

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ
ВСЕРОССИЙСКИЙ ЦЕНТР МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ «ЗАЩИТА»**

**Организация
оказания экстренной
консультативной медицинской
помощи и проведения медицинской
эвакуации**

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

МОСКВА – 2015

УДК:

Организация оказания экстренной консультативной медицинской помощи и проведения медицинской эвакуации: методические рекомендации. М.: ВЦМК «Защита» 2015. 220 с.

Утверждены Главным внештатным специалистом по медицине катастроф Минздрава России, академиком РАН, профессором С.Ф. Гончаровым по рекомендации Общероссийской общественной организации специалистов в сфере медицины катастроф (протокол от 27.05.2015 № 2) и Профильной комиссии по медицине катастроф Минздрава России (протокол от 27.05.2015 № 6)

Научный руководитель: Главный внештатный специалист по медицине катастроф Минздрава России, академик РАН, профессор *С.Ф. Гончаров*.
Авторы: *Гармаш О.А., Банин И.Н., Баранова Н.Н., Попов В.П., Попов А.В.* при участии *Буянова В.М., Громута А.А., Иванчина Д.В., Олесова И.И., Попова А.С., Пичугина В.Ю., Шилкина И.П., Филиппова А.Ю., Ярмолича В.А.*

Представлены методология организации оказания экстренной консультативной медицинской помощи и проведения медицинской эвакуации на федеральном, межрегиональном и региональном уровнях; система развития экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации в Российской Федерации как основы санитарной авиации страны; модели структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих экстренную консультативную медицинскую помощь; комплекс мероприятий по совершенствованию деятельности отделений экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации в целях обеспечения доступности экстренной медицинской помощи для жителей отдаленных и труднодоступных районов страны.

Методические рекомендации предназначены для руководителей и специалистов органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, центров медицины катастроф и других медицинских учреждений, участвующих в оказании экстренной консультативной медицинской помощи и проведении медицинской эвакуации.

Методические рекомендации могут быть использованы в процессе послевузовской профессиональной подготовки медицинских кадров, в том числе в системе непрерывного медицинского образования.

ISBN

Всероссийский центр медицины
катастроф «Защита», 2015

ВВЕДЕНИЕ

В своем докладе на заседании Правительственной комиссии по вопросам охраны здоровья граждан 8 ноября 2013 г. Министр здравоохранения Российской Федерации В.И.Скворцова указала на необходимость развития выездных форм работы с целью обеспечения доступности медицинской помощи жителям отдаленных и труднодоступных районов, в том числе экстренной консультативной медицинской помощи. Министр отметила, что «особое значение приобретает развитие санитарной авиации, которая позволит обеспечить равнодоступность качественной и специализированной медицинской помощи для всех граждан, независимо от места их проживания». В протоколе заседания Правительственной комиссии № 2 «Обеспечение доступности медицинской помощи: организация выездных форм работы и транспортное обеспечение» предусмотрена разработка мероприятий по развитию санитарной авиации для включения в государственную программу развития здравоохранения до 2020 года.

В Указе Президента Российской Федерации от 1 июня 2012 г. № 761 «О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 годы» определены основные принципы сохранения здоровья детей: обеспечение доступности качественных комплексных медицинских услуг для всех категорий детей, в том числе в труднодоступных местностях, развитие подростковой медицины, гарантированное обеспечение педиатрической медицины необходимыми лекарствами и медицинским оборудованием, создание развитой и доступной сети медицинских учреждений.

Оказание экстренной медицинской помощи населению при внезапных заболеваниях и угрожаемых жизни состояниях, в том числе в чрезвычайных ситуациях, является одной из приоритетных задач здравоохранения. Немаловажную роль в работе здравоохранения играет оказание экстренной консультативной помощи медицинским организациям, не имеющим специалистов или условий для оказания специализированной медицинской помощи пострадавшим и больным.

Общеизвестно, что одним из определяющих факторов, обеспечивающих эффективность оказания медицинской помощи, является максимально раннее начало лечения. С середины прошлого столетия в этих целях в системе здравоохранения Российской Федерации для оказания специализированной медицинской помощи жителям отдаленных и труднодоступных районов используют авиационный транспорт (санитарную авиацию), функционируют отделения экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации территориальных центров медицины катастроф и областных (республиканских, краевых, окружных) больниц.

В настоящее время отсутствуют нормативные правовые документы по организации и оказанию экстренной консультативной медицинской помощи, отвечающие существующим потребностям и учитывающие особенности

функционирования системы оказания этой помощи в различных субъектах Российской Федерации.

Принятое решением Коллегии Минздрава РСФСР в 1990 г. Временное положение об отделениях экстренной консультативной медицинской помощи устарело, во многом носит спорный характер и требует пересмотра основных позиций. Методические рекомендации МР №99/149 от 2000 г. не обеспечивают полноценного функционирования отделений ЭКМП в круглосуточном режиме.

За прошедшее время изменились приоритеты в вопросах организации оказания экстренной консультативной медицинской помощи, повысилось значение медицинской эвакуации, которую теперь выполняют с сопровождением бригады медицинских специалистов и проведением мониторинга жизненно важных функций организма пациента. Изменились подходы и порядок организации оказания экстренной консультативной медицинской помощи; оказание этой помощи детям не предусмотрено нормативными документами, при этом потребность в ней постоянно увеличивается.

Специалисты отделений ЭКМП и МЭ ежегодно оказывают экстренную консультативную медицинскую помощь, в основном специализированную, 200-250 тысячам человек.

Анализ отчетов субъектов Российской Федерации показывает, что потребность населения в выездных формах работы при оказании экстренной консультативной медицинской помощи возрастает из года в год.

Высокой является потребность в экстренной консультативной медицинской помощи детскому населению, особенно хирургического профиля. Сохраняется актуальность оказания экстренной консультативной медицинской помощи беременным, роженицам и новорожденным.

Настоящие Методические рекомендации регулируют вопросы оказания экстренной консультативной медицинской помощи и проведения медицинской эвакуации в Российской Федерации как государственной функции по осуществлению выездных форм работы на федеральном, межрегиональном и региональном уровнях.

В Методических рекомендациях представлены сведения о функциях и организации деятельности органов управления здравоохранением различных уровней, лечебных учреждений и их структурных подразделений, участвующих в оказании экстренной консультативной медицинской помощи. Раздел «Организация оказания экстренной консультативной медицинской помощи» содержит сведения об организации деятельности структурных подразделений ТЦМК и других лечебных учреждений, участвующих в оказании этой помощи, основаниях к вылету или выезду на вызов, порядке проведения телемедицинских консультаций и консилиумов и госпитализации пациентов. Изложены основные принципы организации работы отделений ЭКМП и МЭ, их задачи, организация работы выездных консультативных и авиамедицинских бригад. В разделах, касающихся медицинской эвакуации,

содержатся сведения о видах эвакуации, организации и последовательности действий при ее проведении, видах транспорта, критериях применения вертолетов и т.д. В соответствующем разделе рекомендаций изложены требования к проведению контроля качества оказанной экстренной консультативной медицинской помощи.

Приложения содержат информационный и справочный материал по различным аспектам оказания экстренной консультативной, в том числе санитарно-авиационной, медицинской помощи и проведения медицинской эвакуации.

В Методических рекомендациях использован опыт работы отделений ЭКМП и МЭ центров медицины катастроф Алтайского края, Воронежской, Волгоградской, Мурманской, Свердловской областей, Республики Саха (Якутия) и других субъектов Российской Федерации.

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Экстренная консультативная медицинская помощь - медицинская помощь, которая оказывается врачами-консультантами при угрожающих жизни состояниях и заболеваниях больным и пострадавшим в ЧС, находящимся на лечении в медицинских организациях, в которых отсутствует возможность оказания необходимой медицинской помощи, и включает в себя диагностику, оказание специализированной медицинской помощи пациентам и консультативной помощи медицинским специалистам.

При оказании экстренной консультативной медицинской помощи применяют авиационный, санитарный автомобильный, водный и другие виды транспорта.

Экстренная консультативная медицинская помощь с применением авиационного транспорта называется санитарно-авиационной помощью.

Экстренную консультативную медицинскую помощь оказывают в соответствии с порядками и стандартами оказания медицинской помощи по профилям (специальностям), в том числе с применением телемедицинских технологий.

Экстренную консультативную медицинскую помощь, включая медицинскую эвакуацию, оказывают медицинские организации государственной системы здравоохранения бесплатно, безотлагательно и круглосуточно в режимах повседневной деятельности и чрезвычайной ситуации.

При оказании экстренной консультативной медицинской помощи в режиме повседневной деятельности в случае отсутствия в медицинском учреждении, где находится пациент, условий для его лечения в полном объеме, проводят его медицинскую эвакуацию в профильную медицинскую организацию. В случае нетранспортабельности пациента медицинскую

помощь, в т.ч. оперативные вмешательства, оказывают на месте в медицинской организации, куда выехал консультант.

Медицинская эвакуация представляет собой транспортировку граждан в целях спасения жизни и сохранения здоровья, в том числе лиц, находящихся на лечении в медицинских организациях, в которых отсутствует возможность оказания необходимой медицинской помощи, при угрожающих жизни состояниях, женщин в период беременности, родов, послеродовой период и новорожденных, лиц, пострадавших в результате чрезвычайных ситуаций и стихийных бедствий с проведением во время эвакуации мероприятий по оказанию медицинской помощи, в том числе с применением медицинского оборудования.

Медицинская эвакуация подразделяется на:

- санитарно-авиационную эвакуацию, осуществляемую авиационным транспортом;
- санитарную эвакуацию, осуществляемую наземным, водным и другими видами транспорта.

Организация и оказание медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в т.ч. медицинская эвакуация, осуществляются Всероссийской службой медицины катастроф в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти (ст. 41 Федерального закона от 21.11.2011г. № ФЗ - 3230.

В Российской Федерации создается трехуровневая система оказания экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации (санитарной авиации) в Российской Федерации (далее – система санитарной авиации).

Экстренная консультативная медицинская помощь и медицинская эвакуация являются основой системы санитарной авиации в Российской Федерации.

2. ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ

Обеспечение исполнения государственной услуги по оказанию экстренной консультативной медицинской помощи, включая медицинскую эвакуацию, населению Российской Федерации на федеральном уровне организует Министерство здравоохранения Российской Федерации, а осуществляет Служба медицины катастроф Минздрава России.

Министерство здравоохранения Российской Федерации организует:

- разработку и выполнение федеральных целевых программ по совершенствованию организации и оказания экстренной консультативной медицинской помощи;

- контроль соблюдения стандартов специализированной медицинской помощи при оказании экстренной консультативной медицинской помощи в части разработки и реализации федеральной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи;

- разработку федеральных нормативных правовых актов по организации и оказанию экстренной консультативной медицинской помощи.

Министерство здравоохранения Российской Федерации в установленном порядке утверждает ежегодно для ФГБУ «Всероссийский центр медицины катастроф «Защита» (далее ВЦМК «Защита») государственное задание по обеспечению государственной услуги «Оказание экстренной консультативной медицинской помощи населению Российской Федерации».

ВЦМК «Защита» выполняет следующие основные функции:

- организация и оказание экстренной консультативной медицинской помощи с привлечением специалистов ведущих медицинских организаций, находящихся в ведении Минздрава России, ФМБА и РАН по заявкам органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации или указанию Минздрава России;

- организация и проведение медицинской эвакуации пострадавших в ЧС, других происшествиях и больных различными видами транспорта в федеральные медицинские организации;

- разработка предложений по развитию и совершенствованию системы оказания экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации (санитарной авиации);

- методическое руководство деятельностью медицинских организаций по оказанию экстренной консультативной медицинской помощи;

- разработка проектов и совершенствование стандартов и регламентов оказания экстренной консультативной медицинской помощи;

- совершенствование механизмов информационного взаимодействия заинтересованных министерств и организаций;

- создание и организация функционирования системы экстренной консультативной медицинской помощи ВЦМК с использованием телемедицинских технологий;

- создание системы мониторинга состояния пострадавших и больных, нуждающихся в медицинской эвакуации, в федеральные медицинские организации;

- формирование банка данных о медицинских специалистах федерального уровня, участвующих в оказании экстренной консультативной медицинской помощи;

- внедрение в практику современных методов диагностики и оказания экстренной консультативной медицинской помощи, в том числе с применением телемедицинских технологий;

- сбор, обработка и представление статистических данных;

- организационно-методическое руководство подготовкой медицинских специалистов, участвующих в оказании экстренной консультативной медицинской помощи, и их обучение, в том числе на договорной платной основе;

- научно-методическое сопровождение оказания экстренной консультативной медицинской помощи;

- организация и проведение Всероссийских научно-практических конференций по вопросам оказания экстренной консультативной медицинской помощи.

Организация оказания экстренной консультативной медицинской помощи населению Российской Федерации на межрегиональном и региональном уровнях осуществляется в рамках территориальных программ государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению субъектов Российской Федерации.

Исполнение государственной функции по оказанию экстренной консультативной медицинской помощи населению Российской Федерации на межрегиональном и региональном уровнях организуют органы управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, а осуществляют межрегиональные и территориальные центры медицины катастроф.

На межрегиональном уровне порядок оказания экстренной консультативной медицинской помощи устанавливается в соответствии с Соглашением, заключенным между субъектами Российской Федерации, входящими в федеральный округ.

Орган управления здравоохранением субъекта Российской Федерации в установленном порядке утверждает для медицинской организации государственное задание по обеспечению государственной услуги «Оказание экстренной консультативной медицинской помощи населению субъекта Российской Федерации».

Орган управления здравоохранением субъекта Российской Федерации утверждает перечень специализированных медицинских организаций и специалистов, участвующих в оказании экстренной консультативной медицинской помощи регионального уровня, порядок их привлечения и оплаты труда.

Орган управления здравоохранением субъекта Российской Федерации несет ответственность за своевременное и качественное оказание экстренной консультативной, в том числе санитарно-авиационной, медицинской помощи на региональном уровне и выполняет следующие основные функции:

- реализация федеральных целевых программ по совершенствованию оказания экстренной консультативной медицинской помощи, разработка и организация выполнения соответствующих региональных целевых программ;

- контроль соблюдения стандартов оказания экстренной консультативной медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи;

- разработка региональных нормативных правовых актов (проектов Постановлений администрации субъекта Российской Федерации, приказов, распоряжений) по организации и оказанию экстренной консультативной медицинской помощи населению субъекта Российской Федерации;

- контроль соблюдения и реализации федерального и регионального законодательства в сфере охраны здоровья граждан, в том числе в части, касающейся экстренной консультативной медицинской помощи;

- контроль деятельности отделений ЭКМП и МЭ;

- контроль использования авиационного и автомобильного транспорта;

- руководство работой ТЦМК и других медицинских организаций, участвующих в оказании экстренной консультативной медицинской помощи;

- контроль и подготовку медицинских кадров по вопросам экстренной консультативной медицинской помощи.

Территориальный центр медицины катастроф выполняет следующие основные функции:

- руководство работой отделений ЭКМП и МЭ и филиалов ТЦМК;

- организация и оказание экстренной консультативной медицинской помощи, в том числе с применением телемедицинских технологий, больным и пострадавшим в ЧС, находящимся в медицинских организациях;

- организация управления и информационного взаимодействия по вопросам Службы медицины катастроф, в том числе со средствами массовой информации;

- организация взаимодействия с межрегиональными и региональными органами МЧС России и другими заинтересованными службами и организациями в установленном порядке;

- формирование банка данных о специалистах медицинских организаций, участвующих в оказании экстренной консультативной медицинской помощи населению субъекта Российской Федерации;

- контроль подготовки медицинских кадров по вопросам экстренной консультативной медицинской помощи;

- анализ качества оказания экстренной консультативной медицинской помощи;

- сбор, обработка и представление в установленном порядке статистических данных о деятельности учреждений и Службы медицины катастроф субъекта Российской Федерации;

- сбор, обработка и представление в установленном порядке информации о чрезвычайных ситуациях и оказанию экстренной консультативной медицинской помощи больным и пострадавшим в ЧС;

- проведение региональных научно-практических конференций по вопросам медицины катастроф и оказания экстренной консультативной медицинской помощи, другая научная деятельность;

- подготовка информационно-методических писем, проектов приказов органа управления здравоохранением и других документов по вопросам

медицины катастроф и оказания экстренной консультативной медицинской помощи на региональном уровне.

Структурными подразделениями центров медицины катастроф, оказывающих экстренную консультативную медицинскую помощь на межрегиональном и региональном уровнях, являются отделения ЭКМП и МЭ МРЦМК и ТЦМК соответственно, а также филиалы ТЦМК. Отделение ЭКМП и МЭ выполняет следующие основные функции:

- оказание экстренной консультативной медицинской помощи населению субъекта Российской Федерации, в том числе с применением телемедицинских технологий, с целью приближения специализированной медицинской помощи к жителям сельской местности и отдаленных и труднодоступных районов;

- проведение медицинской эвакуации пострадавших и больных в межрайонные центры, региональные и федеральные медицинские организации авиационным, санитарным автомобильным и другими видами транспорта с оказанием необходимой медицинской помощи в процессе эвакуации; при необходимости, организация и подготовка пациентов, находящихся в тяжелом состоянии, к медицинской эвакуации до достижения стабилизации их состояния;

- проведение телемедицинских конференций и консилиумов в рамках системы экстренной консультативной медицинской помощи ВСМК с использованием телемедицинских технологий;

- ведение мониторинга состояния пострадавших и больных, находящихся в критическом состоянии и нуждающихся в медицинской эвакуации в специализированные медицинские организации;

- оценка эффективности и коррекция лечебно-диагностических мероприятий, оказанных больным и пострадавшим на месте в медицинской организации;

- оказание методической консультативной помощи врачам государственных и муниципальных медицинских организаций;

- внедрение современных лечебно-диагностических технологий, в том числе телемедицинских.

При наличии тенденции увеличения количества чрезвычайных ситуаций с медико-санитарными последствиями и увеличения тяжести этих последствий с целью повышения готовности здравоохранения к реагированию на угрозы ЧС необходимо обеспечить участие специалистов отделений ЭКМП и МЭ в ликвидации последствий дорожно-транспортных происшествий, пожаров и других ЧС. Необходимо проводить штабные тренировки и командно-штабные учения по вопросам оказания экстренной медицинской помощи пострадавшим в ЧС и больным с участием специалистов отделений ЭКМП и МЭ, а также организовать систему их дежурств на дому.

3. ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ПО ОКАЗАНИЮ ЭКСТРЕННОЙ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ

На федеральном уровне экстренную консультативную медицинскую помощь оказывают федеральное бюджетное медицинское учреждение «Всероссийский центр медицины катастроф «Защита» Министерства здравоохранения Российской Федерации и федеральные специализированные медицинские организации г. Москвы.

На межрегиональном уровне экстренную консультативную медицинскую помощь оказывают межрегиональные центры медицины катастроф и федеральные специализированные медицинские организации, расположенные на территории федерального округа.

На региональном уровне эту помощь оказывают территориальные центры медицины катастроф, региональные многопрофильные больницы (взрослые и детские) и перинатальные центры.

В режиме повседневной деятельности система санитарной авиации включает в себя несколько направлений:

- оказание экстренной консультативной медицинской помощи;
- проведение медицинской эвакуации в догоспитальном периоде и межбольничной медицинской эвакуации в госпитальном периоде;
- контроль качества оказания экстренной консультативной медицинской помощи и проведения медицинской эвакуации;
- доставка медицинских специалистов, препаратов крови и медицинских грузов и др.

Задачи

На федеральном уровне оказание экстренной консультативной медицинской помощи структурно включает следующие мероприятия:

- оказание экстренной консультативной медицинской помощи и проведение медицинской эвакуации пациентов из медицинских организаций всех субъектов Российской Федерации в федеральные специализированные медицинские организации Минздрава России, РАН, ФМБА;
- проведение медицинской эвакуации граждан Российской Федерации, заболевших или пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях и чрезвычайных ситуациях за рубежом;
- координация деятельности отделений ЭКМП и МЭ центров медицины катастроф межрегионального и регионального уровней;
- взаимодействие с федеральными органами исполнительной власти и заинтересованными федеральными медицинскими учреждениями по вопросам оказания экстренной консультативной медицинской помощи и проведения медицинской эвакуации.

На межрегиональном уровне оказание экстренной консультативной медицинской помощи организуют по следующим направлениям:

- оказание экстренной консультативной, в первую очередь, санитарно-авиационной, помощи жителям дотационных субъектов Российской Федерации, где региональные бюджеты недостаточны для оплаты санитарно-авиационных услуг авиакомпаниям;

- проведение межрегиональной санитарно-авиационной эвакуации в пределах федерального округа;

- координация деятельности отделений ЭКМП и МЭ региональных центров медицины катастроф в пределах федерального округа;

- взаимодействие с ВЦМК «Защита», другими МРЦМК и медицинскими организациями, в которые проводится медицинская эвакуация;

- взаимодействие с органами управления здравоохранением субъектов Российской Федерации на территории федерального округа и заинтересованными организациями (МЧС, МВД, МО России, авиакомпаниями и др.) по вопросам оказания экстренной консультативной медицинской помощи и проведения медицинской эвакуации.

На региональном уровне экстренную консультативную медицинскую помощь оказывают по следующим направлениям:

- оказание экстренной консультативной медицинской помощи и, при необходимости, проведение медицинской эвакуации пациентов, находящихся на стационарном лечении в медицинских организациях в пределах субъекта Российской Федерации;

- в регионах Крайнего Севера, Сибири, Дальнего Востока – оказание всех видов медицинской помощи с применением авиационного транспорта и проведение, при необходимости, санитарно-авиационной эвакуации.

На всех уровнях системы организация оказания экстренной консультативной медицинской помощи и проведения медицинской эвакуации включает применение телемедицинских технологий (проведение телемедицинских конференций и консилиумов), мониторинг состояния больных, находящихся в критическом состоянии и нуждающихся в медицинской эвакуации.

Организацию оказания экстренной консультативной медицинской помощи на территории субъекта Российской Федерации и работу отделений ЭКМП и МЭ регламентируют местные нормативные акты – приказ органа управления здравоохранением или Постановление региональной администрации. Этими документами утверждают региональный Порядок оказания экстренной консультативной медицинской помощи, Положения и директивные указания, которые не должны противоречить соответствующим документам федерального уровня.

Решением органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения в составе ТЦМК могут быть созданы несколько отделений ЭКМП и МЭ по наиболее востребованным профилям медицинской помощи.

Доступность медицинской помощи в городах регионального подчинения и районных центрах обеспечивается также созданием на базе многопрофильных межмуниципальных и муниципальных медицинских центров и центральных районных больниц отделений ЭКМП и МЭ (филиалов ТЦМК), выполняющих, в основном, функции оказания экстренной консультативной медицинской помощи и проведения медицинской эвакуации.

В северных регионах, где специалисты отделений ЭКМП и МЭ оказывают, как правило, и первичную медико-санитарную помощь жителям отдаленных поселений, оленеводческих бригад и лицам, работающим вахтовым методом, целесообразно между ТЦМК и компаниями, работающими вахтовым методом, заключать контракты (договора) на оказание экстренной медицинской помощи на случай внезапного заболевания или травмы работника.

В целях обеспечения доступности экстренной специализированной медицинской помощи детям целесообразно создавать в структуре регионального отделения ЭКМП и МЭ педиатрические отделения ЭКМП и МЭ как самостоятельные структурно-функциональные единицы ТЦМК, привлекающие к своей работе специалистов выездных бригад перинатальных центров и РКЦ.

Орган управления здравоохранением субъекта Российской Федерации устанавливает штатные нормативы отделений ЭКМП и МЭ в зависимости от демографических, медико-тактических, географических особенностей субъекта Российской Федерации. В целях обеспечения максимальной доступности специализированной медицинской помощи жителям отдаленных районов при формировании штатного расписания отделения ЭКМП и МЭ необходимо учитывать состояние сельского здравоохранения субъекта Российской Федерации по отдельным профилям медицинской помощи и показатели здоровья сельских жителей.

Экстренную консультативную медицинскую помощь оказывают:

- врачи-консультанты и средний медицинский персонал, принятые на работу в пределах штатного расписания (основные работники и совместители);
- врачи-консультанты, привлекаемые из других медицинских организаций по договору из числа наиболее квалифицированных специалистов ведущих специализированных медицинских организаций и высших учебных заведений.

Перечень привлеченных врачей - консультантов и организация их работы устанавливаются в соответствии с нормативным актом органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения.

Специалистам отделений ЭКМП и МЭ устанавливают надбавки за

продолжительность непрерывной работы в размере 30 процентов оклада (ставки) за первые три года и по 25 процентов за каждые последующие два года непрерывной работы, но не выше 80 процентов оклада:

- врачам, среднему и младшему медицинскому персоналу и водителям выездных бригад отделений ЭКМП и МЭ;

- врачам-консультантам, привлекаемым отделениями ЭКМП и МЭ для оказания экстренной консультативной медицинской помощи, — с учетом их стажа непрерывной работы в учреждениях здравоохранения на врачебных должностях всех наименований, в т. ч. и по совместительству, за время выполнения указанной работы с учетом времени переезда.

В целях реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в экстренной или неотложной форме медицинским работникам медицинских организаций с их согласия может устанавливаться дежурство на дому.

Дежурство на дому - пребывание медицинского работника медицинской организации дома в ожидании вызова на работу для оказания медицинской помощи в экстренной или неотложной форме.

При учете времени, фактически отработанного медицинским работником медицинской организации, время дежурства на дому учитывают в размере одной второй часа рабочего времени за каждый час дежурства на дому. Общая продолжительность рабочего времени медицинского работника медицинской организации с учетом времени дежурства на дому не должна превышать норму рабочего времени медицинского работника медицинской организации за соответствующий период.

Особенности режима рабочего времени и его учета при выполнении медицинскими работниками медицинских организаций дежурств на дому устанавливается федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в области здравоохранения (здесь и выше в соотв. с ст. 350 Трудового кодекса Российской Федерации).

В соответствии с Постановлением Госкомтруда СССР и Президиума ВЦСПС от 25.10.1974 г. № 298/П-22 при использовании авиационного транспорта для оказания санитарно-авиационной помощи медицинские работники отделений ЭКМП и МЭ, непосредственно оказывающие эту помощь, имеют право на дополнительный отпуск в рабочих днях при числе часов налета за рабочий год:

- от 50 до 200 часов – 12 дней;
- от 201 до 300 часов – 18 дней;
- 301 до 400 часов – 24 дня;
- 401 до 500 часов – 30 дней;
- свыше 500 часов – 36 дней.

В соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 07.02.1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителей», Федеральным законом от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в

Российской Федерации», Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012г. № 1006 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» органы управления здравоохранением субъекта Российской Федерации разрабатывают Положение об платных медицинских услугах населению при оказании экстренной консультативной медицинской помощи.

Транспортное обеспечение

Для доставки специалистов и проведения медицинской эвакуации используется штатный санитарный автотранспорт ТЦМК, предназначенный для отделения ЭКМП и МЭ, или автотранспорт спецавтохозяйства и авиационный транспорт. В отдельных случаях могут использоваться автотранспорт общего назначения и другие виды транспорта.

Санитарный автотранспорт отделения ЭКМП и МЭ должен быть оснащен по категориям В и С и укомплектован системами навигационного позиционирования на местности и картографического сопровождения с отображением информации о местоположении транспорта на рабочем месте диспетчера. В связи с необходимостью поездок на большие расстояния срок использования санитарного автотранспорта отделения ЭКМП и МЭ не должен превышать 3 года.

Порядок применения авиационного транспорта для оказания экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации изложен в разделе V «Организация оказания санитарно-авиационной помощи, включая эвакуацию».

4. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ СТРУКТУРНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, ОКАЗЫВАЮЩИХ ЭКСТРЕННУЮ КОНСУЛЬТАТИВНУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ

На федеральном уровне экстренную консультативную медицинскую помощь оказывают специалисты Центра медицинской эвакуации и экстренной медицинской помощи (ЦМЭ ЭМП) ФГБУ ВЦМК «Защита» и федеральных специализированных медицинских организаций г. Москвы.

В случаях, требующих оказания экстренной консультативной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи пострадавшим и больным, находящимся на лечении в медицинских организациях субъектов Российской Федерации, силами специалистов федеральных медицинских организаций направление этих специалистов проводится через диспетчерский отдел ЦМЭ ЭМП ВЦМК «Защита». Консультации проводятся по заявкам руководителей органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, а также по указанию Минздрава России.

На межрегиональном и региональном уровнях экстренную консультативную медицинскую помощь оказывают специалисты отделений

ЭКМП и МЭ территориальных центров медицины катастроф и областных (республиканских, краевых, окружных) больниц. Документы, регламентирующие деятельность отделений ЭКМП и МЭ – см. приложения.

Структурными единицами отделения ЭКМП и МЭ являются медицинские бригады (авиамедицинские бригады и выездные консультативные бригады специализированной медицинской помощи).

На межрегиональном уровне организационную структуру отделения ЭКМП и МЭ межрегионального центра медицины катастроф целесообразно усилить дополнительными ставками врачей, среднего медперсонала для авиамедицинских бригад и оказания экстренной консультативной санитарно-авиационной помощи.

В штат диспетчеров по приему и передаче вызовов оперативно-диспетчерского отдела целесообразно ввести должность старшего врача и организовать автоматизированные рабочие места врачей-консультантов. Целесообразно ввести отдельную должность руководителя межрегионального отделения ЭКМП и МЭ с прямым подчинением директору МРЦМК.

На региональном уровне:

в догоспитальном периоде для оказания экстренной медицинской помощи на месте происшествия и проведения санитарно-авиационной эвакуации создаются штатные авиамедицинские бригады.

Основаниями к вылету специалистов авиамедицинской бригады являются:

- удаленность места происшествия от ближайшей медицинской организации на расстояние более 50 км или его труднодоступность для автомобильного транспорта;
- необходимость скорейшей эвакуации тяжело пострадавших (больных) в специализированные медицинские организации;
- масштаб происшествия, не позволяющий бригадам скорой медицинской помощи ликвидировать медико-санитарные последствия чрезвычайной ситуации собственными силами.

В госпитальном периоде для оказания экстренной консультативной медицинской помощи формируются выездные многопрофильные консультативные бригады специализированной медицинской помощи в составе врачей-консультантов. На каждый вызов формируется отдельный состав бригады или выезжает один специалист.

В отдельных случаях, при отсутствии врачебных кадров, решением органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения в составе отделения ЭКМП и МЭ допускается организация фельдшерских бригад.

Основаниями к выезду (вылету) специалистов выездной консультативной бригады специализированной медицинской помощи в медицинскую организацию являются:

- угрожающее жизни больного состояние его здоровья при отсутствии в медицинской организации, где находится больной, врача-специалиста

соответствующего профиля и квалификации или необходимых условий для оказания специализированной медицинской помощи;

- неэффективность проводимого лечения и прогрессирующее ухудшение состояния пациента;

- трудности в диагностике заболевания и определении тактики лечения;

- необходимость медицинской эвакуации пострадавшего (больного) в специализированную медицинскую организацию.

Организацию информационного обеспечения оказания экстренной консультативной медицинской помощи осуществляет оперативно-диспетчерский отдел ТЦМК (ОДО). Оперативно-диспетчерский отдел функционирует в круглосуточном режиме и в целях оказания экстренной консультативной медицинской помощи осуществляет:

- централизованный прием вызовов для оказания экстренной медицинской помощи пострадавшим в ЧС, ДТП, других происшествиях от дежурного диспетчера ЕДДС, сотрудников ГИБДД, СМП, частных лиц;

- централизованный прием заявок на оказание экстренной консультативной помощи от руководителей медицинских организаций;

- организацию и проведение консультаций по телефону или с применением телемедицинских технологий врачами-консультантами отделения ЭКМП и МЭ пациентов и врачей-специалистов медицинских организаций, обратившихся за консультацией;

- своевременное комплектование медицинских бригад специалистами и медицинским имуществом и их подготовку к выполнению задания.

С целью обеспечения доступности экстренной медицинской помощи пациентам, нуждающимся в специализированной помощи, решении проблем диагностики, лечения и госпитализации в профильные медицинские организации более высокого уровня, в медицинских организациях, участвующих в оказании экстренной консультативной помощи, функционирует Система экстренной консультативной медицинской помощи больным и пострадавшим в чрезвычайных ситуациях с применением телемедицинских технологий.

В режиме повседневной деятельности Система предназначена для проведения телеконсультаций врачей государственных и муниципальных медицинских организаций субъекта Российской Федерации, федерального округа или федеральных специализированных медицинских центров, региональных и муниципальных лечебных учреждений по защищенным каналам Центра управления в кризисных ситуациях (НЦУКС) ВЦМК «Защита».

При ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций консультативный центр и консультативные пункты Системы могут одновременно с вышеперечисленными функциями обеспечивать связь для организации и проведения медико-эвакуационных мероприятий.

При организации и проведении телемедицинских консультаций используются ресурсы стационарных и мобильных телемедицинских

комплексов вышестоящего уровня, взаимодействующие со стационарными телемедицинскими центрами и пунктами медицинских организаций нижестоящего уровня.

Система экстренной консультативной медицинской помощи с применением телемедицинских технологий позволяет осуществлять взаимодействие с оперативными подразделениями МЧС, МВД России, федеральными, межрегиональными и региональными органами управления здравоохранением и центрами медицины катастроф.

Консультации с применением телемедицинских технологий проводятся в виде телеконференций или как консультирование по медицинской карте (выписке из нее) пациента, передаваемой по доступным телекоммуникационным сетям.

Все телефонные и видеоконсультации и переговоры должны проводиться через пульт дежурного диспетчера ОДО, регистрироваться круглосуточно, в режиме реального времени на жесткий диск персонального компьютера в формате специализированной компьютерной программы. Время хранения устанавливается распоряжением директора ТЦМК.

Заявки на оказание экстренной консультативной медицинской помощи подаются:

- в рабочее время - руководители региональных и муниципальных медицинских организаций;
- в нерабочее время, выходные и праздничные дни - ответственные дежурные региональных и муниципальных медицинских организаций.

Заявка направляется в оперативно-диспетчерский отдел ТЦМК в электронном виде или на бумажном носителе и должна быть заверена печатью направляющей медицинской организации.

Диспетчер ОДО регистрирует заявку в журнале регистрации приема вызовов и их выполнения отделением ЭКМП и МЭ.

Отменить официально поданную заявку может только ответственное лицо, подавшее заявку, или заместитель руководителя ТЦМК по согласованию с ответственным лицом, подавшим заявку. Отказ от выполнения заявки и его причина регистрируются диспетчером ОДО в журнале.

Время от поступления заявки до выезда (вылета) дежурных бригад не должно превышать:

- для авиамедицинских бригад - 10 мин;
- для выездных консультативных бригад — 30 мин в летний и один час в зимний период после принятия решения о необходимости выезда (вылета).

Заявки на консультации, которые по решению профильного врача-консультанта могут быть отсрочены, должны быть выполнены в срок не позднее 1 суток.

В вечернее и ночное время, а также в выходные и праздничные дни ответственность за обеспечение проведения экстренной консультации на выезде в медицинскую организацию возлагается на ответственного

(старшего) дежурного врача (дежурного администратора) по ТЦМК или другой медицинской организации, в состав которой входит отделение.

Диспетчер ОДО передает поступившую заявку врачу-консультанту по профилю патологии. При необходимости врач-консультант проводит заочную консультацию по телефону или интернету.

Подготовку больного к консультации врача-специалиста отделения ЭКМП и МЭ проводит лечащий врач вызывающей медицинской организации под руководством заведующего отделением в соответствии с перечнем обязательных лабораторных и аппаратно-инструментальных исследований, регламентированных стандартом оказания медицинской помощи по профилю заболевания.

Наряду с лечащим врачом в консультации врача-специалиста отделения ЭКМП и МЭ в обязательном порядке должны участвовать заведующий отделением, руководитель вызывающей медицинской организации и его заместители.

Перед осмотром консультанта, операцией, любым другим медицинским вмешательством и эвакуацией оформляется информированное добровольное согласие пациента на консультацию врача-специалиста отделения ЭКМП и МЭ в 2-х экземплярах. Один экземпляр подшивается в историю болезни, второй остается у консультанта.

По результатам консультации врач-консультант заполняет консультативный лист в 2-х экземплярах. Один экземпляр консультативного листа подшивается в историю болезни, второй экземпляр консультант сдает по возвращении в ТЦМК для проведения экспертизы качества оказанной помощи.

Рекомендации врачей-консультантов отделения ЭКМП и МЭ являются обязательными для лечащих врачей вызывающей медицинской организации. В случае несогласия с заключением или назначением врача-консультанта отделения ЭКМП и МЭ лечащий врач обязан доложить об этом заведующему отделением и сделать соответствующую запись в истории болезни с обоснованием причины.

При проведении операции, анестезиолого-реанимационного пособия, другого вмешательства консультант заполняет протокол в 2-х экземплярах. Оригинал подшивается в историю болезни, копия остается у консультанта для экспертизы в ТЦМК.

При необходимости оказания медицинской помощи в стационаре более высокого уровня врач-консультант принимает решение о проведении медицинской эвакуации, которую проводит самостоятельно или вызывает реанимационную бригаду ТЦМК. При проведении медицинской эвакуации врач бригады сопровождения заполняет сопроводительный лист в 2-х экземплярах. Врач принимающей медицинской организации подписывает оба экземпляра. Один экземпляр подшивается в историю болезни, второй остается у консультанта для экспертизы.

При выявлении дефектов при организации санитарного задания или при выявлении дефектов оказания медицинской помощи больному, к которому выполняется санитарное задание, по оценке выездной бригады, которая выполняла санитарное задание, или консультанта заполняется «Талон дефекта качества». Талон направляется на экспертизу, при необходимости - в орган управления здравоохранением для окончательной оценки и принятия конкретных решений.

При проведении очных выездных консультаций врачи-консультанты отделения ЭКМП и МЭ используют оборудование, медикаменты, расходные материалы принимающей медицинской организации. При их отсутствии используется медицинское имущество отделения ЭКМП и МЭ. В этих случаях, врач-консультант дополнительно заполняет «Расходный лист, согласно которому старшая операционная сестра отделения ЭКМП и МЭ проводит списание и пополняет выездные укладки.

В случае отказа пациента от консультации или какого-либо вмешательства оформляется в 2-х экземплярах бланк «Отказ от видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств...», утвержденный приказом Минздрава России от 20 декабря 2012 г. №1177н.

В случае смерти пациента во время консультации или эвакуации оформляется в 2-х экземплярах «Протокол установления смерти человека», утвержденный Постановлением Правительства Российской Федерации от 20 сентября 2012 г. № 950.

В случае, когда состояние больного в диагностическом и лечебном плане остается неясным или дополнительно требуется консультация специалистов другого профиля, врач-консультант принимает решение о созыве консилиума и докладывает заведующему отделением ЭКМП и МЭ ТЦМК.

Заведующий отделением совместно с работниками вызывающей медицинской организации определяет желательный состав участников консилиума по специальностям и срочность его проведения, о чем ставит в известность заведующего ОДО и заместителя главного врача ТЦМК по лечебной работе. Ответственность за своевременный созыв консилиума возлагается на заместителя главного врача ТЦМК по лечебной работе, который утверждает состав и назначает руководителя консилиума.

Во время проведения консилиума оформляется консультативный лист, который подписывают все участники консилиума с указанием фамилий, инициалов, занимаемых должностей, специальностей, даты проведения консилиума. Участник консилиума, несогласный с принятым большинством участников консилиума заключением, должен записать свое особое мнение в консультативном листе с подробным обоснованием причины.

Рекомендации консилиума или консультации специалистов отделения ЭКМП и МЭ обязательны для всех врачей вызывающей медицинской организации. Ответственность за выполнение рекомендаций консилиума

специалистов отделения ЭКМП и МЭ возлагается на руководителя вызывающей медицинской организации.

Порядок экстренного и планового мониторингования пострадавших и больных регламентируют федеральные и региональные нормативные акты по оказанию экстренной консультативной медицинской помощи с учетом утвержденных критериев мониторингования.

По окончании выполнения выезда на место в медицинскую организацию врач-консультант проводит углубленный анализ качества оказания медицинской помощи в вызывающем медицинском учреждении с целью принятия мер по дальнейшему ее совершенствованию.

Учет оказанной медицинской помощи регламентируют учетно-отчетные документы, утвержденные Минздравом России.

Отчеты о работе отделения ЭКМП и МЭ представляются в установленном порядке в соответствии с утвержденными учетно-отчетными статистическими формами Минздрава России.

5. ОРГАНИЗАЦИЯ ПРИМЕНЕНИЯ САНИТАРНОЙ АВИАЦИИ ПРИ ОКАЗАНИИ ЭКСТРЕННОЙ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ВКЛЮЧАЯ ЭВАКУАЦИЮ

Для оказания экстренной консультативной медицинской помощи и проведения санитарно-авиационной эвакуации применяется авиационный транспорт.

Оптимальным решением вопросов оказания экстренной консультативной медицинской помощи на территории Российской Федерации является применение медицинских вариантов вертолетов легкого и среднего класса, легких, среднемагистральных и дальнемагистральных самолетов.

Согласно расчетам, 1/3 вызовов должна обеспечиваться за счет авиационного транспорта, а в отдельных районах, в основном, за Уралом, в Сибири, на Дальнем Востоке и Севере – половина, две трети и более.

В этой связи в основные мероприятия, относящиеся к организации экстренной консультативной медицинской помощи, должны быть включены:

- решение вопросов приобретения санитарно-авиационных услуг у авиакомпаний, выигравших конкурс;
- планирование размещения и строительства вертолетных и взлетно-посадочных (самолетных) площадок постоянного и временного базирования вблизи медицинских организаций;
- оснащение отделений ЭКМП и МЭ переносными комплектами медицинского оборудования, специализированными автомобилями, оборудованными современной системой связи и навигации;
- внедрение информационных систем, обеспечивающих обмен оперативной информацией между федеральным, межрегиональным и региональным (субъектовым) уровнями системы санитарной авиации,

электронный документооборот, возможность использования телемедицинских технологий и постоянную связь с медицинскими организациями разного уровня.

Для районов Крайнего Севера и приравненных к ним территорий с низкой плотностью населения и отсутствием транспортной инфраструктуры в каждом субъекте Российской Федерации целесообразно организовать, помимо отделения ЭКМП и МЭ, сеть филиалов ТЦМК и трассовых пунктов экстренной медицинской помощи. Необходимо обеспечить возможность приобретения санитарно-авиационных услуг с применением вертолетов преимущественно среднего класса и средне-магистральных самолетов.

Для территорий со средней плотностью населения, наличием удаленных населенных пунктов и недостаточно развитой транспортной инфраструктурой отделение ЭКМП и МЭ территориального уровня должен иметь возможность приобретения санитарно-авиационных услуг с применением среднемагистральных самолетов и вертолетов преимущественно легкого класса.

Для территорий с высокой плотностью населения и развитой транспортной инфраструктурой необходимо организовывать отделения ЭКМП и МЭ территориального уровня с учетом возможности приобретения санитарно-авиационных услуг с применением вертолетов преимущественно легкого класса. Возможно, организовать систему оказания санитарно-авиационных услуг для 2-х – 3-х субъектов Российской Федерации на договорной основе.

В зависимости от географического положения, природных и других условий субъекта Российской Федерации целесообразно применение различных типов авиационного транспорта в догоспитальном и госпитальном периодах.

В догоспитальном периоде целесообразно использовать:

на расстояния до 200 км – легкие вертолеты типа Ка-226, Ансат, Augusta-109, ВК-117, ЕС - 135 и аналогичные им.

В госпитальном периоде целесообразно использовать:

на расстояния до 200 км – также легкие вертолеты;

на расстояния 200-500 км – вертолеты среднего класса типа Ми-8, Ка-32, Augusta-139, ЕС-145 и др.;

на расстояния свыше 400-500 км – легкие самолеты с дальностью полета до 2500 км типа Ан – 2, Pilatus-12 и др., среднемагистральные самолеты с дальностью полета до 3000 км типа Cessna, Ан-74, Ан-148.

При выборе модели авиационной техники также целесообразно учитывать следующие факторы.

Вертолеты легкого класса могут использоваться при оказании экстренной медицинской помощи, как при ДТП, так и при ликвидации медико-санитарных последствий ЧС в условиях плохого доступа к месту происшествия и в городах.

С целью эвакуации пострадавших при ДТП и других чрезвычайных ситуациях на близкие расстояния (от 50 км до 200 км) в дневное время МЧС России применяет вертолеты Вк-117 и Во-105 в варианте с носилками. Возможно применение этого класса вертолетов для межбольничной санитарно-авиационной эвакуации в пределах субъекта Российской Федерации с учетом плеча эвакуации и времени полета.

Вертолеты среднего класса целесообразно использовать на федеральных автомобильных дорогах при ДТП, ЧС на расстояния более 200 км и при санитарно-авиационной эвакуации больных и пострадавших при условии наличия вблизи ЛПУ вертолетных площадок, рассчитанных на посадку и взлет данного типа вертолета.

В режиме повседневной деятельности в рамках оказания экстренной консультативной медицинской помощи существует постоянная потребность в организации санитарно-авиационной эвакуации, как на территории Российской Федерации, так и из-за рубежа. Как правило, имеется потребность в проведении эвакуации 1 – 2-х пациентов, которую целесообразно осуществлять на оборудованных медицинских самолетах легкого класса, типа Falcon 2000, Falcon 900, Cessna 560 Citation, Cessna 750.

