 5 лет.

10. Срок профилактического наблюдения лиц, злоупотребляющих алкоголем, употребляющих в немедицинских целях наркотические, психотропные и другие ПАВ - 1 год.

В процессе диспансерного учета наркологические больные могут получать лечение (как в амбулаторных, так и в стационарных условиях). При этом сроки лечения устанавливаются лечащим врачом каждый раз индивидуально. При стационарном лечении больных с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления ПАВ сроки лечения решаются врачебно-консультативными комиссиями (далее - ВКК). Лица группы риска в процессе профилактического наблюдения медицинскую помощь получают преимущественно в амбулаторных условиях.

11. Снятие с адресного диспансерного учета производится по следующим основаниям:

1) стойкая ремиссия (выздоровление);

2) изменение постоянного места жительства с выездом за пределы обслуживаемой наркологической организацией территории, в том числе в связи с передачей под диспансерное наблюдение в другую наркологическую организацию;

3) осуждение, с лишением свободы на срок свыше 1 года;

4) в связи со смертью.

12. Снятие с адресного учета в связи со стойкой ремиссией (по выздоровлению) производится на основании заключения ВКК организации, в которой наблюдается больной. В остальных случаях заключение о снятии с учета составляется лечащим врачом на основании официальных сообщений соответствующих органов или организаций, при этом заключение о снятии подписывается руководителем медицинской организации, в которой наблюдался больной.

13. В отдельных случаях, когда наркологическая организация не может в

течение 1 года обеспечить осмотр больного, несмотря на все принятые меры (в том числе обращения в органы внутренних дел), при отсутствии объективных сведений о его месте нахождения - больной снимается с диспансерного учета. Решение о снятии с учета в этих случаях также выносится ВКК той организации, где наблюдался больной.

14. Прекращение профилактического наблюдения осуществляется в аналогичном порядке. Основанием для прекращения данного наблюдения является длительное (в течение года) воздержание от употребления алкоголя, прекращение потребления в немедицинских целях наркотических и других ПАВ.

3. Периодичность осмотров наркологических больных и лиц группы риска в процессе диспансерного учета и профилактического наблюдения.

Группы динамического наблюдения

15. Осмотры наркологических больных и лиц группы риска необходимы для осуществления контроля за состоянием больного в процессе динамического наблюдения, проведения лечения и профилактических мер медицинского характера. При этом осмотром наркологических больных или лиц группы риска может считаться только личный контакт с пациентами участкового врача-нарколога, участковой медсестры, фельдшера наркологического пункта, фельдшера (медсестры) социальной помощи, сопровождающийся обследованием, лечебным воздействием или назначением медикаментозных средств.

16. Больные с зависимостью от алкоголя включаются в одну из трех групп динамического наблюдения.

Первая группа:

- 1) больные, обратившиеся за медицинской помощью впервые;
- 2) больные, у которых заболевание протекает практически без ремиссий (длительность ремиссии менее 1 года);
- 3) больные, освобожденные из исправительно-трудовых учреждений, где к ним применялись принудительные меры медицинского характера;
- 4) выписанные из специализированных учреждений по окончании принудительного лечения.

Вторая группа:

- 1) больные с ремиссией от 1 года до 2-х лет.

Третья группа:

- 1) больные с ремиссией свыше 2-х лет.

Четвертая группа:

1) больные с зависимостью от ПАВ (кроме алкоголя), с ремиссиями свыше 3-х л е т .

Частота осмотров больных первой группы составляет в среднем не реже 1 раза в месяц (вне пребывания больного в стационаре); второй группы - 1 раз в 2 месяца; третьей группы - сроки осмотров устанавливается с учетом течения заболевания; четвертой группы - не реже 1 раза в 4 месяца.

17. Больные с зависимостью от ПАВ (кроме алкоголя) включаются в одну из четырех групп диспансерного наблюдения. В первые, вторые и третьи группы больные распределяются в порядке, определенном для больных с зависимостью от алкоголя с соответствующим числом осмотров.

18. Число осмотров, приходящиеся на каждого конкретного пациента в течение 1 года, зависят от группы динамического учета или наблюдения, в которую он входит, а также от индивидуальных особенностей личности и т е ч е н и я з а б о л е в а н и я .