В режиме чрезвычайной ситуации санитарно-авиационная эвакуация проводится на воздушных судах, оборудованных модулями медицинскими вертолетными (ММВ) и самолетными (ММС).

Один модуль медицинский самолетный для самолета Ил-76 рассчитан на 4 больных, оснащен медицинским оборудованием, необходимым для оказания экстренной медицинской помощи в процессе полета. В самолет устанавливают до 5 модулей, что позволяет эвакуировать 20 больных за 1 рейс.

На самолет Ан-148 возможно установить до 6 одноместных модулей.

Модуль медицинский вертолетный для вертолета Ми-8, рассчитан на 2 больных, в вертолет устанавливаются 2 модуля (4 пациента).

Для проведения санитарно-авиационной эвакуации применяется авиационный транспорт государственных, ведомственных, коммерческих авиакомпаний. Основанием для применения авиационного транспорта является Контракт (договор) на авиационные услуги по оказанию медицинской помощи населению, который заключается между органом управления здравоохранением субъекта Российской Федерации или ТЦМК, использующим авиационный транспорт, и авиакомпанией - эксплуатантом воздушного судна, получившей в установленном порядке право на заключение контракта.

Для проведения санитарно-авиационной эвакуации может использоваться авиационный транспорт МЧС России. Основанием для применения воздушных судов МЧС России является Соглашение о взаимодействии, которое заключается между органом управления здравоохранением субъекта Российской Федерации или ТЦМК и органом управления МЧС России.

К авиационному транспорту, применяемому для санитарно - авиационной эвакуации, предъявляются требования, регламентированные Методическими рекомендациями по применению авиационных транспортных средств при медицинской эвакуации.

При ликвидации медико-санитарных последствий крупных ДТП и ЧС возможно привлечение авиационного транспорта соседних субъектов Российской Федерации в соответствии с Соглашением о взаимодействии при ликвидации медико-санитарных последствий ЧС, заключенным между соседствующими субъектами Российской Федерации.

Применение авиационного транспорта при оказании экстренной консультативной медицинской помощи и проведении медицинской эвакуации целесообразно организовать в следующих вариантах:

- договор оказания санитарно-авиационных услуг, когда воздушное судно предоставляется авиакомпанией при наличии свободного борта; уполномоченное учреждение здравоохранения в соответствии с договором оплачивает авиакомпании только коммерческую стоимость полета;

- соглашение о взаимодействии министерств и ведомств, имеющих парк авиационного транспорта, на основе которого на региональном уровне заключается договор о выделении авиационного транспорта в распоряжение учреждения здравоохранения (ТЦМК).

Разработка организационно-финансовой модели применения санитарной авиации для оказания экстренной консультативной медицинской помощи возможна путем государственно-частного партнерства.

Правила поведения медицинского персонала на борту авиационного судна при проведении санитарно-авиационной эвакуации регламентирует Инструкция по охране труда и требованиям безопасности для персонала медицинской бригады, участвующей в эвакуации с применением вертолетной авиации.

Для лечебно-эвакуационного обеспечения пострадавших и больных вблизи медицинских организаций, принимающих пациентов, эвакуированных авиационным транспортом, строят оборудованные вертолетные площадки с диспетчерским пунктом, базирующиеся на земле при медицинской организации, оборудованные вертолетные площадки с диспетчерским пунктом, базирующейся на крыше медицинской организации, и взлетно-посадочные вертолетные площадки (площадки «подскока»).

Оборудованные вертолетные площадки должны отвечать Строительным нормам и правилам и требованиям приложений 2, 3 Специального технического регламента «Применение вертолетной авиации для оказания медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях».

Количество вертолетных площадок, необходимых для функционирования системы санитарной авиации на территории субъекта Российской Федерации, рассчитывают исходя из количества лечебных учреждений, имеющих следующую общую коечную мощность: родильные дома свыше

200 коек; больницы скорой медицинской помощи любой мощности; областные, городские, больницы с коечной мощностью свыше 400 коек; областные, городские детские больницы с коечной мощностью свыше 200 коек; центральные районные и районные больницы.

С целью обеспечения доступности экстренной медицинской помощи в отдаленных и труднодоступных районах субъектах Российской Федерации с большой площадью территории и наличием федеральных автомобильных дорог целесообразно строить взлетно-посадочные вертолетные площадки вблизи филиалов ТЦМК (ОКБ), выполняющих, в основном, функции экстренной консультативной медицинской помощи, и на территории трассовых пунктов экстренной медицинской помощи.

В санитарных нормах для строительства медицинских учреждений целесообразно предусматривать размещение вертолетных площадок в непосредственной близости от приемных отделений больниц.

При строительстве новых зданий многопрофильных больниц должна быть определена возможность строительства вертолетной площадки на крыше одного из зданий с наличием лифта, выходящего на крышу здания.

Взаимоотношения медицинских специалистов и специалистов авиапредприятия при необходимости оказания экстренной консультативной медицинской помощи с применением санитарной авиации и/или проведения санитарно-авиационной эвакуации регламентирует Временная инструкция по организации и выполнению полетов воздушных судов гражданской авиации для оказания экстренной консультативной медицинской помощи населению Российской Федерации.

6. КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ

Контроль качества исполнения государственной функции «Оказание экстренной консультативной медицинской помощи населению субъекта Российской Федерации» осуществляют орган управления здравоохранением субъекта Российской Федерации и подведомственные ему ТЦМК и другие медицинские организации, участвующие в оказании экстренной консультативной медицинской помощи.

Орган управления здравоохранением субъекта Российской Федерации осуществляет контроль исполнения нормативных и распорядительных документов по организации оказания экстренной консультативной медицинской помощи населению субъекта Российской Федерации путем анализа представляемых отчетных документов и проведения проверок.

ТЦМК организует работу по контролю качества медицинской деятельности отделения ЭКМП и МЭ и отдельных специалистов. Порядок проведения ведомственного контроля качества оказания экстренной

консультативной медицинской помощи и проведения медицинской эвакуации регламентируют в соответствующие приказы органа управления здравоохранением субъекта Российской Федерации и руководителя ТЦМК. Ведомственный контроль качества оказания экстренной консультативной медицинской помощи и проведения медицинской эвакуации включает экспертизу качества медицинской помощи, оказанной врачами государственных и муниципальных медицинских организаций до приезда специалистов отделения ЭКМП и МЭ, которую проводят специалисты отделения; контроль мониторинга состояния больных и пострадавших в государственных и муниципальных медицинских организациях, помощь которым была оказана специалистами отделения ЭКМП и МЭ, контроль качества и полноты выполнения лечебных мероприятий, рекомендованных специалистами отделения ЭКМП и МЭ и проведения медицинской эвакуации (если она проводится).

Ведомственный контроль качества оказания экстренной консультативной медицинской помощи и проведения медицинской эвакуации может проводиться заочно, в виде экспертизы медицинской документации, и с выездом на место в медицинскую организацию. Выезды в государственные и муниципальные медицинские организации с целью экспертизы качества оказания экстренной консультативной медицинской помощи должны осуществляться регулярно. Периодичность проведения экспертизы регламентируют региональные нормативные акты.

Администрация ТЦМК должна проводить анализ качественных и количественных показателей деятельности отделения ЭКМП и МЭ по результатам работы за квартал, полугодие, 9 месяцев и год с последующим обсуждением на медицинском Совете.

Заведующий отделением ЭКМП и МЭ осуществляет контроль качества медицинской помощи, оказываемой врачами-консультантами, и проведения ими медицинской эвакуации на первой ступени, с этой целью ежедневно проверяет листы врачей-консультантов и другую медицинскую документацию в отношении качества их ведения, верности и своевременности назначений и выполнения рекомендаций специалистов.

На второй ступени контроль качества оказания медицинской помощи и проведения медицинской эвакуации осуществляет заместитель руководителя ТЦМК, ответственный за эту работу.

На третьей ступени контроль качества оказания медицинской помощи и проведения медицинской эвакуации осуществляет врачебная комиссия ТЦМК.

В случаях летального исхода специалисты ТЦМК проводят анализ расхождения диагноза, установленного специалистами отделения ЭКМП и МЭ, с патологоанатомическим диагнозом, обсуждение причин расхождения диагноза на комиссии по изучению летальных исходов.

Руководитель ТЦМК организует работу комиссии по рациональному назначению и использованию лекарственных средств в отделении ЭКМП и МЭ.

В необходимых случаях заместитель руководителя ТЦМК по лечебной работе организует консилиумы специалистов отделения ЭКМП и МЭ с приглашением специалистов других медицинских организаций.

7. ИНДИКАТОРЫ И ПОКАЗАТЕЛИ ЭКСТРЕННОЙ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

С целью мониторинга программных мероприятий системы экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации (санитарной авиации) целесообразно применять следующие индикаторы и показатели.

Индикаторы:

1. Госпитальная летальность населения от внешних причин, в т.ч. от дорожно-транспортных происшествий - количество случаев на 100 тыс. населения.

2. Смертность от болезней системы кровообращения - количество случаев на 100 тыс. населения.

3. Материнская смертность - количество случаев на 100 тыс. родившихся живыми.

4. Младенческая смертность - количество случаев на 1 тыс. родившихся живыми.

Показатели:

1. Количество обращений за экстренной консультативной медицинской помощью на 10 тыс. населения.

2. Количество выполненных санитарных заданий на 10 тыс. населения.

3. Количество выездов на 10 тыс. населения.

4. Количество вылетов на 10 тыс. населения.

5. Число больных, которым оказана экстренная консультативная медицинская помощь, на 10 тыс. населения.

6. Число лиц, эвакуированных авиационным транспортом, на 10 тыс. населения.

7. Количество проведенных консультаций на месте на 100 выездов и вылетов врачей.

8. Количество выполненных операций на месте на 100 выездов и вылетов врачей.

9. Летальность при санитарно-авиационной эвакуации – абс. количество случаев.

10. Досуточная летальность в стационаре после санитарно-авиационной эвакуации – абс. количество случаев.

8. ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ

Медицинскую эвакуацию проводят выездные бригады экстренного реагирования, авиамедицинские бригады, бригады трассовых пунктов экстренной медицинской помощи, выездные консультативные бригады специализированной медицинской помощи ТЦМК, других, в том числе федеральных, медицинских организаций, врачебные и фельдшерские бригады скорой медицинской помощи.

Медицинская эвакуация проводится в сопровождении специально подготовленного медицинского персонала санитарным автомобильным, авиационным, водным и другими видами транспорта, оснащенного специальным медицинским оборудованием. В случаях, когда по условиям обстановки медицинская эвакуация санитарным транспортом невозможна¹, допускается эвакуация на транспорте общего назначения². При этом остальные обязательные условия медицинской эвакуации должны строго соблюдаться.

Медицинская эвакуация проводится в догоспитальном периоде с места происшествия или нахождения больного в медицинскую организацию, в госпитальном периоде – из одной медицинской организации в другую (межбольничная эвакуация).

Перечень медицинских организаций, участвующих в организации и проведении медицинской эвакуации на федеральном и региональном уровне, определяет орган исполнительной власти в сфере здравоохранения соответствующего уровня.

Медицинскую эвакуацию лиц, направленных в федеральные медицинские организации для оказания высокотехнологичной медицинской помощи, а также межбольничную медицинскую эвакуацию лиц, находящихся на лечении в федеральных государственных медицинских организациях, проводят специалисты ВЦМК «Защита», межрегиональных и территориальных центров медицины катастроф.

В соответствии с межгосударственными соглашениями специалисты ВЦМК «Защита» и ФМБА проводят медицинскую эвакуацию российских граждан, находящихся за пределами Российской Федерации, а также иностранных граждан, заболевших или получивших травмы на территории Российской Федерации. При наличии соответствующих условий эта функция может быть делегирована ТЦМК субъекта Российской Федерации.

К медицинским организациям, принимающим эвакуированных пострадавших и больных, относятся лечебные учреждения, способные

¹ к таким условиям относятся особенности местности, метеорологические условия и т.д.

² автобусы, вездеходы, снегоходы, болотоходы, амфибии, гужевого транспорт и т.д.

оказывать специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь в необходимом объеме.

Медицинская эвакуация пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях проводится с учетом зон ответственности на федеральных автомобильных дорогах в соответствии с утвержденной в субъектах Российской Федерации схемой распределения пострадавших по медицинским организациям.

При необходимости эвакуации больных и пострадавших из двух и более населенных пунктов в одном направлении применяется спаренный метод эвакуации, позволяющий ускорить начало лечения и сократить расходы за услуги аэропортов, время полета и пр.

Порядок госпитализации пострадавших и больных, эвакуируемых специалистами отделений ЭКМП и МЭ в специализированные медицинские организации, устанавливается нормативным актом органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения и договорами, заключенными между руководителем ТЦМК и руководителями специализированных медицинских организаций. Решение врача-консультанта о месте госпитализации пациента является обязательным для исполнения.

В режиме чрезвычайной ситуации функции штаба по организации оказания экстренной медицинской помощи пострадавшим, включая медицинскую эвакуацию, выполняет территориальный центр медицины катастроф, который координирует действия всех медицинских формирований в догоспитальном и госпитальном периодах на основании Постановления Правительства Российской Федерации от 26.08.2013 № 734 «Об утверждении Положения о Всероссийской службе медицины катастроф».

9. ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ПО ПРОВЕДЕНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ В ДОГОСПИТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

При возникновении дорожно-транспортного происшествия, пожара, иного угрожающего жизни и здоровью случая медицинскую эвакуацию пострадавших с места происшествия наземным транспортом, как правило, проводит прибывшая первой бригада скорой медицинской помощи.

При необходимости проведения медицинской эвакуации пострадавших с места происшествия могут привлекаться формирования ТЦМК.

Необходимость в санитарно-авиационной эвакуации возникает в случаях:

- тяжести состояния пациента, требующей его максимально быстрой доставки в специализированную медицинскую организацию;

- наличия противопоказаний к медицинской эвакуации санитарным автотранспортом или невозможности ее проведения;
- удаленности места происшествия от ближайшей медицинской организации на расстояние, не позволяющее доставить пациента в медицинскую организацию в необходимые сроки автомобильным санитарным транспортом, или при его труднодоступности для автомобильного санитарного транспорта;
- масштабов происшествия, не позволяющих бригадам скорой помощи ликвидировать медико-санитарные последствия ЧС собственными силами в установленные сроки.

Как правило, санитарно-авиационная эвакуация проводится силами авиамедицинских бригад (АМБр) отделений ЭКМП и МЭ.

Решение о выезде авиамедицинских бригад ТЦМК принимает оперативный дежурный ТЦМК по согласованию с заведующим отделением ЭКМП и МЭ или руководителем ТЦМК. Если происшествие не относится к категории ЧС, решение о необходимости выезда бригады принимает администрация ТЦМК.

На месте происшествия при необходимости проведения санитарно - авиационной эвакуации после оказания экстренной медицинской помощи руководитель АМБр сообщает об этом дежурному диспетчеру (оперативному дежурному) ТЦМК и командиру летного экипажа вертолета. Эвакуация проводится по наиболее короткому разрешенному маршруту полета воздушного судна. Решение руководителя АМБр о маршруте санитарно-авиационной эвакуации является обязательным для командира летного экипажа воздушного судна и может быть изменено только по соображениям безопасности полета. Дежурный диспетчер ТЦМК информирует врача приемного отделения принимающей медицинской организации.

Во время медицинской эвакуации персонал выездной медицинской бригады контролирует состояние пациента и, при необходимости, оказывает ему экстренную медицинскую помощь. Объем медицинских пособий зависит от профиля патологии, тяжести состояния пациента, предполагаемой длительности эвакуации и должен соответствовать стандартам по оказанию медицинской помощи по специальностям «скорая медицинская помощь» и «анестезиология и реаниматология».

По завершении медицинской эвакуации руководитель бригады, проводившей медицинскую эвакуацию, передает пациента врачу приемного отделения принимающей медицинской организации и информирует об этом дежурного диспетчера ТЦМК.

Санитарно-авиационная эвакуация лиц, нуждающихся в оказании специализированной или высокотехнологичной медицинской помощи, должна проводиться в соответствующие медицинские организации, минуя промежуточные этапы, за исключением случаев, когда необходимая медицинская помощь не может быть оказана силами сопровождающей медицинской бригады.

10. ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ПО ПРОВЕДЕНИЮ МЕЖБОЛЬНИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ

В случаях, когда пациенты нуждаются в специализированной или высокотехнологичной медицинской помощи, которая не может быть оказана в медицинской организации, где они находятся, проводится межбольничная медицинская эвакуация в специализированные медицинские организации более высокого уровня.

Межбольничную эвакуацию с применением санитарного автотранспорта, как правило, проводят специалисты бригад экстренного реагирования, выездных консультативных бригад специализированной медицинской помощи отделений ЭКМП и МЭ. Санитарно-авиационную межбольничную эвакуацию проводят специалисты авиамедицинских бригад отделений ЭКМП и МЭ.

Решение о транспортабельности пациента принимает врач – консультант выездной консультативной бригады специализированной медицинской помощи или борт-врач авиамедицинской бригады при очной или телемедицинской консультации.

Подготовку пациента к эвакуации проводит персонал медицинской организации, в которой он находится, и согласует результат подготовки с руководителем выездной бригады отделения ЭКМП и МЭ ТЦМК.

Межбольничную медицинскую эвакуацию лиц, находящихся в федеральных медицинских организациях, проводят специалисты ВЦМК «Защита» по заявке руководителя медицинской организации, в которой находится пациент. Заявка направляется в оперативно-диспетчерский отдел ЦМЭ ЭМП ВЦМК «Защита» в электронном виде или на бумажном носителе и должна быть заверена печатью направляющей медицинской организации.

11. ОРГАНИЗАЦИЯ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МЕЖДУ МИНИСТЕРСТВАМИ И ОРГАНИЗАЦИЯМИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ САНИТАРНО-АВИАЦИОННОЙ ЭВАКУАЦИИ В РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМАХ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ

Взаимодействие между министерствами и организациями при проведении санитарно-авиационной эвакуации осуществляется:

По целям:

в режиме ЧС – Минздрав России обеспечивает сбор информации, проведение эвакуации, госпитализацию; МЧС России обеспечивает предоставление воздушного судна, оснащенного медицинским оборудованием;

в режиме повседневной деятельности – Минздрав России обеспечивает обработку обращений граждан и организаций, согласование и

координацию действий заинтересованных сторон, проведение эвакуации и госпитализацию пациентов; МЧС России обеспечивает предоставление воздушного судна, оснащенного медицинским оборудованием (на ФАД).

По задачам:

в режиме ЧС - Минздрав, МЧС, Минобороны России предоставляют силы и средства; ФСБ обеспечивает функционирование единого информационного пространства; МВД России предоставляет силы и средства, Минобороны обеспечивает обмен информацией на всех уровнях и ее защиту, РАО «РЖД» предоставляет транспорт;

в режиме повседневной деятельности - Минздрав обеспечивает участие медицинских специалистов в эвакуации; МИД обеспечивает поддержку в получении визовых документов лицам, участвующим в медицинской эвакуации, оказание содействия в получении воздушным судном разрешений на пролет территорий иностранных государств; МЧС обеспечивает предоставление воздушного судна; Минтранс обеспечивает предоставление транспорта; ФТС России обеспечивает осуществление таможенных операций.

По времени:

в режиме ЧС - МЧС России обеспечивает немедленную готовность; Минздрав обеспечивает участие сил и средств в максимально короткий срок;

в режиме повседневной деятельности – Минздрав обеспечивает функционирование в установленные сроки; МЧС, МИД России обеспечивают представление информации в установленные сроки.

По месту:

в режиме ЧС - Минздрав, МЧС, ФСБ, Минобороны, МВД России обеспечивают участие в зоне ЧС;

в режиме повседневной деятельности – Минздрав обеспечивает функционирование на месте ДТП и в лечебных учреждениях, МЧС – на ФАД, Минтранс России – на территории субъекта Российской Федерации.

По силам и средствам:

в режиме ЧС – Минздрав предоставляет специалистов, медицинское имущество, МЧС предоставляет воздушные суда, оснащенные медицинским оборудованием и, по возможности, специалистов, Минобороны, МВД России предоставляют силы и средства;

в режиме повседневной деятельности - Минздрав предоставляет специалистов, медицинское имущество, МЧС России обеспечивает предоставление воздушного судна, оснащенного медицинским оборудованием (на ФАД), Минтранс России предоставляет воздушные суда общего назначения.

Кроме того, во взаимодействии участвуют органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

12. ИНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Обмен информацией о состоянии здоровья пациента осуществляется по телефону, факсу, электронной почте с учетом п.п. 3, 4 статьи 10 Федерального закона Российской Федерации от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», при очных и телемедицинских консультациях. Руководители медицинских организаций несут персональную ответственность за своевременное представление информации и ее качество.

При необходимости, специалисты выездных медицинских бригад, в том числе авиамедицинских бригад, проводят медицинскую эвакуацию пациентов с железнодорожных, речных вокзалов и аэропортов в медицинские организации и из медицинских организаций на вокзалы и в аэропорты с применением санитарного автотранспорта или вертолетов.

Дезинфекционная обработка салонов санитарных автомобилей СМП и воздушных судов, применяемых для санитарно-авиационной эвакуации, проводится в соответствии с инструкцией по организации и проведению дезинфекционных мероприятий в машинах скорой медицинской помощи (приложение 17 к приказу Минздравсоцразвития России от 26 марта 1999 г. № 100).

В соответствии с требованиями приказа Минздравсоцразвития России от 18.11.2004 г. № 201 «Положение о порядке выдачи специальной одежды и обуви работникам службы медицины катастроф Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации» персонал отделений ЭКМП и МЭ бесплатно обеспечивается спецодеждой, а при ликвидации ЧС продовольственными суточными пайками и средствами мобильной связи.

Граждане, которым была оказана экстренная консультативная медицинская помощь, имеют право на досудебное обжалование действий (бездействия) и решений, осуществляемых и принятых в ходе исполнения государственной функции «Оказание экстренной консультативной медицинской помощи» в установленном порядке.

13. ОСНОВНЫЕ ТЕРМИНЫ И ПОНЯТИЯ

Санитарная авиация – система экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации (санитарная авиация). Предназначена для обеспечения доступности медицинской помощи для жителей отдаленных и труднодоступных районов в виде выездной формы работы.

Экстренная консультативная медицинская помощь - медицинская помощь, которая оказывается врачами-консультантами при угрожающих жизни состояниях и заболеваниях больным и пострадавшим в ЧС, находящимся на лечении в медицинских организациях, в которых

отсутствует возможность оказания необходимой медицинской помощи, и включает в себя диагностику, оказание специализированной медицинской помощи пациентам и консультативную помощь медицинским специалистам.

Санитарно-авиационная помощь – медицинская помощь, для организации оказания которой применяется авиационный транспорт.

Экстренная консультация – заочная или очная консультация для врача муниципальной медицинской организации, проведенная врачом - консультантом отделения ЭКМП и МЭ в госпитальном периоде при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента, в виде лечебных пособий и рекомендаций по диагностике, лечению, тактике дальнейшего ведения пациента (определение, предлагаемое нами совместно с членами профильной комиссии Минздрава России по медицине катастроф).

Врач-консультант - специалист, имеющий специализированное медицинское образование соответствующего профиля и квалификации, который оказывает на постоянной или временной основе консультативные медицинские услуги в соответствии с профилем своей специализации (В. С. Нечаев с соавт., Национальный НИИ общественного здоровья РАМН).

Авиамедицинская бригада (АМБр) – медицинская бригада, предназначенная для оказания экстренной медицинской помощи при санитарно-авиационной эвакуации. В состав АМБр входят врач анестезиолог-реаниматолог (врач скорой медицинской помощи) и фельдшер (медицинская сестра). Специалисты АМБр должны пройти специальную подготовку и получить соответствующий документ, являющийся допуском к работе на воздушном судне.

Бортовой врач - специалист, имеющий медицинское образование соответствующего профиля и квалификации, который оказывает на постоянной основе санитарно-авиационную помощь и проводит санитарно-авиационную эвакуацию (определение, предлагаемое нами совместно с членами профильной комиссии Минздрава России по медицине катастроф).

Бортовой фельдшер - специалист, имеющий среднее медицинское образование соответствующего профиля и квалификации, который оказывает доврачебную санитарно-авиационную помощь и проводит санитарно-авиационную эвакуацию (определение, предлагаемое нами совместно с членами профильной комиссии Минздрава России по медицине катастроф).

Выездная консультативная бригада специализированной медицинской помощи – бригада медицинских специалистов, состоящая из врачей разного профиля и среднего медицинского персонала, предназначенная для оказания экстренной консультативной медицинской помощи по соответствующим профилям медицинской помощи.

Санитарное задание - документ, который выдается заведующим отделением ЭКМП (старшим врачом) врачу-консультанту, в котором содержатся сведения о цели выезда (вылета) на место и характере

выполненных работ на выезде. Подлежит строгой отчетности, подписывает главный врач принимающего ЛПУ; врач-консультант сдает эту форму заведующему отделением ЭКМП и МЭ по возвращении с вызова.

Санитарный рейс – полет санитарного воздушного судна для оказания экстренной консультативной медицинской помощи и проведения санитарно-авиационной эвакуации.

Санитарно-авиационная услуга – медицинская услуга для здравоохранения, связанная с применением авиационного транспорта, а для авиакомпании - услуга, связанная с предоставлением авиационного транспорта (предлагаемое определение).

Плечо медицинской эвакуации - расстояние от места погрузки раненого (больного) на транспорт до пункта (места) назначения (Г.П.Лобанов и др. Основы организации лечебно-эвакуационного обеспечения при ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций. Москва, Всероссийский центр медицины катастроф «Защита», 2001).

Телемедицина – комплекс организационных, финансовых и технологических мероприятий обеспечивающих деятельность системы дистанционной консультационно-диагностической медицинской услуги, при которой пациент или врач, непосредственно проводящий обследование или лечение пациента, получает дистанционную консультацию другого специалиста, используя современные информационно-коммуникационные технологии.

Телемедицинские технологии - это лечебно-диагностические консультации, управленческие, образовательные, научные и просветительские мероприятия в сфере здравоохранения, реализуемые с применением телекоммуникационных технологий.

Единая телемедицинская информационная система (телемедицинская сеть) региона – система телемедицинских консультативных центров и консультативных пунктов субъекта (группы субъектов) Российской Федерации, объединенных телекоммуникационной инфраструктурой с целью предоставления доступа к телемедицинским ресурсам поставщиков, потребителей и провайдеров телемедицинских услуг.

Консультативный пункт – место формирования заявки (как правило, медицинская организация) на телемедицинскую консультацию в случае возникновения потребности в ее проведении в экстренном или отсроченном порядке; в этом же месте может находиться лечащий врач при проведении видеоконсультации.

Консультативный центр – место выполнения заявки на телемедицинскую консультацию и место нахождения врача-консультанта во время проведения видеоконсультации. В системе экстренной консультативной медицинской помощи с применением телемедицинских технологий ВСМК консультативными центрами являются ВЦМК «Защита», отделения ЭКМП и МЭ межрегиональных и территориальных центров медицины

катастроф. Экстренные телемедицинские консультации могут выполняться врачами-консультантами также с мобильных телемедицинских комплексов за пределами консультативного центра.

Консультативно-диагностический центр – место, где принимается окончательное заключение по результатам видеоконсультации или видеоконсилиума.

Аэродром - участок земли или поверхности воды с расположенными на нем зданиями, сооружениями и оборудованием, предназначенный для взлета, посадки, руления и стоянки воздушных судов (ст. 40 Воздушного кодекса Российской Федерации, Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, № 12, ст. 1383).

Вертодром - участок земли или определенный участок поверхности сооружения, предназначенный полностью или частично для взлета, посадки, руления и стоянки вертолетов (ст. 40 Воздушного кодекса Российской Федерации).

Диспетчерский пункт аэропорта (вертодрома) - структурное подразделение аэропортов (вертодромов) обеспечивающее обслуживание (управление) воздушного движения с целью предотвращения столкновений воздушных судов между собой и другими материальными объектами в воздухе, столкновений с препятствиями, в том числе на площади маневрирования аэродрома, а также регулирования воздушного движения и обеспечения его экономичности (ст. 11 постановления Правительства Российской Федерации от 22 сентября 1999 года № 1084 «Об утверждении Федеральных правил использования воздушного пространства Российской Федерации»).

Государственно-частное партнерство (ГЧП) - разнородные схемы реализации проектов, когда государство использует ресурсы частного сектора для удовлетворения общественных потребностей на основании контракта, аренды, соглашения, концессии (В.Лихачев, М.Азанов, Совет Федерации Федерального Собрания Российской Федерации).

Приложения

I. Приложения по организации работы структурных подразделений ТЦМК и других медицинских организаций, участвующих в оказании экстренной консультативной медицинской помощи и проведении медицинской эвакуации

Приложение 1

ПОЛОЖЕНИЕ

об организации деятельности отделения экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации территориального центра медицины катастроф и других медицинских организаций

1. Общие положения

1.1. Настоящее Положение регулирует вопросы организации функционирования отделения экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации (ЭКМП и МЭ) территориального центра медицины катастроф (ТЦМК) и других медицинских организаций.

1.2. Отделение ЭКМП и МЭ является структурным подразделением ТЦМК и других медицинских организаций.

1.3. Отделение ЭКМП и МЭ осуществляет свою деятельность на основе действующего законодательства Российской Федерации, постановлений Правительства Российской Федерации, приказов и указаний Минздрава России, органа управления здравоохранением субъекта Российской Федерации, Порядка оказания экстренной консультативной медицинской помощи и проведения медицинской эвакуации в режиме повседневной деятельности, Устава, приказов и распоряжений руководителя ТЦМК или другой медицинской организации, в состав которой входит отделение, а также в соответствии с настоящим Положением.

1.4. Отделение ЭКМП и МЭ предназначено для оказания экстренной консультативной медицинской помощи населению субъекта Российской Федерации и проведением, при необходимости, медицинской эвакуации пациентов в специализированные медицинские организации федерального и регионального уровня, а также для оказания экстренной консультативной медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.

1.5. Непосредственное руководство деятельностью отделения ЭКМП и МЭ осуществляет заведующий отделением.

1.6. Организационно-штатная структура отделения ЭКМП и МЭ утверждается руководителем ТЦМК или другой медицинской организации, в состав которой входит отделение.

2. Задачи

Основными задачами отделения ЭКМП и МЭ являются:

- организация и оказание экстренной консультативной медицинской помощи в госпитальном периоде;
- медицинская эвакуация пациентов в медицинские организации;
- оказание экстренной медицинской помощи в догоспитальном периоде пострадавшим в ЧС, ДТП, других угрожающих жизни случаях на месте происшествия с применением вертолетов;
- организация и оказание телемедицинской консультативной медицинской помощи;
- экстренная доставка в зону ДТП, ЧС и в медицинские организации медицинских специалистов, медикаментов, препаратов крови, расходных материалов и других медицинских грузов, необходимых для спасения жизни пострадавших и больных;
- поддержание постоянной готовности имеющихся сил и средств отделения ЭКМП и МЭ к работе по ликвидации медико-санитарных последствий дорожно-транспортных и других происшествий, чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера, террористических актов и вооруженных конфликтов;
- внедрение в практику новых технологий оказания экстренной консультативной медицинской помощи и проведения медицинской эвакуации.

3. Организация работы отделения ЭКМП и МЭ

3.1. Отделение ЭКМП и МЭ функционирует круглосуточно, для чего организуется работа следующих структурных подразделений отделения:

поста дежурного ответственного врача и среднего медицинского персонала;

авиамедицинских бригад;

выездных консультативных бригад специализированной медицинской помощи и отдельных врачей – консультантов детского и взрослого профилей.

3.2. Штат отделения комплектуется высококвалифицированным врачебным и средним медицинским персоналом, имеющим практический опыт оказания экстренной медицинской помощи и проведения медицинской эвакуации.

Экстренную консультативную медицинскую помощь оказывают:

- врачи-консультанты, принятые на работу в пределах штатного расписания (основные работники и совместители);

- врачи-консультанты, привлекаемые из других медицинских организаций по договору из числа наиболее квалифицированных специалистов ведущих специализированных медицинских организаций и высших учебных медицинских заведений.

На время выполнения работ по оказанию экстренной консультативной медицинской помощи привлеченные врачи-консультанты являются

сотрудниками ТЦМК и на них распространяются все положения нормативных документов о деятельности отделения ЭКМП и МЭ и Устава ТЦМК.

3.3. Врачи-консультанты отделения ЭКМП и МЭ должны иметь сертификат по основной специальности, стаж работы по специальности не менее 7 лет, квалификационную категорию не ниже первой.

3.4. Отделение ЭКМП и МЭ оснащается современным медицинским оборудованием, медикаментами, средствами связи, в том числе мобильной, оргтехникой, прочим имуществом, необходимым для выполнения поставленных задач.

3.5. Взаимодействие с медицинскими организациями субъекта Российской Федерации, прием заявок на оказание экстренной консультативной медицинской помощи и срочных вызовов осуществляется через оперативно-диспетчерский отдел (ОДО).

3.6. Обеспечение отделения ЭКМП и МЭ санитарным автотранспортом и водителями осуществляется администрацией в круглосуточном режиме дежурства.

3.7. Работа отделения ЭКМП и МЭ осуществляется круглосуточно в трех режимах:

- повседневной деятельности;
- повышенной готовности;
- чрезвычайной ситуации.

3.8. В режиме повседневной деятельности персонал отделения ЭКМП и МЭ выполняет задачи в соответствии с п. 2 настоящего Положения.

3.9. В режиме повышенной готовности персонал отделения ЭКМП и МЭ продолжает выполнять основные задачи и проводит комплекс мероприятий по приведению имеющихся сил и средств в состояние повышенной готовности согласно инструкциям и распоряжениям руководителя ТЦМК или другой медицинской организации, в состав которой входит отделение.

3.10. В режиме чрезвычайной ситуации персонал отделения ЭКМП и МЭ действует в соответствии с инструкциями и распоряжениями, исходя из условий обстановки, по возможности продолжая выполнять основные повседневные задачи.

4. Ответственность за своевременность организации оказания экстренной консультативной медицинской помощи возлагается на заведующего отделением ЭКМП и МЭ и заведующего ОДО.

Приложение 2

ПОЛОЖЕНИЕ

об организации деятельности педиатрического отделения экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации территориального центра медицины катастроф и других медицинских организаций

1. Общие положения

1.1 Педиатрическое отделение экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации (ЭКМП и МЭ) является структурным подразделением территориального центра медицины катастроф (ТЦМК) и других медицинских организаций.

1.2 Педиатрическое отделение ЭКМП и МЭ осуществляет свою деятельность на основе действующего законодательства Российской Федерации, Постановлений Правительства Российской Федерации, приказов и указаний Минздрава России, Порядка оказания экстренной консультативной медицинской помощи и проведения медицинской эвакуации в режиме повседневной деятельности, Устава ТЦМК, приказов и распоряжений руководителя ТЦМК или другой медицинской организации, в состав которой входит отделение, а также в соответствии с настоящим Положением.

1.3 Непосредственное руководство деятельностью педиатрического отделения ЭКМП и МЭ осуществляет заведующий отделением.

1.4. Педиатрическое отделение ЭКМП и МЭ предназначено для оказания экстренной консультативной медицинской помощи детскому населению субъекта Российской Федерации от периода новорожденности до 17 лет, 11 месяцев, 29 дней с проведением, при необходимости, медицинской эвакуации пациентов в специализированные медицинские организации регионального и федерального уровней в круглосуточном режиме работы.

1.5 Организационно-штатная структура педиатрического отделения ЭКМП и МЭ утверждается руководителем ТЦМК или другой медицинской организации, в состав которой входит отделение.

2. Задачи

Основными задачами педиатрического отделения ЭКМП и МЭ являются:

- организация и оказание экстренной консультативной медицинской помощи детям в госпитальном периоде;
- медицинская эвакуация детей, нуждающихся в лечении в региональных и федеральных медицинских организациях;
- оказание экстренной медицинской помощи в догоспитальном периоде детям, пострадавшим в ЧС, ДТП, других угрожающих жизни случаях на месте происшествия с применением вертолетов;
- организация и оказание телемедицинской консультативной медицинской помощи детям;

- экстренная доставка в зону ДТП, ЧС и в медицинские организации медицинских специалистов, медикаментов, препаратов крови, расходных материалов и других медицинских грузов, необходимых для спасения жизни пострадавших и больных;

- поддержание постоянной готовности имеющихся сил и средств отделения к работе по ликвидации медико-санитарных последствий дорожно-транспортных и других происшествий, чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера, террористических актов и вооруженных конфликтов;

- внедрение в практику новых технологий оказания экстренной консультативной медицинской помощи детям.

3. Организация работы

3.1. Педиатрическое отделение ЭКМП и МЭ функционирует круглосуточно, для чего в отделении организуется работа:

- поста дежурного врача детского анестезиолога-реаниматолога и среднего медицинского персонала;

- двух выездных реанимационно-консультативных бригад;

- выездных консультативных медицинских бригад специализированной медицинской помощи и отдельных врачей – консультантов педиатрического профиля.

3.2. Штат педиатрического отделения ЭКМП и МЭ комплектуется высококвалифицированным врачебным и средним медицинским персоналом, имеющим практический опыт оказания экстренной медицинской помощи детям и проведения их медицинской эвакуации. Врачебный персонал комплектуется из числа врачей – основных работников отделения, врачей – совместителей и врачей, привлеченных из других медицинских организаций на основе договора или в качестве совместителей.

3.3. Педиатрическое отделение ЭКМП и МЭ оснащается современным медицинским оборудованием, медикаментами, средствами связи, в том числе мобильной, оргтехникой, прочим имуществом, необходимым для выполнения задач.

3.4. Взаимодействие с медицинскими организациями субъекта Российской Федерации, прием заявок на оказание экстренной консультативной медицинской помощи детям и срочных вызовов осуществляется через ОДО.

3.5. Обеспечение педиатрического отделения ЭКМП и МЭ санитарным автомобильным и авиационным транспортом осуществляет администрация в круглосуточном режиме дежурства.

3.6. Работа педиатрического отделения ЭКМП и МЭ осуществляется круглосуточно в трех режимах:

- повседневной деятельности;

- повышенной готовности;

- чрезвычайной ситуации.

3.7. В режиме повседневной деятельности персонал педиатрического отделения ЭКМП и МЭ выполняет задачи в соответствии с п. 2 настоящего Положения.

3.8. В режиме повышенной готовности персонал педиатрического отделения ЭКМП и МЭ продолжает выполнять основные задачи и проводит комплекс мероприятий по приведению имеющихся сил и средств в состояние повышенной готовности согласно соответствующим инструкциям и распоряжениям руководства ТЦМК или другой медицинской организации, в состав которой входит отделение.

3.9. В режиме чрезвычайной ситуации персонал педиатрического отделения ЭКМП и МЭ действует в соответствии с инструкциями и распоряжениями руководства ТЦМК, исходя из условий обстановки, по возможности продолжая выполнять основные повседневные задачи.

4. Ответственность за своевременность организации оказания экстренной консультативной медицинской помощи возлагается на заведующего педиатрическим отделением ЭКМП и МЭ и заведующего ОДО.

Приложение 3

ПОЛОЖЕНИЕ

об организации деятельности заведующего отделением экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации территориального центра медицины катастроф и других медицинских организаций

1. Общие положения

1.1. Настоящее Положение регулирует вопросы деятельности заведующего отделением ЭКМП и МЭ.

1.2. На должность заведующего отделением ЭКМП и МЭ назначается врач, имеющий опыт оказания специализированной медицинской помощи и организационной работы, со стажем работы не менее 7 лет и имеющий квалификационную категорию не ниже первой.

1.3. Заведующий отделением ЭКМП и МЭ назначается и увольняется руководителем ТЦМК по представлению заместителя руководителя по лечебной работе ТЦМК или другой медицинской организации, в состав которой входит отделение, в установленном порядке.

1.4. В своей работе заведующий отделением ЭКМП и МЭ руководствуется законодательством Российской Федерации, приказами и указаниями Минздрава России, органа управления здравоохранением субъекта Российской Федерации, руководителя ТЦМК или другой медицинской организации, в состав которой входит отделение, Порядком оказания экстренной консультативной медицинской помощи и проведения

медицинской эвакуации в режиме повседневной деятельности, Положением об отделении ЭКМП и МЭ и настоящим Положением.

1.5. Заведующий отделением ЭКМП и МЭ освобождается от выездной работы, за исключением случаев, требующих участия в консилиумах, и имеет право на аттестацию по специальности «общественное здоровье и организация здравоохранения».

2. Должностные обязанности

Заведующий отделением ЭКМП и МЭ обязан:

- организовывать экстренные выезды/ вылеты врачей – консультантов и, при необходимости, бригад врачей – консультантов на место в медицинскую организацию для оказания экстренной консультативной медицинской помощи и проведения, при необходимости, медицинской эвакуации в круглосуточном режиме;

- оказывать организационно-методическую помощь специалистам государственных и муниципальных медицинских организаций субъекта Российской Федерации в вопросах оказания экстренной консультативной медицинской помощи и проведения медицинской эвакуации;

- обеспечивать организацию лечебной и хозяйственной деятельности отделения ЭКМП и МЭ, поддерживать в постоянной готовности его силы и средства, укомплектованность санитарного транспорта исправным медицинским оборудованием, инструментарием, необходимым набором медикаментов;

- проводить в отделении ЭКМП и МЭ контроль качества работы врачей-консультантов на первой ступени контроля, ежемесячно представлять отчет заместителю руководителя ТЦМК, ответственному за вторую ступень контроля качества медицинской помощи;

- совместно со специалистами органа управления здравоохранением или по их поручению участвовать в разработке и заключении контракта (договора) с авиапредприятиями – эксплуатантами воздушных судов на аренду авиационного транспорта;

- планировать работу отделения ЭКМП и МЭ на месяц, квартал, год, составлять планы работы отделения, представлять их в организационно-методический отдел для комплектования комплексного плана работы ТЦМК или другой медицинской организации, в состав которой входит отделение, обеспечивать их выполнение;

- обеспечивать качественное ведение учетно-отчетной документации;

- представлять ежеквартально отчет о деятельности отделения ЭКМП и МЭ в организационно - методический отдел;

- контролировать соблюдение персоналом отделения ЭКМП и МЭ правил врачебной этики и деонтологии, правил внутреннего распорядка, санитарно-эпидемиологического режима, противопожарной безопасности, охраны труда;

- проводить инструктаж персонала отделения на рабочем месте.

3. Права

Заведующий отделением ЭКМП и МЭ имеет право:

- давать персоналу отделения поручения и задания по вопросам, входящим в его функциональные обязанности;
- контролировать своевременность и качество выполнения заданий и отдельных поручений персоналом отделения;
- проверять знание персоналом отделения своих функциональных обязанностей и контролировать их выполнение;
- предлагать формы морального и размеры материального стимулирования сотрудников отделения, исходя из эффективности их труда;
- запрашивать и получать необходимые материалы и документы, относящиеся к вопросам деятельности заведующего отделением ЭКМП и МЭ;
- принимать участие в конференциях, совещаниях, на которых рассматриваются вопросы, связанные с работой отделения ЭКМП и МЭ;
- проходить последипломное обучение в установленном порядке по профилю своей специальности и по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье»;
- проходить в установленном порядке аттестацию с правом получения соответствующей квалификационной категории по профилю своей специальности, по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье» и статуса «Спасатель».

4. Ответственность

Заведующий отделением ЭКМП и МЭ несет ответственность:

- за целесообразность и качество выполнения санитарного задания на выезд/ вылет специалистов отделения для оказания экстренной консультативной медицинской помощи и проведения медицинской эвакуации;
- за рациональное использование санитарного авиационного и наземного транспорта;
- за своевременное предоставление директору списка сотрудников отделения, подлежащих страхованию;
- за организацию охраны труда и техники безопасности в отделении;
- за организацию теоретического и практического обучения персонала отделения.

Приложение 4

ПОЛОЖЕНИЕ

об организации деятельности выездной консультативной бригады специализированной медицинской помощи отделения экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации территориального центра медицины катастроф и других медицинских организаций

1. Общие положения

1.1. Настоящее Положение регулирует вопросы организации деятельности выездной консультативной бригады специализированной медицинской помощи отделения экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации территориального центра медицины катастроф и других медицинских организаций.

1.2. Выездная консультативная бригада специализированной медицинской помощи является структурным подразделением отделения ЭКМП и МЭ.

1.3. Специалисты выездной консультативной бригады специализированной медицинской помощи осуществляют свою деятельность на основе действующего законодательства Российской Федерации, Постановлений Правительства Российской Федерации, приказов и указаний Минздрава России, Порядка оказания экстренной консультативной медицинской помощи и проведения медицинской эвакуации в режиме повседневной деятельности, Устава ТЦМК или другой медицинской организации, в состав которой входит отделение ЭКМП и МЭ, приказов и распоряжений руководителя ТЦМК или другой медицинской организации, в состав которой входит отделение ЭКМП и МЭ, и заведующего отделением ЭКМП и МЭ, а также в соответствии с настоящим Положением.

1.4. Выездная консультативная бригада специализированной медицинской помощи предназначена для круглосуточного оказания экстренной консультативной медицинской помощи и проведения медицинской эвакуации больных и пострадавших, находящихся в медицинских организациях, не имеющих возможности для оказания специализированной медицинской помощи в полном объеме.

1.5. Непосредственное руководство выездной консультативной бригадой специализированной медицинской помощи осуществляет заведующий отделением ЭКМП и МЭ.

1.6. Состав бригады формируется из врачей – специалистов (консультантов) отделения ЭКМП и МЭ, среднего медперсонала и водителя санитарного транспорта (фельдшера-водителя) для каждого выезда (вылета) отдельно в зависимости от вида патологии, состояния пострадавшего (больного), трудностей в диагностике и других причин с назначением старшего врача бригады. На вызов может выезжать один врач-консультант.

1.7. При приеме на работу медицинский персонал выездной консультативной бригады специализированной медицинской помощи должен пройти стандартное психофизиологическое и медицинское обследование с

целью выявления противопоказаний к осуществлению профессиональной деятельности, связанной с повышенными физическими и психоэмоциональными нагрузками.

1.8. Персонал выездной консультативной бригады специализированной медицинской помощи должен проходить периодические медицинские осмотры и психофизиологическое обследование с последующей реабилитацией по показаниям.

1.9. Персонал выездной консультативной бригады специализированной медицинской помощи подлежит страхованию жизни и здоровья от несчастных случаев, обеспечивается спецодеждой и продовольственными пайками при выполнении работ по ликвидации медико-санитарных последствий ЧС, межрегиональной эвакуации.

2. Задачи

Основными задачами бригады являются:

- организация и оказание экстренной консультативной медицинской помощи государственным и муниципальным медицинским организациям субъекта Российской Федерации, в том числе с использованием телемедицинских технологий;

- организация и проведение медицинской эвакуации пострадавших и больных;

- доставка в медицинские организации субъекта Российской Федерации медикаментов, препаратов крови, расходных материалов и других медицинских грузов, необходимых для спасения жизни пострадавших и больных.

3. Организация работы

3.1. При поступлении заявки на выезд врач бригады:

- консультирует специалистов вызывающей медицинской организации по телефону через пульт дежурного диспетчера оперативно-диспетчерского отдела (ОДО);

- при необходимости очной консультации с выездом в медицинскую организацию принимает решение о времени выезда, виде транспорта, необходимости привлечения специалистов других специальностей, согласует решение с заведующим отделением ЭКМП и МЭ и старшим врачом ОДО;

- по прибытии на место в медицинскую организацию выполняет необходимую лечебную или диагностическую манипуляцию по профилю своей специальности, принимает решение о необходимости медицинской эвакуации;

- оформляет результаты консультации в виде совместного осмотра или консилиума с записью в медицинской карте и в электронном виде;

- при необходимости устанавливает динамическое наблюдение (мониторинг) за пациентом, которому была оказана медицинская помощь,

заполняет лист динамического наблюдения и передает его ответственному дежурному по отделению ЭКМП и МЭ;

- совместно с заведующим отделением ЭКМП и МЭ принимает решение о снятии пострадавшего (больного) с динамического наблюдения;

- при необходимости эвакуирует самостоятельно или вызывает реанимационную бригаду отделения ЭКМП и МЭ для проведения медицинской эвакуации пациента в специализированную медицинскую организацию;

- заполняет медицинскую учетно-отчетную документацию.

3.2. Сроки готовности бригады к выезду/вылету устанавливаются с учетом конкретных условий после принятия решения о необходимости выезда/вылета.

Приложение 5

ПОЛОЖЕНИЕ

об организации деятельности врача-консультанта выездной консультативной бригады специализированной медицинской помощи отделения экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации территориального центра медицины катастроф и других медицинских организаций

1. Общие положения

1.1. Настоящее Положение регулирует вопросы организации деятельности врача-консультанта выездной консультативной бригады специализированной медицинской помощи отделения экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации (ЭКМП и МЭ) территориального центра медицины катастроф (ТЦМК) и другой медицинской организации, в состав которой входит отделение ЭКМП и МЭ.

1.2. На должность врача-консультанта выездной консультативной бригады специализированной медицинской помощи назначается специалист с высшим медицинским образованием, имеющий сертификат по специальности «лечебное дело», «педиатрия», сертификат по соответствующей специальности, стаж работы по специальности не менее 5 лет или после окончания клинической ординатуры и квалификационную категорию не ниже первой.

1.3. Врач-консультант бригады специализированной медицинской помощи назначается на должность и освобождается от нее приказом руководителя ТЦМК по представлению заведующего отделением ЭКМП и МЭ в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

1.4. Врач-консультант бригады специализированной медицинской помощи непосредственно подчиняется заведующему отделением ЭКМП и МЭ.

1.5. Врач-консультант бригады специализированной медицинской помощи в своей работе руководствуется действующим законодательством Российской Федерации, Порядком оказания экстренной консультативной медицинской помощи и проведения медицинской эвакуации в режиме повседневной деятельности, Уставом ТЦМК или другой медицинской организации, в состав которой входит отделение ЭКМП и МЭ, Положением об отделении ЭКМП и МЭ, приказами и распоряжениями руководителя ТЦМК или другой медицинской организации, в состав которой входит отделение ЭКМП и МЭ, и заведующего отделением ЭКМП и МЭ, а также настоящим Положением.

2. Обязанности

Врач-консультант бригады специализированной медицинской помощи обязан:

2.1. Оказывать экстренную консультативную медицинскую помощь по профилю своей специальности пострадавшим и больным на территории субъекта Российской Федерации.

2.2. Консультировать заочно (по телефону, электронной почте, интернету) врачей и заведующих отделениями государственных, муниципальных и иных медицинских организаций по вопросам диагностики, лечения, тактики ведения больных по профилю своей специальности.

2.3. Определять необходимость дальнейшего лечения пациента в условиях специализированной медицинской организации по профилю своей специальности.

2.4. Принимать участие в медицинской эвакуации, требующей сопровождения, в специализированные медицинские организации.

2.5. Проводить экспертизу качества оказания медицинской помощи консультируемому пациенту до приезда консультанта.

2.6. Своевременно и правильно оформлять медицинскую и другую учетно-отчетную документацию, следить за ее оформлением средним медицинским персоналом на бумажном и электронном носителях.

2.7. Рационально использовать медикаменты и другие расходные материалы, соблюдать правила эксплуатации медицинского и другого оборудования.

2.8. Руководить действиями среднего и младшего медицинского персонала.

2.9. Участвовать в анализе показателей работы отделения ЭКМП и МЭ, разработке и внедрении мероприятий, направленных на повышение качества оказания медицинской помощи.

2.10. Участвовать в разборах клинических и организационных осложнений, возникших в процессе работы.

2.11. Дежурить в составе выездной консультативной бригады специализированной медицинской помощи согласно графику.

2.12. Соблюдать правила внутреннего распорядка, техники безопасности, охраны труда и профилактики заболеваемости.

3. Права

Врач-консультант выездной консультативной бригады специализированной медицинской помощи имеет право:

3.1. По согласованию с заведующим отделением ЭКМП и МЭ привлекать к оказанию экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации врачей других специальностей по трудовому договору.

3.2. Требовать от специалистов вызывающих государственных, муниципальных и иных медицинских организаций выполнения его указаний по лечению.

3.3. Принимать участие в конференциях, совещаниях, на которых рассматриваются вопросы, связанные с работой по профилю его специальности.

3.4. Проходить последипломное обучение в установленном порядке по профилю своей специальности.

3.5. Проходить в установленном порядке аттестацию с правом получения соответствующей квалификационной категории и статуса «Спасатель».

4. Ответственность

Врач-консультант выездной консультативной бригады специализированной медицинской помощи несет ответственность, предусмотренную действующим законодательством Российской Федерации, за свою некачественную работу и дефекты в работе подчиненного персонала.

Приложение 6

Регламент работы авиамедицинской бригады при ликвидации медико-санитарных последствий дорожно-транспортных происшествий и чрезвычайных ситуаций на федеральных автомобильных дорогах

1. Общие положения

1.1. Регламент работы авиамедицинской бригады (АМБр) при ликвидации медико-санитарных последствий дорожно-транспортных происшествий (ДТП), чрезвычайных ситуаций (ЧС) на федеральных автомобильных дорогах (ФАД), оказании экстренной медицинской помощи и проведении медицинской эвакуации пострадавших с применением вертолетов (далее – Регламент*) определяет сроки и последовательность действий АМБр, порядок взаимодействия специалистов АМБр и

должностных лиц ТЦМК (другой медицинской организации), формирующего бригаду, со структурами МЧС России, предоставляющими вертолеты для оказания экстренной медицинской помощи, и другими заинтересованными ведомствами.

1.2. Организация работы АМБр осуществляется в соответствии с Порядком оказания экстренной консультативной медицинской помощи и проведения медицинской эвакуации в режиме повседневной деятельности и Порядком оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи.

1.3. Сроки работы АМБр при оказании экстренной медицинской помощи пострадавшим и больным определяются 10-минутной готовностью бригады на вылет с момента поступления вызова и временем с момента вылета до возвращения бригады на место дежурства.

1.4. В вылете АМБр для оказания экстренной медицинской помощи может быть отказано.

Основаниями для отказа в вылете являются:

- временное закрытие воздушного пространства;
- нарушение Регламента работы АМБр;
- нарушение правил использования воздушного судна;
- сложные и неблагоприятные метеорологические условия;
- отсутствие медицинских показаний для использования АМБр.

1.5. Другие положения, характеризующие требования к организации работы АМБр при оказании экстренной медицинской помощи пострадавшим и больным, установлены в Положении об организации деятельности авиамедицинской бригады отделения ЭКМП и МЭ ТЦМК (Приложение 6 к настоящему Порядку).

1.6. В соответствии с законодательством Российской Федерации применение АМБр для оказания экстренной медицинской помощи пострадавшим и больным является бесплатным для пострадавших.

1.7. Деятельность АМБр по оказанию экстренной медицинской помощи пострадавшим и больным с применением вертолетов МЧС России осуществляется на основании Соглашения о взаимодействии, заключенного между Минздравом России и МЧС России. Взаимодействие заинтересованных Сторон регламентируется Планами взаимодействия, которые включают таблицы взаимодействия, пояснительные записки, схемы (карты) и интегрируются в Планы медико-санитарного обеспечения по предупреждению и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций.

1.8. Правила выполнения полетов вертолетов при оказании экстренной медицинской помощи пострадавшим и больным регламентированы п.10.9. Наставления по производству полетов в гражданской авиации (НППГА-85).

1.9. Условия и порядок применения вертолетов определяются в Государственном контракте на авиационные услуги по оказанию медицинской помощи населению (приложение 18 к настоящему Порядку).

1.10. Местами базирования вертолетов в режиме дежурства являются оборудованные вертолетные площадки, расположенные на территории медицинских организаций, способных оказывать специализированную хирургическую и травматологическую медицинскую помощь в зоне ответственности, определенной для оказания экстренной медицинской помощи пострадавшим при ДТП. Вертолетные площадки могут быть оборудованы на крышах ЛПУ.

1.11. Правила поведения медицинского персонала и пациентов на борту вертолета определяются Инструкцией по охране труда и требованиям безопасности для персонала АМБр экстренной медицинской помощи при выполнении санитарных заданий с применением вертолетов (приложение 22 к настоящему Порядку).

1.12. Перечень учетно-отчетных документов АМБр – приложение 25 к настоящему Порядку.

2. Порядок информирования о дорожно-транспортном происшествии или чрезвычайной ситуации и принятия решения на вылет авиамедицинской бригады к месту происшествия

2.1. Информация о месте происшествия, числе пострадавших и тяжести их состояния поступает в оперативно – диспетчерский отдел (ОДО) ТЦМК от дежурного диспетчера ЕДДС, диспетчера скорой медицинской помощи или из других источников.

2.2. В случаях, когда на место происшествия первой прибывает бригада СМП, специалисты бригады оказывают медицинскую помощь и проводят медицинскую эвакуацию своими силами. При отсутствии возможности выполнить задачу самостоятельно об этом информируется дежурный диспетчер ОДО ТЦМК, после чего принимается решение о необходимости направить к месту происшествия авиамедицинскую бригаду.

2.3. Дежурный ОДО, с учетом числа пострадавших, тяжести их состояния, объема предстоящей работы, места происшествия отдает распоряжение руководителю АМБр о готовности к вылету на место происшествия.

2.3. Руководитель АМБр ставит в известность командира летного экипажа вертолета о готовности бригады к вылету на место происшествия.

3. Режимы работы авиамедицинской бригады

3.1. Авиамедицинская бригада обеспечивает оказание экстренной медицинской помощи в соответствии с графиком дежурства летного экипажа вертолета:

круглосуточно, если в зоне ответственности бригады предусмотрены ночные вылеты вертолетов;

в светлое время суток, если в данной зоне ответственности нет условий для полетов вертолетов в ночное время.

3.2. С учетом характера выполняемых задач устанавливаются три режима работы АМБр:

режим постоянной готовности к вылету (режим ожидания);
режим выполнения срочного вылета на место происшествия для оказания экстренной медицинской помощи и, при необходимости, проведения санитарно-авиационной эвакуации;

режим выполнения планового вылета для выполнения межбольничной санитарно-авиационной эвакуации, доставки врачей-консультантов, медицинского имущества, крови и ее компонентов в медицинские организации.

4. Режим ожидания

4.1. С момента начала и до окончания рабочей смены персонал АМБр находится в состоянии постоянной готовности к убытию на место происшествия.

4.2. Во время дежурства в промежутках между вылетами персонал АМБр должен находиться в служебном помещении, выделенном для дежурств.

4.3. В свободное от вылетов время персонал АМБр заполняет текущую служебную документацию, проводит текущую проверку готовности медицинской аппаратуры к работе, изучает медицинскую литературу по профилю выполняемых работ.

5. Режим выполнения срочного вылета

5.1. Режим выполнения срочного вылета на место происшествия наступает при поступлении команды «на вылет» и заканчивается после возвращения бригады на место базирования.

5.2. При поступлении команды «на вылет» дежурный диспетчер ОДО ТЦМК немедленно ставит в известность:

заведующего отделением ЭКМП и МЭ, в состав которого входит АМБр, о поступлении команды;

руководителя АМБр о наступлении 10-минутной готовности к убытию на вылет;

дежурного водителя санитарного автомобильного транспорта о необходимости доставки авиамедицинской бригады к вертолету (при необходимости).

5.3. Руководитель АМБр вносит в карту вылета поступившую информацию о месте происшествия и числе пострадавших.

5.4. Средний медицинский работник АМБр обеспечивает полную укомплектованность бригады медицинским оборудованием, медикаментами и средствами связи, необходимыми для выполнения вызова.

5.5. Командир летного экипажа вертолета действует согласно своей служебной инструкции и совместно с авиадиспетчером принимает окончательное решение о вылете с учетом метеорологических условий,

времени суток, возможности посадки вертолета в непосредственной близости от места происшествия.

5.6. В случае принятия положительного решения о вылете авиамедицинская бригада убывает к месту происшествия. При расположении вертолетной площадки в шаговой доступности от места дежурства бригада убывает самостоятельно, в случае удаленного расположения вертолетной площадки бригада убывает на выделенном для этих целей санитарном автомобильном транспорте.

5.7. В случае отказа авиадиспетчера в разрешении на вылет бригада переходит в режим постоянной готовности.

6. Порядок действий персонала авиамедицинской бригады на месте происшествия

6.1. В случаях, когда на место происшествия первой прибывает АМБр, руководитель бригады проводит медицинскую разведку, сортировку, принимает решение о порядке оказания экстренной медицинской помощи пострадавшим, способе медицинской эвакуации и необходимости привлечения дополнительных медицинских и немедицинских формирований для ликвидации медико-санитарных последствий происшествия.

6.2. В случае необходимости привлечения дополнительных сил и средств для оказания экстренной медицинской помощи на месте происшествия средний медицинский работник бригады ставит в известность дежурного диспетчера ОДО ТЦМК.

6.3. Варианты решения руководителя АМБр после окончания медицинской сортировки:

срочно эвакуировать пострадавшего вертолетом;

оказывать экстренную медицинскую помощь в соответствии с отраслевыми и региональными стандартами оказания медицинской помощи на месте происшествия, ожидая прибытия дополнительных сил и средств;

срочно эвакуировать пострадавшего вертолетом в сопровождении фельдшера, самому остаться на месте происшествия для оказания экстренной медицинской помощи другим пострадавшим до прибытия дополнительных сил и средств;

при отсутствии объема работ - убыть к месту базирования.

6.4. Руководитель АМБр ставит в известность командира летного экипажа вертолета и дежурного диспетчера ОДО ТЦМК о необходимости вылета для проведения санитарно-медицинской эвакуации или убытия к месту базирования, заносит сведения о числе пострадавших, тяжести их состояния, объемах оказанной медицинской помощи в учетные документы.

6.5. Средний медицинский работник выполняет распоряжения руководителя АМБр по оказанию экстренной медицинской помощи.

7. Порядок действий персонала авиамедицинской бригады при проведении санитарно-авиационной эвакуации

7.1. При необходимости проведения санитарно-медицинской эвакуации руководитель АМБр принимает решение о маршруте эвакуации и ставит об этом в известность дежурного диспетчера ОДО. Решение руководителя АМБр является обязательным для командира летного экипажа вертолета и может быть изменено только по техническим причинам, таким как неблагоприятные метеорологические условия и др.

7.2. Дежурный диспетчер ОДО ставит в известность старшего врача приемного отделения медицинской организации, куда будут доставлены пострадавшие.

7.3. Во время проведения санитарно-авиационной эвакуации персонал АМБр проводит мониторинг жизненно важных функций организма пациента, при необходимости одновременно продолжая оказывать ему экстренную медицинскую помощь.

8. Порядок госпитализации пострадавших

8.1. Пострадавших госпитализируют в закрепленную медицинскую организацию с учетом возможности оказания медицинской помощи в необходимом объеме, учитывая тяжесть полученных повреждений.

8.2. По прибытии в принимающую медицинскую организацию руководитель АМБр передает пациента врачу приемного отделения, а при необходимости – врачу профильного отделения, после чего заполняет необходимую медицинскую документацию и принимает решение о дальнейшем маршруте бригады.

8.3. Варианты решения руководителя АМБр после завершения госпитализации пациента:

вернуться к месту происшествия для оказания медицинской помощи оставшимся пострадавшим;

вернуться к месту происшествия с целью забрать среднего медицинского работника, оставленного для оказания медицинской помощи пострадавшим;

убыть к месту базирования.

8.4. Средний медицинский работник следит за возвратом использованного при госпитализации медицинского имущества, ставит в известность командира летного экипажа вертолета и дежурного диспетчера ОДО о готовности к вылету.

8.5. При полной ликвидации медико-санитарных последствий на месте происшествия и отсутствии новых вызовов от диспетчера ОДО авиамедицинская бригада возвращается к месту базирования и переходит в режим постоянной готовности.

9. Режим выполнения планового вылета

9.1. Режим выполнения планового вылета начинается с момента поступления заявки на плановый вылет и заканчивается после возвращения АМБр на место базирования.

9.2. Заявка поступает дежурному диспетчеру ОДО в плановом порядке и может содержать следующее:

межбольничная санитарно-авиационная эвакуация пострадавшего при необходимости оказания ему специализированной или высокотехнологичной медицинской помощи;

доставка врачей-консультантов отделения ЭКМП и МЭ в медицинские организации, куда были госпитализированы пострадавшие;

доставка необходимого медицинского имущества, медикаментов, препаратов крови в медицинские организации, куда были госпитализированы пострадавшие.

9.3. При поступлении заявки на плановый вылет дежурный диспетчер ОДО уточняет необходимость его проведения у руководителя медицинской организации, подавшей заявку, и сообщает заведующему отделением ЭКМП и МЭ, руководителю АМБр, командиру летного экипажа вертолета и руководителю медицинской организации, подавшей заявку, о вылете бригады и предстоящем маршруте санитарно-авиационной эвакуации.

9.4. Руководитель АМБр, при необходимости, получает дополнительные сведения о состоянии пациента от руководителя медицинской организации, подавшей заявку, или от лечащего врача пациента, вносит в карту вылета поступившую информацию. Средний медицинский работник обеспечивает полную укомплектованность бригады медицинским оборудованием, медикаментами и средствами связи, необходимыми для выполнения вызова.

9.5. При поступлении заявки на доставку врачей-консультантов, медицинского имущества, препаратов крови руководитель АМБр совместно с заведующим отделением ЭКМП и МЭ решают вопрос обеспечения заявленными специалистами, необходимым медицинским имуществом, препаратами крови, вносит в карту вылета поступившую информацию о предстоящем вылете.

9.6. Средний медицинский работник АМБр обеспечивает полную укомплектованность бригады медицинским оборудованием, медикаментами и средствами связи, необходимыми на случай поступления дополнительного вызова.

9.7. В случае необходимости специалисты, медицинское имущество, кровь и ее компоненты доставляются к месту дежурства вертолета санитарным автомобильным транспортом в установленном порядке.

10. Прием и передача дежурства

10.1. Обязанности персонала бригады уходящей смены:

руководитель бригады отчитывается в выполнении вылета заведующему отделением ЭКМП и МЭ;

средний медицинский работник сдает медицинские укладки с отметками о расходе медикаментов и расходного материала старшему фельдшеру отделения ЭКМП и МЭ для пополнения; ставит на зарядку медицинскую аппаратуру, использованную в работе; проводит необходимые санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия в установленном порядке;

дежурный диспетчер ОДО ТЦМК проверяет правильность заполнения карт вылета и сдает их заведующему отделением ЭКМП и МЭ.

10.2. Обязанности персонала бригады, заступившей на дежурство:

руководитель АМБр обеспечивает 10-минутную готовность бригады к вылету;

средний медицинский работник принимает и проверяет пополненные медицинские укладки, обеспечивает готовность медицинской аппаратуры;

командир летного экипажа вертолета докладывает руководителю АМБр о готовности вертолета и летного экипажа к вылету.

11. Общие принципы взаимодействия авиамедицинской бригады с летным экипажем вертолета

11.1. Летный экипаж санитарного вертолета состоит из двух пилотов, один из которых является командиром экипажа и совместно с авиадиспетчером принимает решение о возможности вылета бригады по заданному маршруту.

11.2. Руководство действиями летного экипажа вертолета по аэронавигации осуществляет авиадиспетчер авиакомпании–эксплуатанта вертолета.

11.3. Во время дежурства летный экипаж вертолета действует в соответствии со служебной инструкцией и согласует с авиадиспетчером все поступающие команды:

от дежурного диспетчера ОДО ТЦМК – о необходимости вылета на место происшествия, для выполнения заявки на межбольничную санитарно – авиационную эвакуацию или доставку в медицинскую организацию пациента, врачей-консультантов, медицинского имущества, медикаментов и препаратов крови;

от руководителя бригады или среднего медицинского работника - о дальнейшем маршруте бригады во время выполнения полета, в том числе о необходимости экстренной посадки вертолета при ухудшении состояния пациента.

11.4. При невозможности выполнить полученную команду «на вылет» по различным причинам (неблагоприятные метеорологические условия, темное время суток, невозможность осуществить посадку в указанном месте, дефицит топлива и др.) командир летного экипажа вертолета ставит об этом в известность руководителя АМБр и согласует с ним дальнейшие действия.

12. Общие принципы взаимодействия авиамедицинской бригады с заинтересованными службами на месте дорожно-транспортного происшествия

12.1. В случаях, когда на место происшествия первыми прибывают сотрудники ДПС ГИБДД, они начинают оказание первой помощи, передают дежурному диспетчеру ЕДДС информацию о необходимости привлечения дополнительных медицинских и немедицинских формирований.

В этом случае прибывшая первой на место происшествия бригада (авиамедицинская бригада, бригада скорой медицинской помощи) принимает решение о порядке оказания экстренной медицинской помощи, способе проведения медицинской эвакуации.

12.2. В случаях, когда на место первой прибывает бригада скорой медицинской помощи, врач бригады организует медицинскую сортировку и оказание медицинской помощи, принимает решение о способе проведения медицинской эвакуации, передает дежурному диспетчеру ОДО ТЦМК (при необходимости - дежурному диспетчеру ЕДДС) информацию о необходимости привлечения дополнительных медицинских и немедицинских формирований.

В этом случае по прибытии на место происшествия руководитель АМБр принимает руководство лечебно-эвакуационным обеспечением пострадавших на себя.

12.3. В случае невозможности извлечь пострадавшего из автомобиля (заклинивание дверей, возгорание) сотрудники АМБр ожидают, когда соответствующие службы (служба спасения, пожарная служба) обеспечат свободный доступ к нему, после чего начинают оказание экстренной медицинской помощи.

12.4. В случае смерти пострадавшего на месте происшествия персонал АМБр обязан привлечь сотрудников УВД данной территории, зафиксировать в карте вылета все необходимые сведения. Эвакуация трупа с места происшествия специалистами бригады не допускается.

13. Нештатные ситуации

13.1. В случае смерти пострадавшего в салоне вертолета в процессе эвакуации или на месте происшествия персонал АМБр действует в соответствии с п.п. 5 и 6 приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.04.1994 г. № 82 «О порядке проведения патолого-анатомических вскрытий» и нормативными документами, принятыми в субъекте Российской Федерации.

13.2. В случае резкого ухудшения состояния пострадавшего в процессе санитарно - авиационной эвакуации:

руководитель АМБр ставит в известность командира летного экипажа вертолета и дежурного диспетчера ОДО ТЦМК о необходимости экстренной посадки;

командир летного экипажа вертолета с согласия авиадиспетчера совершает экстренную посадку вертолета;

после стабилизации состояния пациента руководитель АМБр ставит в известность дежурного диспетчера ОДО ТЦМК и командира летного экипажа вертолета о дальнейшем маршруте бригады;

средний медицинский работник бригады выполняет указания руководителя АМБр по оказанию экстренной медицинской помощи.

13.3. В случае отказа пострадавшего от госпитализации средний медицинский работник АМБр берет у него письменное заявление об отказе и сообщает дежурному диспетчеру ОДО ТЦМК паспортные данные пострадавшего и диагноз. Пострадавший остается на месте ДТП.

13.4. В случае отказа пострадавшего от медицинской эвакуации вертолетом средний медицинский работник АМБр берет у пострадавшего письменное заявление об отказе. Пострадавший передается бригаде скорой медицинской помощи.

14. Порядок рассмотрения претензий (жалоб) к работе авиамедицинской бригады

14.1. В случае предъявления претензий (жалоб) к работе АМБр заявитель имеет право обратиться лично или направить письменное обращение в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан и центр медицины катастроф.

14.2. При обращении заявителя в письменной форме срок рассмотрения жалобы не должен превышать 30 суток с момента ее регистрации в соответствии с Федеральным Законом от 02.05.2006 № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации» и его редакциях.

Приложение 7

ПОЛОЖЕНИЕ

об организации деятельности авиамедицинской бригады отделения экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации межрегионального и территориального центра медицины катастроф и других медицинских учреждений

1. Общие положения

1.1. Настоящее Положение регулирует вопросы организации деятельности авиамедицинской бригады отделения экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации (ЭКМП и МЭ) территориального центра медицины катастроф (ТЦМК) и другой медицинской организации, в состав которой входит отделение ЭКМП и МЭ.

1.2. Авиамедицинская бригада является структурным подразделением отделения ЭКМП и МЭ ТЦМК или другой медицинской организации, в состав которой входит отделение ЭКМП и МЭ, или филиала ТЦМК.

1.3. Специалисты АМБр осуществляют свою деятельность на основе действующего законодательства Российской Федерации, Постановлений Правительства Российской Федерации, приказов и указаний Минздрава России, Порядка оказания экстренной консультативной медицинской помощи и проведения медицинской эвакуации в режиме повседневной деятельности, Устава, приказов и распоряжений руководителя ТЦМК или другой медицинской организации, в состав которой входит отделение ЭКМП и МЭ, и заведующего отделением ЭКМП и МЭ, а также в соответствии с настоящим Положением.

1.4. В организационно-штатную структуру АМБр входят врач анестезиолог-реаниматолог (врач СМП) – руководитель бригады и фельдшер (медицинская сестра). Укомплектование АМБр утверждает руководитель ТЦМК по представлению заведующего отделением ЭКМП и МЭ.

В отдельных случаях АМБр может быть укомплектована фельдшерским составом.

1.5. В случае отсутствия медицинских специалистов, необходимых для укомплектования АМБр специалистами медицинской организации, на базе которой организовано дежурство АМБр, возможно привлечение специалистов регионального отделения ЭКМП и МЭ вахтовым методом.

1.6. При приеме на работу медицинский персонал АМБр должен пройти стандартное психофизиологическое и медицинское обследование с целью выявления противопоказаний к осуществлению профессиональной деятельности, связанной с повышенными физическими и психоэмоциональными нагрузками.

1.7. Персонал АМБр должен проходить периодические медицинские осмотры и психофизиологическое обследование с последующей реабилитацией по показаниям.

1.8. Персонал АМБр подлежит страхованию жизни и здоровья от несчастных случаев.

1.9. Персонал АМБр должен проходить первичную и последующую (один раз в 5 лет) специальную подготовку на базе ВЦМК «Защита».

2. Задачи

Основными задачами АМБр являются:

- оказание экстренной медицинской помощи пострадавшим на месте происшествия и при других случаях, угрожающих жизни и здоровью, с использованием вертолетов;

- проведение санитарно-авиационной эвакуации с выполнением во время эвакуации лечебных мероприятий для устранения угрожающего жизни пациента состояния с применением специального медицинского оборудования;

- экстренная доставка на место происшествия или в медицинскую организацию медицинских специалистов, медикаментов, препаратов крови, расходных материалов и других медицинских грузов, необходимых для оказания экстренной медицинской помощи;

- оказание экстренной консультативной анестезиолого-реанимационной помощи пациентам, находящимся в медицинских организациях.

3. Организация работы

3.1. Авиамедицинская бригада функционирует в круглосуточном режиме.

3.2. В случае невозможности организации полетов вертолетов в ночное время дежурства персонала АМБр осуществляются в светлое время суток.

3.3. Авиамедицинская бригада оснащается современным медицинским оборудованием, медикаментами, средствами связи, прочим имуществом, необходимым для выполнения стоящих перед нею задач, в соответствии со стандартом материально-технического оснащения.

3.4. Местами дежурства вертолетов являются оборудованные и взлетно-посадочные вертолетные площадки, расположенные на территории или вблизи медицинских организаций, определенных для оказания экстренной специализированной медицинской помощи и проведения санитарно-авиационной эвакуации в зонах своей ответственности. Вертолетные площадки могут быть оборудованы на крышах медицинских организаций.

3.5. Правила поведения персонала АМБр, пациентов на борту вертолета определяются Федеральными авиационными правилами «Подготовка и выполнение полетов в гражданской авиации Российской Федерации», утвержденными приказом Министерства транспорта Российской Федерации от 31 июля 2009 г. № 128.

3.6. Готовность АМБр к вылету на легких вертолетах составляет 10 мин., на вертолетах среднего класса и самолетах – 1 час в соответствии с техническими характеристиками воздушного судна.

3.7. Прием вызовов осуществляется через оперативно-диспетчерский отдел (ОДО).

3.8. В зависимости от конкретной обстановки возможны следующие режимы работы АМБр:

- режим постоянной готовности к вылету (режим ожидания);
- режим выполнения срочного вылета для оказания экстренной медицинской помощи пострадавшим в ЧС и ДТП и больным и, при необходимости, проведения их санитарно-авиационной эвакуации в медицинскую организацию;
- режим выполнения планового вылета для проведения межбольничной санитарно-авиационной эвакуации или доставки врачей-консультантов, необходимого медицинского имущества, препаратов крови в медицинскую организацию, которая оказывает медицинскую помощь.

3.9. При выполнении вызова специалисты АМБр осуществляют взаимодействие с сотрудниками МЧС, МВД, других заинтересованных служб на месте происшествия, поддерживают постоянную связь с дежурным диспетчером ТЦМК и информируют его о нештатных ситуациях, возникших во время выполнения вызова.

Приложение 8

ПОЛОЖЕНИЕ

об организации деятельности руководителя авиамедицинской бригады отделения экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации межрегионального и территориального центра медицины катастроф и других медицинских организаций

1. Общие положения

1.1. Настоящее Положение регулирует вопросы организации деятельности руководителя авиамедицинской бригады (АМБр) отделения экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации (ЭКМП и МЭ) межрегионального (МРЦМК) и территориального центра медицины катастроф (ТЦМК) и другой медицинской организации, в состав которой входит отделение ЭКМП и МЭ.

1.2. Руководителем АМБр назначается врач, имеющий опыт лечебной работы и навыки организаторской деятельности, сертификат по специальности «скорая медицинская помощь» или «анестезиология и реаниматология» и стаж работы по специальности не менее 3-х лет.

1.3. Руководитель АМБр назначается на должность и освобождается от нее приказом руководителя ТЦМК или другой медицинской организации, в состав которой входит отделение ЭКМП и МЭ, по представлению заведующего отделением ЭКМП и МЭ в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

1.4. Руководитель АМБр непосредственно подчиняется заведующему отделением ЭКМП и МЭ.

1.5. Руководитель АМБр в своей работе руководствуется действующим законодательством Российской Федерации, Уставом ТЦМК или другой медицинской организации, в состав которой входит отделение ЭКМП и МЭ, Положением об отделении ЭКМП и МЭ, приказами и распоряжениями руководителя ТЦМК и заведующего отделением ЭКМП и МЭ, Порядком оказания экстренной консультативной медицинской помощи и проведения медицинской эвакуации в режиме повседневной деятельности, настоящим Положением, стандартами и протоколами по оказанию медицинской помощи пострадавшим и больным по специальностям «скорая медицинская помощь» и «анестезиология и реанимация».

2. Обязанности

Руководитель АМБр обязан:

2.1. В начале дежурства принять смену.

2.2. При поступлении вызова обеспечить немедленный выезд АМБр к месту постоянного или временного базирования воздушного судна, выделенного для выполнения санитарного задания в установленном порядке.

2.3. Обеспечивать выполнение персоналом АМБр правил поведения лиц, находящихся на борту воздушного судна, предусмотренные Инструкцией по охране труда и требованиям безопасности для персонала авиамедицинской бригады, участвующей в медицинской эвакуации с применением вертолетной авиации (приложение 22 к Порядку оказания Порядку оказания экстренной консультативной медицинской помощи и проведения медицинской эвакуации в режиме повседневной деятельности), в течение всего времени полета. Принимать меры по предупреждению случаев травматизма среди персонала бригады и пациентов во время полета.

2.4. Проводить инструктаж персонала АМБр по технике безопасности перед каждым вылетом бригады.

2.5. Владеть навыками ранней диагностики угрожающих жизни состояний и профилактики, оказания скорой медицинской помощи и сердечно-легочной реанимации в соответствии с утвержденными нормами, стандартами и протоколами для врачебного персонала по оказанию скорой медицинской помощи и реанимационным мероприятиям:

применять объективные методы обследования;

оценивать тяжесть состояния пациента и его причину;

определять объем и последовательность реанимационных мероприятий;

оказывать скорую (экстренную) медицинскую помощь;

обосновывать поставленный диагноз, тактику оказания медицинской помощи, показания и противопоказания к санитарно-авиационной эвакуации;

применять весь доступный комплекс реанимационных аппаратных и мануальных методов для выведения пациента из состояния, непосредственно угрожающего жизни, и проведения санитарно-авиационной эвакуации в медицинскую организацию.

2.6. Проводить очную консультацию и щадящую санитарно-авиационную эвакуацию с проведением, при необходимости, интенсивной терапии, мониторинга и госпитализацию пострадавшего в медицинскую организацию.

2.7. Докладывать о своем прибытии к месту происшествия руководителю аварийно-спасательных работ, проводить медицинскую разведку и, используя доступные средства связи, докладывать в оперативно-диспетчерский отдел ТЦМК сведения об оперативно-медицинской обстановке и необходимых силах и средствах службы медицины катастроф для ликвидации медико-санитарных последствий происшествия. Имеющимися силами и средствами начать организацию и практическую работу по оказанию экстренной медицинской помощи на месте

происшествия. Провести внутрипунктовую и эвакуационную сортировку.

2.8. Контролировать укомплектованность АМБр аппаратурой, ее исправность, обеспеченность лекарственными препаратами и другим имуществом в соответствии со Стандартом материально-технического оснащения медицинского вертолета.

2.9. Качественно вести учетно-отчетную документацию.

2.10. В случае необходимости госпитализации постоянно находиться с пациентом и оказывать ему необходимую медицинскую помощь до передачи его дежурному персоналу принимающей медицинской организации. В обязательном порядке получить отметку о времени, дате госпитализации, диагнозе и состоянии пациента за подписью принимающего врача.

2.11. В случае отказа пациента от медицинской помощи, санитарно-авиационной эвакуации и госпитализации предложить ему, а при его недееспособности - законным представителям или родственникам подтвердить отказ письменно в карте вызова.

2.12. При назначении руководителем АМБр пройти стандартное психофизиологическое и медицинское обследование с целью выявления противопоказаний к осуществлению профессиональной деятельности, связанной с повышенными физическими и психоэмоциональными нагрузками, пройти усовершенствование в установленном порядке в ФГБУ «ВЦМК «Защита».

2.13. Знать дислокацию медицинских учреждений и закрепленных за ними зон ответственности в зоне ответственности АМБр.

3. Права

Руководитель АМБр имеет право:

3.1. Повышать свою профессиональную квалификацию не реже одного раза в пять лет, проходить аттестацию и переекспертацию по специальности в установленном порядке.

3.2. Принимать участие в совещаниях, на которых рассматриваются вопросы, касающиеся деятельности АМБр.

3.3. Вносить предложения по вопросам совершенствования работы и условий труда персонала АМБр в установленном порядке.

3.4. Проходить в установленном порядке аттестацию с правом получения соответствующей квалификационной категории и статуса «Спасатель».

4. Ответственность

Руководитель АМБр несет ответственность в установленном порядке за качественное исполнение работы персоналом АМБр в соответствии с утвержденными стандартами и протоколами.

ПОЛОЖЕНИЕ
об организации деятельности фельдшера (медицинской сестры)
авиамедицинской бригады отделения экстренной консультативной
медицинской помощи и медицинской эвакуации территориального
центра медицины катастроф и других медицинских организаций

1. Общие положения

1.1. Настоящее Положение регулирует вопросы организации деятельности фельдшера (медицинской сестры) авиамедицинской бригады (АМБр) отделения экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации (ЭКМП и МЭ) территориального центра медицины катастроф (ТЦМК) или другой медицинской организации, в состав которой входит отделение ЭКМП и МЭ.

1.2. На должность фельдшера АМБр назначается специалист, имеющий диплом о среднем медицинском образовании по специальности «лечебное дело», сертификат по специальности «лечебное дело» и «скорая и неотложная помощь» и стаж работы по специальности не менее 3 лет.

На должность медицинской сестры АМБр назначается специалист, имеющий диплом о среднем медицинском образовании по специальности «сестринское дело», сертификат по специальности «сестринское дело» и «анестезиология и реаниматология» и стаж работы по специальности не менее одного года.

1.3. Фельдшер (медицинская сестра) назначается на должность и освобождается от нее приказом руководителя ТЦМК или другой медицинской организации, в составе которой сформирована АМБр, по представлению заведующего отделением ЭКМП и МЭ в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

1.4. Фельдшер (медицинская сестра) непосредственно подчиняется старшему фельдшеру отделения ЭКМП и МЭ, а при выполнении санитарного задания – руководителю АМБр.

1.5. Фельдшер (медицинская сестра) в своей работе при выполнении санитарного задания руководствуется действующим законодательством Российской Федерации, Уставом ТЦМК, Положением об отделении ЭКМП и МЭ, приказами и распоряжениями руководителя ТЦМК (другой медицинской организации) и заведующего отделением ЭКМП и МЭ, Порядком оказания экстренной консультативной медицинской помощи и проведения медицинской эвакуации в режиме повседневной деятельности, стандартами и протоколами по оказанию медицинской помощи по специальностям «скорая и неотложная помощь» и «анестезиология и реаниматология» и настоящим Положением.

2. Обязанности

Фельдшер (медицинская сестра) АМЭБр обязан(а):

2.1. Пройти в начале смены инструктаж по технике безопасности, связанной с выполнением профессиональных обязанностей в условиях повышенной опасности.

2.2. После получения распоряжения руководителя АМБр на вылет обеспечить немедленную доставку к месту базирования вертолета комплекта закрепленного за ним (ней) медицинского имущества

2.3. Во время полета соблюдать правила поведения лиц, находящихся на борту воздушного судна, предусмотренные Инструкцией по охране труда и требованиям безопасности для персонала авиамедицинской бригады, участвующей в медицинской эвакуации с применением вертолетной авиации (приложение 22 к Порядку оказания экстренной консультативной медицинской помощи и проведения медицинской эвакуации в режиме повседневной деятельности), предупреждать случаи травматизма среди персонала АМБр и пациентов.

2.4. По указанию руководителя АМБр оказывать экстренную медицинскую помощь и проводить реанимационные мероприятия в пределах своей компетенции на месте происшествия и во время транспортировки на вертолете.

2.5. Вводить пациентам лекарственные препараты по указанию руководителя АМБр, проводить остановку кровотечения и реанимационные мероприятия в соответствии с утвержденными отраслевыми стандартами и протоколами.

2.6. Уметь пользоваться имеющейся медицинской аппаратурой, владеть техникой наложения транспортных шин, повязок и проведения базовой сердечно-легочной реанимации.

2.7. Владеть техникой снятия и описания электрокардиограмм.

2.8. Организовывать эвакуацию пострадавшего на носилках, в случае необходимости принимать в ней участие. При проведении эвакуации пациента находиться рядом с ним, оказывая необходимую медицинскую помощь.

2.9. При необходимости проведения медицинской эвакуации пациента, находящегося в бессознательном состоянии или состоянии алкогольного опьянения, произвести осмотр на предмет обнаружения документов, ценностей, денег с указанием об изъятии этих предметов в карте вызова, сдать их в приемное отделение стационара с отметкой в карте вызова под роспись дежурного персонала.

2.10. Соблюдать правила санитарно-гигиенического и противоэпидемиологического режима.

2.11. Обеспечивать правильное хранение, учет и списание лекарственных препаратов.

2.12. По окончании дежурства проверять состояние медицинской аппаратуры, транспортных шин, пополнять израсходованные в процессе работы лекарственные средства, кислород у старшего фельдшера отделения ЭКМП и МЭ.

2.13. Вести учетно-отчетную документацию.

2.14. В установленном порядке повышать свой профессиональный уровень, совершенствовать практические навыки.

3. Права

Фельдшер (медицинская сестра) АМБр имеет право:

3.1. Вносить предложения по совершенствованию организации работы и улучшению условий труда среднего медицинского персонала АМБр.

3.2. Повышать свою профессиональную квалификацию не реже 1 раза в 5 лет, проходить аттестацию и перееаттестацию на статус «Спасатель» в установленном порядке.

3.3. Принимать участие в совещаниях, на которых рассматриваются вопросы, касающиеся деятельности АМБр.

4. Ответственность

Фельдшер (медицинская сестра) АМБр несет ответственность в установленном порядке за качественное исполнение работы в соответствии с настоящим Положением.

Приложение 10

ПОЛОЖЕНИЕ

об организации оказания экстренной консультативной медицинской помощи с применением телемедицинских технологий

1. Общие положения

1.1 Система экстренной консультативной медицинской помощи больным и пострадавшим в чрезвычайных ситуациях с применением телемедицинских технологий предназначена для проведения телеконсультаций врачей государственных и муниципальных медицинских организаций субъекта Российской Федерации, федерального округа или федеральных специализированных медицинских центров. Система ориентирована на пациентов, нуждающихся в специализированной помощи, с целью решения проблем диагностики, лечения, медицинской эвакуации и госпитализации в профильные медицинские организации более высокого уровня.

При ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций консультативный центр и консультативные пункты Системы могут

одновременно с вышеперечисленными функциями обеспечивать связь для организации и проведения медико-эвакуационных мероприятий.

1.2 При организации и проведении телемедицинских консультаций используются ресурсы стационарных и мобильных телемедицинских комплексов вышестоящего уровня, взаимодействующие со стационарными телемедицинскими центрами и пунктами медицинских организаций нижестоящего уровня.

1.3 Система экстренной консультативной медицинской помощи с применением телемедицинских технологий позволяет осуществлять взаимодействие с оперативными подразделениями МЧС России, МВД России, федеральными, межрегиональными и региональными органами управления здравоохранением и центрами медицины катастроф.

1.4 Стандарт оснащения отделения ЭКМП и МЭ ТЦМК региональным комплексом управления, связи и взаимодействия территориальных центров медицины катастроф с Единой государственной системой предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций - раздел 3 Типового стандарта материально-технического оснащения отделения экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации территориального центра медицины катастроф и других медицинских организаций (приложение 5 Порядка оказания экстренной консультативной медицинской помощи и проведения медицинской эвакуации в режиме повседневной деятельности).

2. Общие требования к региональному комплексу управления, связи и взаимодействия территориальных центров медицины катастроф с Единой государственной системой предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций

2.1. Назначение регионального комплекса управления, связи и взаимодействия территориальных центров медицины катастроф с Единой государственной системой предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций:

- организация работ по ликвидации медико-санитарных последствий ЧС, оказанию медицинской помощи пострадавшим;

- контроль и управление силами и средствами медицины катастроф региона, включая оперативное диспетчерское управление бригадами экстренного реагирования;

- проведение экстренных и неотложных телемедицинских консультаций пострадавших в ЧС и больных;

- информационное взаимодействие с органами исполнительной власти регионального уровня, региональными центрами МЧС России, органами управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, штабом ВСМК и лечебно-профилактическими учреждениями ВСМК.

2.2. Структура и состав регионального комплекса управления, связи и взаимодействия.