19. Лица, злоупотребляющие алкоголем, замеченные в немедицинском потреблении наркотических, психотропных и других ПАВ, составляют группу профилактического наблюдения. Частота осмотров лиц старше 18 лет, злоупотребляющих алкоголем, устанавливается лечащим врачом индивидуально. Частота осмотров подростков, злоупотребляющих алкоголем - не реже 1 раза в месяц. Частота осмотров лиц, замеченных в немедицинском потреблении наркотических и других средств, без явлений зависимости от ПАВ (кроме алкоголя) - не реже 1 раза в месяц.

20. Рекомендуемая частота осмотров может варьировать во всех группах динамического наблюдения в зависимости от структуры контингента на участке и в порядке дифференцированного подхода к пациенту. Среднее расчетное число осмотров одного пациента в год рекомендуется устанавливать не менее пяти.

21. Предлагаемое разделение наблюдаемых контингентов на группы не исключает образования подгрупп, использования цветной маркировки и других способов, применяемых для удобства работы с документацией.

4. Анонимное лечение и реабилитация наркологических больных

22. Анонимный учет - учет пациентов по регистрационному медицинскому коду. Анонимно, по желанию пациентов, учитываются, лечатся лица с зависимостью от ПАВ и лица, замеченные в употреблении ПАВ с клинически значимыми вредными последствиями для организма и нарушениями медико-социального функционирования.

23. При обращении пациента, желающего добровольно пройти курс

анонимной реабилитации, в амбулаторную или стационарную наркологическую организацию представление документов, удостоверяющих личность больного, не требуется.

При первом анонимном обращении пациенту присваивается регистрационный медицинский код, на который заполняется (не указывая в них фамилии, адреса) индивидуальная карта амбулаторного больного, история болезни, статистические талоны, экстренное извещение, карта диспансерного наблюдения и другие медицинские документы.

24. При присвоении регистрационного медицинского кода следует руководствоваться следующим:

1) первым знаком кода является буквенное обозначение области или региона:

| | | |
|---|---|---------------------------------|
| Z | - | г. Астана; |
| A | - | г. Алматы; |
| B | - | Алматинская область; |
| C | - | Акмолинская область; |
| D | - | Актюбинская область; |
| E | - | Атырауская область; |
| F | - | Восточно-Казахстанская область; |
| H | - | Жамбылская область; |
| L | - | Западно-Казахстанская область; |
| X | - | Южно-Казахстанская область; |
| M | - | Карагандинская область; |
| N | - | Кызылординская область; |
| P | - | Костанайская область; |
| R | - | Мангистауская область; |
| S | - | Павлодарская область; |
| T | - | Северо-Казахстанская область; |

2) следующие пять знаков кода пациента - это его порядковый номер в конкретной области или регионе, который присваивается при первом обращении. Далее, этот номер является постоянным, индивидуальным для каждого пациента данного региона. При каждом последующем анонимном обращении пациент должен называть именно данный номер;

3) анонимный учет пациентов наркологическими организациями должен быть организован таким образом, чтобы исключить дублирование регистрационных медицинских кодов; контроль организации учета анонимных пациентов осуществляют организационно-методические отделы (кабинеты) наркологических организаций.

25. Анонимный пациент по присвоенному ему индивидуальному

медицинскому коду должен учитываться во всех учетных и отчетных формах наркологической службы Республики Казахстан.

26. Во всех учетных формах, утвержденных для регистрации расходования медикаментов, продуктов питания и прочего на анонимного пациента, последний регистрируется под индивидуальным медицинским кодом.

27. Медицинские работники и другие лица, которым, в связи с выполнением служебных обязанностей, стали известны сведения, раскрывающие анонимность пациента, должны сохранять эти сведения в тайне, за исключением случаев, предусмотренных законодательными актами Республики Казахстан.

5. Порядок организации госпитализации, лечения и выписки из наркологического отделения для лечения больных с зависимостью от алкоголя

28. Плановая госпитализация в наркологическое отделение для лечения больных с зависимостью от алкоголя осуществляется по направлению наркологических организаций.

29. Перевод больных из других медицинских организаций прикрепленной территории осуществляется по согласованию с заведующим наркологическим отделением, а при отсутствии такового - врачом-наркологом участковым прикрепленной территории по решению первого руководителя наркологической организации или его заместителя по медицинской части.

30. При организации работы отделения (палаты) для лечения больных с зависимостью от алкоголя необходимо предусмотреть возможность содержания в разных палатах больных, поступивших впервые и повторно, а также лиц, направленных в отделение на обследование с целью установления диагноза.