Региональный комплекс управления, связи и взаимодействия территориальных центров медицины катастроф с Единой государственной системой предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций должен включать следующие компоненты:

- Система стационарной спутниковой связи.
- Система многоточечной видеоконференцсвязи.
- Многофункциональный сервер.
- Автоматизированное рабочее место (АРМ) руководителя ТЦМК
- Автоматизированное рабочее место (АРМ) оперативного дежурного ТЦМК.
- Автоматизированное рабочее место (АРМ) отдела оперативного управления (отделения ЭКМП и МЭ ТЦМК).
- Автоматизированное рабочее место (АРМ) телемедицинской системы.
- Мобильный комплекс связи и телемедицины.
- Оборудование для локальной сети с выделенным наземным каналом связи с телекоммуникационной сетью ВСМК.
- Устройство защиты конфиденциальной медицинской информации.
- Автоматизированные рабочие места врачей-консультантов.

2.3. Общие требования к регламенту проведения экстренных телемедицинских консультаций.

Региональный комплекс управления, связи и взаимодействия территориальных центров медицины катастроф рассчитан на проведение экстренных и неотложных телемедицинских консультаций, запросы на которые поступают со стационарных и мобильных телемедицинских консультативных пунктов на территории субъекта Российской Федерации и, при необходимости, проведение таких консультаций с региональными и федеральными медицинскими учреждениями.

Экстренные телемедицинские консультации обеспечиваются дежурными врачами медицинских организаций субъекта Российской Федерации. Места установки соответствующего оборудования, профиль (специальность) врачей-консультантов и порядок их работы определяются Регламентом проведения телемедицинских консультаций, утверждаемым органом управления здравоохранением субъекта Российской Федерации (приложение к настоящему Положению). Организацию и техническое сопровождение экстренных телемедицинских консультаций обеспечивает дежурный оператор диспетчерского управления телемедицинской системой.

Для повышения оперативности экстренные телемедицинские консультации, как правило, должны проводиться в режиме видеоконференцсвязи с возможностью передачи медицинской информации о пациенте в виде статических и динамических видеоизображений необходимого качества, исключающего неоднозначное толкование.

Все проводимые сеансы телемедицинских консультаций в режиме видеоконференцсвязи должны записываться и храниться в электронном виде.

Оборудование регионального комплекса управления, связи и взаимодействия должно позволять организовать оперативное взаимодействие с федеральными и региональными органами управления здравоохранением при решении медико-тактических вопросов и вопросов госпитализации пострадавших и больных.

2.4. Общие требования к телекоммуникационным сетям связи

Каждая медицинская организация должна быть обеспечена постоянным основным каналом связи с использованием виртуальной частной сети и резервным каналом связи, предназначенными для доступа и передачи информации в рамках отраслевой сети в сфере здравоохранения и медицины катастроф в соответствии с Методическими рекомендациями по составу и техническим требованиям к сетевому телекоммуникационному оборудованию учреждений системы здравоохранения для регионального уровня единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, утвержденными Минздравсоцразвития России (<http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/informatics/38>).

Для регионального комплекса управления, связи и взаимодействия используется виртуальная частная сеть Всероссийской службы медицины катастроф с резервным каналом связи по выделенной сети спутниковой связи Всероссийской службы медицины катастроф с централизованным предоставлением спутниковых ресурсов. Функциональные, технические характеристики телекоммуникационного оборудования и параметры его настройки должны соответствовать вышеназванным методическим рекомендациям и требованиям по присоединению к телекоммуникационной сети Всероссийской службы медицины катастроф.

Средства видеоконференцсвязи регионального комплекса управления, связи и взаимодействия должны работать по протоколам H.323 или SIP, по сети Интернет и через систему спутниковой связи и быть совместимы с системой видеоконференцсвязи Всероссийской службы медицины катастроф.

Региональный комплекс управления, связи и взаимодействия должен иметь регистрационные свидетельства на систему стационарной спутниковой связи, оформленные на имя Получателя в органах Федеральной службы по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор).

2.5. Требования к размещению, техническому и программному оснащению регионального комплекса управления, связи и взаимодействия.

Все технические и программные средства регионального комплекса управления, связи и взаимодействия, за исключением АРМ врачей-консультантов регионального телемедицинского консультативного центра, устанавливаются на площадях территориального центра медицины катастроф.

АРМ врачей-консультантов регионального телемедицинского консультативного центра устанавливаются по месту основной работы специалистов: в отделении ЭКМП и МЭ ТЦМК, для привлеченных врачей-

консультантов - в областной (республиканской, краевой, окружной) больнице, областной (республиканской, краевой, окружной) детской клинической больнице, других специализированных медицинских организациях, в том числе в ординаторских реанимационных отделений и отделений неотложной хирургии.

Оборудование телемедицинских консультативных пунктов (приобретается субъектами Российской Федерации самостоятельно) устанавливается в ординаторских или в специально выделенных помещениях городских и центральных районных больниц.

Все оборудование регионального комплекса управления, связи и взаимодействия должно иметь постоянное, независимое от других потребителей подключение к сети Интернет с гарантированной пропускной способностью канала не менее 2 Мбит/с и круглосуточно находиться в рабочем состоянии.

2.6. Основные функциональные обязанности персонала

В штате ТЦМК должны быть предусмотрены следующие должности:

- главный инженер региональной телемедицинской системы;
- системный администратор региональной телемедицинской системы;
- дежурные операторы региональной телемедицинской системы (режим круглосуточного дежурства).

Главный инженер региональной телемедицинской системы обеспечивает работу технических средств комплекса, включая технические средства, установленные на территории других медицинских организаций, их профилактическое обслуживание и ремонт, а также технические консультации пользователей оборудования. При наличии разветвленной и территориально-распределенной структуры телемедицинских консультативных пунктов для их оперативного технического обслуживания рекомендуется привлекать местные (районные) специализированные организации.

Системный администратор несет ответственность за функциональную работоспособность оборудования и программного обеспечения, распределение и управление правами доступа всех пользователей технических и программных средств региональной телемедицинской системы. Системный администратор обеспечивает консультации пользователей, включая обучение лечащих врачей и врачей-консультантов правилам применения телемедицинского оборудования и специализированного программного обеспечения.

Дежурные операторы региональной телемедицинской системы обеспечивают прием, контроль прохождения заявок на телемедицинскую консультацию, организацию телемедицинских консультаций, включая проведение сеансов многоточечной видеоконференцсвязи с участием врачей-консультантов регионального и федерального уровней.

3. Функциональное назначение и требования к составляющим элементам комплекса

3.1. Назначение и требования к системе стационарной спутниковой связи.

Назначение системы стационарной спутниковой связи

Система стационарной спутниковой связи является элементом корпоративной телекоммуникационной сети ВСМК и обеспечивает ТЦМК достоверную и надежную передачу данных, голосовой и видеoinформации при работе в повседневном режиме и при оказании медицинской помощи лицам, пострадавшим в результате дорожно-транспортных происшествий и других ЧС.

Система стационарной спутниковой связи является автономной и в случае чрезвычайных ситуаций обеспечивает связь органов управления здравоохранением и медицинских организаций субъектов Российской Федерации независимо от состояния инфраструктуры региона.

Общие требования к системе стационарной спутниковой связи.

Система стационарной спутниковой связи должна работать в непрерывном круглосуточном режиме и использовать геостационарные спутники-ретрансляторы в орбитальной позиции в зависимости от региона установки.

Оборудование системы стационарной спутниковой связи должно предусматривать возможность передачи данных по принципу «каждый с каждым» в один «спутниковый скачок».

Система стационарной спутниковой связи должна работать с использованием Ku-диапазона частот спутниковых каналов.

Система стационарной спутниковой связи должна быть совместима с ранее установленным оборудованием центральных, межрегиональных и терминальных станций спутниковой сети ВСМК.

Оборудование системы спутниковой связи должно иметь все необходимые сертификаты и разрешительные документы на эксплуатацию.

3.2. Назначение и требования к системе многоточечной видеоконференцсвязи

Назначение

Система многоточечной видеоконференцсвязи (далее ВКС) предназначена для проведения видео и аудиоконференций при работе ТЦМК в режимах повседневной деятельности, при угрозе возникновения, либо во время ЧС, а также при проведении экстренных телемедицинских консультаций и телемедицинских консилиумов с участием нескольких специалистов.

Общие требования к системе многоточечной видеоконференцсвязи

ВКС должна иметь камеру высокого разрешения для высококачественной передачи медицинских изображений

ВКС должна иметь экран широкого формата размером не менее 50 см.

ВКС должна работать в режиме «многоточки» с количеством видео-участников не менее 4.

ВКС должна работать по протоколам SIP, TCP/IP и стандарту H.323.

Для передачи медицинских изображений одновременно с видеоконференцией ВКС должна работать в режиме «двойной поток» (прием и передача).

ВКС должна иметь регулирование полосы пропускания для сохранения работоспособности на каналах связи низкого качества.

ВКС должна иметь в составе ноутбук мобильный для подготовки и передачи контента.

3.3. Назначение и требования к многофункциональному серверу

Назначение

Многофункциональный сервер регионального комплекса управления, связи и взаимодействия ТЦМК предназначен для ведения и хранения региональных баз данных:

- «Силы и средства ВСМК регионального уровня»;
- телемедицинских запросов, проходящих через региональную телемедицинскую систему.

Общие требования к многофункциональному серверу

Многофункциональный сервер должен работать под ОС Microsoft Windows Server 2008 или эквивалентом, для ведения баз данных должен использоваться SQL-Server 2008 или эквивалент.

Доступ к данным от всех рабочих мест комплекса управления, связи и взаимодействия должен обеспечиваться по веб-интерфейсу через общераспространенные веб-браузеры.

3.4. Назначение и требования к автоматизированному рабочему месту (АРМ) руководителя ТЦМК.

Назначение

Автоматизированное рабочее место (АРМ) руководителя ТЦМК предназначено для работы с организационно-распорядительной документацией и участия в видеоконференциях на рабочем месте.

Общие требования к АРМ руководителя ТЦМК

АРМ должен быть выполнен на серийно-выпускаемом компьютере с экраном не менее 50 см, иметь камеру высокого разрешения для проведения видеоконференций и лазерный принтер формата не менее А4. Желательно исполнение компьютера в виде моноблока.

АРМ руководителя ТЦМК должен обеспечивать реализацию следующих задач:

- подготовка оперативных планов действий сил службы медицины катастроф в режимах повседневной деятельности, при угрозе возникновения ЧС, либо во время ЧС;
- получение, обработка, хранение и подготовка оперативной организационно-распорядительной документации, связанной с деятельностью руководителя ТЦМК;

- проведения сеансов видеоконференцсвязи с органами исполнительной власти регионального уровня, региональными центрами МЧС России, органами управления здравоохранением субъекта, взаимодействующими учреждениями и ведомствами, участвующими в ликвидации последствий ЧС.

Назначение и требования к автоматизированному рабочему месту (АРМ) оперативного дежурного ТЦМК

Назначение

Автоматизированное рабочее место (АРМ) оперативного дежурного ТЦМК предназначено для информационной поддержки оперативного дежурного ТЦМК и обеспечивает выполнение следующих задач:

- получение, обработку, хранение и подготовку оперативных донесений, оперативной организационно-распорядительной документации, связанной с деятельностью оперативных дежурных ТЦМК;

- проведение сеансов видеоконференцсвязи с органами исполнительной власти регионального уровня, региональными центрами МЧС России, органами управления здравоохранением субъекта, взаимодействующими учреждениями и ведомствами, участвующими в ликвидации последствий ЧС;

- контроль прохождения экстренных телемедицинских запросов;

- статистическую обработку поступающих данных;

- связь и обмен информацией с бригадами экстренного реагирования ТЦМК, выполняющими экстренные вызовы.

Общие требования к АРМ оперативного дежурного ТЦМК

АРМ должен быть выполнен на серийно-выпускаемом компьютере с экраном не менее 50 см, иметь камеру высокого разрешения для проведения видеоконференций, табло коллективного пользования и многофункциональное устройство (принтер, сканер, копир, факс) формата не менее А4.

3.6. Назначение и требования к автоматизированному рабочему месту (АРМ) оперативного управления отделения ЭКМП и МЭ ТЦМК

Назначение

Автоматизированное рабочее место (АРМ) оперативно-диспетчерского отдела ТЦМК предназначено для:

- получения, обработки, хранения и подготовки организационно-распорядительной документации, связанной с деятельностью оперативно-диспетчерского отдела ТЦМК;

- статистической обработки поступающих данных;

- проведения сеансов видеоконференцсвязи с органами исполнительной власти регионального уровня, региональными центрами МЧС России, органами управления здравоохранением субъекта Российской Федерации, взаимодействующими учреждениями и ведомствами, участвующими в ликвидации последствий ЧС.

Общие требования к АРМ оперативно-диспетчерского отдела

АРМ должен быть выполнен на серийно-выпускаемом компьютере с экраном не менее 50 см, иметь камеру высокого разрешения для проведения

видеоконференций и принтер формата не менее А4. Желательно исполнение компьютера в виде моноблока.

АРМ оперативно-диспетчерского отдела должен обеспечивать реализацию следующих задач:

- подготовка оперативных планов действий сил службы медицины катастроф в режимах повседневной деятельности, при угрозе возникновения ЧС, либо во время ЧС;
- получение, обработка, хранение и подготовка оперативных донесений, оперативной организационно-распорядительной документации, связанной с деятельностью оперативных дежурных ТЦМК.

3.6. Назначение и требования к автоматизированному рабочему месту (АРМ) телемедицинской системы ТЦМК.

Назначение

Автоматизированное рабочее место (АРМ) телемедицинской системы ТЦМК является центральным звеном управления телемедицинской системой регионального уровня, предназначено для управления процессами проведения телемедицинских консультаций и обеспечивает решение следующих задач:

- координацию и контроль над прохождением телемедицинских консультативных запросов в телемедицинской системе региона;
- организационное, техническое и программное сопровождение телемедицинской системы региона;
- организацию и сопровождение видеоконференций в ходе телемедицинских консультаций;
- управление ведением базы данных телемедицинских консультаций региона;
- обмен телемедицинскими запросами и ответами на них с консультативными центрами федерального уровня.

Общие требования к АРМ телемедицинской системы ТЦМК

АРМ телемедицинской системы должен быть выполнен на серийно-выпускаемом компьютере с экраном не менее 50 см, иметь камеру высокого разрешения для проведения видеоконференций, принтер, формата не менее А4, цифровую фотокамеру и сканер А4 с полноразмерным слайд-адаптером, рассчитанным на ввод рентгеновских снимков.

3.7. Назначение и требования к мобильному комплексу связи и телемедицины

Назначение

Мобильный комплекс связи и телемедицины предназначен для:

- передачи аудио- и видеоинформации с места ДТП и ЧС и в процессе медицинской эвакуации пациента;
- проведения видеоконференций с борта автомашины и из медицинских организаций;
- проведения экстренных телемедицинских консультаций.

Общие требования к мобильному комплексу связи и телемедицины

Мобильный комплекс связи и телемедицины должен работать непосредственно около пациента и обеспечивать передачу медицинской информации и видеоконференцсвязь по беспроводной сети на автомобиль и далее по спутниковому каналу, либо по каналу мобильной связи 3G в телемедицинский консультативный центр.

В состав комплекса должны входить:

- ноутбук со встроенной веб-камерой, программным обеспечением;
- телемедицинской системы и видеоконференцсвязи;
- смартфон с экраном не менее 8 см с высоким разрешением и двумя камерами на противоположных сторонах для ведения видеоконференции и показа пациента телемедицинской консультации;
- беспроводной роутер с возможностями 3G для работы в сетях региональных операторов мобильной связи;
- наушники и влагозащитный чемодан.
- мобильный комплекс связи и телемедицины поставляется в 2-х экз.

3.8. Назначение и требования к оборудованию для локальной сети с выделенным наземным каналом связи с телекоммуникационной сетью ВСМК.

Назначение

Оборудование для локальной сети с выделенным наземным каналом связи с телекоммуникационной сетью ВСМК предназначено для соединения между собой стационарных технических средств ТЦМК, обеспечения их совместной работы, а также для связи с телекоммуникационной сетью ВСМК в виде наложенного на сеть Интернет VPN-канала.

Общие требования к локальной сети с выделенным наземным каналом связи

Региональный комплекс управления, связи и взаимодействия должен быть подключен к местному провайдеру интернет-услуг по каналу «последняя миля», который имеет скорость не менее 2 Мбит/с.

Региональный провайдер интернет-услуг должен предоставлять не менее 1 реального IP-адреса и безлимитный доступ в интернет.

Оборудование для локальной сети должно обеспечивать автоматическую маршрутизацию не менее 6 реальных IP-адресов телекоммуникационной сети ВСМК по наземному и спутниковому каналам.

3.9. Назначение и требования к устройству защиты конфиденциальной медицинской информации.

Назначение

Устройство защиты конфиденциальной медицинской информации предназначено для защиты оборудования регионального комплекса управления, связи и взаимодействия территориальных центров медицины катастроф от несанкционированного доступа и для организации защищенной передачи электронных документов по открытым каналам связи по всему маршруту следования документа от отправителя к получателю в телекоммуникационной сети.

Общие требования к устройству защиты конфиденциальной медицинской информации

Устройство должно быть реализовано в виде аппаратно-программного комплекса, устанавливаемого на границе выхода в открытую сеть и выполнять функции:

- сетевого экрана;
- шифратора сетевого трафика компьютеров;
- предоставлять дополнительные сервисные функции для оперативного защищенного обмена циркулярными сообщениями, проведения конференций, файлового обмена и др.

Устройство должно удовлетворять требованиям ГОСТ 28147-89 и требованиям ФСБ России к средствам криптографической защиты информации для криптографической защиты информации, не содержащей сведений, составляющих государственную тайну.

3.10. Назначение и требования к автоматизированным рабочим местам врачей-консультантов.

Назначение

АРМ врача-консультанта телемедицинского консультативного центра предназначен для получения телемедицинских запросов лечащих врачей ЛПУ региона, проведения телеконсультаций, в том числе с использованием видеоконференцсвязи, подготовки и отправки консультативных заключений.

Общие требования к АРМ врача-консультанта телемедицинского консультативного центра

АРМ врача-консультанта телемедицинского консультативного центра должен быть выполнен на серийно-выпускаемом компьютере с экраном не менее 50 см, иметь камеру высокого разрешения для проведения видеоконференций, принтер и сканер формата не менее А4 с полноразмерным слайд-адаптером, рассчитанным на ввод рентгеновских снимков.

На АРМ врачей-консультантов должно быть установлено Специальное программное обеспечение телемедицинской системы, позволяющее осуществлять:

- получение телемедицинских запросов, поступающих от консультативных пунктов региона;
- просмотр содержания телемедицинских запросов, включая медицинскую информацию в виде текста, таблиц, графиков, снимков, видео- и аудио-файлов;
- проведение сеансов видеоконференцсвязи с лечащим врачом и, при необходимости, с другими консультантами одновременно с просмотром содержания телемедицинских запросов;
- подготовку и отставку заключений на телемедицинские запросы;
- печать результатов консультаций и отчетных материалов.

На АРМ врачей-консультантов должны быть установлены средства видеоконференцсвязи с характеристиками:

- поддерживаемые протоколы: SIP, TCP/IP;
- видеостандарты H.323, H.264, H.263+, H.263;
- передача видеоизображения, звука и произвольных дополнительных данных по каналу связи от 64 до 1024 кбит/с при частоте кадров изображений от 5 до 25 кадров/с;
- средства видеоконференцсвязи должны работать через «брандмауэры» и быть совместимы с системами видеоконференцсвязи типов Tandberg, Sony, Polycom, LifeSize и эквивалентными им.

Приложение 11

Типовой регламент организации и проведения телемедицинских консультаций и консилиумов

1. При оказании экстренной консультативной медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в зависимости от срочности запроса могут проводиться следующие виды телемедицинских консультаций и консилиумов:

- экстренные телемедицинские консультации (выполняются в течение 1 часа с момента поступления заявки) - проводятся между консультативным пунктом и консультативным центром с использованием комплексов видеоконференцсвязи и (при необходимости) системы управления базой данных телемедицинских консультаций региона;

- неотложные телемедицинские консультации (выполняются в течение 1 суток с момента поступления заявки) - проводятся между консультативным пунктом и консультативным центром с использованием системы управления базой данных телемедицинских консультаций региона и, при необходимости, комплексов видеоконференцсвязи;

- отсроченные (плановые) телемедицинские консультации (выполняются);

- сроки, согласованные с консультантом) - проводятся между консультативным пунктом и консультативным центром с использованием системы управления базой данных телемедицинских консультаций региона и комплексов видеоконференцсвязи;

- телемедицинские консилиумы - проводятся между консультативным пунктом и двумя или более консультативными центрами с использованием комплексов видеоконференцсвязи в каждом центре и системы управления базой данных телемедицинских консультаций региона. Телемедицинские консилиумы проводятся, как правило, в отсроченном режиме.

2. Порядок организации проведения экстренных телемедицинских консультаций

2.1. Экстренная телемедицинская консультация проводится без предварительного согласования условий в режиме видеоконференцсвязи.

2.2. Лечащий врач пациента с АРМ консультативного пункта по системе видеоконференцсвязи соединяется с дежурным оператором региональной телемедицинской системы и сообщает по какой специальности требуется врач-консультант.

2.3. Дежурный оператор региональной телемедицинской системы по системе видеоконференцсвязи, либо по телефону находит дежурного врача-консультанта требуемой специальности и обеспечивает его подключение к видеоконференции. При невозможности видеосвязи с консультантом организуется сеанс аудиосвязи.

2.4. Лечащий врач пациента в устной форме сообщает консультанту необходимую медицинскую информацию о пациенте, сопровождая ее, при необходимости, видеоизображениями данных медицинских исследований.

2.5. Врач-консультант на основании полученной информации дает заключение и рекомендации лечащему врачу по тактике дальнейшего лечения.

2.6. Дежурный оператор региональной телемедицинской системы обеспечивает видеозапись проводимой телеконсультации.

2.7. При необходимости госпитализации пациента в другое медицинское учреждение дежурный оператор решает организационные вопросы с начальником отделения ЭКМП и МЭ ТЦМК.

2.8. По окончании экстренной консультации дежурный оператор оформляет протокол и делает запись в регистрационном журнале.

3. Порядок организации проведения неотложных и отсроченных телемедицинских консультаций

3.1. При подготовке неотложной или отсроченной (плановой) телемедицинской консультации требуется предварительное согласование условий ее проведения между ответственными представителями консультативного пункта и консультативного центра по телефону. Результаты обсуждений должны быть зафиксированы в заявке на неотложную или отсроченную телемедицинскую консультацию. Результаты этих обсуждений не носят официального характера и не накладывают взаимных обязательств на участников мероприятия. Заявка, поступившая в КДЦ, передается в клиники согласно профилю консультации.

3.2. Заявка на неотложную или отсроченную телемедицинскую консультацию должна быть передана в консультативный центр и КДЦ по электронной почте или факсу не позднее, чем за 1-2 часа до начала телемедицинской консультации.

3.3. При поступлении заявки в консультативный центр оператор консультирующего телемедицинского центра должен сделать соответствующую отметку в регистрационном журнале.

3.4. Оператор региональной телемедицинской системы должен отметить время начала телемедицинской консультации в регистрационном журнале.

3.5. Все участники неотложной или отсроченной (плановой) телемедицинской консультации должны соблюдать следующие сроки ее подготовки и проведения:

- время подготовки телемедицинской консультации - не более 24 часов с момента передачи заявки в консультативный центр;
- длительность сеанса видеоконференцсвязи по одной телемедицинской консультации - не более 60 минут;
- максимальное время передачи протокола видеоконференцсвязи на бумажном носителе из консультативного центра в консультативно-диагностический центр - не более 5 рабочих дней.

3.6. Оператор или лечащий врач консультативного пункта должен присвоить номер пациенту, если ранее телемедицинские консультации этого пациента не проводились, либо использовать ранее присвоенный номер, если телемедицинская консультация этого пациента проводилась ранее. Номер формируется следующим образом: «Регистрационный номер консультативного пункта - номер истории болезни пациента».

3.7. Оператор региональной телемедицинской системы должен отметить время начала телемедицинской консультации в регистрационном журнале и зарегистрировать заявку на телемедицинскую консультацию в базе данных телемедицинской системы.

3.8. При необходимости, телемедицинская консультация может сопровождаться сеансом видеоконференцсвязи. Если была сделана видеозапись сеанса видеоконференцсвязи, она должна храниться у оператора региональной телемедицинской системы. Факт видеозаписи должен быть отмечен в регистрационном журнале.

3.9. По каждой телемедицинской консультации должен оформляться протокол, электронная форма которого сохраняется в базе данных телемедицинской системы, в бумажном виде должно быть изготовлено три копии, одна из которых остается в консультативном центре, вторая передается в консультативный пункт, третья - в КДЦ.

3.10. Каждый экземпляр бумажной копии протокола должен быть подписан врачом - консультантом, участвовавшим в телемедицинской консультации, и оператором консультативного центра, заверен печатью организации, на базе которой организован консультативный центр.

3.11. При проведении телемедицинского консилиума действия по его подготовке и проведению аналогичной телемедицинской консультации за исключением:

- после согласования времени и длительности телемедицинского консилиума информация об этом должна быть передана в КТЦ для резервирования ресурсов на сервере многоточечной видеоконференцсвязи (СМВ);
- при оформлении протокола видеоконференции готовится столько его экземпляров на бумажном носителе, сколько центров принимало участие в мероприятии, и один контрольный экземпляр для КДЦ;

- каждый экземпляр бумажной копии протокола должен быть подписан профильным врачом - консультантом, отвечающим за свой раздел телемедицинского консилиума, и оператором соответствующего консультативного центра и заверен печатью организации, на базе которой организован консультативный центр.

3.12. Экземпляры протокола на бумажном носителе для консультативного пункта могут быть переданы через КДЦ. Допускается предварительная пересылка копий бумажных экземпляров по факсу.

4. Все участники телемедицинских консультаций и консилиумов должны соблюдать следующие сроки их проведения:

- экстренная консультация с заключением врача - консультанта должна быть проведена в течение одного часа после поступления запроса;

- неотложная консультация с заключением врача - консультанта должна быть проведена в течение 24 часов;

- отсроченная (плановая) консультация с заключением врача - консультанта должна быть проведена в течение 2 суток в рабочие дни;

- максимальное время передачи протокола видеоконсультации на бумажном носителе из консультативного центра в КДЦ должно составлять не более 5 рабочих дней.

5. При подготовке телемедицинской консультации или консилиума необходимо обеспечить высокое качество данных, в том числе отсутствие артефактов на цифровых изображениях, помех и посторонних звуков для аудиозаписей. Необходимо обеспечить передачу изображений в формате и с разрешением, утвержденным соответствующими консультативными центрами.

6. С целью обеспечения требований по защите информации (Федеральный закон Российской Федерации от 27 июля 2006 г. №152-ФЗ О персональных данных) от несанкционированного доступа необходимо обеспечить передачу данных во время телемедицинских мероприятий по защищенным каналам, либо в обезличенном виде. В частности, запрещается передавать фамилию, имя и отчество пациента в открытом виде.

7. Настоящий Регламент вводится в действие распоряжением органа управления здравоохранением субъекта Российской Федерации.

Приложение 12

ПОЛОЖЕНИЕ

об организации работы оперативно-диспетчерского отдела территориального центра медицины катастроф

1. Общие положения

1.1. Оперативно-диспетчерский отдел (ОДО) является структурным подразделением территориального центра медицины катастроф (ТЦМК).

1.2. Оперативно-диспетчерский отдел предназначен для круглосуточного информационного обеспечения в режиме повседневной деятельности и в ЧС, координации действий сил и средств Службы медицины катастроф, участвующих в ликвидации медико-санитарных последствий ЧС.

1.3. Оперативно-диспетчерский отдел оснащается современными средствами связи, имеет автоматизированные рабочие места, компьютеризированную систему управления, региональную систему экстренной консультативной медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.

1.4. Оперативно-диспетчерский отдел функционирует круглосуточно.

1.5. В структуру оперативно-диспетчерского отдела могут входить:

- диспетчерская № 1 по приему и передаче вызовов для оказания экстренной консультативной медицинской помощи;
- диспетчерская № 2 по приему и передаче оперативной информации.

2. Основные задачи и функции

2.1. Основными задачами оперативно-диспетчерского отдела являются:

- обеспечение доступности населению субъекта Российской Федерации экстренной консультативной медицинской помощи;
- организация централизованного приема вызовов и обращений и их выполнение;
- круглосуточный контроль базы данных информационно-справочного обеспечения;
- организация видеоконференцсвязи.

2.2. В режиме повседневной деятельности в соответствии с поставленными задачами персонал ОДО выполняет следующие функции:

- круглосуточный централизованный прием вызовов из медицинских организаций с обязательной записью диалога на жесткий диск ПК, подлежащий хранению в течение 6-ти месяцев, и фиксацией в журнал вызовов;
- сортировка вызовов по срочности;
- организация своевременного выполнения вызовов медицинскими специалистами ТЦМК и его филиалов;
- прием и передача донесений и другой информации о ЧС;
- организацию и проведение видеоконференцконсультаций и консилиумов;

- контроль и учет работы санитарного авто- и авиатранспорта;
- проведение мероприятий по выполнению норм и требований санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима, соблюдению правил техники безопасности.

2.3. Организация работы персонала ОДО при возникновении чрезвычайной ситуации:

- срочный сбор и анализ информации о возникшей ЧС и создавшейся медико-тактической обстановке;
- экстренная передача оперативных материалов всем заинтересованным службам и ведомствам в соответствии с Соглашением о взаимодействии;
- принятие совместно с руководством ТЦМК оперативно-тактических решений по первичному вводу сил и средств;
- передача срочных донесений по назначению;
- прием поступивших распоряжений, заданий от вышестоящих органов управления здравоохранением и передача их по назначению;
- координация действий и обеспечение рационального использования сил и средств Службы медицины катастроф, участвующих в ликвидации последствий ЧС;
- круглосуточное обеспечение оперативных решений по коррекции действий сил и средств Службы медицины катастроф в зависимости от динамики ситуации.

Приложение 13

ПОЛОЖЕНИЕ

об организации деятельности трассового пункта экстренной медицинской помощи территориального центра медицины катастроф и других медицинских организаций

1. Общие положения

1.1. Настоящее Положение регулирует вопросы организации деятельности трассового пункта экстренной медицинской помощи (ТП ЭМП) территориального центра медицины катастроф (ТЦМК) или другой медицинской организации.

1.2. Трассовый пункт экстренной медицинской помощи является структурным подразделением ТЦМК и предназначен для оказания экстренной медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях (ДТП) на федеральных автомобильных дорогах (ФАД).

1.3. Специалисты трассового пункта экстренной медицинской помощи осуществляют свою деятельность на основе действующего законодательства Российской Федерации, Постановлений Правительства Российской Федерации, приказов и указаний Минздрава России, Порядка оказания экстренной консультативной медицинской помощи и проведения

медицинской эвакуации в режиме повседневной деятельности, Устава, приказов и распоряжений руководителя ТЦМК или другой медицинской организации, формирующей ТП ЭМП, заместителя руководителя по лечебной работе ТЦМК или другой медицинской организации, формирующей ТП ЭМП, а при организации авиамедицинской бригады при ТП ЭМП - и заведующего отделением ЭКМП и МЭ, а также в соответствии с настоящим Положением.

1.4. Непосредственное руководство трассовым пунктом осуществляет заместитель руководителя ТЦМК по лечебной работе или заведующий отделением ЭКМП и МЭ.

1.5. Трассовый пункт экстренной медицинской помощи может размещаться на базе стационарного поста дорожно-патрульной службы (ДПС) или в специально оборудованном и охраняемом помещении, расположенном на участке федеральной или крупной региональной автомобильной дороги с повышенной аварийностью.

1.6. Состав бригады ТП ЭМП утверждается приказом руководителя ТЦМК.

2. Цели и задачи трассового пункта экстренной медицинской помощи

2.1. Основной целью ТП ЭМП является сокращение времени ожидания экстренной медицинской помощи пострадавшим в ДТП на месте происшествия на закрепленном участке ФАД.

2.2. Основными задачами медицинского персонала ТП ЭМП являются:

- оказание пострадавшим в ДТП доврачебной и, при возможности, врачебной первичной медико-санитарной помощи, включающей комплекс мероприятий, направленных на восстановление или поддержание жизненно важных функций организма пострадавшего при ДТП на месте происшествия и при проведении медицинской эвакуации;

- при необходимости привлечения на место ДТП дополнительных бригад СМП и сил и средств ТЦМК для ликвидации медико-санитарных последствий дорожно-транспортных происшествий;

- оказание экстренной медицинской помощи в объеме доврачебной и, при возможности, врачебной первичной медико-санитарной помощи гражданам, обратившимся за помощью на трассовый пункт при угрожающих жизни состояниях и несчастных случаях.

3. Организация работы трассового пункта экстренной медицинской помощи

3.1. Трассовый пункт экстренной медицинской помощи функционирует в круглосуточном режиме.

3.2. Медицинский персонал ТП ЭМП оказывает экстренную медицинскую помощь пострадавшим в ДТП в радиусе до 50 км от места дислокации ТП ЭМП с учетом 20-минутной доступности. Радиус обслуживания определяет ТЦМК субъекта Российской Федерации.

3.3. Трассовый пункт комплектуется медицинским персоналом и водителями санитарного транспорта из числа жителей ближайшего населенного пункта – работников центральной районной больницы, находящейся в зоне ответственности на данном участке ФАД или за счет собственных сотрудников ТЦМК.

3.4. Трассовый пункт экстренной медицинской помощи оснащается автомобилем скорой медицинской помощи класса С, обеспечивается необходимым количеством перевязочного материала и шин для иммобилизации конечностей, лекарственными препаратами, средствами для реанимационных мероприятий на 10 пострадавших, стационарной и мобильными радиостанциями, мобильными телефонами для обеспечения устойчивой связи с ТЦМК, станцией (отделением) СМП, ЦРБ, другими медицинскими организациями зоны ответственности за данный участок ФАД (участковыми больницами, амбулаториями, фельдшерско-акушерскими пунктами) и постами ДПС, расположенными на этой федеральной автомобильной дороге.

3.4. В случаях использования ТП ЭМП для оказания экстренной санитарно-авиационной помощи на территории трассового пункта должна быть оборудована вертолетная площадка и созданы условия для дежурства персонала авиамедицинской бригады и летного экипажа вертолета.

3.5. Работа медицинского персонала ТП ЭМП проводится в соответствии со стандартами оказания скорой медицинской помощи.

3.6. Трассовый пункт экстренной медицинской помощи может использоваться для оказания санитарно-авиационной помощи. С этой целью на территории ТП ЭМП оборудуется вертолетная площадка «подскока» и организуются дежурства медицинского вертолета легкого класса и авиамедицинской бригады.

3.6. Ситуации, при которых привлекается персонал выездной медицинской бригады трассового пункта экстренной медицинской помощи ТЦМК:

- все виды ЧС и угроза их возникновения;
- дорожно-транспортные происшествия;
- обращения больных и пострадавших при ДТП на трассовый пункт за амбулаторной помощью;
- работа в составе БрЭР или бригады скорой медицинской помощи;
- при наличии дежурного вертолета – работа в составе авиамедицинской бригады.

Приложение 14

Критерии применения вертолетов при проведении санитарно-авиационной эвакуации

I. Критерии применения вертолета для проведения санитарно-авиационной эвакуации пострадавшего, получившего травму:

- повреждения, сопровождающиеся нарушением проходимости верхних дыхательных путей;
- длительное извлечение + серьезные травмы 2-х и более локализаций;
- подозрение на проникающее ранение с повреждением 1-й и более полостей (череп, грудь, живот);
- ампутация - травматический отрыв сегмента конечности более, чем кисть или стопа;
- острое кровотечение с систолическим АД менее 90 мм рт. ст – травматический шок II – IV степени;
- ожоги площадью более 15% туловища, конечностей;
- ожоги головы, лица, шеи, дыхательных путей II и более степени;
- травма спинного мозга, неврологический дефицит при травме головного мозга;
- нестабильное повреждение шейного отдела позвоночника или повреждение, сопровождающееся нарушением проходимости верхних дыхательных путей;
- индекс тяжести травмы 8 баллов или ниже;
- ЧД менее 10 или более 30 в 1 минуту;
- ЧСС менее 60 или более 120 в 1 минуту;
- возраст менее 5 лет при сочетанной множественной травме.

II. Критерии вызова вертолета к больному:

- остановка дыхания в течение последних 12 часов;
- остановка сердца в течение последних 12 часов;
- острое психическое заболевание без реакции на лечение;
- отек головного мозга;
- проведение внутривенной вазоактивной терапии;
- водитель ритма;
- проведение внутривенной антиаритмической терапии;
- ИВЛ;
- писк развития обструкции дыхательных путей;
- острое обезвоживание при нарушении сознания;
- инвазивные методы борьбы с гипотермией;
- интраартериальный баллон – насос;
- катетеризация артерии;
- использование катетера в легочной артерии;
- инвазивный мониторинг внутричерепного давления;
- ЧД менее 10 или более 30;
- ЧСС менее 50 или более 150;
- систолическое АД менее 90 или более 200;
- ацидоз с рН менее 7.2;
- транспортировка (доставка) донорского материала;

- острый инфаркт миокарда, требующий диагностических и лечебных процедур, невозможных в отправляемом ЛПУ;
- церебро – васкулярные расстройства, требующие диагностических и лечебных процедур, невозможных в отправляющем ЛПУ;
- некупируемые судороги;
- беременность высокого риска.

III. Критерии межбольничной эвакуации детей:

- произошедшие или могущие произойти жизненно опасные расстройства сердечно-сосудистой системы, которые невозможно купировать в отправляющем медицинском учреждении;
- произошедшие или могущие произойти жизненно опасные респираторные расстройства, которые невозможно купировать в отправляющем медицинском учреждении;
- необходимость ИВЛ;
- ЧД менее 10 или более 60 в 1 мин.;
- систолическое давление у новорожденного менее 60 мм.рт.ст.;
- систолическое давление у ребенка до 2-х лет менее 65 мм.рт.ст.;
- систолическое давление у ребенка 2 – 5 лет менее 70 мм.рт.ст.;
- систолическое давление у ребенка 6 – 12 лет менее 80 мм.рт.ст.;
- утопление с явлениями гипоксии и нарушением сознания;
- эпилептический статус;
- острый бактериальный менингит;
- острая почечная недостаточность;
- токсический синдром;
- синдром Рейе;
- гипотермия;
- Множественная сочетанная травма.

IV. Показания к госпитализации в травматологический центр

После осмотра витальных функций и уровня сознания:

1. Физиология:

- комы по шкале Глазго менее 13 или
- систолическое давление менее 90 или
- ЧД менее 10 или более 29 или
- шкала травмы менее 11;
- шкала детской травмы менее 9.

Анатомия:

- проникающие ранения головы, шеи, туловища, конечностей с нарушением кровообращения, движений и иннервации;
- флотирующая грудная клетка;
- комбинация травмы и более 10% глубокого ожога или ожогов верхних дыхательных путей;
- два или более перелома длинных трубчатых костей;

- перелом костей таза;
- параличи;
- ампутация выше стопы или кисти.

3. Механизм травмы – ДТП, сопровождающиеся повреждениями, указанными в п. 2 (Анатомия).

Сопутствующие отягчающие факторы:

- возраст менее 5 или более 55 лет;
- известные сердечные, легочные заболевания;
- принятие психотических средств;
- сахарный диабет;
- беременность более 12 недель;
- цирроз печени;
- онкологическое заболевание;
- коагулопатии.

Приложение 15

Медицинские стандарты и протоколы проведения санитарно-авиационной эвакуации

1. Стандарты проведения санитарно - авиационной эвакуации

1.1. Стандарт осмотра:

- определение уровня сознания по шкале комы Глазго;
- оценка проходимости верхних дыхательных путей (проходимость интубационной или трахеостомической трубки и герметичность манжетки);
- анализ ЭКГ, гемодинамики и микроциркуляции;
- наличие и достоверность нахождения дренажей в полостях, катетеров, повязок, накладок и надежности их фиксации;
- лабораторные исследования - шкала SOFA;
- шоковый индекс, симптом белого пятна, шкала травмы;
- обзорная рентгенограмма грудной клетки (для исключения возникновения осложнений при взлете и посадке);
- анализ проводимой терапии;
- определение транспортабельности.

1.2. Стандарт наблюдения – мониторинг показателей жизненно важных функций организма пациента.

1.3. Стандарт лечения:

- общие принципы - правило трех катетеров, ABCDE и др.;
- по нозологиям - ЧМТ, спинальная травма, сочетанная травма, шок, ожоги и пр.

1.4. Стандарт ухода за пациентом:

- смена повязок;
- температурный режим;
- защита глаз;
- лаваж ГБД и т.д.

1.5. Стандарт подготовки к санитарно-авиационной эвакуации (пациент находится в стационаре 1 – го эшелона):

- замена монитора наблюдения;
- замена аппарата ИВЛ;
- замена или постановка катетеров, дренажей;
- изменение программы инфузионной терапии (по показаниям отказ от кристаллоидов, переход на комбинацию с инфуколом);
- профилактика тромбоэмболии: наложение эластичных бинтов или компрессионных чулок на нижние конечности, введение профилактических доз гепарина;
- проба с переключением пострадавшего (контроль гемодинамических показателей – АД, ЧСС и т.д.);
- фиксация пациента в вакуумном матрасе или на спинальной доске.

2. Протоколы работы: «Статистическая карта» и «Контрольные карты».

2.1. Контрольная карта «Подготовка к рулению и взлету»:

- укладка пациента головой вперед по ходу полета и фиксация его ремнями безопасности;
- выведение и открытие всех дренажей и зондов;
- продолжение инфузионной терапии;
- введение медикаментов (анестетики, кардиотоники, антиаритмики) с помощью перфузоров;
- закрепление медицинского оборудования;
- установка реанимационных чемоданов в доступном месте;
- мониторинг: неинвазивного измерения артериального давления (НИАД), ЧСС, ЧДД, сатурация, капнография по показаниям.

2.2. Контрольная карта «Взлет и набор высоты»

Через каждые 1000 метров набора высоты:

- коррекция подачи кислорода и мониторинг параметров ИВЛ по сатурации;
- коррекция объема и качества инфузии по НИАД;
- коррекция скорости подачи анестетиков и кардиотоников по частоте сердечных сокращений (ЧСС) и уровню сознания;
- коррекция давления в манжете интубационной (трахеостомической) трубки манометром.

2.3. Контрольная карта «Полет на эшелоне»

Горизонтальный полет:

- рассчитывается объем и качество инфузионной терапии;
- посиндромная терапия с учетом неврологической картины;

- гемодинамических показателей и физикальных данных;
- контролируется работа всего оборудования.
- контролируется работа источников электропитания и подачи кислорода.

2.4. Контрольная карта «Снижение, посадка»

Каждые 1000 метров снижения:

- проверка фиксации пациента и оборудования;
- оценка реакции гемодинамики на терапию;
- коррекция подачи кислорода и параметров ИВЛ по сатурации;
- коррекция объема и качества инфузии по НИАД;
- коррекция скорости подачи анестетиков и кардиотоников по ЧСС и уровню сознания;
- коррекция давления в манжете интубационной трубки;
- обезболивание до перекладывания в машину СМП.

Приложение 16

Алгоритм телефонной консультации

I. Порядок прохождения вызова

1.1. При поступлении обращения из ЛПУ субъекта РФ в ОДО дежурный диспетчер фиксирует:

- время приема вызова;
- населенный пункт, ЛПУ, ФИО врача, телефон отделения, где находится пациент, цель обращения;
- данные по пациенту: ФИО, возраст, дата поступления в стационар, место жительства, место работы и должность, диагноз ЛПУ, осложнения, дата и объем уже выполненного на месте лечения.

Полученные данные заносятся в единую компьютерную базу данных ОДО. Запись разговора записывается на электронный носитель.

1.2. Старший (дежурный) врач ОДО принимает решение о привлечении необходимого специалиста:

- в обязательном порядке к консультации привлекается профильный специалист (хирург, травматолог, нейрохирург, акушер-гинеколог и т.д.)
- в случае, когда пациент находится в РАО или в ПИТе, к телефонной консультации привлекается врач анестезиолог-реаниматолог;
- решение о привлечении к консультации «узких» специалистов принимается индивидуально по каждому пациенту с привлечением заведующего отделением ЭКМП и МЭ;
- организационно-тактические решения принимаются совместно с начмедом, дежурным администратором.

1.3. Во время телефонной консультации врачи-консультанты обязаны соблюдать правила медицинской этики и деонтологии, вести разговор в соответствии с п.II Алгоритма телефонной консультации. О принятом тактическом решении информируется врач обратившегося ЛПУ.

1.4. Принятие тактического решения (телефонная консультация, выезд на место в ЛПУ, дистанционное наблюдение) зависит от уровня ЛПУ, уровня РАО, квалификации специалистов на местах.

1.5. Повторное обращение из ЛПУ диктует необходимость выезда специалистов отделения ЭКМП и МЭ на место для проведения очной консультации.

1.6. В случае принятия решения о выезде на место врач-консультант дает заочную рекомендацию по дообследованию и коррекции лечения до прибытия специалиста (ов) отделения ЭКМП и МЭ.

II. Порядок проведения заочной консультации по телефону

2.1. При заочной консультации по телефону врач-консультант последовательно выясняет следующее:

- жалобы, если состояние пациента позволяет их предъявлять, если нет, то со слов врача;

- анамнез заболевания: сроки начала заболевания, куда обращался пациент и какую помощь получал, эффект терапии, осложнения;

- анамнез жизни: ВИЧ-статус, наличие хронических сопутствующих заболеваний, перенесенных заболеваний и оперативных вмешательств в прошлом, наследственность, аллергический статус и переносимость медикаментов, терапию гормональными препаратами, длительность и вид препарата, сведения о проведении и течении общего обезболивания в прошлом;

- объективный статус пациента на момент обращения в ТЦМК и наличие динамики от момента поступления:

- состояние (удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое, терминальное);

- уровень сознания по шкале Глазго, наличие седации, дозы и чем она проводится;

- состояние кожных покровов, видимых слизистых оболочек и лимфатических узлов (цвет, сухость, целостность, саливация);

- функция внешнего дыхания – симметричность грудной клетки, ЧДД, сатурация, одышка; если проводится ИВЛ, то в каком режиме и на каком респираторе, процентное содержание кислорода во вдыхаемой смеси, наличие кислородозависимости; характер и количество отделяемого по плевральным дренажам;

- ССС-АД, пульс, ЦВД, наличие инотропной поддержки, ее доза и методика проведения, наличие блокад или аритмий;

- органы брюшной полости: симметричность живота, наличие перистальтики, болезненность пальпации органов брюшной полости, вздутие

живота, рвота, сброс по назогастральному зонду, эффективность нутритивной поддержки, диарея, состояние послеоперационной раны, наличие и характер отделяемого из брюшной полости (гноя, асцит, кишечное отделяемое, кровь и т.п.);

- мочеполовая система: визуализация поясничной области, темп и количество диуреза, стимуляция, цвет мочи, наличие патологических примесей и удельный вес, симптом поколачивания;

- локальный статус выясняется детально соответствующим специалистом в зависимости от нозологической формы (неврологический, акушерский, гинекологический, хирургический и т.п.);

- диагноз, осложнения;

- дополнительные методы исследования: ОАК, ОАМ, биохимический спектр, коагулограмма, КОС, токсикограмма, R-графия и R-скопия с возможностью передачи цифровой информации на сервер в ОДО ТЦМК, ЭХО-энцефалоскопия, ЭКГ, КТ, ЯМРТ, эндоскопия и т.д.

2.2. Проведенное лечение и меры по устранению возникших осложнений, их эффективность.

2.3. Оценка тяжести состояния пациента, находящегося на интенсивном этапе лечения в РАО, производится только для пациентов с полиорганной недостаточностью. Также выясняется наличие следящей аппаратуры и качество мониторинга за больным.

2.4. Для пациентов без синдрома полиорганной дисфункции оценка объективного статуса проводится в соответствии с правилами протекции (п.1).

2.5. Оценка транспортабельности больного проводится с учетом шкалы безопасной транспортировки.

2.6. Экспертная оценка необходимости и достаточности проведенного оперативного лечения на месте и необходимость в повторных и (или) дополнительных оперативных вмешательствах проводится врачом-специалистом по профилю заболевания, при необходимости с привлечением заведующего отделением ЭКМП и МЭ и ведущих специалистов ТЦМК и Минздрава субъекта РФ.

3. После выяснения всей информации врач-консультант проводит коррекцию лечения, рекомендует дополнительные методы исследования и определяет дальнейшую тактику ведения пациента:

- дистанционное мониторинговое наблюдение (экстренное или плановое);
- консультация на месте с выездом консультанта в ЛПУ;
- оперативное лечение на месте своими силами или с привлечением специалистов отделения ЭКМП и МЭ;
- медицинская эвакуация пациента в региональное ЛПУ;
- предэвакуационная подготовка;
- организация консилиума силами ЛПУ на месте с повторной консультацией по телефону в ТЦМК.

**Рекомендуемые штатные нормативы структурных подразделений
ТЦМК и других медицинских организаций, участвующих в оказании
экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской
эвакуации**

Приложение 17

**Рекомендуемые штатные нормативы медицинского персонала
отделения экстренной консультативной медицинской помощи и
медицинской эвакуации территориального центра медицины катастроф
и других медицинских организаций**

Наименование должности	Количество должностей
Заведующий отделением	1 на отделение
врач анестезиолог – реаниматолог (врач СМП) авиамедицинской бригады	5,25 на 1 круглосуточный пост на 1 бригаду
фельдшер (медицинская сестра) авиамедицинской бригады	5,25 на 1 круглосуточный пост на 1 бригаду
врач анестезиолог-реаниматолог	5,25 на 1 круглосуточный пост, число постов по объему работы отделения
врач травматолог – ортопед	5,25 на 1 круглосуточный пост или по договору*
врач хирург	5,25 на 1 круглосуточный пост или по договору *
врач нейрохирург	5,25 на 1 круглосуточный пост или по договору*
врач акушер – гинеколог	5,25 на 1 круглосуточный пост или по договору *
врач кардиолог	5,25 на 1 круглосуточный пост или по договору *
врач эндоскопист	5,25 на 1 круглосуточный пост или по договору*
врач УЗИ-диагностики	5,25 на 1 круглосуточный пост или по договору *
врач невролог	5,25 на 1 круглосуточный пост или по договору *
врач уролог	5,25 на 1 круглосуточный пост или по договору
врач терапевт	5,25 на 1 круглосуточный пост

	или по договору *
врач анестезиолог-реаниматолог для вызовов к детям**	5,25 на 1 круглосуточный пост или по договору
врач неонатолог**	5,25 на 1 круглосуточный пост или по договору *
врач педиатр**	5,25 на 1 круглосуточный пост или по договору
врач детский хирург**	5,25 на 1 круглосуточный пост или по договору*
врачи – специалисты других специальностей	5,25 на 1 круглосуточный пост или по договору *
старший фельдшер	1 на отделение
фельдшер	соответственно объемам работы отделения
фельдшер-водитель	соответственно объемам работы отделения
медицинская сестра-анестезист	по числу врачей анестезиологов – реаниматологов
медицинская сестра операционной	соответственно объемам работы отделения
медицинская сестра	соответственно объемам работы отделения
санитар – дезинфектор	соответственно объемам работы отделения
санитар	соответственно объемам работы отделения

* или совместительство;

** вводится при отсутствии детского отделения ЭКМП и МЭ.

Приложение 18

Рекомендуемые штатные нормативы медицинского персонала детского отделения экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации территориального центра медицины катастроф и других медицинских организаций

Наименование должности	Количество должностей
Заведующий отделением	1 на отделение
врач анестезиолог – реаниматолог авиамедицинской бригады	5,25 на 1 круглосуточный пост на 1 бригаду
фельдшер (медицинская сестра) авиамедицинской бригады	5,25 на 1 круглосуточный пост на 1 бригаду
врач анестезиолог-реаниматолог	5,25 на 1 круглосуточный пост, число постов по объему работы отделения
врач педиатр	5,25 на 1 круглосуточный пост или по договору*
врач детский хирург	5,25 на 1 круглосуточный пост или по договору *
врач неонатолог	5,25 на 1 круглосуточный пост или по договору*
врачи – специалисты других специальностей	5,25 на 1 круглосуточный пост или по договору*
старший фельдшер	1 на отделение
фельдшер	соответственно объемам работы отделения
фельдшер-водитель	соответственно объемам работы отделения
медицинская сестра-анестезист	по числу врачей анестезиологов – реаниматологов
медицинская сестра операционной	соответственно объемам работы отделения
медицинская сестра	соответственно объемам работы отделения
санитар – дезинфектор	соответственно объемам работы отделения
санитар	соответственно объемам работы отделения

* или совместительство

Приложение 19

**Рекомендуемые штатные нормативы трассового пункта экстренной
медицинской помощи территориального центра медицины катастроф и
другой медицинской организации**

Наименование должности	Количество должностей
------------------------	-----------------------

Врач СМП (врач анестезиолог – реаниматолог)	5,25 (круглосуточный пост)
фельдшер (медицинская сестра)	5,25 (круглосуточный пост)
водитель – санитар автомобиля СМП	круглосуточный пост

*Решением органа управления здравоохранением субъекта Российской Федерации медицинский персонал трассового пункта может быть увеличен до 2-х круглосуточных фельдшерских постов + фельдшер (медицинская сестра) по приему и передаче вызовов выездной бригаде (1 круглосуточный пост) + медицинская сестра-анестезист при наличии врача анестезиолога – реаниматолога(1 круглосуточный пост).

Приложение 20

Типовой Государственный контракт № возмездного оказания услуг

«__»_____20__г.

Государственное учреждение здравоохранения «Территориальный центр медицины катастроф_____ области» от имени субъекта Российской Федерации в лице директора_____, действующего на основании Устава и именуемого в дальнейшем «**Заказчик**» с одной стороны, и _____, именуемый в дальнейшем «**Исполнитель**» с другой стороны, именуемые при совместном упоминании «**Стороны**», заключили настоящий государственный контракт (далее - контракт) о нижеследующем:

1. Предмет контракта

1.1. По контракту возмездного оказания услуг Исполнитель обязуется по заданию Заказчика в экстренном порядке оказывать услуги по _____ (специальность) в медицинских организациях города_____ и _____ области, а Заказчик в свою очередь обязуется оплачивать оказанные услуги на основании акта выполненных работ и подтверждения о проведении консультации, полученного в медицинской организации.

1.2. При оказании услуг Стороны обязуются принимать во внимание предлагаемые друг другу рекомендации, касающиеся предмета настоящего контракта.

2. Права и обязанности сторон

2.1. Исполнитель обязан:

2.1.1. оказывать указанные в пункте 1.1. настоящего контракта услуги лично с обязательными записями в задании врачу-консультанту и листе

консультанта. В этих документах консультант отражает историю заболевания (травмы), состояние пациента, диагноз, проведенное лечение, рекомендации по обследованию, дальнейшему лечению и тактике ведения, указывает дату и время оказания услуги, свой статус консультанта и ставит подпись.

2.1.2. оказывать услуги надлежащего качества;

2.1.3. лично или через доверенное лицо представлять в планово-экономический отдел Заказчика контракт, акт выполненных работ и справку о выполнении задания, заверенную подписью руководителя или лица, его замещающего, и печатью, на которой указано название медицинской организации, в которой проведена консультация. Срок представления документов - один рабочий день с момента выполнения задания.

2.2. Заказчик обязан:

2.2.1. предоставить Исполнителю транспорт для прибытия к месту консультации и обратно;

2.2.2. оплатить оказанные услуги в соответствии с пунктом 3.3. настоящего контракта.

2.3. Заказчик имеет право:

2.3.1. В любое время проверять ход и качество работы, выполняемой Исполнителем, не вмешиваясь в его деятельность.

3. Цена контракта и порядок оплаты

3.1. Цена контракта является твердой и определяется на весь срок действия контракта.

3.2. Стоимость одной консультации по настоящему контракту _____ руб.

Сумма контракта с учетом начисленных налогов составляет

(_____)

руб. ___ копеек.

3.3. Оплата оказанных услуг осуществляется в течение 30 банковских дней на основании актов выполненных работ, заверенных сторонами и документов, представленных Исполнителем в бухгалтерию Заказчика.

3.4. С доходов Исполнителя Заказчик уплачивает налоги в порядке и размерах, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

4. Ответственность сторон

4.1. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

4.2. За просрочку платежей за оказанные услуги в установленные сроки Исполнитель вправе потребовать от Заказчика уплаты неустойки в размере 1/300 ставки рефинансирования Центрального банка Российской Федерации.

Федерации, установленной на день уплаты неустойки, от размера задолженности, но не более основной суммы контракта.

4.3. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения своих обязательств Заказчик направляет Исполнителю требование об уплате неустойки в размере 1/300 ставки рефинансирования Центрального банка Российской Федерации, установленной на день уплаты неустойки, от стоимости неоказанных услуг за каждый день просрочки, но не более основной суммы контракта.

4.4. Сторона освобождается от уплаты неустойки, если докажет, что неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательства, предусмотренного контрактом, произошло вследствие непреодолимой силы или по вине другой стороны.

5. Порядок разрешения споров

5.1. Споры и разногласия, которые могут возникнуть при исполнении настоящего контракта, разрешаются путем переговоров между Сторонами.

5.2. В случае невозможности разрешения споров путем переговоров Стороны их передают на рассмотрение в _____ районный суд города _____.

6. Заключительные положения

6.1. Настоящий контракт составлен в двух экземплярах и имеет одинаковую юридическую силу.

6.2. Заказчик может расторгнуть настоящий контракт до окончания срока его действия в случае неоднократного нарушения Исполнителем пункта 2.1.1. настоящего контракта, а также в случае заключения с Исполнителем трудового контракта (зачисление в штат учреждения на условиях внешнего совместительства или на основное место работы).

6.3. Исполнитель может расторгнуть настоящий контракт до окончания срока его действия в случаях:

6.3.1. нарушения Заказчиком пункта 3.3. настоящего контракта;

6.3.2. по заявлению Исполнителя за 1 месяц до предполагаемого срока расторжения контракта.

6.4. Стороны могут расторгнуть контракт по обоюдному согласию в любое время его действия путем составления соглашения о расторжении в порядке, предусмотренном ГК РФ.

6.5. Настоящий контракт вступает в силу с момента подписания и распространяет свое действие на отношения, возникшие с «__» ____ 20__ г. (ст.425 ГК РФ). Контракт действует до 31.12.20__ г.

7. Юридические адреса и Реквизиты сторон:

Исполнитель Ф.И.О. Паспорт серия № Дата выдачи . . .20 г. Выдан	Заказчик ГКУЗ «ТЦМК _____ области» Адрес: Тел. Реквизиты:
ИНН	

ПФР	
Дата рождения ____ 19 ____ г.	
Ученое звание	
Адрес: _____, г. _____, ул. _____ д. _____, кв. _____	Директор
	Ф.И.О.
	МП

**Акт выполненных работ
к контракту возмездного оказания услуг №**

« ____ » _____ 20__ г.

Задание врача - консультанта №

Государственное учреждение здравоохранения «Территориальный центр медицины катастроф _____ области» в лице директора _____, действующего на основании Устава и именуемое в дальнейшем «**Заказчик**», с одной стороны, и _____, именуемый в дальнейшем «**Исполнитель**» с другой стороны, настоящим актом подтверждаем выполнение обязательств по заключенному контракту **Исполнителем** за период времени с _____ по _____

Замечания по выполненной работе:

Исполнитель

Заказчик

/ _____ /

_____ /

Регистрация государственного контракта врача-консультанта в соответствии с Федеральным законом «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд» (№44-ФЗ от 05.04.2013):

1. пункт 9 части 1 статьи 93 с направлением уведомления об осуществлении закупки у единственного поставщика (подрядчика, исполнителя) в контролирующий орган (министерство финансов Волгоградской области);

2. пункт 4 части 1 статьи 93 Закона от 04.04.2013 №44-ФЗ (в редакции Закона от 04.06.2014 №140-ФЗ)

**Материально-техническое оснащение структурных подразделений
ТЦМК и других медицинских организаций, участвующих в оказании**

экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации

Приложение 21

Типовой стандарт материально-технического оснащения отделения экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации территориального центра медицины катастроф и других медицинских организаций

1. Авиамедицинская бригада (расчет потребности на 1 бригаду)

№ п/п	Наименование	Ед. измер.	Кол-во
1	2	3	4
I. Медицинское оборудование			
1.	Аппарат ИВЛ ручной АМБУ (взрослый и детский)	шт.	2
2.	Аппарат ИВЛ с возможностью работы от источника кислорода или от турбины типа LTV – 1000 Pulmonetic или I-Vent		
3.	Монитор витальных функций транспортный с функциями дефибриллятора, водителя ритма, электро-кардиографа типа ZOLL или Corplus	шт.	2
4.	Пульсоксиметр портативный	шт.	2
5.	Глюкометр портативный	шт.	1
6.	Аспиратор электрический		1
7.	Аспиратор ручной		1
8.	Шприцевой насос – дозатор (инфузомат)	шт.	2
9.	Укладка врача скорой помощи в кофре или рюкзаке*	шт.	1
10.	Набор реанимационный большой в кофре или рюкзаке**	шт.	1
11.	Укладка педиатрическая в кофре или рюкзаке*	шт.	1
12.	Одноразовый родовой комплект	шт.	1
13.	Комплект иммобилизаторов шейных для взрослых	шт.	2
14.	Комплект иммобилизаторов шейных для детей	шт.	2
15.	Комплект вакуумных шин для взрослых	шт.	2

16.	Комплект вакуумных шин для детей	шт.	2
17.	Матрас вакуумный	шт.	1
18.	Противошоковые штаны «Каштан»	шт.	1
19.	Щит спинальный с фиксатором головы с фиксирующими ремнями	шт.	1
20.	Шина тракционная Дитерихса	шт.	1
21.	Шина лестничная (Крамера) или аналог	компл.	1
22.	Носилки продольно-поперечно складные	шт.	1
23.	Носилки плащевые	шт.	1
24.	Штатив-держатель флаконов с инфузионными растворами	шт.	2
25.	Сумка-термостат для инфузионных растворов	шт.	2
26.	Тележка-каталка со съемными носилками	шт.	1
27.	Приемное устройство для тележки-каталки	шт.	1
28.	Баллон кислородный 2 л с редуктором	шт.	3
29.	Кювез	шт.	1
30.	Аппарат ИВЛ для новорожденных типа Штефан реаниматор	шт.	1
31.	Манометр для определения давления в эндотрахеальной трубке	шт.	1
32.	Баллон кислородный 5 л с редуктором	шт.	2
2. Выездная консультативная бригада специализированной медицинской помощи***			
1.	Аппарат ИВЛ ручной АМБУ	шт.	2
2.	Аппарат ИВЛ с возможностью работы от источника кислорода или от турбины типа LTV – 1000 Pulmonetic или I-Vent	шт.	1
3.	Монитор витальных функций транспортный с функциями дефибриллятора, водителя ритма, электро-кардиографа типа ZOLL или Corplus	шт.	1
4.	Пульсоксиметр портативный	шт.	2
5.	Шприцевой насос - дозатор (инфузомат)	шт.	2
6.	Аппарат УЗИ переносной	шт.	1
7.	Эхоэнцефалоскоп	шт.	1

8.	Фиброгастроскоп	шт.	1
9.	Манипуляционный цистоскоп	шт.	1
10.	Фибробронхоскоп	шт.	1
11.	Бронхоскоп детский ригидный	шт.	1
12.	Аппарат для внешней фиксации костных отломков	шт.	1
13.	Набор для плазмолфереза с фильтром «Роса»	шт.	1
14.	Диагностический лапароскопический комплекс	шт.	1
15.	Аппарат для временной эндокардиальной стимуляции сердца	шт.	1
16.	Аппарат «Искусственная почка» транспортный	шт.	1
17.	Портативный рентген-аппарат	шт.	1
18.	Мобильный комплекс связи и телемедицины	шт.	1
II. Коммуникационное оборудование и средства вычислительной техники			
1.	Система двухсторонней спутниковой связи с антенной не менее 1,8 м и передатчиком не менее 4Вт	шт.	1
2.	Региональная система многоточечной видео-конференцсвязи типа CISCO MCU на 20 абонентов	шт.	1
3.	Система мобильной видеоконференцсвязи типа CISCO Intern MXP	шт.	2
4.	Сервер телемедицинской системы	шт.	1
5.	Региональный сервер видеоконференцсвязи типа CISCO VCS	шт.	1
6.	Система видеоконференцсвязи типа CISCO C20 с экраном 60 дюймов	шт.	1
7.	Комплект оборудования для локальной сети с выделенным наземным каналом связи с телекоммуникационной сетью ВСМК	шт.	1
8.	Автоматизированное рабочее место (АРМ) дежурного оператора центра диспетчерского управления телемедицинской системой субъекта Российской Федерации	шт.	1
9.	АРМ оперативного дежурного	шт.	2
10.	АРМ врача-консультанта регионального телемедицинского консультационного центра	шт.	4

11.	Устройство защиты конфиденциальной медицинской информации типа VipNet	шт.	1
III. Инструментарий, медицинские принадлежности и предметы ухода больным*			
IV. Расходные материалы****			
V. Лекарственные средства и перевязочные материалы*			
VI. Инвентарь			
1.	Подушка моющаяся	шт.	1
2.	Одеяло п/ш	шт.	1
3.	Одеяло байковое	шт.	1
4.	Простынь одноразовая	шт.	10
5.	Пеленка одноразовая	шт.	10
6.	Наволочка	шт.	3
7.	Пакет для вещей пациента	шт.	2
8.	Контейнер для медицинских отходов	шт.	10
VII. Спецодежда медицинского персонала (комплект на каждого члена бригады)			
1.	Комплект рабочей одежды зимний	шт.	1
2.	Комплект рабочей одежды летний	шт.	1
3.	Накидка светоотражающая	шт.	1
4.	Обувь рабочая зимняя	пара	1
5.	Обувь рабочая летняя	пара	1
6.	Очки защитные	шт.	1
7.	Наушники шумозащитные	шт.	1
8.	Шлем лётный защитный легкий	шт.	1
9.	Жилет разгрузочный	шт.	1
VIII. Прочее			
1.	Средства связи *****	шт.	2
2.	Фонарь электрический с резервным комплектом батарей (или аккумуляторный)	шт.	2

3.	Папка с документацией	шт.	2
4.	Планшет с блокнотом	шт.	2
5.	Авторучка	шт.	2
6.	Скотч	шт.	1
7.	Лента трассировочная	шт.	1
8.	Карандаш	шт.	2
IX. Сумка для медицинской сортировки пострадавших			
1.	Сопроводительный лист для пораженных в ЧС	шт.	50
2.	Лента для маркировки пострадавшего самоклеящаяся (красного, желтого, зеленого и черного цветов) 50 см ²	шт.	100
3.	Маркер (красного, желтого, зеленого цветов)	шт.	1
4.	Степлер и скобы	шт.	1
5.	Карандаш	шт.	1
6.	Точилка	шт.	1
X.	Сухой паек (комплект на каждого члена бригады)		

количество медицинского оборудования зависит от штатной укомплектованности, количества бригад, режима дежурства и т.д.

*Комплектуется в соответствии с Приложением 13 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.03.99 г. № 100 «О совершенствовании организации оказания скорой медицинской помощи населению Российской Федерации».

**Комплектуется дополнительно к основным укладкам:

- тонометр с детской манжетой - 1 шт.
- мешок дыхательный детский с масками - 1 шт.
- воздуховоды детские (комплект) - 1 шт.
- ларингоскоп с педиатрическими клинками - 1 шт.
- трубки интубационные детских размеров - 3 шт.

***Комплектуется в зависимости от востребованности по профилю медицинской помощи и штатов отделения.

****Расходные материалы и медицинские принадлежности к медицинскому оборудованию (одноразовые магистралы, фильтры, контуры, коннекторные трубки, катетеры и пр.) комплектуются в соответствии с инструкциями по эксплуатации к конкретной медицинской аппаратуре.

*****Комплекуются в зависимости от технических возможностей конкретной территории.

3. Телемедицинское оборудование

1. Технические требования к серверу региональной телемедицинской системы		
1.1	Системный серверный блок с характеристиками:	
	Системная плата:	
	- типы поддерживаемой памяти	DDR2ECC, DDR2 PC2-4200 (DDR533), PC2-5300 (DDR667), PC2-6400 (DDR800)
	- видеоконтроллер, видеопамять	Не менее 32 Мб
	- сетевые контроллеры 10/100/1000 Мбит/с	Не менее 2
	- интегрированный RAID-контроллер	Уровней 0, 1, 0+1
	- количество каналов RAID-контроллера	Не менее 4
	Корпус:	Настольный или для стойки 19”*
	- блок питания фиксированный, мощностью	Не менее 450Вт
	- процессор двухъядерный	Наличие
	- частота	Не менее 2,8ГГц/1066/3
	- оперативная память	Не менее 2 GB типа DDR не менее 2800Mhz
	Внешняя память:	
	- жесткие диски типа SATA	Наличие
	- скорость	Не менее 7200 об/мин

	- емкость	Не менее 1500Гб
	Накопители DVD±RW	Наличие
	Мышь оптическая, 2-х кнопочная с колесом	Наличие
	Интерфейс USB	Наличие
	Сетевой фильтр, не менее 6 розеток, кабель не менее 1.8 метра	Наличие
	Сертификат соответствия Минсвязи (ССС), подтверждающий соответствие требованиям ГОСТ в области безопасности, электромагнитной совместимости, качества сигнала и др.	Наличие
	Предустановленное программное обеспечение:	
	- ОС Microsoft Windows Server 2008 Standard 32bit Edition RUS с 5-ю CAL-лицензиями «или эквивалент»	Наличие
	- SQL-Server 2008 «или эквивалент»	Наличие
	- Программное обеспечение (ПО) Антивирус с обновлением в течение 1 года (с лицензионным соглашением)	Наличие
1.2	Устройства и специальное программное обеспечение	
	Монитор	Не менее 21"
1.3	Источник бесперебойного питания:	
	- тип ИБП	Однофазный
	- мощность	Не менее 1000 ВА
	- частота	От 50 до 60 Гц (автоопределение)
	- время батарейной поддержки полная/ половинная нагрузка	Не менее 7/15 минут
	- порты USB	Наличие
1.4	Программное обеспечение сервера региональной телемедицинской системы со следующими функциями:	Наличие
	- хранение базы данных телемедицинских запросов, изображений и сопутствующей документации	Наличие

	- обеспечение обмена телемедицинскими запросами и ответами на них через сеть и по электронной почте	Наличие
2. Технические требования к автоматизированному рабочему месту (АРМ) оператора региональной телемедицинской системы		
2.1	Компьютер:	
	Корпус	Моноблок
	Процессор:	
	- частота	Не менее 2,30 ГГц
	- количество ядер	Не менее 2
	- оперативная память	Не менее 4GB
	- жесткий диск	Не менее 1000GB
	Устройство чтения карт памяти	Наличие
	Привод DVD±RW DL для работы с дисками: 25 ГБ (однослойный), 50 ГБ (двухслойный), 100/128 ГБ (BDXL);	Наличие
	Вебкамера встроенная	Не менее 1.3Мрiх
	Мышь беспроводная	Наличие
	Клавиатура беспроводная	Наличие
	Колонки, микрофон USB	Наличие
	Экран:	
	- диагональ	Не менее 61см
	- разрешение	Не менее 1920 x 1080
	Сетевые интерфейсы:	
	- Ethernet (прямой порт RJ-45) 1000BASE-T/100BASE-TX/10BASE-T	Наличие
	- Беспроводная локальная сеть IEEE 802.11b/g	Наличие
	- Bluetooth версии не ниже 3.0	Наличие
	Сетевой фильтр, не менее 6 розеток, не менее 1.8 метра	Наличие
2.2.	Источник бесперебойного питания	

	- тип ИБП	Однофазный
	- мощность	Не менее 1000 ВА
	- частота	От 50 до 60 Гц (автоопределение)
	- время батарейной поддержки полная/половинная нагрузка	Не менее 7/15 минут
2.3.	Вебкамера внешняя	
	- Разрешение (видео)	Не менее 1920x1080
2.4	Предустановленное программное обеспечение:	
	- операционная система (ОС)	64 разряда RUS
	- офисное программное обеспечение (ПО)	Наличие
	- программное обеспечение (ПО) Антивирус на 1 год	Наличие
2.5.	Программное обеспечение видеоконференцсвязи с характеристиками:	
	- поддерживаемые протоколы: SIP, TCP/IP	Наличие
	- передача видеоизображения, звука и данных по каналу связи от 64 до 1024 кбит/с при частоте от 5 до 25 кадров/с	Наличие
	- программа должна быть совместима с системами видеоконференцсвязи типа Tandberg, Sony, Polycom или «эквивалент»	Наличие
2.6.	Программное обеспечение телемедицинской системы должно обеспечивать:	
	- ввод телемедицинских запросов	Наличие
	- обмен телемедицинскими запросами и ответами на них	Наличие
2.7.	Принтер лазерный	
	Формат бумаги	Не менее А4
	Максимальное разрешение	Не менее 600 x 600 dpi
	Скорость печати	Не менее 16 стр/мин
	Интерфейс USB	Наличие

2.8.	Сканер со слайд-адаптером:	
	- тип	Планшетный, односторонний со слайд-адаптером
	- приемник излучения	CCD-матрица
	- интерфейс USB 2.0	Наличие
	- оптическое разрешение	Не менее 4800 точек/дюйм
	- форматы сжатия данных:	PDF, BMP, TIFF, TIFF сжатый, PCX, JPEG, FlashPix (FPX), GIF
	- размер сканируемого слайда	Не менее 200x250 мм
3. Технические требования к автоматизированному рабочему месту (АРМ) врача-консультанта		
3.1	Компьютер:	
	Корпус	Моноблок
	Процессор:	
	- частота	Не менее 2,30 ГГц
	- количество ядер	Не менее 2
	- оперативная память	Не менее 4GB
	- жесткий диск	Не менее 1000GB
	Устройство чтения карт памяти	Наличие
	Привод DVD±RW DL для работы с дисками: 25 ГБ (однослойный), 50 ГБ (двухслойный), 100/128 ГБ (BDXL);	Наличие
	Вебкамера встроенная	Не менее 1.3Мрiх
	Мышь беспроводная	Наличие
	Клавиатура беспроводная	Наличие
	Колонки, микрофон USB	Наличие
	Экран:	
	- диагональ	Не менее 61см

	- разрешение	Не менее 1920 x 1080
	Сетевые интерфейсы:	
	- Ethernet (прямой порт RJ-45) 1000BASE-T/100BASE-TX/10BASE-T	Наличие
	- Беспроводная локальная сеть IEEE 802.11b/g	Наличие
	- Bluetooth версии не ниже 3.0	Наличие
	Сетевой фильтр, не менее 6 розеток, не менее 1.8 метра	Наличие
3.2.	Источник бесперебойного питания:	
	- тип ИБП	Однофазный
	- мощность	Не менее 1000 ВА
	- частота	От 50 до 60 Гц (автоопределение)
	- время батарейной поддержки полная/ половинная нагрузка	Не менее 7/15 минут
3.3.	Вебкамера внешняя	
	- Разрешение (видео)	Не менее 1920x1080
3.4.	Предустановленное программное обеспечение	
	- операционная система (ОС)	64 разряда RUS
	- офисное программное обеспечение (ПО)	Наличие
	- программное обеспечение (ПО) Антивирус на 1 год	Наличие
3.5.	Программное обеспечение видеоконференцсвязи с характеристиками:	
	- Поддерживаемые протоколы: SIP, TCP/IP	Наличие
	- Передача видеоизображения, звука и данных по каналу связи от 64 до 1024 кбит/с при частоте от 5 до 25 кадров/с	Наличие
	- Программа должна быть совместима с системами видеоконференцсвязи типа Tandberg, Sony, Polycom или «эквивалент»	Наличие
3.6	Программное обеспечение телемедицинской системы	

	должно обеспечивать:	
	- получение телемедицинских запросов и подготовка ответов	Наличие
	- обмен телемедицинскими запросами и ответами на них	Наличие
3.7.	Принтер лазерный	
	Формат бумаги	Не менее А4
	Максимальное разрешение	Не менее 600 x 600 dpi
	Скорость печати	Не менее 16 стр/мин
	Интерфейс USB	Наличие
4. Технические требования к автоматизированному рабочему месту (АРМ) лечащего врача		
4.1.	Компьютер:	
	Корпус	Моноблок
	Процессор:	
	- частота	Не менее 2,30 ГГц
	- количество ядер	Не менее 2
	- оперативная память	Не менее 4GB
	- жесткий диск	Не менее 1000GB
	Устройство чтения карт памяти	Наличие
	Привод DVD±RW DL для работы с дисками: 25 ГБ (однослойный), 50 ГБ (двухслойный), 100/128 ГБ (BDXL);	Наличие
	Вебкамера встроенная	Не менее 1.3Мрiх
	Мышь беспроводная	Наличие
	Клавиатура беспроводная	Наличие
	Колонки, микрофон USB	Наличие
	Экран:	
	- диагональ	Не менее 61см

	- разрешение	Не менее 1920 x 1080
	Сетевые интерфейсы:	
	- Ethernet (прямой порт RJ-45) 1000BASE-T/100BASE-TX/10BASE-T	Наличие
	- Беспроводная локальная сеть IEEE 802.11b/g	Наличие
	- Bluetooth версии не ниже 3.0	Наличие
	Сетевой фильтр, не менее 6 розеток, не менее 1.8 метра	Наличие
4.2.	Источник бесперебойного питания	
	- тип ИБП	Однофазный
	- мощность	Не менее 1000 ВА
	- частота	От 50 до 60 Гц (автоопределение)
	- время батарейной поддержки полная/ половинная нагрузка	Не менее 7/15 минут
4.3.	Вебкамера внешняя	
	- Разрешение (видео)	Не менее 1920x1080
4.4.	Предустановленное программное обеспечение	
	- операционная система (ОС)	64 разряда RUS
	- офисное программное обеспечение (ПО)	Наличие
	- программное обеспечение (ПО) Антивирус на 1 год	Наличие
4.5.	Программное обеспечение видеоконференцсвязи с характеристиками:	
	- Поддерживаемые протоколы: SIP, TCP/IP	Наличие
	- Передача видеоизображения, звука и данных по каналу связи от 64 до 1024 кбит/с при частоте от 5 до 25 кадров/с	Наличие
	- Программа должна быть совместима с системами видеоконференцсвязи типа Tandberg, Sony, Polycom или «эквивалент»	Наличие

4.6.	Программное обеспечение телемедицинской системы должно обеспечивать:	
	- подготовка телемедицинских запросов и получение ответов	Наличие
	- обмен телемедицинскими запросами и ответами на них	Наличие
4.7.	Принтер лазерный	
	Формат бумаги	Не менее А4
	Максимальное разрешение	Не менее 600 x 600 dpi
	Скорость печати	Не менее 16 стр/мин
	Интерфейс USB	Наличие
4.8.	Сканер со слайд-адаптером:	
	- тип	Планшетный, однопроходный со слайд-адаптером
	- приемник излучения	CCD-матрица
	- интерфейс USB 2.0	Наличие
	- оптическое разрешение	Не менее 4800 точек/дюйм
	- форматы сжатия данных:	PDF, BMP, TIFF, TIFF сжатый, PCX, JPEG, FlashPix (FPX), GIF
	- размер сканируемого слайда	Не менее 200x250 мм

* дюйм

Стандарт материально-технического оснащения трассового пункта экстренной медицинской помощи территориального центра медицины катастроф и другой медицинской организации

№ п/п	Наименование	Кол-во
1	2	3
1	Медицинское оборудование и аппаратура	
1.1	Портативный аппарат искусственной вентиляции легких с комбинированным питанием (по типу «Оксилог»)	1
1.2	Аппарат ИВЛ КИ 5 М	1
1.3	Малый реанимационный набор	1
1.4	Фельдшерский набор (ящик-укладка с инструментами, медикаментами и перевязочными материалами)	1
1.5	Контейнеры для дезинфекции медицинских отходов	3
1.6	Бактерицидные облучатели	2
1.7	Медицинский холодильник (бытовой холодильник)	1
1.8	Электродефибриллятор автоматический наружный (лайфпак)	1
1.9	Пульсоксиметр	1
1.10	Электрокардиограф с комбинированным питанием 3-х канальный	1
1.11	Электроотсасыватель хирургический с вирусно-бактериальным фильтром	1
1.12	Отсасыватель с ножным приводом	1
1.13	Глюкометр с комплектом скарификаторов и тест-картриджей	1
1.14	Алкометр	1
1.15	Термоодеяло (фольга)	3
1.16	Баллон кислородный 1-ти литровый с вентилем	1

1.17	Баллон кислородный 2- х литровый с вентилем	1
1.18	Фильтры вирусно-бактериальные	1
1.19	Набор акушерский	1
1.20	Лампа бестеневая	1
1.21	Стерилизатор воздушный	2
2	Инструментарий	
2.1	Зажимы кровоостанавливающие	2
2.2	Иглы инъекционные к шприцам	200
2.3	Ножницы прямые 140 см	2
2.4	Ножницы для перевязочного материала	2
2.5	Ножницы для разрезания повязок	2
2.6	Пинцет анатомический	2
2.7	Пинцет хирургический 200 мм	2
2.8	Пинцет носовой изогнутый	2
2.9	Роторасширитель	2
2.10	Скальпель (держатель со сменными лезвиями)	2
2.11	Шпатель медицинский одноразовый стерильный	20
2.12	Шпатель медицинский металлический	5
2.13	Шприц Жане многоразовый	2
2.14	Ножницы для разрезания одежды	2
3	Малоценные материалы	
3.1	Комплект транспортных шин (лестничных)	5
3.2	Комплект шин воротниковых транспортировочных (взрослых)	5
3.3	Комплект шин воротниковых транспортировочных (детских)	3
3.4	Комплект транспортных шин разового использования	5
3.5	Лотки эмалированные н/обр	10
3.6	Неврологический молоток	2

3.7	Носилки ковшовые	2
3.8	Носилки мягкие бескаркасные плащевые	2
3.9	Очки (щитки) защитные	2
3.10	Ручка-фонарик	2
3.11	Сантиметровая лента	2
3.12	Стетофонендоскоп	2
3.13	Сфигмоманометр взрослый	2
3.14	Термометр электронный	4
3.15	Контейнер термоизоляционный с автоматическим поддержанием температуры растворов	1
3.16	Шина складная «УШС-1»	1
3.17	Штатив медицинский для внутривенных инфузий	2
3.18	Повязка косыночная	20
4	Расходные материалы	
4.1	Жгут резиновый	5
4.2	Системы для в/в инфузий	70
4.3	Катетеры мочевые однократного использования «Фолея»	5
4.4	Катетеры периферических вен № 18	60
4.5	Катетеры периферических вен № 20	60
4.6	Катетеры периферических вен № 22	15
4.7.	Катетеры аспирационные	10
4.8	«Комбитьюб» для ИВЛ без оротрахеальной интубации	5
4.9	Ларингеальные маски для ИВЛ без оротрахеальной интубации	5
4.10	Воздуховоды одноразовые №0	10
4.11	Воздуховоды одноразовые №1	5
4.12	Воздуховоды одноразовые №2	5
4.13	Воздуховоды одноразовые №3	10

4.14	Воздуховоды одноразовые №4	10
4.15	Салфетки спиртовые инъекционные	500
4.16	Бинт стерильный 5x10	135
4.17	Бинт нестерильный 7x14	135
4.18	Салфетки « АКТИВТЕКС»	60
4.19	Салфетки « ОПРАСОРБ» 20x20	40
4.20	Салфетки « ОПРАСОРБ»20x40	30
4.21	Лейкопластырь 2x50	10
4.22	Лейкопластырь б/ц 6x10	20
4.23	Перчатки хирургические стерильные 7,5-9	70
4.24	Перчатки хирургические нестерильные 7,5-9	50
4.25	Шприц одноразовый 5.0	270
4.26	Шприц одноразовый 10.0	270
4.27	Шприц одноразовый 20.0	150
4.28	Скарификаторы одноразовые	15
4.29	Одноразовые простыни (стерильные)210x140	10
4.30	Пленка СКП (клеенка подкладная) 10,0м	10
4.31	Патологоанатомические пакеты	5
4.32	Тест-полоски для глюкометра	5
4.33	Тест – системы определения паров алкоголя	40
5	Мягкий инвентарь	
5.1	Комплекты одежды	На каждого сотрудника
5.2	Комплект медика – спасателя (КМС) *	2
5.3	Комплект первой помощи (КПП)	2
6	Средства связи	

6.1	Радиостанция автомобильная	1
6.2	Радиостанция стационарная	1
6.3	Блок питания для радиостанции	1
6.4	Портативная радиостанция частотах 158 МГц	4
6.5	Стационарный сотовый телефон	1
6.6	Сотовый телефон для работы из автомобиля	1

- Патент на полезную модель «Комплект медика-спасателя (КМС)» № 71-218

Приложение 23

Примерный перечень помещений для отделений экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации территориального центра медицины катастроф и других медицинских организаций

1. Диспетчерская - 24 кв. м
2. Кабинет заведующего отделением – 12 кв. м
3. Кабинет старшего врача смены – 10 кв. м
4. Кабинет старшей медицинской сестры - 10 кв. м
5. Комнаты временного отдыха дежурного врачебного персонала (с умывальником и санузлом на 2 кушетки) 2 x12 кв. м - всего 24 кв. м
6. Комнаты временного отдыха дежурного среднего медицинского персонала (с умывальником и санузлом на 2 кушетки) 4x12 кв. м - всего 48 кв.м
7. Зал отдыха дежурных смен – 20 кв. м
8. Комната заполнения медицинской документации – 8 кв. м
9. Материальные комнаты для хранения укладок медицинского имущества бригад специализированной медицинской помощи, авиамедицинских бригад 6x12 кв. м - 72 кв. м
10. Комнаты для хранения лекарственных средств текущего довольствия 2x12 кв.м - всего 24 кв.м
11. Комната для хранения наркозно-дыхательной аппаратуры – 18 кв. м
12. Комната хранения аппаратуры слежения и диагностической аппаратуры – 18 кв. м
13. Комната для хранения препаратов крови и кровезаменителей - 36 кв. м
14. Комната для хранения наркотических средств (спецтребования) - 12 кв. м
15. Комната для хранения психотропных препаратов (спецтребования) - 12 кв.м.
16. Комната для хранения спирта (спецтребования) - 8 кв. м

17. Кабинет для приема амбулаторных больных - 28 кв.м
18. перевязочная чистая – 28 кв. м
19. перевязочная гнойная -28 кв. м
20. Помещение для хранения кислорода (спецтребования) – 12 кв. м
21. Помещение для утилизации медицинских отходов (спецтребования) - 24 кв. м
22. Комната для санобработки одежды и обуви дежурных смен – 12 кв. м
23. Раздевалка для персонала с индивидуальными шкафами для хранения верхней одежды из расчета 0,55 кв.м. на 1 человека
24. Архив
25. Комнаты временного отдыха водителей (с умывальником и санузлом на 2 кушетки) 2 x12 кв. м - всего 24 кв. м
26. Гараж
27. Туалетные комнаты

Приложение 24

Типовой акт приема-передачи к договору безвозмездного пользования недвижимым федеральным, муниципальным имуществом, находящимся в оперативном управлении

Мы, нижеподписавшиеся, _____ (название медицинской организации) в лице руководителя (ФИО), действующего на основании Положения о центре санитарной авиации, утвержденного _____, и полномочий, предоставленных ему _____ (орган управления здравоохранением) в лице руководителя (ФИО), действующего на основании Положения о центре санитарной авиации, именуемые в дальнейшем «Ссудодатель» с одной стороны, и _____ (название медицинской организации) в лице руководителя (ФИО), действующего на основании Устава медицинской организации, зарегистрированного _____ (кем) _____, регистрационный №__ от _____, именуемый в дальнейшем «Ссудополучатель», с другой стороны, на основании статьи 85 Федерального закона 01.06.2000 г. № 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации», с учетом взаимного согласия, составили настоящий акт приема-передачи о том, что в соответствии с договором о безвозмездном пользовании недвижимым *федеральным, муниципальным** имуществом, находящимся в оперативном управлении, от _____ №__ «Ссудодатель» сдал, а «Ссудополучатель» принял помещения, указанные в таблице 1, расположенные по адресу _____.

Акт составлен в количестве 3-х экземпляров, один из которых хранится в ТУ Росимущества по _____ области, один у Ссудодателя, один – у Ссудополучателя.

Состояние передаваемых помещений и их характеристика

Таблица 1

№ п/п	Наименование помещений	Площадь кв. м	Характеристика помещения	Состояние помещения	Примечание

II Приложения о порядке применения транспорта при оказании экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации

Приложение 25

Методические рекомендации о применении наземных санитарных транспортных средств для медицинской эвакуации

1. Общие положения

1.1. Настоящее Положение регулирует вопросы использования наземных санитарных транспортных средств, применяемых при медицинской эвакуации, и устанавливает основные требования к ним.

1.2. К наземным санитарным транспортным средствам, применяемым при медицинской эвакуации пострадавших в ЧС, относятся автомобильный, железнодорожный, водный и другие виды транспорта, имеющие условия для оказания экстренной медицинской помощи во время эвакуации.

1.3. К наземным санитарным транспортным средствам, применяемым при медицинской эвакуации, предъявляются следующие основные требования:

- оснащенность медицинским оборудованием и имуществом;
- возможность размещения пострадавших и больных в максимально щадящем положении;
- удобство погрузки и выгрузки пострадавших и больных;
- наличие возможности оказания пострадавшим и больным экстренной медицинской помощи во время медицинской эвакуации;
- обеспечение удобства работы медицинского персонала в пути.

2. Автомобильный санитарный транспорт

2.1. К автомобильному санитарному транспорту относятся:

- специальный санитарный транспорт скорой медицинской помощи;

- транспортные средства для выездных врачебно-фельдшерских бригад, оснащенные портативным медицинским оборудованием и укладками с наборами медицинских инструментов и медикаментов;
- специальные санитарные автомобили на базе типовых легковых автомобилей или микроавтобусов;
- оборудованные пассажирские автобусы;
- приспособленные гусеничные и колесные транспортеры;
- грузовые автомобили.

2.2. В соответствии с ГОСТом Р 52567-2006 (с изменениями от 18.05.11 и датой актуализации 07.11.12) специальный санитарный автомобильный транспорт скорой медицинской помощи - это транспортные средства, предназначенные для транспортировки одного или нескольких пациентов и двух квалифицированных медицинских сотрудников в одном автомобиле.