31. Организация и режим работы отделения (палаты) для лечения больных с зависимостью от алкоголя должны исключать проникновение в отделение (палату) веществ, изменяющих психическое состояние (в том числе алкоголь, табак, кофе, чай и другие), для чего в отделении при поступлении больного и затем регулярно в процессе лечения проводятся осмотры больных, их личных вещей.

32. При госпитализации больного заведующий отделением или лечащий врач (в нерабочее время - дежурный врач) должны поставить в известность родственников больных об особенностях режима отделения и разъяснить необходимость осмотра личных вещей, с целью пресечь проникновение в отделение веществ, изменяющих психическое состояние (в том числе алкоголь, табак, кофе, чай и другие).

33. Для приема и осмотра передач назначается медицинский работник, на

которого возлагается контроль по предотвращению проникновения в отделение
алкогольных напитков.

34. Длительность лечения больных с психическими и поведенческими расстройствами в результате употребления алкоголя устанавливается каждый раз лечащим врачом по согласованию с заведующим отделением. Каждый случай досрочной выписки больного из отделения решается ВКК отделения по согласованию с заместителем главного врача по лечебной работе.

35. Не рекомендуется выписывать больных из наркологического отделения за возникновение у них срывов в процессе лечения. В этих случаях необходимо пересмотреть методики лечения и длительность пребывания больного в отделении, исходя из клинической картины заболевания.

36. При необходимости, в процессе лечения больным оказывается консультативная помощь специалистами, имеющимися в штате наркологической организации, а также осуществляется осмотр больных заместителем главного врача по медицинской части.

37. При переводе больного из отделения в другую медицинскую организацию по экстренным показаниям необходимо известить его родственников или законных представителей.

38. Выписка больного из наркологического отделения производится по окончании обследования, лечения, полного или частичного выздоровления больного. Выписываются также больные, грубо нарушившие лечебный режим отделения или совершившие самовольный уход, а также отказавшиеся от дальнейшего лечения.

39. Выписку больного осуществляет лечащий врач по согласованию с заведующим отделением. В случае самовольного ухода, грубого нарушения режима или отказа от лечения вопрос о выписке решается ВКК отделения с разрешения заместителя главного врача по лечебной работе.

40. После выписки больного история болезни заканчивается и вместе с картой выбывшего из стационара сдается в организационно-методический консультативный отдел наркологической организации. При направлении больного в отделение из другой медицинской организации, копия эпикриза направляется в адрес этой медицинской организации.

41. Констатация смерти больного, вскрытие трупа, извещение родственников производится в установленном порядке.

6. Порядок госпитализации, организации лечения и выписки больных с зависимостью от алкоголя с сопутствующей соматонаркологической патологией

42. Плановая госпитализация в соматонаркологическое отделение осуществляется по направлениям ВКК наркологической организации.

43. Перевод больных в соматонаркологическое отделение из других отделений наркологической организации, в составе которой оно организовано, а также из других медицинских организаций прикрепленной территории осуществляется по направлению врача-нарколога консультанта медицинской организации или заведующим отделением наркологической организации при наличии соответствующего заключения о соматическом состоянии больного.

44. Больные, направленные в отделение в порядке госпитализации больных по экстренным показаниям врачебными бригадами скорой медицинской (в том числе специализированной наркологической или психиатрической) помощи, доставляются в приемную соматонаркологического отделения, где после осмотра больного окончательное решение о госпитализации принимает дежурный врач отделения.

Дежурный врач соматонаркологического отделения также решает вопрос о необходимости госпитализации больных, самостоятельно обратившихся за помощью непосредственно в отделение.

45. В отделение принимаются больные исключительно с наркологическими расстройствами в сочетании с тяжелыми сопутствующими соматическими заболеваниями.

46. Для оказания медицинской помощи больным с соматонаркологическими расстройствами приказом первого руководителя наркологической организации, в составе которого организовано соматонаркологическое отделение, за ним закрепляются врачи-консультанты различных специальностей, работающие в данной больнице. Нагрузка на врачей-консультантов и объем их работы устанавливается первым руководителем наркологической организации.

47. Круглосуточные дежурства в соматонаркологическом отделении, как правило, организуются врачами отделения за счет сокращения продолжительности их рабочего дня.

В случаях, когда штаты отделения не позволяют организовать круглосуточные дежурства врачей, в ночное время и в нерабочие дни прием больных в соматонаркологическое отделение и их лечение осуществляет дежурный врач наркологической организации.

В этих же случаях, если больной доставлен в отделение врачебной бригадой скорой психиатрической или наркологической помощи, первичные назначения делает врач этой бригады.