Автомобили скорой медицинской помощи подразделяются на классы:

- класс А (автомобили для транспортировки пациентов) - автомобиль скорой медицинской помощи, предназначенный для транспортировки пациентов, предположительно не являющихся экстренными пациентами, в сопровождении медицинского персонала;

- класс В (автомобиль экстренной медицинской помощи) - автомобиль скорой медицинской помощи, предназначенный для проведения лечебных мероприятий скорой медицинской помощи силами врачебной (фельдшерской) бригады, транспортировки и мониторинга состояния пациентов в догоспитальном периоде;

- класс С (реанимобиль) - автомобиль скорой медицинской помощи, предназначенный для проведения лечебных мероприятий скорой медицинской помощи силами реанимационной бригады, транспортировки и мониторинга состояния пациентов в догоспитальном периоде;

автомобиль скорой медицинской специализированной помощи - автомобиль скорой медицинской помощи, предназначенный для оказания узкоспециализированной медицинской помощи (кардиологической, неонатальной, токсикологической и т. п.), созданный на базе» автомобиля скорой медицинской помощи класса В или С.

Специальный санитарный автомобильный транспорт скорой медицинской помощи должен быть оснащен в соответствии с приказами Минздравсоцразвития России от 01.12.2005 г. № 752 и от 31.03.2008 г. № 154н по категориям В и С и укомплектован системами навигационного позиционирования на местности и передачи данных о месте расположения в диспетчерскую службу.

2.3. Базовые модели санитарных легковых автомобилей:

- санитарный автомобиль УАЗ 3807 с высокой проходимостью в условиях сельской местности рассчитан на перевозку 4 чел. на носилках и 1 чел. сидя или 2 чел. на носилках и 3 чел. сидя или 7 чел. только сидя. Имеет вагонный кузов, санитарное отделение оборудовано носилками, откидными сиденьями, ящиком для укладки предметов для ухода за больными;

- автомобили скорой медицинской помощи оборудованные в соответствии с ГОСТ Р 52567-2006 с датой актуализации 01.08.2009, ГАЗ 32214-32, на базе ГАЗ 2705 "Газель", ГАЗ-326901 «Соболь», УАЗ-3807, Фиат-Дукато, Форд-Транзит, Фольксваген-транспортёр и другие аналогичные с улучшенными ходовыми и эксплуатационными качествами. Имеют не менее 1-2 носилочных места (второе дополнительное) и 4-х мест для сидения. Оборудование медицинского салона включает: погрузочное устройство с носилками, подвесные носилки, шкаф, подкладной щит, аппарат для искусственного дыхания, кислородный ингалятор, наркозный аппарат, медицинский набор, комплект иммобилизационных шин. Предусмотрены места для установки и крепления дефибриллятора, электрокардиостимулятора, переносного хирургического электроотсоса, аппарата ИВЛ, баллонов для кислорода и закиси азота, электрокардиографа, кардиоскопа (для ЭМП 1 – 2 б – м).

2.4. Для медицинской эвакуации пострадавших из очагов массовых потерь используют автомобили-транспортёры и гусеничные транспортёры. Гусеничный транспортёр ГТ-СМ (ГТ-МУ) предназначен для эвакуации пострадавших из очагов массовых санитарных потерь в различных дорожных условиях северных регионов. Эвакоместимость — 4 чел. на носилках, 10 чел. — сидя.

2.5. Санитарный автомобиль АС-3308 предназначен для межбольничной эвакуации пострадавших (больных). Эвакоместимость — 9 чел. на носилках и 4 чел. сидя, только сидя - 15 чел. В кузове смонтированы подпружинные кронштейны и подвесные ремни для носилок, сидения, ящики для медицинского имущества (медицинские укладки, кислородные баллоны), бачок для воды. Носилки устанавливаются в 3 ряда и 3 яруса.

2.6. Автобус на шасси автомобиля КамАЗ-4310 предназначен для межбольничной медицинской эвакуации пострадавших (больных). Эвакоместимость — 18 чел. на носилках, только сидя — 22 чел. В кузове смонтированы две секции оборудования для размещения и плавной транспортировки пострадавших. В каждой секции по 9 носилок, установленных в 3 ряда и 3 яруса. Система амортизаторов обеспечивает повышенную плавность перевозки. Автомобиль оборудован приспособлением для механической погрузки (выгрузки) пострадавших с земли и внутри кузова, оснащён медицинским имуществом и предметами ухода за ранеными.

2.7. Для медицинской эвакуации могут использоваться пассажирские автобусы различных марок и грузовые автомобили. При переоборудовании автобусов для медицинской эвакуации тяжелопострадавших применяют типовое санитарное оборудование (ТСО), для переоборудования грузовых автомобилей — универсальное санитарное приспособление для грузовых автомобилей (УСП-Г).

2.8. К автомобильному санитарному транспорту относятся также подвижные средства, используемые для монтажа, наладки и технического

обслуживания медицинской техники, а также для доставки специалистов с оборудованием, приборами и запасными частями в учреждения здравоохранения (автомобиль медицинской службы АМС-3, автомобиль медицинской службы типа АМС-5 на шасси КАВЗ-685 и др.).

Характеристика санитарного автомобильного транспорта, применяемого для медицинской эвакуации

Марка автомобиля	Количество мест		Максимальная скорость движения, км/ч*	Запас хода по топливу, км
	сидя + на носилках	только сидя		
Автомобиль санитарный УАЗ-3807	1+4 или 3+2	7	95	530
Автомобиль скорой помощи ГАЗ-22172 (Газель)	4+1	8	130	600
Форд-транзит	4+1	8	140	900
Фиат-дукато	4+1	8	140	900
Фольксваген-транспортёр	4+1	8	160	800
Mercedes-Benz Sprinter	4+1	8	160	900
Автомобиль санитарный АС-3308	9 + 4	22	85	530
Автомобиль скорой помощи ГАЗ-326901 (Соболь)	4+1	8	130	600
ГАЗ-3308 (Садко) реанимационно-эвакуационный комплекс	-	-	100	670
Грузовой автомобиль ГАЗ-3308	5	21	95	645
Грузовой автомобиль Урал 375Д	6	21	75	480
«Шевроле-Нива»	-	4	140	550
УАЗ «Патриот»	-	8	150	500

* Средняя скорость движения автомобиля с пораженными по грунтовым дорогам- 15-20 км/ч.

** Только на носилках.

3. Железнодорожный санитарный транспорт

3.1. Железнодорожный санитарный транспорт — специальные или приспособленные железнодорожные транспортные средства, используемые для медицинской эвакуации пострадавших и больных и оказания им экстренной медицинской помощи в пути следования. Этим целям служат военно-санитарные поезда (ВСП) и военно-санитарные летучки (ВСЛ), которые являются подвижными учреждениями военно-медицинской службы.

3.2. Военно-санитарные поезда формируются в основном на базе цельнометаллических вагонов. В их составе имеются: вагон для тяжелопострадавших, вагоны для размещения легкопострадавших, вагоны для оказания медицинской помощи пострадавшим и больным, их обеспечения и обслуживания (вагон-аптека-перевязочная, вагон-изолятор, вагон-электростанция-прачечная, вагон-кухня и др.), а также для размещения пораженных и личного состава поезда (вагон-штаб-канцелярия, вагон для команды и т. д.). В вагоне-аптеке-перевязочной оборудованы операционно-перевязочное и предоперационно-перевязочное отделения, аптека, дистилляторное для хранения медикаментов и перевязочного материала. В вагоне-изоляторе оборудуются два отделения для инфекционных больных и два хозяйственных отделения. В каждом инфекционном отделении оборудуется медицинский пост. В одном из вагонов для тяжелопострадавших имеется перевязочное отделение. Военно-санитарный поезд оснащен комплектами медицинского имущества, физиотерапевтической аппаратурой, оборудованием для лабораторных исследований. Наличие в штате поезда врачей-специалистов позволяет оказывать медицинскую помощь и осуществлять лечение пораженных в процессе медицинской эвакуации. Эваковместимость ВСП — около 500 чел.

3.3. Военно-санитарная летучка предназначена для медицинской эвакуации пострадавших и больных с оказанием им необходимой медицинской помощи в пути следования. ВСЛ формируется из грузовых крытых вагонов с деревянными кузовами. Каждый вагон для тяжелопораженных оборудован комплектом устройства для установки санитарных носилок. Вагоны для легкопораженных и изолятор оснащаются так же, как для обычных воинских людских перевозок, с дополнительным санитарно-хозяйственным оборудованием. Кроме того, имеются аптека-перевязочная, изолятор для инфекционных больных, кухня, склад санитарно-хозяйственного имущества с электростанцией, вещевой и продовольственный склады. Эваковместимость ВСЛ — около 900 чел.

4. Водный санитарный транспорт

4.1. К Водному санитарному транспорту относятся специально построенные санитарные средства (т. н. постоянно действующие) и суда, приспособленные для оказания экстренной медицинской помощи и

медицинской эвакуации пострадавших и больных по водным путям (временные водные транспортные средства).

4.2. Различают речные и морские водные транспортные средства.

4.3. Речной санитарной транспорт представлен санитарно-транспортными судами (переоборудованные теплоходы туристско-экскурсионного назначения). Оборудованием для размещения пострадавших служат диваны пассажирских кают, армейские кровати, установленные в два яруса, стойки и ремни для подвески санитарных носилок в 3 яруса. Эваковместимость — около 500 чел., из них 350 - на носилках.

4.4. К речным средствам медицинской эвакуации также относятся санитарно-эвакуационные суда (переоборудованные пассажирские теплоходы, предназначенные для внутригородских, пригородных и местных линий). Санитарное оборудование для размещения пострадавших составляют стойки и ремни, на которых подвешиваются санитарные носилки, изготовленные по специальным проектам. Эваковместимость, в зависимости от типа судна, составляет от 30 до 220 чел.

4.5. Примером использования речных судов для размещения в них комплексов медицинского назначения является мобильный автоматизированный кардиологический диспансер (МАКД). Одно из его структурных подразделений — мобильный консультативно-диагностический комплекс (МКДК) расположен на судне типа ОМ проекта 780. Данный тип речных судов по своим техническим данным, эксплуатационным качествам и полезным площадям является наиболее пригодным для реконструкции в транспортное средство медицинского назначения. После реконструкции пассажирского судна планировка палуб теплохода «Кардиолог» имеет кабинетную систему (рис.).

4.6. В составе транспортных средств МАКД используется катер-амфибия на воздушной подушке «Пума». Технические характеристики «Пумы» позволяют взять на борт кардиологическую бригаду в составе 3—4 медицинских специалистов и комплекс оборудования для развертывания и проведения кардиологического обследования в удаленных и труднодоступных населенных пунктах в любое время года. Благодаря высоким эксплуатационным качествам катер может передвигаться по мелководью, болотам, снегу, по твердому и плавающему льду, а также в ледяной шуге. Катер-амфибия работает как в комплексе с теплоходом «Кардиолог», так и в автономном режиме в качестве специализированного транспортного средства мобильной кардиологической бригады. Для этих целей могут быть использованы также маломерные суда типа «Прогресс».

4.7. Для проведения медицинской эвакуации на флоте используются специальные эвакуационные транспортные средства: госпитальные суда, санитарные транспорты, санитарно-транспортные суда, санитарные катера, боевые корабли и суда обеспечения ВМФ, суда морского и торгового флота и др.

Методические рекомендации по составлению контракта на санитарно-авиационные услуги по оказанию медицинской помощи населению

1. Настоящие Методические рекомендации разработаны на основании Федеральных авиационных правил «Подготовка и выполнение полетов в гражданской авиации Российской Федерации» с изменениями и дополнениями от 21 декабря 2009 г., 22 ноября 2010 г., 16 ноября 2011 г., 27 декабря 2012 г., 25 ноября 2013 г., 10 февраля 2014 г. и приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.06.2013 N 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи» (Зарегистрировано в Минюсте России 16.08.2013 N 29422).

2. Для выполнения авиационных работ (услуги) по оказанию медицинской помощи населению заключается Государственный контракт (далее – Контракт) между Заказчиком и Исполнителем.

2.1. Заказчиком санитарно-авиационной услуги является государственное учреждение здравоохранения, ответственное за оказание экстренной и плановой консультативной медицинской помощи больным и пострадавшим в ЧС на территории субъекта Российской Федерации.

2.2. Исполнителем (подрядчиком, эксплуатантом) является авиационное предприятие, предоставляющее для выполнения авиационной услуги воздушное судно и имеющее лицензию на осуществление перевозки воздушным транспортом пассажиров и грузов и сертификат эксплуатанта.

2.3. Условия выполнения авиационной услуги и ограничения на ее выполнение, связанные с экономическими особенностями региона или особым режимом нахождения на его территории транспортных средств и людей, устанавливаются органами законодательной и исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

Согласование вышеуказанных условий и ограничений возлагается на Заказчика авиационной услуги.

3. Контракт должен иметь следующие разделы:

- предмет Контракта;
- общие положения;
- права и обязанности сторон;
- стоимость работ и порядок расчетов;
- ответственность сторон и порядок разрешения споров;
- срок действия Контракта и порядок его изменения;
- форс – мажорные обстоятельства;
- юридические адреса и банковские реквизиты сторон.

Приложениями к Контракту оформляются схема выполнения работ по контракту и калькуляция летного часа.

3.1. Предмет Контракта

В разделе указываются:

- объем работ, поручаемых Заказчиком Исполнителю;
- обязательства Исполнителя по выделению воздушного судна (указывается тип) для выполнения санитарных полетов;
- цена Контракта;
- цена летного часа.

3.2. Общие положения

В разделе указываются:

- обязательства Исполнителя по предоставлению воздушного судна (п.3.1. настоящей Инструкции) и экипажа для осуществления авиационных перевозок пассажиров и грузов Заказчика;
- нормативные акты, определяющие порядок оказания услуги Исполнителем;
- порядок оформления Заказчиком заявки на санитарный полет;
- порядок оформления акта-отчета о выполнении заявки;
- приоритетность санитарных полетов с целью оказания экстренной медицинской помощи.

Рекомендуется включение позиции о невозможности использования Исполнителем указанного в Контракте воздушного судна для других целей без согласия Заказчика.

3.3. Права и обязанности сторон

Оформляются следующие подразделы Контракта:

3.3.1. «Заказчик обязуется» включает:

- обязательство по возмещению стоимости выполненной авиационной услуги исходя из цены летного часа, указанной в соответствующем пункте раздела «Предмет Контракта»;
- обязательство проводить инструктаж по технике безопасности, правилам посадки (высадки) в воздушное судно и поведению в полете пассажиров Заказчика;
- краткий порядок оформления заявки на санитарный полет;
- обязательство по доставке персонала и грузов к воздушному судну с указанием времени;
- обязательство по обеспечению встречи воздушного судна в пунктах вызова, погрузке и разгрузке воздушного судна;
- обязательство по предоставлению достоверной информации о пассажирах, весе и свойствах грузов;
- обязательство по обеспечению летного состава вертолета в пунктах вызова помещениями для отдыха и организации питания за счет Исполнителя в случае задержки вертолета в этих пунктах.

3.3.2. «Заказчик имеет право» включает:

- право отказаться от полета в случае нарушения Исполнителем правил (условий) выполнения полетов, установленных законодательством Российской Федерации;

- право дать заявку на подачу вертолета в случае необходимости внепланового выезда для оказания медицинской помощи по жизненно важным показаниям. В исключительных случаях заявка может быть подана с превышением лимита финансирования с последующей оплатой Исполнителю фактически понесенных затрат по согласованию с органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения с выдачей гарантийного письма.

3.3.3. «Исполнитель обязуется» включает:

- обязательство по соответствию летной и технической эксплуатации воздушного судна при выполнении авиационной услуги условиям и требованиям законодательства Российской Федерации, нормативным актам, регламентирующим летную и техническую эксплуатацию воздушных судов;

- обязательство по предоставлению технически исправного воздушного судна с экипажем, подготовленным для выполнения санитарных полетов;

- обязательство по обеспечению сохранности стационарного медицинского оборудования, находящегося на борту воздушного судна;

- обязательство по согласованию с Заказчиком условий и сроков выполнения заявок на выполнение санитарных полетов, включая срочные;

- обязательство извещать Заказчика о времени вылета и/или прилета воздушного судна из пункта вызова или базового аэропорта с указанием времени;

- обязательство о выделении Заказчику, при необходимости, помещения в базовых аэропортах для больных (пострадавших) и медицинского персонала с целью их обогрева и оказания медицинской помощи;

- обязательство об информировании Заказчика о содержании требований, предъявляемых к пассажирам и грузам, перевозимым воздушным транспортом;

- обязательство по обеспечению использования кислорода и кислородного оборудования на борту воздушного судна.

3.3.4. «Исполнитель имеет право» включает:

- право командира экипажа воздушного судна в интересах безопасности полета переносить время вылета, совершать в течение полета посадки, изменять маршрут или прекращать полет с возвращением в аэропорт отправления, назначения, вынужденной посадки либо отменять вылет по техническим или метеорологическим условиям;

- право не допустить к погрузке на воздушное судно пассажиров, находящихся в нетрезвом состоянии, и грузы, запрещенные к перевозке воздушным транспортом.

3.4. Стоимость работ, порядок расчетов

В разделе содержится следующая информация:

3.4.1. Протокол рассмотрения заявок на участие в открытом конкурсе.

3.4.2. Калькуляция стоимости услуг.

3.4.3. Полетным временем считается время между началом запуска силовой установки перед выполнением полета и временем остановки силовой установки после посадки воздушного судна.

В течение срока действия настоящего Контракта Исполнитель не вправе изменять стоимость полетного часа.

3.4.4. Оплата услуг производится по акту выполненных полетов, который составляется в 2 экземплярах на основании выполненных заявок на полеты в конце каждого месяца. Заявка на полет считается выполненной при наличии в Акте подписей представителя Заказчика и командира воздушного судна или представителя авиакомпании. Один экземпляр Акта вместе с заявкой на полет и счетами за выполненные услуги направляется для оплаты Заказчику.

3.4.5. Заказчик оплачивает Исполнителю принятые полеты, выполненные по его заявке по договорным тарифам за один час полетного времени при выполнении санитарного полета.

3.4.6. Расчет по фактически выполненным объемам оказанных услуг производится в течение 15 банковских дней после получения Заказчиком счета за выполненные работы и подтверждающих документов.

3.4.7. Расчеты производятся путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

3.4.8. Днем оплаты считается день списания денежных средств со счета Заказчика.

3.4.9. Валюта, используемая для расчетов – рубль Российской Федерации.

3.5. Ответственность сторон, порядок разрешения споров

В разделе содержится следующая информация:

3.5.1. Стороны несут ответственность за неисполнение и ненадлежащее исполнение обязательств по контракту в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

3.5.2. Исполнитель несет ответственность (штрафная неустойка) за нарушение сроков оказания услуги в размере одной трехсотой действующей на день уплаты неустойки ставки рефинансирования Центрального банка РФ за каждый день просрочки, начиная со дня, следующего после дня истечения установленного Контрактом срока исполнения обязательства.

Исполнитель освобождается от уплаты неустойки, если докажет, что просрочка исполнения обязательства произошла вследствие непреодолимой силы.

3.5.3. Заказчик несет ответственность за нарушение сроков оплаты в размере одной трехсотой действующей на день уплаты неустойки ставки рефинансирования Центрального банка РФ за каждый день просрочки, начиная со дня, следующего после дня истечения установленного настоящим Контрактом срока исполнения обязательства. Неустойка является одним из

видов санкций за неисполнение сторонами обязательств, предусмотренных Законом.

Заказчик освобождается от уплаты неустойки если докажет, что просрочка выполнения указанного обязательства произошла вследствие непреодолимой силы.

3.5.4. Сторона, нарушившая обязательства по Контракту, обязана возместить другой Стороне все причиненные таким нарушением убытки.

3.5.5. Все споры и разногласия, возникающие между Сторонами по Контракту или в связи с его исполнением, разрешаются путем переговоров.

3.5.6. В случае невозможности разрешения разногласий путем переговоров спор подлежит рассмотрению в судебном порядке в соответствии с законодательством Российской Федерации.

3.6. Срок действия Контракта, порядок его изменения

В разделе содержится следующая информация:

3.6.1. Контракт вступает в силу с момента его подписания и действует до «_____» _____ 20 г.

3.6.2. Изменение условий Контракта осуществляется по взаимному согласию Сторон путем оформления дополнительного соглашения, которое становится, после подписания Сторонами, неотъемлемой частью Контракта.

3.7. Форс-мажорные обстоятельства

В разделе содержится следующая информация:

3.7.1. Стороны не несут ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по Контракту, если это неисполнение (ненадлежащее исполнение) явилось следствием наступления обстоятельств, которые стороны не могли предвидеть и/или предотвратить разумными средствами, а именно: пожаров, стихийных бедствий, чрезвычайных ситуаций, войны, военных операций любого характера, а также действий и решений государственных органов, делающих невозможным исполнение Контракта.

3.7.2. В случае наступления указанных в п.7.1. обстоятельств, срок исполнения обязательств отодвигается соразмерно времени действия таких обстоятельств.

3.7.3. Сторона, для которой создалась невозможность исполнения обязательств, должна немедленно, но не позднее семидесяти двух часов с момента наступления указанных обстоятельств, в письменной форме уведомить об этом другую Сторону. Несоблюдение данного условия лишает Сторону права ссылаться на обстоятельства непреодолимой силы в будущем.

3.8. Юридические адреса и банковские реквизиты сторон:

Заказчик

Исполнитель

Методические рекомендации о применении авиационных транспортных средств при проведении санитарно-авиационной эвакуации

Настоящие Методические рекомендации регулируют вопросы применения авиационных транспортных средств при проведении санитарно-авиационной эвакуации и устанавливают основные требования к ним.

1. Требования, предъявляемые к вертолетам санитарной авиации

1.1. Основными критериями, влияющими на выбор типа вертолета для медицинских целей, являются требования к безопасности, вместимости и грузовой нагрузке, дальности и скорости полета, воздействию вредных факторов на организм пациента.

1.2. Требуемый уровень безопасности обеспечивается при обязательном наличии двух двигателей и возможности гарантированного выполнения полета, взлета и посадки в штатном режиме в случае отказа одного двигателя. Использование в санитарной авиации вертолетов с одним двигателем в Российской Федерации запрещено.

1.3. В салонах воздушных судов, применяемых для эвакуации пострадавших и больных, устанавливаются приспособления для носилок, санитарно-хозяйственного оборудования, медицинского оснащения.

1.4. Целесообразна возможность выполнения полетов в темное время суток и в сложных метеоусловиях, обеспеченная соответствующим навигационным оборудованием.

1.5. Колесное шасси предпочтительно, так как позволяет приземляться на вязкий грунт плотностью не менее 4 кг/кв.см, тогда как ползковое шасси допускает посадку только на твердое покрытие.

1.6. Медицинский вертолет не должен создавать сильного шума и тряски. Из-за вибраций в процессе полета могут возникать наводки на экране кардиомониторов, а не прямое измерение артериального давления автоматическими тонометрами, встроенными в мониторы, сопряжено с большими погрешностями. Из-за шума внутри вертолета с работающими двигателями исключены любые методы контроля, при которых используются акустические сигналы (выслушивание сердца и легких, измерение артериального давления ручными приборами и т.д.). Дублирующие визуальные сигналы тревоги хуже привлекают внимание и менее заметны, а звуковые сигналы тревоги, поступающие от мониторов состояния пациента, не всегда отчетливо слышны, что приводит к существенному запаздыванию ответных действий членов медицинской бригады вертолета. По этой причине желательно выведение звуковой информации от мониторов на наушники шлемофонов бортовых медицинских работников.

1.7. Медицинская аппаратура, используемая на борту вертолета, должна иметь специальный сертификат для использования на воздушных судах. В первую очередь необходимы гарантии отсутствия влияния медицинской аппаратуры на работу навигационных систем. Большинство мониторов

жизненно важных функций создают минимальные электромагнитные поля, которые, как правило, оказывают незначительное влияние на работу систем управления воздушным судном. Для использования в медицинских вертолетах и самолетах созданы специальные модели дефибрилляторов, которые не оказывают ощутимого влияния на системы навигации и управления авиационной техникой.

1.8. Отсутствие достаточно эффективного отопления салона воздушного судна может вызвать переохлаждение пациента, поэтому воздушные суда должны быть допущены к эксплуатации в условиях отрицательных температур не только по европейским, но и по российским нормам.

1.9. Дополнительными требованиями к вертолетам являются: возможность использования подвесной спасательной корзины и лебедочного устройства, возможность подключения электрического медицинского оборудования, просторный салон.

1.10. Согласно Руководству по летной эксплуатации западных вертолетов (РЛЭ), хранение летательных аппаратов на открытом воздухе не допускается.

1.11. При оказании экстренной медицинской помощи могут применяться различные модели вертолетов, в частности:

- легкие вертолеты с дальностью плеча 150-200 км, которые используются преимущественно для оказания экстренной помощи в догоспитальном периоде. В настоящее время полностью сертифицирован и выпускается вертолет Ка-226, заканчивается «доводка» вертолета «Ансат». Вертолет Ми-2 снят с производства, но эксплуатируется в некоторых регионах. Из зарубежных моделей оптимальными характеристиками для решения задач санитарно - авиационной эвакуации обладает ряд моделей вертолетов различных производителей, например, MD Explorer (США), Augusta Westland AW109E и Eurocopter EC 145 и другие;

- вертолеты среднего класса с дальностью плеча 300-500 км, которые используются при эвакуации большого числа пострадавших из зоны ЧС и при межбольничных эвакуациях двух и более носилочных пострадавших (больных). К российским моделям относятся вертолеты: Ми-8 и его модификации, Ка-32, Ми-26 (используется редко).

Ниже приведены тактико-технические характеристики некоторых марок вертолетов, которые не исчерпывают весь список возможного использования.

2. Тактико-техническая характеристика некоторых марок вертолетов*

Модификация	Ка-226Т	Ансат	ЕС-135	ЕС-145	AW 109 E	Ка-32А11 ВС	Ми-8МТВ-1 (Ми-17-1В)	Bell-429 EMS	AW 139
Максимальная взлетная масса (кг)	3600	3600	2950	3585	2850/3000	11 000	13 000	3175	6400
Крейсерская скорость (км/ч)	220	240	253	246	285	200	220-240	278	306
Дальность с основными баками (км)	500	520	630	680	948	650	1150 (мах.)	680	1061
Масса перевозимого груза в грузовой кабине (кг)	785	1185	1375	1793	1280	3700	4000	1249	2500
Потолок висения вне зоны влияния земли (м)	3000	2500	1705	770	3597	3700	1760	3100	2478
Удельный пассажирский объем кабины на 1 пассажира в стандартной компоновке (м ³ /пасс)	0,59	0,96	0,65	0,88	0,73	0,56	1,1	0,72	0,53
Наличие противообледенительной системы в базе	да	да	нет	нет	нет	да	да	нет	да (как опция)

*Данные по западным вертолетам не определяют возможности вертолѐта для перевозки груза (payload)

2.1. Вертолеты легкого класса

Ка-226 относится к машинам легкого класса и оснащен оборудованием, позволяющим пилотировать вертолет в любое время суток, в простых и сложных условиях.

Транспортная съемная кабина выполнена так, что обеспечивается установка энергопоглощающих пассажирских кресел, работа с лебедкой в большем размере дверном проеме со сдвижной дверью, загрузка носилок через проем в задней части кабины. Объем транспортной кабины позволяет разместить 2 носилок с сопровождающим медицинским персоналом в варианте скорой помощи, а в медико-эвакуационном варианте – до 6 носилок с пострадавшими.

Медико-санитарная съемная кабина оснащена для эвакуации одного носилочного и одного сидячего пострадавших в сопровождении двух медработников, при этом единый съемный медицинский модуль с комплектом оборудования скорой помощи позволяет транспортировать пострадавших без перекладывания на другие носилки от места происшествия до лечебного учреждения с помощью автомобиля скорой помощи.

На Ка-226 реализована концепция бесстремночного обслуживания, что создает условия для безаварийного хранения. Вертолет имеет противообледенительную систему (ПОС) двигателя в базовом варианте и ПОС несущих винтов (как опцион), в отличие от зарубежных моделей вертолетов, которые не оснащаются ПОС. Имеет колесное шасси.

Диверсификация применения вертолета возможна при его переоборудовании. Установка медицинского модуля на вертолете вместо транспортной кабины занимает 2 человеко-часа.

Вертолеты соосной схемы не имеют мировых аналогов по компактности маневренности и безопасности.

Вертолет «Ансат» в санитарном варианте предназначен для срочной доставки медицинской бригады к месту происшествия и оказания экстренной медицинской помощи пострадавшим на месте. Предлагаемая версия вертолета имеет полный набор необходимого оборудования близкого к оборудованию автомобилей скорой медицинской помощи и адаптирована к применению в российских условиях. Базовый вариант предлагает размещение двух носилок с тяжелыми больными, одного пострадавшего в сидячем положении и двух медицинских работников.

Во.105 СВ-4 «Super Five» по бокам фюзеляжа расположены две передние двери на петлях и две задние двери, сдвигаемые по направляющим. При снятых задних сиденьях в кабине и багажном отсеке можно установить двое носилок. Недостаток этой модели - пациент во время полета находится в лежачем положении под двигателем и редуктором в тесноте.

ВК.117 предназначен для эвакуации пассажиров и перевозки грузов. Конструктивно является дальнейшим развитием вертолета Во-105, но размеры его фюзеляжа значительно увеличены. В санитарном варианте пассажирская кабина имеет 8 различных конфигураций размещения

специального оборудования, пациентов и сопровождающих их медицинских работников. Размеры кабины позволяют свободно выполнять медицинские манипуляции во время полета. Доступ в кабину осуществляется через 2 сдвижные двери по обеим сторонам фюзеляжа и двухстворчатую дверь. Вертолет может выполнять полеты в любое время суток и в сложных метеорологических условиях.

Eurocopter EC-135 является развитием вертолетов Bo.105 и Bo.108 и соответствует им по габаритам.

MD 900 «Explorer». За кабиной экипажа находится грузовая кабина, которая, как правило, не отделяется перегородкой от кабины экипажа. Для обеспечения возможности посадки на воду могут быть установлены надувные баллонеты. Вертолет может использоваться для санитарных перевозок. Пилотажно-навигационное оборудование обеспечивает пилотирование вертолета в сложных метеорологических условиях.

Agusta A-109. Вертолет с одним пилотом может перевозить 7 пассажиров с багажом с крейсерской скоростью 265 км/ч на расстояние 600км. Может легко трансформироваться в санитарный вариант для эвакуации 2 пострадавших (больных) на носилках в сопровождении 2 медицинских работников.

Bell-429 EMS. Легкий двухдвигательный многоцелевой вертолет предназначен для выполнения санитарно - авиационной эвакуации в любое время суток, а также в сложных погодных условиях, сертифицирован для полетов по приборам с одним или двумя пилотами по категории А.

За счёт конструкции фюзеляжа вертолётa и хвостовой балки погрузка и выгрузка пациента предусмотрена при работающих двигателях и вращающихся несущем и рулевом винтах, что абсолютно исключает варианты задержек при проведении спасательных и эвакуационных работ.

Поворотная система погрузки пациента осуществляется как через боковую пассажирскую дверь, так и через заднюю створчатую дверь, открывающуюся вдоль фюзеляжа.

Конструкция салона вертолётa спроектирована с ровными полом и потолком с достаточным пространством для доступа к телу пациента по всей длине носилок, что существенно важно при транспортировке пациентов в тяжелом состоянии. Кабина оснащена быстроръемными подвесными узлами, позволяющими установить медицинское оборудование различных производителей.

Возможность установки спасательной лебедки обеспечивает подъем пациента на борт без совершения посадки вертолета.

2.2. Вертолеты среднего класса

Вертолет Ми -8 - наиболее распространенная российская модель. Основными модификациями являются:

Ми -8Т - транспортный вертолет, предназначен для перевозки грузов массой 4000 кг в кабине, для проведения массовой эвакуации тяжело пострадавших в вертолетах Ми-8 применяются специально разработанные

модули медицинские вертолетные (ММВ), которые могут устанавливаться на штатные места креплений в полу вертолета. В вертолете Ми-8 может устанавливаться до 4-х модулей, рассчитанных на 2-х чел. каждый, общая эвакуационная емкость вертолета при этом составляет 8 пациентов. Установка модулей занимает до 2-х часов, в зависимости от их количества. Применение Ми-8 с модулем для медицинской транспортировки 1-2 пациентов особенно оправдано в районах Крайнего Севера.

Вертолет Ми -17 для гражданского применения в санитарном и спасательном вариантах производится в вариантах Ми-8МТВ-1А, Ми -8МТВ-2 и 3 (последние модификации).

Система отопления и вентиляции обеспечивает подачу подогретого или холодного воздуха в кабины экипажа и пассажиров. Установлена противообледенительная система. Имеется оборудование для полетов по приборам в сложных метеорологических условиях днем и ночью и аппаратура речевых сообщений для оповещения экипажа об аварийных ситуациях в полете.

Вертолет Ка-32А11ВС может использоваться в любых погодных условиях, днем и ночью на аэродромах и неподготовленных площадках, а также с кораблей и морских буровых установок. Этот вертолет может взлетать, садиться и работать при силе ветра до 20 м/сек., что недостижимо для вертолетов всех других марок. Вертолет сконструирован с учетом специальных требований корабельного базирования, отвечает мировым стандартам по надежности, ресурсу и безопасности полетов. Сертифицирован по нормам летной годности НЛГВ32.29 и FAR-29 в транспортных категориях А и В, для визуальных полетов и полетов по приборам, днем и ночью, в простых и сложных метеоусловиях, над сушей и морем. Оборудован противообледенительной системой двигателей и лопастей. Транспортная съемная кабина выполнена так, что обеспечивается загрузка носилок через проем в задней части кабины. В вертолете Ка-32 может устанавливаться до 2-х модулей, рассчитанных на 2 чел. каждый.

Agusta AW139 - многоцелевой вертолет, может применяться в санитарном варианте. Багажный отсек имеет свободный доступ с двух сторон фюзеляжа и из пассажирского салона, что в медицинской и поисковой версиях особенно удобно.

Agusta AW-139 EMS / SAR – модификация вертолета, разработанная специально для эвакуации пациентов. Вмещает 2 пострадавших и 5 медицинских работников. Дизайн кабины позволяет обеспечить беспрепятственный доступ медицинского персонала к пациентам и удобное подключение приборов. Кабина пилотов изолирована от пространства кабины. Вертолет спроектирован с учетом ударопоглощающих технологий при аварийных посадках. Фюзеляж оборудован сдвижными дверями с двух сторон размером 1,65 м.

3. Тактико-техническая характеристика некоторых марок самолетов

Тип воздушного судна	Максимальная дальность полета, км	Максимальная скорость полета, км /час	Количество эвакуируемых пораженных			
			сидя	на носилках	при комбинированном размещении	
					сидя	на носилках
Самолеты межконтинентальные (7000 - более 10000 км)						
Ан-22	10900	740	206	108		
Ил-62	10000	870	186	70		
Самолеты магистральные дальние (4000 – 6500 км)						
Ан-72	4800	600	68	24		
Ил-76	6700	800	80	40		
Ту-154	5200	950	180	60		
Ан-148-100Е	5000	820	85			
Як-42	4000	820	120	40		
Cessna 750 Citation X	6000	1000	до 12			
Dassault Falcon 900	8000	915	8-14	4-6		
Самолеты магистральные средние (2500 - 3500 км)						
Ан-12	3600	550	91	60	40	48
Ан-26	2200	740	37	24	12	18
Ан-74	2750	600	52	20		
Ан-148-100А	3000	820	85			
Pilatus-12	2960- 4180	520	8-12	3	4	2
Cessna Citation XLS (Cessna 560XL)	До 3400	860	До 10			
Бе-200ЧС	3100	700	50	30		
Самолеты магистральные ближние (1500 - 2000 км)						
Ан-38	1450	405	27		6	8

Cessna 206 Stationar	1335	263	6	1	2	1
Cessna 208B Grand Caravan	1783	324	9	2	6	1
Ту-134	1890	800	96	40		
Самолеты ближние (до 1500 км)						
Ан-2	900	245	10			
Ан-2МС	1400	250	10			

3.1. Самолеты магистральные ближние используются для межбольничных эвакуаций.

3.2. Самолеты магистральные средние используются для внутри- и межрегиональных эвакуаций.

3.3. Для проведения массовой эвакуации пострадавших в ЧС используются самолеты Ил-76 МЧС России. Для эвакуации пациентов, находящихся в тяжелом состоянии, имеются специально разработанные модули медицинские самолетные (ММС), которые устанавливаются на штатные места креплений в полу самолета. В самолете предусмотрена установка 5 модулей, рассчитанных на 4 больных, при этом эвакуационная емкость самолета составляет 20 чел. Модули оснащены всем необходимым медицинским имуществом, позволяющим проводить авиамедицинскую эвакуацию пострадавших, находящихся в тяжелом состоянии, в том числе на управляемом дыхании. Установка модулей занимает до 2 ч, в зависимости от их количества.

Стандарт материально – технического оснащения ММВ и ММС

ММВ	ММС
Аппарат ИВЛ -2 шт.	Аппарат ИВЛ -4 шт.
Дефибриллятор-монитор	Дефибриллятор-монитор – 2 шт.
Кардиомонитор – 2 шт.	Кардиомонитор – 2 шт.
Электрокардиограф	Электрокардиограф
Пульсоксиметр – 2 шт.	Пульсоксиметр – 4 шт.
Аспиратор – 3 шт.	Аспиратор – 6 шт.
Шприцевой дозатор	Шприцевой дозатор – 2 шт.
Инфузомат	Инфузомат- 2 шт.

Вакуумный матрас	Вакуумный матрас- 2 шт.
Термоконтейнер	Термоконтейнер – 2 шт.
Устройство подогрева растворов	Устройство подогрева растворов – 2 шт.
Укладка врача скорой помощи	Укладка врача скорой помощи – 2 шт.
Реанимационная укладка взрослая	Реанимационная укладка взрослая –2 шт.
Реанимационная укладка детская	Реанимационная укладка детская – 2 шт.
Сумка медикаментозная	Сумка медикаментозная – 2 шт.
Сумка перевязочная	Сумка перевязочная – 2 шт.
Шины вакуумные	Шины вакуумные – 2 шт.
Комплект швейных воротников	Комплект швейных воротников – 2 шт.
Щит спинальный	Щит спинальный – 2 шт.
Штатив для растворов	Штатив для растворов – 2 шт.
Кислородный баллон 10 л – 20 шт.	Кислородный баллон 10 л – 4 шт.
Преобразователь бортового питания 27/115-220 В перемен.	Преобразователь бортового питания 27/115-220 В перемен.- 2 шт.
Преобразователь бортового питания 27/12-220 В постоян.	Преобразователь бортового питания 27/12-220 В постоян. – 2 шт.
Матрас электрический для подогрева пациента	Матрас электрический для подогрева пациента – 2 шт.
Комплект дополнительных аккумуляторных батарей	Комплект дополнительных аккумуляторных батарей

Самолет Ан-148. В качестве замены устаревших моделей самолетов, таких как Ан-24, Ту-134, Як-40, Як-42, для транспортировки пострадавших на большие расстояния создан самолет Ан-148, который, может использоваться на любых аэродромах, с любым качеством взлетно-посадочной полосы. Самолет предназначен для эксплуатации на малонагруженных авиалиниях протяженностью до 4000 км, имеет несколько пассажирских модификаций, отличающихся взлетным весом и дальностью полета(2100 км – 4400 км).

Самолет Cessna 750 Citation X – самый быстрый гражданский самолет в мире, одновременно является и самым экономичным в своем классе. В результате его расход топлива сопоставим с гораздо более медленными самолетами этой весовой категории, способными перевезти меньшее количество пассажиров.

Самолет Ан-38 предназначен для эксплуатации на местных воздушных авиалиниях, должен прийти на замену самолетам Ан-28, Ан-2 и L-410. Экипаж - 2 человека. Может быть использован как санитарный (6 носилок, 8 мест).

Взлетно-посадочные характеристики и шасси с пневматиками низкого давления позволяют эксплуатировать Ан-38 на небольших аэродромах, в том числе на грунтовых, ледовых, заснеженных. Длина разбега (м) 500, длина пробега (м) 330. Единственный самолет, который может эксплуатироваться при температурах от минус 50°С до плюс 45°С, включая условия жаркого климата и высокогорья, с высотой аэродрома до 2600 м. Наличие хвостового грузового люка со сдвижной створкой и трапом и бортового погрузочного устройства позволяет производить быструю погрузку и выгрузку различных грузов и обеспечивает независимость самолета от аэродромных средств обслуживания. Самолет обладает высокой степенью безопасности: отсутствует сваливание на больших углах атаки, сохраняется устойчивость и управляемость даже при образовании льда на крыле и оперении. Сертифицирован по АП-25. Модификация самолета с российскими двигателями (Ан-38-200) существенно дешевле, чем вариант с американскими.

Самолет Cessna 560XL Citation Excel/XLS/XLS+- легкий двухмоторный самолет бизнес класса.

Представляет собой развитие серии *Citation*. Отличается от предыдущих моделей пассажирским салоном «в полный рост».

Самолет Dassault «Falcon-900» – реактивный административный самолет с тремя расположенными сзади двигателями по компоновке, размерам и грузоподъемности схожий с советским самолётом - Як-40.

Самолет Пилатус PC-12 (Pilatus PC-12) — одномоторный турбовинтовой самолет с экипажем из 2 чел. разработан швейцарской компанией «Пилатус Эйркрафт». Как дополнительная функция предусматривается конфигурация самолета в роли медицинского эвакуационного варианта.

Задняя грузовая дверь позволяет производить загрузку и выгрузку багажа, вход пассажиров через переднюю дверь-трап. Единственный самолет в своем классе с полурычажными стойками основного шасси, позволяющими совершать предельно мягкие посадки на необорудованных аэродромах.

Самолеты Cessna с экипажем из 2 чел. способны взлетать и приземляться на небольших аэродромах с короткой взлетно-посадочной полосой.

**Специальный технический регламент
«Применение вертолетной авиации для оказания медицинской помощи
пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях»**

1. Настоящий Регламент применяется в целях защиты жизни и здоровья граждан, обеспечения безопасной эксплуатации и исполнения рисков при применении вертолетной авиации при оказании медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях.

2. В соответствии с требованиями Европейских авиационных правил JAR-OPS 3, согласованных с международными правилами ИКАО, и Федеральных авиационных правил АП-29 настоящий Регламент устанавливает требования к вертолетам, применяемым при лечебно-эвакуационном обеспечении пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях и требования к взлетно-посадочным площадкам, применяемым для лечебно-эвакуационного обеспечения пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях.

3. Объектами технического регулирования являются вертолеты, используемые на территории Российской Федерации.

4. Гражданские вертолеты делятся на две категории:

- вертолеты категории А (вертолеты с двумя двигателями, обеспечивающие гарантированное продолжение полета, взлет и посадку в случае отказа одного из двигателей);

- вертолеты категории Б (вертолеты с одним или двумя двигателями, которые не могут гарантированно обеспечить продолжение полета, взлет и посадку в случае отказа одного двигателя).

5. В соответствии с требованиями к обеспечению безопасности полетов вертолеты, применяемые при лечебно-эвакуационном обеспечении пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях, должны быть сертифицированы как вертолеты категории А и соответствовать первому или второму классу безопасности полетов.

6. К вертолетам, применяемым при лечебно-эвакуационном обеспечении пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях, предъявляются основные технические требования согласно приложению № 1.

7. Объектами технического регулирования являются вертолетные взлетно-посадочные площадки с диспетчерскими пунктами, применяемые для лечебно-эвакуационного обеспечения пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях.

8. Требования к вертолетным площадкам, размещенным на земле вблизи лечебно-профилактических учреждений и к вертолетным площадкам,

базирующимся на крыше при лечебном учреждении, устанавливаются отдельно (приложения № 2, 3).

9. Оборудованные диспетчерские пункты должны размещаться в непосредственной близости от взлетно-посадочной площадки и обеспечивать контроль безопасности выполняемых вертолетом взлетов и посадок, управление полетами, выдачу условий для захода на посадку и посадки экипажу вертолета, обеспечение радио- и телефонной связи.

Приложение 1

к Специальному техническому регламенту «Применение вертолетной авиации для оказания медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях»

Требования к вертолетам, применяемым при лечебно-эвакуационном обеспечении пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях

1. Требования по обеспечению безопасности полетов над населенными пунктами при эвакуации пострадавших с места дорожно-транспортных происшествий.

1.1. Вертолеты применяемые при лечебно-эвакуационном обеспечении пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях должны:

1). быть сертифицированы как вертолет категории А (вертолеты с двумя двигателями, обеспечивающие гарантированное продолжение полета, взлет и посадку в случае отказа одного из двигателей)

2). Соответствовать 1 классу безопасности полетов, то есть обеспечивать взлет вертолета, продолжение полета и его посадку в штатном режиме в случае отказа двигателя в любое время выполнения полета, или 2 классу безопасности полетов, что означает кратковременную возможность возникновения нештатной ситуации во время проведения полета.

1.2. Вертолеты, применяемые при эвакуации пострадавших с места дорожно-транспортного происшествия, и вертолеты, выполняющие полеты (взлеты и посадки) над густонаселенными пунктами, должны соответствовать 1 классу безопасности полетов.

1.3. Вертолеты, применяемые для межбольничной транспортировки пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях, должны соответствовать 1 или 2 классу безопасности полетов.