48. Длительность пребывания больного в отделении устанавливается индивидуально. При улучшении соматического или психического состояния больные подлежат переводу из соматонаркологического отделения,

соответственно, в наркологический или соматический стационары.

При выздоровлении или значительной компенсации общего состояния больные из отделения могут быть выписаны под наблюдение наркологической организации по месту жительства.

7. Порядок госпитализации, организации лечения и выписки больных с зависимостью от ПАВ (кроме алкоголя)

49. Длительность лечения больных с зависимостью от ПАВ (кроме алкоголя) устанавливается индивидуально. Этим больным по клиническим показаниям сроки лечения могут быть продлены.

50. При организации работы отделений для лечения больных с зависимостью от ПАВ (кроме алкоголя) необходимо предусмотреть возможность содержания в разных палатах первичных больных и лиц, направленных на обследование и установление диагноза, а также больных, поступивших на лечение повторно.

51. Организация и режим работы отделений и палат для лечения больных с зависимостью от ПАВ должны исключить проникновение в эти отделения и палаты наркотических и других средств, являющихся предметом з л о у п о т р е б л е н и я .

52. Для предотвращения проникновения в отделение ПАВ производится тщательный осмотр больных, их личных вещей, продуктов питания.

53. При поступлении на лечение больные информируются об особенностях лечебного режима в отделении, в частности, о том, что в отделении (палате) регулярно проводятся осмотры больных, их личных вещей, содержимого передач . Больные также ставятся в известность о том, что во время их встреч с родственниками на территории больницы или отделения обязательно присутствие лица из числа персонала наркологического отделения. Кроме того, больные предупреждаются о том, что хранение и приобретение больными наркотических и других ПАВ, вызывающих болезненное пристрастие, влечет за собой уголовную ответственность.

54. При поступлении осмотр больного осуществляется медицинским персоналом отделения совместно с доставившим больного медицинским персоналом приемного покоя наркологической организации. Больной считается принятым в отделение только после завершения осмотра и полной уверенности в том, что исключено проникновение ПАВ.

55. Табачные изделия в отделение не принимаются и не рекомендуется курение. Больным так же не рекомендуется иметь наличные денежные средства. Последние должны быть сданы на хранение старшей медицинской сестре отделения или с согласия больных - их родственникам. В день выписки из

больницы денежные средства возвращаются больному.

56. При госпитализации больного заведующий отделением или лечащий врач должны поставить в известность его родственников и сопровождающих лиц об особенностях режима отделения, а именно:

- 1) необходимость обязательного осмотра содержимого передач;
- 2) во время встреч родственников и посетителей с больными обязательно присутствие третьего лица из числа медицинского персонала отделений (среднего и младшего медицинского персонала).

57. В истории болезни в разделе "Беседа с родственниками" отмечается, что родственники ознакомлены с особенностями режима наркологического отделения (палаты).

58. Для приема передач и осмотра их выделяется ответственное лицо, по контролю предотвращения проникновения в отделения или палаты ПАВ.

59. В отделениях и палатах для лечения больных с зависимостью от ПАВ (кроме алкоголя) ежедневно должна проводиться санитарно-гигиеническая уборка с тщательным осмотром постелей, тумбочек, личных вещей.

60. Во избежание нарушений лечебного режима больным с зависимостью от ПАВ в течение всего периода их пребывания в отделении или палате, как правило, не разрешаются отпуска домой.

61. При направлении больных с зависимостью от ПАВ в специализированные консультативно-диагностические кабинеты или физиотерапевтические кабинеты один санитар сопровождает не более двух больных. При возвращении в отделение (палаты) больные подвергаются осмотру с целью предотвращения проникновения ПАВ.

62. В течение всего срока лечения в стационаре больные могут заняться трудовой деятельностью. Трудотерапия может проводиться в закрытых цехах специализированных лечебно-трудовых мастерских или в наркологических отделениях. В лечебно-трудовых мастерских общего типа проведение трудовой терапии для больных с зависимостью от ПАВ не разрешается. Вся продукция, изделия, которые поступают для соответствующей доработки, должны тщательным образом досматриваться для предотвращения проникновения ПАВ.

63. В тех случаях, когда больной, не закончивший лечение, требует досрочной выписки, врач должен попытаться убедить больного в необходимости дальнейшего лечения. После беседы с больным в истории болезни должна быть сделана соответствующая запись с указанием причины отказа и досрочной выписки из стационара.

64. Постоянные нарушения больными лечебно-трудового режима в отделении, не обусловленные состоянием абстиненции, грубое отношение к медицинскому персоналу, демонстративные отказы от лечения являются

основанием для досрочной выписки больного или направления в специализированные медицинские организации.

65. При обнаружении у больных ПАВ или медицинских шприцев должен быть проведен тщательный осмотр всего отделения, палат, постелей, тумбочек, личных вещей больных с целью изъятия ПАВ и шприцев, а также приняты меры к выяснению и устранению путей дальнейшего их проникновения в отделения и п а л а т ы .

66. Обнаружение у больных ПАВ и медицинских шприцев не является основанием для их досрочной выписки из отделения.

8. Порядок госпитализации в отделение медико-социальной реабилитации наркологических больных

67. Необходимым условием оказания наркологическому больному медико-социальной помощи является его добровольное письменное согласие (заявление). Госпитализация больных в отделение медико-социальной реабилитации наркологических больных (далее - отделение) осуществляется по направлению наркологических организаций, либо по непосредственному обращению лиц, зависящих от ПАВ.

68. При поступлении в отделение больной проходит собеседование с врачом-наркологом, психологом, специалистом по социальной работе, которые определяют психофизическое состояние пациента, особенности его личности, социального и семейного статуса, способность участвовать в тех или иных медико-социальных программах и направляют больного в соответствующее подразделение отделения .

69. При поступлении в отделение пациент получает полную информацию о работе организации, о своих правах и обязанностях. Совместно со специалистами пациент определяет цели своего пребывания в отделении. От пациента требуются готовность к участию в индивидуальных и групповых программах, соблюдение режима и выполнение рекомендаций персонала. При поступлении с больными заключается письменный договор.

В случаях нарушения больными установленного режима, проявления агрессивности, отказа об участия в социально-медицинских программах и нарушений других условий договора больные могут быть выписаны из о т д е л е н и я .

70. Пациент может добровольно прекратить сотрудничество с отделением, поставив в известность руководство организации здравоохранения о мотивах своего решения. Досрочное мотивирование прекращения медико-социального процесса не лишает пациента возможности повторно обратиться за лечением.

71. Противопоказаниями к направлению в отделение являются:

- 1) наличие явлений интоксикации (опьянения), абстинентного синдрома;
- 2) наличие предпсихотических и психотических состояний с бредом, галлюцинациями, выраженными аффективно-волевыми нарушениями;
- 3) декомпенсированные формы психопатий и астенических расстройств с фобиями, тревогой и так далее;
- 4) наличие выраженного суицидального риска (суицидальные высказывания, тенденции к осуществлению суицидальных мыслей);
- 5) выраженный асоциальный характер поведения больного, подтвержденный анамнестическими сведениями;
- 6) наличие сопутствующих тяжелых соматических заболеваний, требующих специального обследования и лечения.

9. Госпитализация больных по экстренным показаниям

72. Необходимость предупреждения общественно опасных деяний, а также аутоагрессивных действий наркологических больных требует в ряде случаев срочного помещения их в наркологическую организацию, в целях принятия специальных мер профилактики и лечения.

73. Госпитализация больных по экстренным показаниям проводится в следующем порядке.

Больные, представляющие по своему состоянию непосредственную опасность для окружающих и для себя, могут быть исключительно по решению врача психиатра или нарколога помещены в порядке госпитализации больных по экстренным показаниям в наркологическую организацию без их согласия и предварительного уведомления и согласия их родственников или их законных представителей.

74. Основаниями для госпитализации больных по экстренным показаниям являются:

- 1) психотические состояния вследствие острых алкогольных психозов (делирий, галлюциноз);
- 2) предпсихотические варианты абстинентных состояний (патологическая компульсивность, тяжелые дисфории);
- 3) депрессивные состояния, сопровождающиеся суицидальными мыслями на фоне длительной алкогольной интоксикации;
- 4) патологическое опьянение;
- 5) абстинентные состояния, отягощенные судорожными припадками.

75. Не являются основанием для госпитализации больных по экстренным показаниям в наркологическую организацию любые состояния простого

76. Госпитализацию больных по экстренным показаниям непосредственно осуществляют медицинские работники, на которых органами здравоохранения возложены эти функции, по направлениям врачей психиатров или наркологов.

В районах, где отсутствуют врачи-наркологи, направление на госпитализацию больных по экстренным показаниям выдают врачи, на которых возложено оказание медицинской помощи населению. В этих случаях окончательное решение о необходимости госпитализации больных по экстренным показаниям принимают врачи-наркологи стационара, в который доставляется больной.