2. Требования, определяющие плечо эвакуации и скорость доставки пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях в лечебные учреждения.

Вертолеты, применяемые при эвакуации пострадавших с места дорожно-транспортного происшествия, должны иметь максимальное плечо эвакуации не менее 100 км, эффективное плечо эвакуации - не менее 50 км.

3. Требования, определяющие ограничение влияния на состояние пострадавшего внешних воздействий во время эвакуации вертолетом с места дорожно-транспортного происшествия:

- вертолеты, применяемые для эвакуации пострадавших с места дорожно-транспортного происшествия, должны иметь надежную герметизацию салона вертолета и максимально возможную звукоизоляцию салона и его виброзащищенность;

- вертолет должен иметь обогреваемый салон.

4. Прочие требования к вертолетам, применяемым при эвакуации пострадавших с места дорожно-транспортного происшествия:

- вертолет должен иметь крепежную систему для установки съемного медицинского оборудования;

- бортовая электрическая сеть вертолета должна обеспечивать подключение электрического медицинского оборудования;

- вертолет должен иметь систему подачи кислорода пострадавшим;

- вертолет должен иметь просторный салон для рационального размещения эвакуируемых и сопровождающих, для обеспечения доступа медицинского персонала к пострадавшим во время оказания им медицинской помощи и наблюдения за их состоянием.

Приложение 2

к Специальному
техническому регламенту
«Применение вертолетной
авиации для оказания
медицинской помощи
пострадавшим в дорожно-
транспортных
происшествиях»

ТРЕБОВАНИЯ

**к оборудованной вертолетной площадке с диспетчерским пунктом,
базирующейся на земле при медицинской организации**

1. Основные требования к вертолетной площадке

1.1. Объектами технического регулирования являются:

- основные объекты: оборудованная вертолетная площадка (ВП) и диспетчерский пункт (ДП), размещаемые на земле при медицинской организации субъекта Российской Федерации;

- дополнительные обеспечивающие объекты: воздушная трасса для захода медицинского вертолета на ВП на посадку и для взлета, оснащенная необходимым оборудованием; подъездные дороги к ВП; стоянка для автомобилей; инженерно-технические сети и коммуникации и др.

1.2. Оборудованная ВП и ДП должны обеспечивать временное базирование (дежурство), взлет и посадку легких и средних вертолетов.

1.3. Вертолетная площадка должна быть рассчитана на обеспечение как штатной, так и аварийной посадки вертолетов.

1.3.1. Вертолетная площадка должна обеспечивать посадку вертолетов штатно - по вертолетному, без влияния воздушной подушки.

1.3.2. Вертолетная площадка должна предусматривать обеспечение аварийной посадки вертолетов и проведение неотложных мероприятий по ликвидации последствий этой посадки: пожаротушение вертолета и близлежащих объектов, аварийно-спасательных работ, аварийной эвакуации из вертолета пораженных, оказание им неотложной медицинской помощи.

1.4. В составе ВП должно быть предусмотрено и функционировать следующее авиационное наземное оборудование:

- радиосвязное оборудование;
- оборудование для управления воздушным движением (УВД);
- кодовый неоновый светомаяк со средствами управления;
- маркировочные огни: посадочные, ограничения площадки и заградительные со средствами управления этим оборудованием;
- прожекторы для подсвета ВП;
- светоограждение ДП, зданий и сооружений, ближайших к ВП;
- светоограждение ДП, зданий и сооружений по воздушной трассе захода вертолета для посадки на ВП и взлета с ВП;
- метеооборудование в автоматическом режиме работы;
- ветроуказатель механический со светотехническим оборудованием для его подсветки;
- устройства для швартовки вертолета;
- оборудование для технического обслуживания вертолета.

1.5. ВП и ДП и дополнительные объекты должны быть оборудованы противопожарными средствами: гидрантами (гидромониторами) минимум с двух сторон, металлическим ящиком с песком, огнетушителями и др.

1.6. Объекты должны быть оборудованы молниезащитой и заземлением по нормам.

1.7. В составе ВП должны быть предусмотрены помещения, технические системы и оборудование для обеспечения охраны, сигнализации, защиты и противодействия захвату.

1.8. ВП и ДП должны обеспечивать круглосуточное дежурство и применение вертолетов в светлое и темное время суток, в простых и сложных метеоусловиях, в любое время года и в любых климатических условиях.

1.9. Дозаправка вертолета возможна:

- на оборудованной ВП;
- на специальных пунктах дозаправки.

1.10. Специальные пункты дозаправки вертолета должны находиться за территорией вертодрома, аэродрома и лечебного учреждения, в зоне ответственности вертолета, на незначительном расстоянии от вертодрома, аэродрома расстояния от оборудованной ВП лечебного учреждения.

1.10.1. Возможно оборудование и применение специального хранилища с авиационным топливом для дозаправки вертолета на безопасной охраняемой территории лечебного учреждения.

1.10.2. Хранилище должно находиться на охраняемой территории и отвечать требованиям безопасности.

1.10.3. Специальные пункты дозаправки вертолета, оборудованные хранилищем, должны иметь специальное оборудование для заправки вертолета топливом и контроля качества топлива.

1.11. Территория ВП должна иметь вертикальную планировку и ограждение по периметру.

2. Требования к оборудованной вертолетной площадке, базирующейся на земле при лечебном учреждении

2.1. Оборудованная ВП, размещаемая на земле при лечебном учреждении, должна отвечать следующим требованиям по нормам ИКАО:

2.1.1. ВП должна иметь размер по длине и ширине, в который должен уместиться круг диаметром не менее диаметра несущего винта (НВ) вертолета, имеющего наибольший диаметр НВ из прилетающих на данную площадку, но не менее предусмотренных норм.

2.1.2. Общая площадь ВП должна быть не менее установленных норм:

- для категории легких вертолетов - 35x35 м;
- для категории средних вертолетов - 50x50 м.

2.1.3. Рабочая площадь ВП должна быть не менее установленных норм:

- для категории легких вертолетов - 15x15 м;
- для категории средних вертолетов - 20x20 м.

2.1.4. ВП должна иметь с внешней стороны (круга, прямоугольника или многоугольника) по всему периметру полосу безопасности не менее 3-х метров.

2.1.5. Свободный сектор захода вертолета на площадку для посадки и взлета с нее должен составлять не менее 210°.

2.1.6. Высота препятствий в пределах боковых зон безопасности ВП должно соотноситься не более 1:2 соответственно.

2.1.7. Боковое удаление препятствий от ВП по траектории взлета (посадки) вертолета должны соотноситься не более 1:1 соответственно.

2.2. ВП и полосы безопасности ВП должны выдерживать удельную нагрузку с учетом: максимальной взлетной массы и максимальной удельной нагрузки на ВП наиболее тяжелого из применяемых вертолетов; максимальной удельной нагрузки на ВП при аварийной посадке вертолета.

2.3. Рабочая площадь и полосы безопасности ВП должны иметь требуемые уклоны для обеспечения стока атмосферных осадков в дождеприемные колодцы и далее по водосточному коллектору в городскую сеть ливневой канализации. Для отвода воды из-под покрытия должны быть предусмотрены дренирующий слой основания и закрывочная дрена с низовой стороны, впадающая в коллектор.

2.4. Поверхность ВП должна иметь шероховатость (ребристость), чтобы исключить скольжение вертолета.

2.5. Ворота вертолетной площадки должны быть металлическими, распашными, запирающимися.

2.6. К стоянке вертолета на ВП должен быть обеспечен подвод электропитания необходимых номиналов и мощностей для обеспечения питания:

- борта вертолета при его техническом обслуживании;
- наземных средств подготовки вертолета;
- наземных переносных (или передвижных) воздушно-вентиляторных отопителей, предназначенных для обогрева кабин вертолета при несении дежурства в зимнее время года.

3. Требования к диспетчерскому пункту вертолетной площадки, базирующемуся на земле при медицинской организации

3.1. ДП предназначается для следующих целей:

- управления полетами вертолетов;
- обзора посадочной площадки и полос воздушных подходов;
- выдачи условий для захода и посадки на ВП летному экипажу;
- управления навигационными и посадочными системами;
- управления специальным светотехническим оборудованием ВП, светомаяком и маркировочными огнями;
- обеспечения радио- и телефонной связи;
- размещения специального оборудования;
- обеспечения постоянного дежурства сменного диспетчера;
- временного размещения и отдыха дежурного летного экипажа;
- временного размещения медицинских специалистов, обеспечивающих прием эвакуируемых пострадавших.

3.2. В помещениях ДП должны быть обеспечены условия для несения дежурства:

- постоянно – одного сменного диспетчера и одного сменного помощника диспетчера;
- временно – летного сменного экипажа из 2-х человек.

3.3. Летный экипаж должен находиться в режиме постоянной готовности к вылету.

3.4. В составе ДП должны быть предусмотрены следующие помещения:

- диспетчерская площадью не менее 18-20 м², с прилегающими электрощитовой площадью не менее 6 м² и туалетом с умывальником - 6 м²;
- комната отдыха дежурного летного экипажа вертолета площадью не менее 15 м².

3.5. На плоскости кровли здания ДП необходимо предусмотреть ограждение и установку антенн радиостанции, импульсного маяка, ветроуказателя, датчика скорости и направления ветра.

Приложение 3

к Специальному
техническому регламенту
«Применение вертолетной
авиации для оказания
медицинской помощи
пострадавшим в дорожно-
транспортных
происшествиях»

ТРЕБОВАНИЯ

к оборудованной вертолетной площадке с диспетчерским пунктом, базирующейся на крыше медицинской организации

1. Основные требования к вертолетной площадке, базирующейся на крыше медицинской организации

1.1. Объектами проектирования являются:

- основные объекты: оборудованная вертолетная площадка (ВП) и диспетчерский пункт (ДП), размещаемые на крыше медицинской организации субъекта Российской Федерации;
- дополнительные обеспечивающие объекты: воздушная трасса для захода вертолета на ВП на посадку и для взлета, оснащенная необходимым оборудованием; инженерно-технические сети и коммуникации.

1.2. Оборудованная ВП с ДП и дополнительными обеспечивающими объектами и оборудованием должны представлять собой единый функциональный комплекс с базированием ВП и ДП на крыше лечебного учреждения.

1.3. Оборудованная ВП с ДП на крыше здания медицинской организации должна обеспечивать зависание над ней, посадку, кратковременную стоянку и взлет вертолетов легкого класса.

1.4. Вертолетные площадки на крышах зданий не предназначены для обеспечения временной стоянки (дежурства) вертолета. Дежурство вертолета должно обеспечиваться в наземных условиях: на вертодроме, аэродроме или наземной оборудованной вертолетной площадке.

1.5. Вертолетная площадка должна быть рассчитана на обеспечение как штатной, так и аварийной посадки вертолетов.

1.5.1. Вертолетная площадка должна обеспечивать посадку вертолетов штатно - по вертолетному, без влияния воздушной подушки.

1.5.2. Вертолетная площадка должна предусматривать обеспечение аварийной посадки вертолетов и проведение неотложных мероприятий по ликвидации последствий этой посадки: пожаротушение вертолета и близлежащих объектов, аварийно-спасательных работ, аварийной эвакуации пострадавших из вертолета, оказание им неотложной медицинской помощи.

1.6. В составе вертолетной площадки должно быть предусмотрено и функционировать следующее авиационное оборудование:

- радиосвязное оборудование;
- оборудование для управления воздушным движением (УВД);
- кодовый неоновый светомаяк со средствами управления;
- маркировочные огни: посадочные, ограничения площадки и заградительные со средствами управления этим оборудованием;
- прожекторы для подсвета ВП;
- светоограждение ДП, зданий и сооружений, ближайших к ВП;
- светоограждение ДП, зданий и сооружений по воздушной трассе захода вертолета для посадки на ВП и взлета с ВП;
- метеооборудование в автоматическом режиме работы;
- ветроуказатель механический со светотехническим оборудованием для его подсветки;
- устройства для швартовки вертолета;
- оборудование для технического обслуживания ВП и вертолета.

1.7. ВП и ДП должны быть оборудованы противопожарными средствами: гидрантами (гидромониторами) минимум с двух сторон, металлическим ящиком с песком, огнетушителями и др.

1.8. Объекты должны быть оборудованы молниезащитой и заземлением по нормам.

1.9. ВП, ДП и дополнительные объекты должны обеспечивать круглосуточное применение вертолетов в светлое и темное время суток, в простых и сложных метеоусловиях, в любое время года и в любых климатических условиях.

1.10. Специальные пункты дозаправки вертолета должны находиться за территорией вертодрома, аэродрома и лечебного учреждения в зоне

ответственности вертолета, на незначительном относительно вертодрома, аэродрома расстоянии от оборудованной ВП лечебного учреждения.

1.10.1. Возможно оборудование и применение специального хранилища для дозаправки вертолета авиационным топливом.

1.10.2 Хранилище должно находиться на охраняемой территории и отвечать требованиям безопасности.

1.10.3 Специальные пункты дозаправки вертолета, оборудованные хранилищем, должны иметь специальное оборудование для заправки вертолета топливом и контроля качества топлива.

1.10.4. Возможна дозаправка вертолета от аэродромных автомобилей-топливозаправщиков вне территории аэродромов и вертодромов в зоне ответственности вертолета на специальных пунктах дозаправки.

1.11. Территория ВП должна иметь вертикальную планировку и ограждение по периметру.

2. Требования к оборудованной вертолетной площадке с диспетчерским пунктом, базирующейся на крыше здания медицинской организации

2.1. Оборудованная ВП с ДП, размещаемые на крыше здания медицинской организации, должны отвечать следующим требованиям по нормам ИКАО:

2.1.1. ВП должна иметь размер по длине и ширине, в который должен уместиться круг диаметром не менее диаметра несущего винта (НВ) вертолета, имеющего наибольший диаметр НВ из прилетающих на данную площадку, но не менее предусмотренных норм.

2.1.2. Общая площадь ВП должна быть не менее установленных норм для категории легких вертолетов - 35x35 м.

2.1.3. Рабочая площадь ВП должна быть не менее установленных норм для категории легких вертолетов - 15x15 м.

2.1.4. Площадка для приземления и взлета вертолета должна иметь с внешней стороны (круга, прямоугольника или многоугольника) по всему периметру полосу безопасности не менее 3-х метров.

2.1.5. По внешней кромке крыши здания должно оборудоваться откидывающееся леерное ограждение.

2.1.6. Свободный сектор для захода вертолета на ВП, расположенную на крыше здания, для посадки и взлета с нее должен составлять 210 °.

2.1.7. Высоты препятствий над уровнем ВП в пределах боковых зон ее безопасности должны соотноситься не более 1:2 соответственно, т. е. препятствие высотой 1 м над уровнем ВП должно находиться на расстоянии не менее 2 м от ВП.

2.1.8. Боковое удаление препятствий от траектории взлета (посадки) до ВП должно соотноситься не менее 1:1 соответственно, т.е. препятствие высотой 1м над уровнем ВП должно быть удалено от ВП на расстояние не менее 1 м от ВП.

2.1.9. На расстоянии 2-х радиусов несущего винта вертолета от центра ВП не должны располагаться инженерные объекты выше уровня ВП.

2.2. ВП, размещаемая на кровле здания, должна устанавливаться на опоры из железобетона размером согласно требованиям к ВП и иметь искусственное покрытие плит ПАГ или из монолитного бетона.

2.3. ВП и полосы безопасности ВП должны выдерживать удельную нагрузку с учетом максимальной удельной нагрузки на ВП при аварийной посадке вертолета.

2.4. Должна быть обеспечена возможность стока воды и уборки снега с ВП и ДП.

2.4.1. Рабочая площадь и полосы безопасности ВП должны иметь требуемые уклоны для обеспечения стока атмосферных осадков в дождеприемные устройства и далее по водосточному коллектору в городскую сеть ливневой канализации.

2.4.2. Для отвода воды из-под покрытия необходимо предусмотреть дренирующий слой основания и закомочную дренаж с низкой стороны, впадающую в коллектор.

2.5. Должны быть предусмотрены мероприятия и оборудование по защите ВП от обледенения и его предотвращению.

2.6. Поверхность ВП должна иметь шероховатость (ребристость), чтобы исключить скольжение вертолета.

2.7. Для предотвращения выкатывания вертолета с ВП во время стоянки должен предусматриваться ограничивающий комингс деревянного исполнения.

2.8. По периметру ВП должна сооружаться защитная сетка шириной 1,5 метра. Сетка должна выдерживать нагрузку 200кг на квадратный метр и иметь возможность подниматься и откидываться.

2.9. На крыше в районе ВП должны устанавливаться:

- метеооборудование;
- ветроуказатель механический;
- кодовый неоновый светомаяк;
- маркировочные огни (посадочные, ограничения площадки, заградительные).
- устройства для швартовки вертолета.

2.10. У выхода на крышу к ВП должна сооружаться защитная стенка до 1,5 метров высотой для защиты людей от воздушного вихря, создаваемого от несущего винта вертолета, в период ожидания для посадки. Допустимый воздействующий поток до 5 м/сек. От места выхода (ожидания) до ВП делаются поручни.

2.11. ВП должна иметь лестницу или съездной пандус для схода и подъема людей и транспортировки эвакуируемых пострадавших.

2.12. У выхода на крышу здания в районе ВП должна быть оборудована защищенная от ветра и осадков площадка для переключивания и временного

размещения эвакуируемых пострадавших и медицинских специалистов сопровождения.

2.13. Рядом с ВП может устанавливаться пандус с частичным покрытием, который может использоваться в качестве защитного сооружения от воздушного потока во время ожидания прибытия вертолета, его посадки и взлета. В этом случае защитная стенка от ветрового потока не требуется.

2.14. В здании лечебного учреждения, на крыше которого оборудуется ВП, должно быть предусмотрено подъемное устройство (лифт) для обеспечения поочередного подъема-спуска: дежурной смены, медицинского экипажа с укладками, 1-2 эвакуируемых пострадавших (на носилках, столе-каталке или кресле-каталке), 1-2 медицинских специалистов сопровождения.

2.15. Кабина подъемного устройства должна обеспечивать:

- удобство погрузки-выгрузки и размещения эвакуируемых пострадавших;
- удобство доступа медицинских специалистов к эвакуируемым пострадавшим для оказания им неотложной медицинской помощи;
- телефонную связь с диспетчером ДП и дежурным лифтером;
- аварийное освещение.

2.16. К стоянке вертолета (к ВП) должен быть обеспечен подвод электропитания необходимых номиналов и мощностей для обеспечения питания:

- борта вертолета при устранении его неисправностей;
- наземных средств технического обслуживания вертолета;
- наземных переносных (передвижных) воздушно-вентиляторных отопителей, предназначенных для обогрева кабин вертолета при его кратковременной стоянке и при устранении его неисправностей в зимнее время года.

3. Требования к диспетчерскому пункту в составе оборудованной вертолетной площадки, базирующейся на крыше здания лечебного учреждения

3.1. ДП предназначается для следующих целей:

- управления полетами вертолетов;
- обзора посадочной площадки и полос воздушных подходов;
- выдачи условий для захода и посадки на ВП летному экипажу;
- управления навигационными и посадочными системами;
- управления специальным светотехническим оборудованием ВП, светомаяком и маркировочными огнями;
- обеспечения радио и телефонной связи;
- размещения специального оборудования;
- обеспечения постоянного дежурства сменного диспетчера;
- временного размещения дежурного летного экипажа;

- временного размещения медицинских специалистов, обеспечивающих прием эвакуируемых пострадавших;
- обеспечения условий для оказания неотложной медицинской помощи эвакуируемым штатно и в условиях аварийной посадки вертолета;
- временного нахождения персонала, обслуживающего ВП.

3.2. При выборе места размещения ДП необходимо предусмотреть возможность его установки на кровле крыши по линии ограничения летных препятствий с расположением бытовых помещений на техническом этаже.

3.3. Режим работы ДП должен быть постоянным, круглосуточным.

3.4. В помещениях ДП должны быть обеспечены условия:

- для несения постоянного дежурства одного сменного диспетчера и одного сменного помощника диспетчера;
- для кратковременного отдыха летного экипажа;

3.5. Летный экипаж должен находиться в режиме постоянной готовности к вылету.

3.6. Медицинский персонал для обеспечения приема и отправки пострадавших должен привлекаться из лечебного учреждения на момент прилета-вылета вертолета.

3.7. Доставка пострадавших к вертолету (с вертолета) должна осуществляться на момент прилета-вылета вертолета.

3.8. В составе ДП должны быть предусмотрены следующие помещения:

- диспетчерская площадью не менее 15 м² с прилегающими электрощитовой площадью не менее 6 м² и туалетом с умывальником - 6 м²;
- комната отдыха для из дежурного диспетчера смены и летного экипажа вертолета площадью не менее 15 м².

3.9. На плоскости кровли здания с ДП необходимо предусмотреть ограждение и установку антенн радиостанции, импульсного маяка, ветроуказателя, датчика скорости и направления ветра.

3.10. Помещение для службы технического обеспечения ВП с ДП должно оборудоваться отдельно от ДП в близлежащих к ВП помещениях лечебного учреждения.

3.11. Необходимо предусмотреть телевизионный контроль стоянки вертолета на ВП и территории ВП. Телевизионный контроль должен быть обеспечен из помещения диспетчерской ДП и из дежурного помещения внутренней охраны лечебного учреждения.

3.12. ДП должен иметь внешнее электрическое освещение.

Требования к посадочным площадкам для самолетов типа Ан-2 (для взлетно-посадочной полосы до 800 м)

Поверхность взлетно-посадочной полосы (далее - ВПП) посадочной площадки должна быть без препятствий, затрудняющих руление, взлет и посадку воздушных судов.

Неровности, определяемые по зазору (просвету) между рейкой длиной в 3 м и поверхностью летного поля в любых направлениях рабочей части, не должны превышать 0,1 м или размера, указанного в эксплуатационной документации воздушных судов, для которых предназначена посадочная площадка.

ВПП должна выдерживать нагрузки, возникающие при движении воздушных судов, для полетов которых она предназначена.

В случае если посадочная площадка не имеет четко выделенной ВПП, то указанным требованиям должно соответствовать летное поле.

Ширина ВПП должна быть не менее:

18 м для посадочных площадок с длиной ВПП до 800 м;

Ширина ВПП, оборудованной для точного захода на посадку, должна быть не менее 30 м.

ВПП, имеющая длину более 1200 м или предназначенная для захода на посадку по приборам, оборудуется торцевой зоной безопасности (далее - ТЗБ), которая имеет длину не менее 90 м за торцом ВПП. Ширина ТЗБ должна быть не менее общей ширины ВПП и ее боковых полос безопасности (далее - БПБ).

БПБ располагаются симметрично по обе стороны ВПП таким образом, чтобы общая ширина ВПП и ее БПБ составляла не менее:

30 м для посадочных площадок с длиной ВПП до 800 м;

Ширина ВПП, которая имеет длину менее 400 м и предназначена для сверхлегких воздушных судов, и ее БПБ определяется исходя из летно-технических характеристик воздушных судов, полеты которых планируются с посадочной площадки.

Поперечный уклон БПБ не должен превышать 2,5%, ее поверхность, примыкающая к ВПП, должна выдерживать нагрузку, создаваемую при выкатывании воздушного судна за пределы ВПП, не вызывая у него повреждений конструкции.

Расположение мест стоянки воздушных судов должно обеспечивать расстояние между концами крыльев самолетов не менее 3 м.

Поверхность мест стоянки должна выдерживать нагрузку от колес воздушного судна при стоянке.

Поверхность между ВПП и местами стоянки, предназначенная для руления, должна выдерживать нагрузку от колес воздушного судна. При невозможности обеспечения выполнения требования для всей указанной

поверхности, границы зон, предназначенные для руления, или рулежные дорожки (далее - РД) маркируются флажками или дорожными сигнальными конусами.

В случаях, установленных настоящими Правилами, элементы посадочных площадок обозначаются маркировочными знаками (далее - маркеры), которые должны быть объектами с массой и конструкцией, представляющими минимальную опасность для воздушного судна в случае столкновения с его частями (далее - ломкие объекты).

Маркеры, размещаемые вблизи ВПП или РД, устанавливаются таким образом, чтобы обеспечивать необходимое безопасное расстояние до воздушных винтов и гондол двигателей воздушных судов.

Маркеры должны закрепляться таким образом, чтобы предотвращать их смещение струей воздуха, создаваемой двигателями и воздушными винтами.

Входные маркеры ВПП устанавливаются симметрично оси ВПП по краям торцов ВПП таким образом, чтобы длинная сторона маркера была перпендикулярна осевой линии ВПП.

Поверхность входного маркера должна иметь со стороны ВПП чередующиеся вертикальные полосы красного и белого цвета, с противоположной стороны - вертикальные чередующиеся полосы черного и белого цвета. Крайние полосы имеют черный или красный цвет соответственно. Размеры и форма маркеров указаны в приложении № 1 к настоящим Правилам. Входные маркеры устанавливаются на линии начала и конца ВПП на расстоянии от 1 до 5 м от ее боковых границ.

На ВПП, не имеющей искусственного покрытия, в качестве входных маркеров, обозначающих начало и конец ВПП, допускается применение трех флажков. Флажки устанавливаются от края ВПП с шагом 2 м на линии, перпендикулярной оси ВПП, их размеры приведены в приложении № 2 к настоящим Правилам.

Пограничные знаки в виде усеченного конуса или призмы устанавливают вдоль боковых границ ВПП на расстоянии 100 м друг от друга и 1 м за ее боковыми границами, пограничные знаки в виде флажков, автопокрышек или дорожных сигнальных конусов - на расстоянии 50 м друг от друга. Флажки и автопокрышки могут быть белого, красного или черного цвета при условии обеспечения контраста с фоном местности. При наличии снега на посадочной площадке пограничные знаки могут быть в виде веток деревьев хвойных пород.

Поверхность пограничного знака ВПП окрашивается чередующимися поперечными полосами красного и белого цветов или черного и белого цветов.

Посадочная площадка оборудуется не менее чем одним ветроуказателем.

Ветроуказатель располагается таким образом, чтобы он был хорошо виден со всех точек летного поля. Он не должен затеняться зданиями,

сооружениями и естественными препятствиями со всех направлений и свободно вращаться вокруг оси мачты.

Ветроуказатель должен иметь размеры не менее размеров, указанных в приложении № 3 к настоящим Правилам.

Ветроуказатель при полетах ночью должен быть освещен.

Цвет ветроуказателя выбирается таким образом, чтобы он контрастировал с окружающей местностью.

В тех случаях, когда для обеспечения необходимой контрастности ветроуказателя необходимо использовать сочетание двух цветов, используются сочетания оранжевого с белым, красного с белым или черного с белым. Цвета располагаются в виде пяти чередующихся полос таким образом, чтобы первая и последняя полосы имели более темный цвет.

На посадочной площадке устанавливаются поверхности ограничения препятствий в направлении полосы воздушных подходов, примыкающей к торцу ВПП и расположенной в направлении ее оси, в которой воздушные суда производят набор высоты после взлета и снижение при заходе на посадку (далее - полоса воздушных подходов), а также в стороны от границ БПБ.

Для посадочных площадок, используемых ночью, не предназначенных для захода на посадку по приборам, поверхности ограничения препятствий в плане посадочной площадки имеют форму трапеции, боковые стороны которой образуются линиями, расходящимися от края БПБ под углом 6° к оси ВПП, проходящими от внешней границы ТЗБ, а при ее отсутствии - от торца ВПП. Длина поверхности ограничения препятствий в направлении полосы воздушных подходов составляет 1500 м, начинается от торца ВПП и имеет угол наклона 3° к оси ВПП. Боковая поверхность ограничения препятствий начинается от края БПБ и имеет угол наклона к нему 20° до высоты 50 м, далее горизонтальный участок до расстояния от оси ВПП 120 м.

В случае если препятствия выходят за указанные поверхности ограничения, разрешается использование посадочных площадок днем для захода на посадку без использования приборов при условии, что владелец посадочной площадки включит описание препятствия в аэронавигационный паспорт посадочной площадки.

Для посадочных площадок, предназначенных для захода на посадку по приборам, поверхности ограничения препятствий в плане посадочной площадки имеют форму трапеции, боковые стороны которой образуются линиями, начинающимися на расстоянии 120 м в обе стороны от оси ВПП у ее торца и расходящимися под углом 9° к оси ВПП, проходящими от внешней границы ТЗБ. Длина поверхности ограничения препятствий в направлении полосы воздушных подходов составляет 3000 м, начинается от торца ТЗБ и имеет угол наклона 3° к оси ВПП. Боковая поверхность ограничения препятствий начинается от края БПБ и имеет угол наклона к нему 20° до высоты 50 м, далее горизонтальный участок до расстояния от оси ВПП 120 м.

Для посадочных площадок, оборудованных системами точного захода на посадку, применяются требования, установленные для аэродромов в зависимости от категории точного захода на посадку.

Приложение № 1
к Правилам (пункт 9)

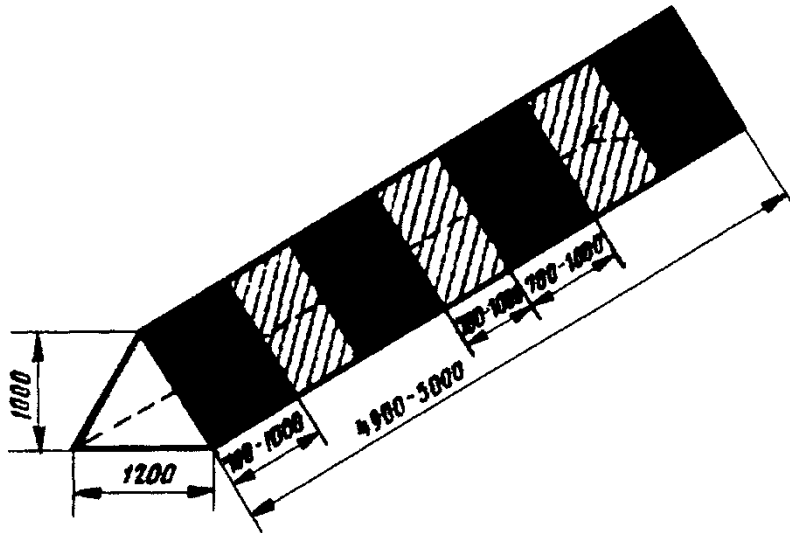


Рисунок. Входной маркер

Приложение № 2
к Правилам (пункт 10)

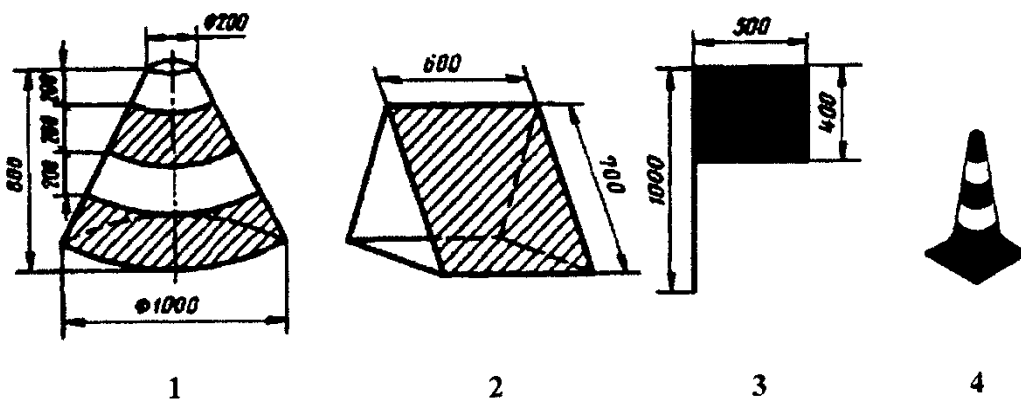


Рисунок. Пограничные знаки:

1 - усеченный конус; 2 - призма; 3 - флажок;

4 - дорожный сигнальный конус

Приложение № 3
к Правилам (пункт 12)

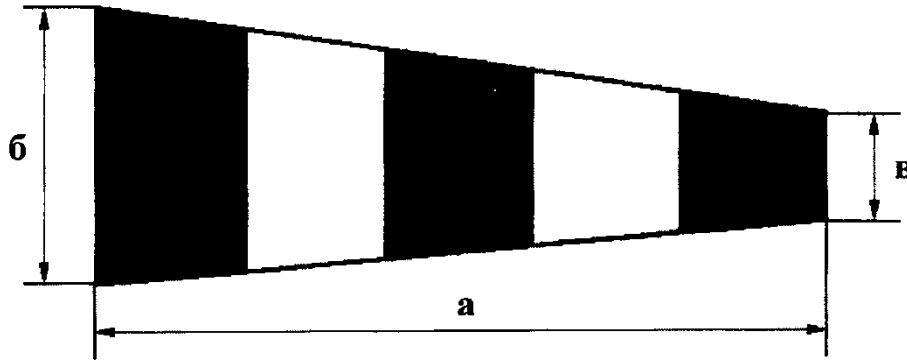


Рисунок. Размеры ветроуказателя

* Приказ Минтранса России № 69 от 4 марта 2011 г. «Об утверждении федеральных авиационных правил "требования к посадочным площадкам, расположенным на участке земли или акватории»

ПРОЕКТ

«Согласовано»

Заместитель Министра
здравоохранения
Российской Федерации

«Утверждаю»

Заместитель Министра
транспорта
Российской Федерации

**Временная инструкция по организации и выполнению полетов
воздушных судов гражданской авиации для оказания экстренной
консультативной медицинской помощи населению Российской
Федерации**

Содержание

- I. Общие положения
 - II. Порядок выдачи заявок на полет
 - III. Доставка медицинского персонала, больных и медицинских грузов
 - IV. Выполнение полетов
 - Дневные полеты
 - Ночные полеты и полеты в сумерках
 - V. Временные аэродромы и посадочные площадки
 - VI. Порядок оформления невыполненных заявок
 - VII. Правила безопасности
- Приложения

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Центры санитарной авиации, организованные на базе Центра ЭКМП и МЭ ФГБУ «ВЦМК «Защита» Минздрава России (ЦСА 1 уровня, федеральный), отделений ЭКМП и МЭ межрегиональных центров медицины катастроф (ЦСА 2 уровня, межрегиональные) и отделений экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации территориальных центров медицины катастроф (ЦСА 3 уровня, региональные) предназначены для приближения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи к населению городов и районов субъектов Российской Федерации.

2 Центры санитарной авиации используют в своей деятельности воздушные суда (самолеты, вертолеты) авиапредприятий (авиакомпаний) на договорной основе.

. Вылеты воздушных судов по заданию центров санитарной авиации производятся при необходимости:

- оказания экстренной консультативной медицинской помощи больным, находящимся на лечении в стационарах (в госпитальном периоде) и пострадавшим в чрезвычайных ситуациях и при дорожно-транспортных происшествиях (в догоспитальном периоде);

- доставки врачей-специалистов и других медицинских работников для оказания экстренной консультативной медицинской помощи больным в медицинской организации;

- санитарно-авиационной эвакуации больных, нуждающихся в экстренной консультативной медицинской помощи, которая не может быть оказана на месте в полном объеме;

- попутная эвакуация больных после лечения в федеральных, межрегиональных и региональных специализированных центрах в медицинские организации по месту жительства в целях дальнейшего лечения;

- проведения на местах неотложных диагностических и лабораторных исследований, требующих применения специальной медицинской и лабораторной аппаратуры;

- выполнения заданий по оказанию плановой консультативной и организационно-методической помощи медицинским организациям на территории субъектов Российской Федерации;

- срочной транспортировки в медицинские организации медикаментов, крови, кровезаменителей, донорских органов и других медицинских грузов, необходимых для спасения и поддержания жизни и здоровья больных и пострадавших;

- транспортировки медицинских работников и медицинских грузов (лекарственных, дезинфицирующих средств и т.д.) к месту проведения срочных противоэпидемических мероприятий.

3. В труднодоступных и удаленных районах Российской Федерации решением ТЦМК по согласованию с органами управления здравоохранением субъекта могут создаваться филиалы ЦСА на базе филиалов ТЦМК.

4. Воздушные суда применяются центрами санитарной авиации согласно действующим документам авиационного законодательства, регламентирующим выполнение работ по применению авиации.

5. Для выполнения перечисленных в п. 2 инструкции работ авиапредприятия (авиакомпаний) выделяют воздушные суда в медицинском варианте или, если это указано в договоре, в пассажирском варианте, приспособленном для транспортировки больных и медицинского персонала, а также летно-технический состав соответствующей квалификации.

6. Количество воздушных судов, выделяемых авиапредприятиями (авиакомпаниями) для оказания экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации, типы летательных аппаратов, район работ, места их базирования, порядок взаиморасчетов определяются локальными договорами, которые заключают центры санитарной авиации (органы управления здравоохранением) с авиапредприятиями (авиакомпаниями).

Воздушные суда, закрепленные за центром санитарной авиации, не могут быть использованы на работах другого назначения.

В случаях, когда имеется малый объем работы по выполнению санитарных заданий, полеты выполняются на основании письменного соглашения о периодическом авиационном обслуживании или, в отдельных случаях, по разовым заявкам. Разовые заявки выполняются в согласованные сторонами сроки.

7. Полеты по оказанию медицинской помощи населению авиапредприятия (авиакомпания) выполняют безоговорочно на основании санитарного задания центра санитарной авиации.

8. В случаях, когда санитарные задания не могут быть выполнены в силу малого радиуса действия выделяемых воздушных судов, а также когда на рейсовом воздушном судне можно ускорить оказание медицинской помощи, допускается организация доставки медицинского персонала и носилочных больных рейсовыми воздушными судами. В таких случаях медицинским работникам и больным по предъявлении в кассы авиакомпаний или специализированные организации (агентства) заявки на санитарное задание билеты на рейсовые воздушные суда продаются вне очереди. Кроме того, обеспечиваются размещение пациента (сидячего или носилочного) и создаются условия для работы сопровождающего медицинского персонала при отсутствии противопоказаний к транспортировке рейсовыми пассажирскими воздушными судами.

Авиапредприятия (авиакомпания) обеспечивают также бесплатную экстренную доставку рейсовыми воздушными судами небольших партий консервированной крови, консервированной кожи и других трансплантатов и медикаментов, упакованных в специальные контейнеры без сопровождения медицинского работника. При этом доставка данного груза для ее перевозки на рейсовом воздушном судне осуществляется непосредственно на борт этого воздушного судна в день его вылета

При следовании больных самостоятельно или с разрешения лечащего врача и по предъявлении в кассу авиакомпании заключения медицинского работника медпункта аэровокзала им предоставляются вне очереди места на рейсовые воздушные суда. Такие заявки должны регистрироваться в медпункте аэровокзала и книге «Оказание медпомощи авиапассажирам».

II. ПОРЯДОК ВЫДАЧИ ЗАЯВОК НА ПОЛЕТ

9. Заявки на полеты для выполнения работ, указанных в ч. I инструкции, выдаются авиапредприятию (авиакомпанию) в письменном виде за подписью ответственного лица (приложение 2) и вручаются дежурному командиру или в диспетчерские службы аэропортов (НДА, АДП).

10. В случаях, связанных со спасением жизни людей, и в целях ускорения выпуска воздушного судна в полет медицинским организациям разрешено подавать заявку на воздушное судно по телефону, факсу, электронной почте, а начальникам (командирам) авиапредприятий (авиакомпаний) выпускать воздушные суда без письменных заявок, с учетом подготовленности экипажа, и с последующим оформлением документации.

11. Медицинские работники, выдающие заявки на полет по оказанию экстренной консультативной медицинской помощи, должны делать надпись на заявке: «СРОЧНО». На основании заявок командирам воздушных судов указывается степень срочности полета в оба направления.

12. Заявки на оказание экстренной консультативной медицинской помощи с надписью «СРОЧНО» должны выполняться авиапредприятиями (авиакомпаниями) в день их поступления (форма заявки – приложение 1).

13. Заявки регистрируются медицинским работником, выдающим санитарное задание (дежурным диспетчером оперативного отдела ЦСА), в специальном журнале с указанием времени поступления вызова и выдачи заявки.

Поступление заявки на полет в авиапредприятие (авиакомпанию) должно быть зарегистрировано и подтверждено подписью уполномоченного должностного лица, независимо от возможности его выполнения (приложение 2).

III. ДОСТАВКА МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА, БОЛЬНЫХ И МЕДИЦИНСКИХ ГРУЗОВ

14. Доставка медицинского персонала, больных и медицинских грузов к воздушному судну и от воздушного судна к месту назначения обеспечивается силами и средствами ЦСА.

15. Медицинской персонал обязан прибыть, а грузы должны быть доставлены на аэродром не позднее, чем за 30 мин до вылета.

16. Погрузка больных и грузов на аэродромах вылета и в пункте вызова, а также их выгрузка производятся силами и средствами медицинских организаций под наблюдением медицинского персонала медпункта аэропорта в присутствии одного из членов экипажа или авиатехника.

Погрузка и выгрузка больных, следующих самостоятельно или с разрешения медицинской организации, и доставка их в медпункт аэровокзала производятся силами грузчиков отдела перевозок аэропорта под наблюдением медицинского работника аэровокзала.

17. Эвакуация больных и пострадавших воздушными судами (санитарно – авиационная эвакуация) по показаниям производится в сопровождении медицинского работника.

18. Определение состояния транспортабельности больного воздушным транспортом относится к компетенции медицинской организации, направляющей больного, или медицинского работника медпункта аэровокзала. Авиапредприятия (авиакомпания) ответственности за состояние больного на земле (аэродроме) и в воздухе не несут.

19. При выполнении полетов по транспортировке медицинских грузов в районы с посадкой на аэродромы, где нет обслуживающего аэродромного персонала, или на площадки, подобранные с воздуха, обслуживание (погрузка, перевалка и разгрузка) данного груза выполняется работниками и/или представителями вызывающей медицинской организации.

Если в пункте назначения гарантирована встреча воздушного судна, на борту которого находится медицинский груз, допускается выполнение санитарного задания без сопровождающих лиц, за исключением транспортировки донорских органов, которые должны транспортироваться в сопровождении медицинского персонала.

Емкости с кровью и другими медицинскими препаратами принимаются к перевозке без сопровождения медицинских работников только упакованными в специальные контейнеры.

20. Центры санитарной авиации обеспечивают встречу и быструю эвакуацию носилочных больных, доставляемых воздушными судами по санитарному заданию из аэропорта в медицинские организации.

21. Медицинские работники ЦСА, прибывшие на аэродром (посадочную площадку) для участия в полете по оказанию экстренной консультативной медицинской помощи, должны быть обеспечены одеждой, соответствующей условиям полета.

22. Медицинский персонал ЦСА при выполнении полетов обеспечивается бесплатным питанием.

При невозможности обеспечения медицинского персонала ЦСА бесплатным питанием допускается возмещение расходов на питание или, если нет возможности готовить горячую пищу, обеспечение сухим пайком. Сухой паек должен содержать необходимое количество калорий и витаминов из расчета на сутки.

IV. ВЫПОЛНЕНИЕ ПОЛЕТОВ

23. Полеты в целях оказания экстренной консультативной медицинской помощи выполняются в любое время суток в строгом соответствии с требованиями авиационного законодательства и настоящей инструкции.

24. Полеты по выполнению санитарных заданий могут выполняться как по воздушным трассам, так и вне трасс по кратчайшему безопасному маршруту. При выполнении полетов вне трасс экипаж (пилот) в специальном

журнале АДП вычерчивает схему маршрута полета (при вылете с оперативной площадки схема оставляется авиатехнику).

25. Для выполнения полетов по санитарным заданиям назначаются наиболее опытные пилоты, имеющие допуск к полетам в ночное время суток, в горной местности, производству посадок в дневное время на площадки, выбранные с воздуха, и иметь необходимый навык пилотирования воздушного судна по приборам.

Разрешается выполнение дневных полетов по доставке медицинского оборудования и других аналогичных грузов пилотам 4-го класса на оборудованные зарегистрированные аэродромы и площадки при погоде, соответствующей личному минимуму пилота к минимуму трассы.

Руководство авиапредприятий (авиакомпаний) обязано обращать особое внимание на качество подготовки и допуск командиров (пилотов) воздушных судов к полетам по оказанию экстренной консультативной медицинской помощи.

26. При работе по обслуживанию противоэпидемических и карантинных мероприятий экипажи воздушных судов выполняют все инструкции и указания органов здравоохранения по соблюдению правил личной профилактики.

27. В целях своевременного выполнения полетов по оказанию экстренной консультативной медицинской помощи руководство авиапредприятий (авиакомпаний) организует дежурство экипажей по количеству выделяемых для ЦСА воздушных судов и держит их в постоянной готовности к вылету.

В тех случаях, когда полеты выполняются по разовым заявкам, авиапредприятие (авиакомпания) назначает дежурный экипаж, а воздушное судно готовится после поступления заявки.

28. В целях ускорения вылета экипажи воздушных судов перед поступлением на дежурство должны тщательно изучить фактическую и прогнозируемую погоду района обслуживания и оформить в АДП полетную документацию на возможный вылет в пункты этого района.

Разрешение на вылет по оказанию экстренной консультативной медицинской помощи экипаж может получить лично по наземным средствам связи без повторного оформления документов в АДП.

При срочных полетах вылет воздушных судов разрешается выполнять по ориентировочным прогнозам без данных о фактическом состоянии погоды по маршруту и в пункте посадки. В таких случаях экипажу разрешается производить штурманский расчет до первого пункта посадки с последующим расчетом по дальнейшему маршруту.

Разрешение на повторный вылет по экстренному санитарному заданию командир воздушного судна может получить по каналам связи или телефону от диспетчера службы движения (АДП, МДП) при согласовании с дежурным командиром летного отряда или с командиром эскадрильи, звена с последующим оформлением документации.