Врач, направляющий больного для госпитализации по экстренным показаниям в наркологическую организацию, должен в направлении указать, что больной направляется в порядке госпитализации больных по экстренным показаниям, изложить ее причины, указать в заключении должность и место своей работы, фамилию и время выдачи направления.

77. При поступлении наркологического больного в наркологическую организацию дежурный врач-нарколог должен лично убедиться в наличии у больного показаний к госпитализации больных по экстренным показаниям и сделать на титульном листе медицинской карты стационарного больного и в журнале приема больных и отказов в госпитализации запись, что больной поступает в порядке госпитализации больных по экстренным показаниям.

В случаях, когда дежурный врач-нарколог не находит оснований для госпитализации больных по экстренным показаниям, а больной или его родственники не дают согласия на госпитализацию в обычном порядке, то дежурный врач отказывает в приеме такого больного и делает мотивированную запись в журнале учета больных и отказов в госпитализации.

78. Руководство наркологической организации, а в выходные и праздничные дни дежурный врач должны немедленно уведомлять письменно или по телефону родственников больного или его законных представителей о его госпитализации. В медицинской карте стационарного больного делается запись кто, когда, кому и в какой форме направил уведомление.

79. Больные, принятые в наркологическую организацию в порядке госпитализации больных по экстренным показаниям подлежат в течение одних суток, исключая выходные и праздничные дни, освидетельствованию комиссией врачей-наркологов, состоящей из лечащего врача, заведующего отделением и заместителя главного врача по лечебной работе (или лица, уполномоченного главным врачом), которая решает вопрос об обоснованности госпитализации больных по экстренным показаниям и необходимости проведения обязательного лечения. Мотивированное заключение комиссии вносится в медицинскую карту

стационарного больного за подписями всех членов комиссии. В случае несогласия одного из членов комиссии с общим решением, он должен записать в медицинскую карту стационарного больного свое особое мнение. Заключение комиссии об отсутствии оснований для госпитализации больных по экстренным показаниям и обязательного лечения влечет за собой немедленную выписку больного. Такие лица могут быть оставлены для лечения только с их согласия, а в случаях, когда больной не способен к свободному волеизъявлению, с согласия его родственников или законных представителей.

80. Решение о госпитализации больных по экстренным показаниям и проведении обязательного лечения может быть обжаловано больным, его родственниками или законным представителем в вышестоящий орган в области здравоохранения, в суд или прокуратуру.

10. Порядок предоставления лечебных отпусков больным в наркологических стационарах

81. Лечебный отпуск наркологическим больным предоставляется с целью их социальной реабилитации, положительного влияния микроклимата семьи на эффективность лечебных мероприятий.

82. Лечебный отпуск предоставляется больным в том случае, если известно, что в семьях здоровый микроклимат и члены семьи готовы помочь больному вести здоровый образ жизни.

83. Отпуск может быть предоставлен больным при положительной установке на лечение, достаточной критике к своему состоянию и желанию ведения в дальнейшем здорового образа жизни.

84. Лечебный отпуск предоставляется как по ходатайству родственников, так и по желанию самого больного, учитывая медицинские критерии его состояния. Каждый раз вопрос о предоставлении лечебного отпуска решается индивидуально. Срок отпуска устанавливается от 3-х до 5-ти дней.

85. Лечебный отпуск предоставляется врачебной комиссией в составе заведующего отделением и лечащего врача.

86. В медицинской части стационарного больного указываются основания, для предоставления ему лечебного отпуска, подробно описывается психический статус и делается заключение врачебной комиссии, подписанное всеми ее членами о возможности предоставления лечебного отпуска.

87. После возвращения больного из отпуска, лечащим врачом описывается статус больного и делается оценка эффективности лечебного отпуска.

88. На время нахождения в лечебном отпуске больной получает из стационара необходимые медикаменты на все дни отпуска в соответствии с

назначениями лечащего врача.

89. На время лечебного отпуска больной снимается с питания. Это оформляется соответствующей учетной формой.

90. Отпуск не предоставляется в следующих случаях:

- 1) острые психотические проявления у больного;
 - 2) наличие суицидальных мыслей и тенденций;
 - 3) развитие депрессивного синдрома;
 - 4) ауто-гетероагрессивное поведение у психопатических личностей;
 - 5) состояние выраженного похмельного или абстинентного синдрома;
 - 6) наличие срывов, рецидивов у больного.
-