В таких случаях консультацию о погоде командир воздушного судна получает по телефону от аэродромной метеослужбы (АМСГ) или в воздухе по каналам связи.

Более подробный и конкретный порядок, ускоряющий вылет для оказания экстренной консультативной медицинской помощи, должен быть разработан применительно к каждому аэропорту и внесен в инструкцию по производству полетов с данного аэродрома.

С этой же целью стоянки воздушных судов устанавливаются вблизи зданий аэровокзала или в местах, удобных для более быстрой погрузки и выгрузки больных, заправки горючим.

Если воздушное судно уже выполняет полет по санитарному заданию и поступило новое санитарное задание, которое можно выполнить этим же воздушным судном, экипаж обязан принять изменение в маршрут, который задал ЦСА.

29. Вылет для оказания экстренной консультативной медицинской помощи должен выполняться летом не позднее чем через 30 мин, зимой – не позднее чем через 1 час с момента получения заявки.

30. При задержке воздушного судна в пункте назначения на время, предполагающее срок действия прогноза погоды, командир экипажа обязан принять меры для получения нового прогноза погоды. В случае невозможности его получения разрешается в дневное время вылет и визуальный полет до аэродрома базирования по фактической погоде.

31. Выпуск и прием воздушных судов для оказания экстренной консультативной медицинской помощи производится в соответствии с минимумом погоды данного пилота.

32. Выпуск, обслуживание и прием воздушных судов, выполняющих срочные полеты по оказанию экстренной консультативной медицинской помощи, во всех гражданских аэропортах и на аэродромах других ведомств должны выполняться в первую очередь.

В промежуточных аэропортах воздушные суда, выполняющие срочные полеты по оказанию экстренной консультативной медицинской помощи, выпускаются при наличии летной погоды и пригодности аэродрома для данного типа воздушных судов.

33. В целях обеспечения срочного приема воздушных судов диспетчерская служба аэропортов обязана иметь тесную взаимосвязь с командованием аэродромов ВВС и аэродромами ведомственной авиации по запросу приема и выпуска воздушного судна, выполняющего санитарное задание.

Посадки на аэродромы ВВС должны быть предварительно согласованы с командованием соответствующего военного округа.

34. Руководство авиапредприятия (авиакомпания), а также служба ПДА несут полную ответственность за своевременный вылет воздушных судов по обслуживанию полетов по заявкам с надписью «СРОЧНО».

Дневные полеты

35. Дневные полеты воздушных судов по санитарным заданиям выполняются как по воздушным трассам, так и по маршрутам вне трасс в зависимости от района полетов, метеоусловий и типов воздушных судов. При выполнении таких полетов разрешается производить посадки воздушных судов на площадки, подобранные с воздуха.

36. Посадки воздушных судов, выполняющих срочные санитарные задания в равнинной и холмистой местности на площадки, выбранные с воздуха, разрешаются при высоте нижней границы облаков не ниже 100 м и видимости не менее 1500 м, в горной местности – при высоте нижней границы облаков не ниже 300 м и видимости не менее 5000 м.

37. Дневные полеты по оказанию экстренной консультативной медицинской помощи разрешается выполнять на самолетах 4-го класса и вертолетах 2, 3 и 4-го классов в равнинной и холмистой местности при высоте облачности не ниже 100 м (истинная безопасная высота при этом должна быть не ниже 50 м) и видимости не менее 1000 м. При полетах в

горной местности безопасная высота должна быть не ниже 300 м, а видимость не менее 2000 м.

Вертолеты 1-го класса выполняют полеты по оказанию экстренной консультативной медицинской помощи при минимуме погоды, установленном для них Руководством по летной эксплуатации.

38. Дневные срочные вылеты с аэродромов, не оборудованных для ночных полетов, разрешается начинать за 30 мин до восхода солнца и заканчивать:

а) в равнинной и холмистой местности - за 30 мин до наступления темноты;

б) в горной местности – не позднее захода солнца;

в) в районах 60° с.ш. и севернее – за 30 мин до наступления темноты.

Полет по оказанию экстренной консультативной медицинской помощи с посадкой на аэродромы, оборудованные для ночных полетов с надежными средствами связи, ограничиваться временем суток не должен.

39. При транспортировке больных пилотам воздушных судов запрещается совершать резкие подъемы и снижения, а также виражи с креном более 15°.

40. Воздушное судно может быть задержано врачом в пункте назначения на срок, превышающий действие прогноза погоды, полученного пилотом при вылете, только при наличии медицинских показаний, оправдывающих необходимость такой задержки.

Если посадка воздушного судна произведена днем на площадку, подобранную с воздуха, вылет его ночью разрешается в случае необходимости санитарно-авиационной эвакуации.

41. В исключительных случаях разрешается выпуск воздушных судов для оказания экстренной консультативной медицинской помощи при неустойчивой метеообстановке с разведкой погоды.

42. Если при посадке в пункте назначения своевременная встреча воздушного судна не обеспечена, его командиру предоставляется право ожидать встречающих лиц зимой 1 час, летом – 2 часа при условии своевременного возврата воздушного судна на базовый аэродром в установленные сроки.

43. Центрам санитарной авиации разрешается совмещать выполнение нескольких санитарных вызовов за один полет.

44. Если вблизи пункта назначения на расстоянии не более 6 км имеются аэродромы местных воздушных линий или других ведомств и до медицинского учреждения имеется хорошая дорога, посадки воздушных судов должны производиться только на этих аэродромах.

При отсутствии таких аэродромов пилоту предоставляется право, по согласованию с медицинским работником, находящимся на борту, самому решить вопрос о месте посадки или о возврате в пункт вылета.

Посадка вертолетов производится около населенных пунктов по возможности ближе к медицинской организации.

45. При полетах с ночевкой или при продолжительной стоянке вне аэродрома на борту воздушного судна в необходимых случаях находится лицо технического состава, которому выдается служебный авиабилет.

46. Выполнение санитарного задания с ночевкой в пункте назначения допускается в случаях:

а) доставки медицинского персонала или груза для оказания экстренной консультативной медицинской помощи больному;

б) срочной эвакуации больного, если на обратный рейс не хватает светлого времени, а аэродром посадки не оборудован ночным стартом;

Примечания:

1) Вылет воздушного судна с ночевкой в пункте назначения выполняется пилотом при условии возможности обеспечения экипажа сведениями о погоде на следующий день по обратному маршруту полета.

2) При задержке воздушного судна в пункте назначения должна быть оборудована стоянка с надежным креплением.

3) Руководитель вызывающей медицинской организации принимает меры по устройству на ночь больного, сопровождающего медицинского персонала и экипажа, а также по охране воздушного судна.

4) Если в пункте назначения не обеспечены условия, предусмотренные пунктами примечания 1, 2, 3, пилот вылетает на ночевку на ближайший аэродром, где могут быть обеспечены получение прогноза погоды, охрана воздушного судна и размещение экипажа. В этом случае медицинский персонал, пользующийся воздушное судно, делает отметку в санитарном задании о причине такого полета.

47. При полетах в населенный пункт, с которым нет связи, для привлечения внимания лиц, вызвавших воздушное судно, разрешается пролететь над этим пунктом на высоте, которая позволила бы в случае отказа двигателя спланировать за пределы населенного пункта.

Ночные полеты и полеты в сумерках

48. Ночные полеты и полеты в сумерках на воздушных судах производятся, как правило, с базовых аэропортов и аэродромов, оборудованных для приема и выпуска воздушных судов в ночное время.

Полеты по санитарному заданию могут начинаться в дневное время с обычного полевого аэродрома (посадочной площадки) и заканчиваться в ночное время с посадкой на оборудованный для ночных полетов базовый аэродром. Может производиться вылет с ночного аэродрома в темное время суток с расчетом посадки на дневном аэродроме (посадочной площадке) после восхода солнца.

49. Ночные полеты по оказанию экстренной консультативной медицинской помощи разрешается выполнять на самолетах 4-го класса и вертолетах 1,2, 3 и 4-го классов, как по трассам, так и вне установленных воздушных трасс.

50. Перед вылетом пилот обязан тщательно изучить предстоящий маршрут полета, световые и радионавигационные ориентиры, превышения местности по маршруту, расположение посадочных площадок и препятствия на подходах к ним.

51. Полеты на самолетах 4-го класса и вертолетах 2, 3 и 4-го классов в равнинной и холмистой местности выполняются при видимости не менее 4 км. Безопасная высота полета при этом должна быть не менее 250 метров. Посадки воздушных судов при выполнении таких полетов разрешаются только на аэродромах и посадочных площадках, имеющих оборудование для ночных полетов или световое обозначение (костры, жаровни и т.п.). Вертолеты 1-го класса выполняют полеты при минимуме погоды, установленном для них Руководством по летной эксплуатации.

52. Когда посадка воздушного судна производится днем на площадку, выбранную с воздуха, полет с нее ночью разрешается только в случае крайней необходимости, связанной с оказанием экстренной консультативной медицинской помощи. В этом случае командир экипажа обязан принять меры по оборудованию площадки световой маркировкой и подготовить ее для безопасного полета.

53. Подбор посадочных площадок с воздуха ночью на всех типах воздушных судов запрещается.

54. Полеты самолетов 4-го класса и вертолетов 2, 3 и 4-го классов, производимые в период продолжительных сумерек в районах 60° с.ш. и севернее, выполняются так же, как в дневное время. Разрешается начинать полеты после наступления рассвета и заканчивать за 30 мин до наступления темноты в равнинной местности, за 1 час – в горной местности.

В остальное время сумерек санитарные задания выполняются так же, как в ночное время.

55. При невозможности выполнения срочного задания в ночное время оно выполняется на другой день с рассветом при условии подтверждения необходимости вылета.

Организация полетов в особых условиях

56. Допускается производство полетов над водной поверхностью с целью оказания экстренной консультативной медицинской помощи больным и пострадавшим на морских (речных) судах. При этом помощь оказывается в режиме висения, подъем больного или пострадавшего возлагается на исполнителя и осуществляется при помощи бортовой лебедки обученным персоналом.

57. В случае привлечения ВС как исполнителя для работ по ликвидации ЧС в целях своевременного оказания медицинской помощи авиапредприятие (авиакомпания) привлекает наиболее опытный экипаж, прошедший соответствующую подготовку и имеющий доступ к ночным полетам, в горной местности, а также специалистов для обеспечения погрузки больных и пострадавших в режиме висения при помощи лебедки.

58. При посадке с подбором на заснеженную (пыльную) площадку зависание выполняется вне зоны влияния воздушной подушки, а посадка осуществляется по визуальным контактам с наземными ориентирами.

59. В случае внезапного ухудшения состояния больного или пострадавшего командир воздушного судна обязан обеспечить работу средств навигации, метеослужбы и иных служб для посадки в ближайшем аэропорту для оказания экстренной консультативной медицинской помощи, а также оказывать медицинскому персоналу максимальную помощь для благополучного завершения полета

V. ВРЕМЕННЫЕ АЭРОДРОМЫ И ПОСАДОЧНЫЕ ПЛОЩАДКИ

60. Порядок выполнения полетов по санитарным заданиям с временных аэродромов и посадочных площадок, обеспечение воздушных судов горюче-смазочными материалами определены действующим авиационным законодательством.

61. В каждом авиапредприятии (авиакомпании) ведется учет всех временных аэродромов (посадочных площадок), которые используются для посадок санитарных воздушных судов.

Все временные аэродромы (посадочные площадки) должны быть нанесены на карту, на каждый из них должны быть установлены сроки и составлена инструкция по производству полетов.

Авиапредприятия (авиакомпания) должны ежеквартально информировать ЦСА о наличии временных аэродромов (посадочных

площадок), которые используются для посадок санитарных воздушных судов.

VI. ПОРЯДОК ОФОРМЛЕНИЯ НЕВЫПОЛНЕННЫХ ЗАЯВОК

62. Командир дежурного воздушного судна обязан информировать оперативного дежурного ЦСА обо всех обстоятельствах, которые могут явиться препятствием для вылета воздушного судна по выполнению санитарного задания (состояние взлетно-посадочной полосы, неблагоприятные метеорологические условия, отсутствие или неисправность материальной части и др.).

63. Если заявку выполнить невозможно, авиапредприятие (авиакомпания) немедленно информирует об этом оперативного дежурного ЦСА с письменным обоснованием за подписью руководителя и печатью организации.

64. При неисправности материальной части воздушного судна, отсутствии воздушного судна или отсутствии экипажа или члена экипажа авиапредприятие (авиакомпания) обязано предоставить любое другое воздушное судно по тарифам, установленным заключенным между ЦСА и авиапредприятием (авиакомпанией) договором или контрактом.

Авиапредприятие (авиакомпания) несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации, за срыв выполнения санитарного задания по причине неисправности материальной части, отсутствия воздушного судна или отсутствия экипажа или члена экипажа, включая все финансовые затраты.

65. В случае невыполнения санитарного задания по вине медицинской организации (отсутствие встречающих лиц в пункте назначения в течение времени, указанного в п. 42, отсутствие сопровождающего медицинского персонала и др.) полет оплачивается авиапредприятию (авиакомпания) в полном объеме.

66. В случае вылета по оказанию экстренной консультативной медицинской помощи при неустойчивой метеобстановке и возврате воздушного судна с задания из-за неоправдавшегося прогноза погоды полет оплачивается авиапредприятию (авиакомпания) до момента наступления неблагоприятных погодных условий.

67. Авиапредприятия (авиакомпания) несут ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации, за обоснованность отказа выполнить полет по заявке ЦСА и достоверность сведений, содержащих информацию о состоянии взлетно-посадочной полосы и неблагоприятных метеорологических условиях, на которые они ссылаются.

68. Авиапредприятия (авиакомпания) и ЦСА обязаны ежегодно производить анализ качества работы по выполнению и организации полетов для оказания экстренной консультативной медицинской помощи населению с составлением протоколов по отмеченным нарушениям и недостаткам.

VII. ПРАВИЛА БЕЗОПАСНОСТИ

69. Руководитель ЦСА перед допуском медицинских работников к полетам обязан ознакомить их с настоящей инструкцией под расписку и сделать об этом запись в журнале инструктажа. Лица, не ознакомленные с правилами, к участию в полетах не допускаются.

70. Ответственность за ознакомление летно-технического состава с настоящей инструкцией возлагается на руководство авиапредприятия (авиакомпания).

71. Медицинский персонал, участвующий в полете, выходит к месту стоянки воздушного судна:

а) на классифицированных аэропортах – в сопровождении выделенного для этих целей работника авиапредприятия, представителей службы авиационной безопасности и сотрудника медпункта аэропорта.

б) на временных аэродромах и посадочных площадках – в сопровождении командира воздушного судна или другого члена экипажа.

72. Проезд в аэропорту автотранспорта, доставляющего медицинский персонал, больных и грузы к месту стоянки воздушного судна, производится только в соответствии с правилами, установленными в данном аэропорту.

73. На временных аэродромах и посадочных площадках автотранспорт подъезжает к стоянке воздушного судна со скоростью не более 15 км/час, не доезжая до воздушного судна 10 м, водитель обязан остановить автотранспорт. Дальнейший подъезд к воздушному судну осуществляется под руководством командира (пилота) или другого члена экипажа.

74. Подъезд автотранспорта к воздушному судну допускается с левой стороны, не ближе 5 м, при этом к самолету – с хвостовой части, а к вертолету – спереди.

Подъезжать и подходить к воздушному судну при работающих винтах запрещается.

75. Посадка в воздушное судно пассажиров, прием на борт больных и грузов производятся при выключенных двигателях воздушного судна и полном прекращении вращения несущего и хвостового винтов.

76. Размещение медицинского персонала, больных и грузов производится по указанию командира воздушного судна с учетом нормальной центровки и оказания экстренной медицинской помощи пациентам в полете.

77. Перед запуском двигателя по команде командира или другого члена экипажа все находящиеся вблизи воздушного судна люди должны отойти от него на расстояние не менее 50 м.

78. Все легкие предметы и грузы, которые могут быть подняты воздушной струей, необходимо удалить со стоянки на расстояние не менее 50 м от самолета и не менее двух диаметров винта от вертолета.

79. От момента запуска двигателя в пункте вылета до полной остановки его в пункте назначения все участвующие в полете лица подчиняются командиру воздушного судна и беспрекословно выполняют его указания.

80. Выход из воздушного судна разрешается только по команде командира или другого члена экипажа после полной остановки.

81. Лица, встречающие воздушное судно, подходят к нему только после полной остановки винтов в сопровождении ответственного лица или по команде члена экипажа.

82. Высадка с вертолета и посадка в него на режиме висения допускается только в том случае, когда посадка вертолета на земле невозможна.

83. При посадке и высадке на режиме висения около двери вертолета и на спусковой лестнице не должно находиться одновременно более двух человек.

84. На режиме висения вертолета посадкой и высадкой медицинского персонала руководят:

- командир вертолета (при наличии самолетно-переговорного устройства) – на вертолете с одним пилотом;
- бортмеханик – на вертолетах, где он входит в состав экипажа.

Перед полетом командир вертолета определяет конкретный порядок посадки и высадки на режиме висения и инструктирует медицинских работников, участвующих в полете.

85. Подходить к вертолету и отходить от него в сторону хвостового винта запрещается.

86. В местах (населенных пунктах), где отсутствуют подготовленные аэродромы (площадки), обязанность по подготовке авиационной площадки, используемой для оказания экстренной консультативной медицинской помощи, а также обязанность по ее дальнейшей сохранности возлагаются на глав муниципальных образований Российской Федерации и руководство вызывающих медицинских организаций этих муниципальных образований

Приложение 1

«Заказчик» _____
(полное наименование организации)

ЗАЯВКА НА ПОЛЕТ № _____
(выдается представителем «Заказчика»)

Командиру _____
(авиаотряда, экипажа)

Произведите полет на самолете, вертолете _____
(тип)

_____ г. в _____ час. _____ мин.

Цель полета _____

Маршрут полета _____

Пункты посадок _____

В состав экипажа включите _____

Служебные пассажиры в количестве _____ чел. с правилами по технике безопасности ознакомлены. Список прилагается.

Груз _____

(наименование, пас.)

(Если груз относится к категории опасных, его отправку оформить отдельной заявкой.

Проинструктировать экипаж)

Заявка выдача _____ час. мин. _____ г.

Представитель «Заказчика» _____

(должность, подпись, фамилия)

М.п.

«Заказчика»

Заявку получил _____ час. _____ мин.

ОТМЕТКА О ВЫПОЛНЕНИИ ЗАЯВКИ

Полет выполнен « » _____ г.

На самолете, вертолете _____ № _____

(тип)

Перевезено служебных пассажиров _____ чел., грузов _____ кг;

Коммерческих пассажиров _____ чел.

Полет составляет: по _____ группе _____ час. _____ мин.

по _____ группе _____ час. _____ мин.

Посадок с подбором _____

Время вылета _____ час. _____ мин.

Время прилета _____ час. _____ мин.

Представитель «Заказчика» _____ (_____)

(подпись)

(фамилия)

Командир самолета, вертолета _____ (_____)

(подпись)

(фамилия)

М. П.

«Заказчика»

« » _____ г.

Заявка не выполнена по причинам: _____

Представитель «Заказчика» _____ (_____)
 (подпись) (фамилия)

Представитель «Авиации» _____ (_____)
 (подпись) (фамилия)

« » _____ г.

Приложение 2

**ЖУРНАЛ РЕГИСТРАЦИИ
 поступающих заявок на полет**

в авиапредприятие (авиакомпанию) _____

от центра санитарной авиации _____

№ п/п	№ санитарной заявки	Пункт назначения	Цель полета	Дата и время поступления заявки	Подпись дежурного, принявшего заявку	Отметка о выполнении заявки или отказ с объяснением причины	Подпись
1	2	3	4	5	6	7	8

**По отдельным вопросам оказания экстренной консультативной
 медицинской помощи и медицинской эвакуации**

ИНСТРУКЦИЯ
по охране труда и требованиям безопасности для персонала
авиамедицинской бригады, участвующей в медицинской эвакуации с
применением вертолетной авиации

1. Общие положения

1.1. Настоящая Инструкция разработана в соответствии с требованиями Воздушного кодекса Российской Федерации и Руководства по летной эксплуатации вертолетов.

1.2. Инструкция включает требования по безопасности для специалистов медицинских бригад, участвующих в эвакуации с применением вертолетной авиации, и предусматривает мероприятия, обеспечивающие их личную безопасность.

1.3. Ответственность за выполнение настоящей Инструкции возлагается на директора ТЦМК, формирующего авиамедицинские бригады, или другое должностное лицо и представителя гражданской авиации, а в отдельно базирующихся экипажах – на руководителя авиамедицинской бригады и командира летного экипажа вертолета.

1.4. Обучение персонала авиамедицинских бригад требованиям безопасности при работе с применением вертолетной авиации входит в обязанность заместителя директора ТЦМК по лечебной работе, а в отдельно базирующихся экипажах – на руководителя авиамедицинской бригады. Вводный инструктаж перед началом работ проводит руководитель авиамедицинской бригады, при этом члены летного экипажа вертолета оказывают необходимую помощь.

1.5. К полетам допускаются лица, прошедшие инструктаж по требованиям безопасности и расписавшиеся в журнале регистрации производственного инструктажа.

1.6. На всех работах, выполняемых с применением вертолета, в обязанности руководителя авиамедицинской бригады входит:

- общее руководство работами (наблюдение, контроль, проверка);
- извещение летного экипажа вертолета о начале и окончании работ;
- выполнение распоряжений руководителя полетов.

1.7. Все работники, пользующиеся при выполнении своих служебных обязанностей арендованным вертолетом, должны быть застрахованы.

Все грузы, подлежащие перевозке на вертолете, должны быть взвешены, снабжены бирками с указанием массы или иметь соответствующую маркировку. Взвешивание груза производится силами персонала медицинской бригады.

Запрещается допуск к полетам лиц в нетрезвом состоянии.

1.10. Курить возле вертолетов запрещается. Место для курения должно быть расположено не ближе чем в 50 м от вертолета.

1.11. После выполнения санитарного задания экипаж вертолета обязан провести санитарную обработку салона вертолета в соответствии с установленными требованиями. В случае загрязнения салона вертолета биологическими жидкостями в санитарной обработке салона вертолета принимают участие члены авиамедицинской бригады.

2. Требования безопасности при санитарно – авиационной эвакуации

2.1. Требования безопасности перед вылетом и после посадки

2.1.1. Количество перевозимых пациентов не должно превышать число мест для сидения.

2.1.2. Перевозить пациентов, находящихся в нетрезвом состоянии, запрещается.

2.1.3. При перевозке пациентов руководитель авиамедицинской бригады несет ответственность за порядок во время посадки, высадки и при перелете.

2.1.4. На вертолетных площадках, в аэропортах местных и внутренних линий, где отсутствует служба перевозок, посадка (высадка) пациентов, погрузка грузов проводится силами персонала авиамедицинской бригады под контролем одного из членов летного экипажа вертолета.

2.1.5. Все грузы, размещаемые на вертолете, необходимо крепить так, чтобы исключить возможное их перемещение в полете.

2.1.6. Жидкие материалы разрешается транспортировать только в емкостях с обязательной герметизацией для предохранения от расплескивания и испарения в полете.

2.1.7. Легковоспламеняющиеся жидкости и жидкости, обладающие сильной токсичностью, разрешается транспортировать в специальных герметичных контейнерах. Во избежание утечки ядовитых паров контейнер следует проверить на прочность и герметичность в соответствии с инструкцией по его эксплуатации.

2.1.8. Тара для перевозки специальных жидкостей должна иметь ярлык с указанием названия жидкости и соответствующую предупредительную надпись.

2.1.9. Посадка (высадка) пациентов проводится только после команды командира или другого члена летного экипажа вертолета.

2.1.10. Во избежание травмы головы пациенты должны быть внимательными при передвижении возле низко расположенных и выступающих частей вертолета.

2.1.11. Посадка (высадка) пациентов в вертолет в режиме зависания разрешается только в случае невозможности его приземления.

2.1.12. Посадка (высадка) пациентов при работающих винтах должна осуществляться в направлении входной двери под углом 45° к продольной оси вертолета со стороны носовой части фюзеляжа.

2.1.13. К посадке (высадке) в вертолет в режиме зависания с помощью спусковой лестницы, спускового устройства или электрической лебедки допускаются спасатели, имеющие допуск к этому виду работ и специальное

оборудование, и специалисты медицинских бригад, прошедшие специальную тренировку и снабженные страховочными поясами. Руководить подъемом и высадкой пациентов должен член летного экипажа вертолета.

2.1.14. Первым покидать вертолет должен руководитель бригады спасателей или руководитель авиамедицинской бригады, который, спустившись на землю, придерживает свободный конец лестницы. При посадке он поднимается на борт последним.

2.1.15. Перед запуском двигателей по команде командира или другого члена летного экипажа вертолета все лица, находящиеся вблизи вертолета, должны отойти от него на расстояние не менее 50 м.

2.1.16. На временных аэродромах и посадочных площадках, выбранных с воздуха, место нахождения людей на земле должно быть расположено с левой стороны по направлению полета совершающего посадку вертолета.

2.1.17. Лицам, встречающим вертолет, следует подходить к нему только по команде члена летного экипажа вертолета после полной остановки винтов.

2.2. Требования безопасности в процессе полета

2.2.1. Медицинский персонал авиамедицинских бригад при выполнении работ на борту вертолета должен быть экипирован в спецодежду: шлем, очки, обувь, перчатки.

2.2.2. Пациенты обязательно должны быть пристегнуты в течение всего полета. Медицинский персонал и спасатели должны быть обязательно пристегнуты при взлете и посадке, в течение полета – по возможности.

2.2.3. С момента запуска двигателей в пункте вылета до полной остановки его в пункте назначения лица, участвующие в полете, должны подчиняться командиру летного экипажа вертолета и беспрекословно выполнять его указания.

2.2.4. Во время полета пациентам необходимо пристегнуть привязные ремни, которые находятся на каждом посадочном месте. Запрещается курить, вставать со своих мест, подходить и трогать механизмы, запирающие входную дверь, а также открывать ее.

2.3. Требования безопасности перед посадкой.

2.3.1. При приближении вертолета к посадочной площадке необходимо удалить все транспортные средства с площадки в заранее отведенное место, расположенное не ближе 70 м от места посадки.

2.3.2. Людям, не имеющим прямого отношения к выполняемой работе, запрещается находиться на вертолетной площадке.

2.4. Требования безопасности в аварийных ситуациях

2.4.1. Если состояние здоровья пациентов позволяет, они должны быть заблаговременно информированы об имеющихся на борту спасательных средствах и правилах пользования ими, а также ознакомлены с аварийными выходами и правилами пользования ими.

2.4.2. В полете при обнаружении дыма, гари или открытого пламени необходимо немедленно доложить об этом командиру летного экипажа

вертолета и приступить к поиску и тушению очага пожара с помощью ручных огнетушителей и других доступных средств.

2.4.3. При полетах в труднодоступных и малонаселенных районах пациенты должны быть обеспечены неприкосновенным запасом продуктов, спецодеждой и снаряжением в соответствии с климатическими условиями.

Приложение 32

Перечень учетно-отчетной документации при медицинской эвакуации пострадавших в ЧС

При проведении медицинской сортировки и эвакуации заполняются:

Сортировочный лист санитарно-авиационной эвакуации. Первичный осмотр.

Сортировочный лист санитарно-авиационной эвакуации. Расположение на модулях воздушного судна (обратная сторона сортировочного листа санитарно - авиационной эвакуации).

Статистическая карта санитарно-авиационной эвакуации пострадавшего (карта вызова).

Сопроводительный лист для пострадавшего в чрезвычайной ситуации и талон к нему.

Показания к применению вертолета для межбольничной эвакуации.

1. Сортировочный лист санитарно-авиационной эвакуации. Первичный осмотр - заполняется руководителем. При проведении санитарно - авиационной эвакуации после ее завершения заполняется отчетный лист бригады (АМБр) в очаге ЧС или ЛПУ первого эшелона, позволяет установить и зафиксировать место нахождения, состояние, количество, степень транспортабельности и очередность эвакуации пострадавших.

**СОРТИРОВОЧНЫЙ ЛИСТ АВИАМЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ ПОСТРАДАВШИХ
ПЕРВИЧНЫЙ ОСМОТР**

Дата _____ Время _____ Маршрут _____

№ п/п	ФИО	Место осмотра	Заключение	Очередность эвакуации	Врач АМЭБ	Результат эвакуации
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

Руководитель АМЭБ _____

2. Сортировочный лист санитарно-авиационной эвакуации. Расположение на модулях воздушного судна - заполняется руководителем АМЭБ, позволяет установить и зафиксировать очередность погрузки и выгрузки пострадавших, расположение пострадавших на борту воздушного судна в зависимости от его типа и с учетом как тяжести состояния каждого пострадавшего, так и общей численности раненых.

РАСПОЛОЖЕНИЕ ПОСТРАДАВШИХ НА БОРТУ ВС

Дата _____ Время _____ Маршрут _____

Ил-76 Бе-200 Ми-26

1	1	2
11	11	12
3	3	4
13	13	14
5	5	6
15	15	16
7	7	8
17	17	18
9	9	10
19	19	20

Ми-8

	1	1
	4	4
3	3	2
6	6	5

3. Статистическая карта санитарно-авиационной эвакуации пострадавшего (карта вызова) заполняется на каждого пациента и ведется врачом АМБр непрерывно. Карта разделена на пункты в строгом соответствии этапам санитарно - авиационной эвакуации. Каждый пункт содержит подпункты, соответствующие строго установленному порядку и последовательности мероприятий. Выполненный пункт отмечается и заполняется. Карта позволяет:

- оценить степень функциональных нарушений с использованием современных критериев и шкал (Шкала комы Глазго, Шкала уровня боли, Шкала травмы, шкала анестезиологического риска и пр.), лабораторных данных, с одновременной коррекцией выявленных нарушений;
- произвести детальный осмотр и наглядную иллюстрацию анатомических повреждений;
- зафиксировать и оценить объем уже оказанной медицинской помощи, проведенного обследования и лечения;
- составить план подготовки пострадавшего к эвакуации, по динамике состояния пострадавшего сделать заключение о степени его транспортабельности, категории сортировки, способе транспортировки и виде транспорта;
- составить план лечебных мероприятий на эвакуацию и контролировать ход эвакуации и состояние пациента;
- документально оформить проведение анестезиологического пособия, реанимационных мероприятий, интенсивной терапии, введение лекарственных веществ, проводимых мероприятий по уходу за пациентом;
- оценивать эффект от проводимых мероприятий в течение всей транспортировки.

Заполнять только печатным шрифтом!


1 Информационная часть		СТАТИСТИЧЕСКАЯ КАРТА АВИМЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ ПОСТРАДАВШЕГО № _____			
1.1.Дата	1.2.Маршрут	1.3.Отправл ЛПУ		1.4.Приним ЛПУ	
1.5.ФИО и данные пациента		1.6.Пол	1.7.Возраст	1.8.Вес	
1.9.Диагноз		1.10.Механизм травмы			
1.11.Место осмотра		1.12.Общее состояние			
1.13.Транспортабельность	1.14.Категория сортировки	1.15.Способ транспортировки		1.15. Вид транспорта	
2 Первичный осмотр – витальные функции		3 Первичный осмотр – схема повреждений			
2.1. Уровень сознания. ШКГ: Медикаментозная седация		 <p>3.1.Крепитация 3.2.Флюктуация 3.3.Ссадина 3.4.Рана 3.5.Проникающее ранение 3.6.Отек 3.7.Ушиб 3.8.Гематома 3.9.Ожог 3.10.Кровотечение 3.11.Перелом закрытый 3.12.Перелом открытый 3.13.Эвентерация 3.14.Отморожение 3.15.Размозжение 3.16.Длительное сдавление 3.17.Ампутация 3.18.Инородное тело</p>			
2.2.Уровень боли					
2.3.ВДП. Проходимы. Непроходимы.					
2.4.Дыхание. Самостоятельное. Патологическое.					
2.5.ИВЛ, параметры: Режим RR Vi/Pi Vmin PEEP FiO2					
2.6.SaO2					
2.7.ЧСС					
2.8. АД					
2.9.ЦВД					
2.10.Шоковый Индекс					
2.11.Анизокория					
2.12.Сухожильные рефлексy					
2.13.Кожа и слизистые. Розовые. Бледные. Серые. Цианотичные. Теплые. Холодные. Сухие. Гипергидроз.					
2.14.Термометрия					
2.15.Симптом белого пятна					
2.16.Диурез. Полиурия. Нормоурия. Олигурия. Анурия.					
2.17.Лабораторные данные Группа крови Hb Эр Ht Pt Na+ K+ Glu КЩР PaO2					
2.19.Шкала Травмы					
2.20.АРРАСНЕ 3 / ASA					
2.21.ППП					
2.22.Беременность					
2.23.Аллергоанамнез					
2.24.Водитель ритма					
2.25. HBS / HCV / HIV					
2.26. Малярия / TBC					
4 Проведенная терапия		5 Подготовка к эвакуации			
4.1.RG, УЗИ, КТ, ЭКГ, Лаб, Мониторинг		5.1.Сбор документации. Информ.согласие.			
4.2.СЛР		5.2.Переключение на транспортный монитор ЧСС НИАД ЧД SaO2 T			
4.3.Интубация, трахеостомия		5.3.Медикаментозная седация			
4.4.Венозный доступ центральный		5.4.O2-терапия-инсуффляция			
4.5.Венозный доступ периферический		5.5.Интубация трахеи,трахеостомия			
4.6.Желудочный зонд		5.6.Желудочный зонд			
4.7.Мочевой катетер		5.7.Переключение на транспортный ИВЛ: AC/VC/PC/SIMV/HFV RR Vi/Pi Vmin PEEP FiO2			
4.8.Дренирование плевральной полости		5.9.Венозный доступ			
4.9.Анестезиологическое пособие		5.10.Инфузионная терапия			
4.10.Интенсивная терапия		5.11.Перфузия вазопрессоров			
4.11.Оперативное лечение		5.12.Мочевой катетер			
4.12.Перевязки		5.13.Анальгетики, миорелаксанты			
4.13.Гипсовая иммобилизация		5.14.Дренирование плевральной полости			
4.14.Препараты крови		5.15.Перевязка			
4.15.Анальгетики, миорелаксанты		5.16.Шейный воротник			
4.16.Инфузионная терапия		5.17.Транспортная иммобилизация			
4.17.Перфузия вазопрессоров		5.18.Проба с переключением			
4.18.Инсуффляция O2		5.19.Фиксация в транспортном положении			
4.19.ИВЛ					
4.20.Эфферентная терапия					
4.21.Антибиотики					

Рис. 1.

6										КАРТА НАБЛЮДЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ № _____										
6.1.ФИО		6.2.Диагноз				6.3.Очередность				6.4.Место										
6.5.	Время																			
6.6.	Этап эвакуации																			
6.7.	T центр/периф																			
6.8.	НИАД																			
6.9.	САД																			
6.10.	ЦВД																			
6.11.	ЧСС																			
6.12.	ЧД																			
6.13.	SaO2/PaCO2																			
6.14.	ИВЛ AC/VC/PC/SIMV/HFV FIO2 RR VI/Pi Vmin E:I PEEP																			
6.15.	Перфузия																			
6.16.	Терапия																			
6.17.	Инфузия																			
6.18.	Введено: парентерально перорально																			
6.19.	Выделено: по дренажам по зонду по катетеру патлотери																			
6.20.	Баланс жидкости																			
10	Руководитель бригады																			
	Врач																			
	Дата																			

7	Манипуляции,наблюдение,уход
7.1.	Мониторинг
7.2.	Защита глаз
7.3.	Инсуффляция O2
7.4.	Ингаляция
7.5.	Капнография
7.6.	Контроль давления в манжете ЭТТ
7.7.	Лаваж ТБД
7.8.	Голод
7.9.	ЭКГ
7.10.	Кардиостимуляция
7.11.	Анестезия общая
7.12.	Анестезия регионарная
7.13.	Краниоцеребральная гипотермия
7.14.	Интенсивное согревание
7.15.	Перевязка
8	Замечания, дополнения
9	Результат эвакуации

Рис 2. Обратная сторона статистической карты санитарно - авиационной эвакуации пострадавшего

Данная документация позволяет в условиях медицинской эвакуации добиться соблюдения правильной последовательности мероприятий, избежать тактических и медицинских ошибок, уменьшить время осмотра, сортировки, принятия решения, четко контролировать ход эвакуации, тем самым улучшить качество медицинской эвакуации большого числа пострадавших с различными травмами и степенью тяжести.

Сортировочный лист санитарно-авиационной эвакуации и статистическая карта санитарно-авиационной эвакуации пострадавшего являются универсальными и могут быть использованы для проведения до- и межгоспитальной эвакуации пострадавших любым видом транспорта.

Рекомендуются в качестве учетно-отчетной документации территориальным центрам медицины катастроф, отделениям ЭКМП и МЭ, подразделениям МЧС России.

УЧЕТНО-ОТЧЕТНЫЕ ФОРМЫ ВРАЧА-КОНСУЛЬТАНТА

Форма 1

Штамп медицинской
организации

Код формы по ОКУД

Код учреждения по ОКПО

наименование учреждения

Медицинская документация
Форма № 117/у утверждена
приказом Минздрава СССР
04.10.80 г. № 1030

ЖУРНАЛ

**регистрации приема вызовов и их выполнения
отделением экстренной консультативной помощи**

за _____ г.

№ п/п	Дата и время вызова	Откуда и кем сделан вызов	Фамилия, имя, отчество больного	Диагноз или причина вызова	Место нахождения больного
1	2	3	4	5	6

и т.д. до конца страницы

Штамп медицинской
организации

Заявка

**на экстренный вызов врача – специалиста
для оказания экстренной консультативной медицинской помощи**

1. Кому _____
2. Заказчик _____
3. Руководитель медицинской организации _____
4. Дата прибытия врача – консультанта (бригады) _____
5. Место встречи врача – консультанта (бригады) _____
6. Сведения о больном _____

7. Состояние больного _____
8. Диагноз _____
9. По поручению Заказчика заявку передал _____

Главный врач

(подпись, дата, печать учреждения)

СПРАВКА

о выполнении задания
(оборотная сторона заявки)

Консультант Ф.И.О. _____

Должность, специальность: _____

Пункт назначения: _____

Выдан аванс

Р. О. П. _____

Отметки о прибытии и выбытии в пункт назначения:

Выбыл из _____ Прибыл в _____ Выбыл из _____

«__» _____ 20__ г. «__» _____ 20__ г. «__» _____ 20__ г.

Прибыл в _____

«__» _____ 20__ г.

Бухгалтерии оплатить за _____ суток из расчета по _____ руб.

Заведующий отделением ЭКМП и МЭ _____

Форма 3

Приложение
к Временной инструкции по организации
и выполнению полетов самолетами
вертолетами гражданской авиации
для оказания медицинской помощи
населению Российской Федерации
от 7 декабря 1988 г

Заказчик _____
(полное наименование организации)

ЗАЯВКА НА ПОЛЕТ № _____
(выдается представителем Заказчика)

Командиру _____
(авиаотряда, экипажа)

Произведите полет на самолете, вертолете _____
(тип)

_____ г. в _____ ч _____ мин

Цель полета _____

Маршрут полета _____

Пункты посадок _____

В состав экипажа включите _____

Служебные пассажиры в количестве _____ чел. с правилами по технике безопасности
ознакомлены. Список прилагается.

Груз _____
(наименование, пас.)

Если груз относится к категории опасных, его отправку оформить отдельной заявкой.

Проинструктировать экипаж

Заявка выдача _____ ч мин _____ г.

Представитель «Заказчика» _____
(должность, подпись, фамилия)

М.П. Заказчика

Заявку получил _____ ч _____ мин

ОТМЕТКА О ВЫПОЛНЕНИИ ЗАЯВКИ

Полет выполнен « » _____ г.

На самолете, вертолете _____ № _____
(тип)

Перевезено служебных пассажиров _____ чел., грузов _____ кг;
Коммерческих пассажиров _____ чел.

Полет составляет: по _____ группе _____ ч _____ мин
по _____ группе _____ ч _____ мин

Посадок с подбором _____

Время вылета _____ ч _____ мин

Время прилета _____ ч _____ мин

Представитель Заказчика _____ (_____)
(подпись) (фамилия)

Командир самолета, вертолета _____ (_____)
(подпись) (фамилия)

М. П. Заказчика

« » _____ г.

Заявка не выполнена по причинам: _____

Представитель Заказчика _____ (_____)
(подпись) (фамилия)

Представитель авиапредприятия _____ (_____)
(подпись) (фамилия)

« » _____ г.

Штамп
медицинской организации

отделение ЭКМП и МЭ (санавиация)

Подшивается к истории болезни

Консультативный лист № _____

Консультант (ы): _____

Дата, время
осмотра: _____

Жалобы: _____

An.morbi: _____

Объективный статус:

Состояние: _____

Кожа,
слизистые: _____

Дыхание: _____

Сердечно-сосудистая система: _____

ЖКТ: _____

Мочеполовая система: _____

Неврологически: _____

St.localis:

Лабораторные данные: Дата _____ 1.(ОАК):Hb(____), Er (____), Ht (____),

ЦП (____),СОЭ (____).Вр. сверт (____) ПТИ(____), Лейкоцитоз (____),

« Б(____), Э(____), Н. м(____),Н.п(____), Н.(____), Л.(____), М. (____)

2.(ОАМ): Цвет (____), Уд. Вес (____), Реакц (____), Белок (____),

Сахар (____),Er (____),L (____), Эп.пл (____) Бакт(____)

3.(Б/Х): Сахар (____), Биллир: общ (____), пр (____), непр (____). АСАТ

(____), АЛАТ (____). Мочевина (____). Белок (____).

Креатинин (____).

Ост.азот (____). На плазмы (____),Креатинин (____). К плазмы

(____)

Дополнительные методы обследования:

Рентгенография: _____

Приложение 2
к приказу Министерства здравоохранения РФ
от 20 декабря 2012 г. N 1177н

**Информированное добровольное согласие
на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень
определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане
дают информированное добровольное согласие при выборе врача и
медицинской организации для получения первичной медико-санитарной
помощи**

Я, _____

(Ф.И.О. гражданина)

" ____ " _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. №390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в _____

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским

работником

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

«__» _____

(дата оформления)

В соответствии с требованиями ст.9 Федерального закона от 27.07.2006г. №152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю свое согласие на обработку моих персональных данных или лица, законным представителем которого являюсь (ненужное зачеркнуть) всеми законными способами.

(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

« » _____ 20 г.

ПРОТОКОЛ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНО-МОЗГОВОЙ РЕАНИМАЦИИ

Подшивается к истории болезни № _____ Дата _____

Ф.И.О. больного _____ _____ Возраст _____

Диагноз: _____

Состав бригады: врач _____ мед. сестра _____

Клиническая смерть зафиксирована/подтверждена в _____ ч _____ мин (дата
на основании: _____

Резанимационные мероприятия начаты/продолжены в _____ ч _____ мин _____; _____ (дата

Вид остановки кровообращения: ФЖ, ЖТ, Асистолия, ЭМД, не установлена (подчеркнуть) _____

Прекардиальный удар: нет, да _____

Основные реанимационные мероприятия: нет, да _____

Непрямой массаж сердца: нет, да _____

Санация ротоглотки: нет, да _____

Интубация трахеи: нет, да с _____ попытки, _____ трубкой диаметром _____ мм, манжета раздута

Трахеостомия/коникотомия: нет, да _____

Особенности: _____ : _____ _____

Респираторная поддержка: аппаратом ИВЛ _____ режим вентиляции _____

Параметры вентиляции: _____

Внутривенный доступ: нет, да (катетеризация периферической вены _____

катетеризация магистральной вены _____ (справа, слева.

Медикаментозное обеспечение СЛМР в объеме:

S. Adrenalini: нет, да _____ по 1 мг через 3 мин; по _____ мг через _____ мин; общая доза _____ мг

S. Atropini: нет, да по 1 мг через 3 мин; по _____ мг через _____ мин; общая доза _____ мг

S. Lidocaini: нет, да в дозе _____ мг, повторно _____ мг. поддерживающая доза _____ мг

S. Cordaroni: нет, да в дозе _____ мг,

S. Novocainamidi: нет, да в дозе _____ мг,

S. Magnesiі sulfati: нет, да в дозе _____ мг,

Прочие: нет, да

Пути введения лекарственных препаратов /подчеркнуть/: внутривенно, эндотрахеально, внутрисердечно»
внутримышечно, подкожно _____

Дефибрилляция: нет, да энергией _____ Дж, общее количество разрядов _____

СЛМР прекращена: в _____ ч _____ мин _____ (дата), время проведения _____ мин

Эффект СЛМР:

1) Результативно: восстановление сознания, спонтанного дыхания, сердечного ритма,

Ранняя терапия постреанимационного синдрома: нет, да в объеме:

2) Безрезультатно: биологическая смерть констатирована в _____ ч _____ мин _____ (дата)

на основании:

Примечания:

Подпись врача _____

Штамп медицинской организации

отделение ЭКМП и МЭ (санавиация)

Подшивается к истории болезни

Сопроводительный лист к заданию № _____

Пациент

_____ (Ф.И.О.)

Возраст: полных лет _____ месяцев _____ дней

Данные паспорта (свидетельства о рождении)

Данные страхового полиса (ОМС, ДМС)

Консультант _____

(Ф.И.О., СПЕЦИАЛЬНОСТЬ)

м/с- анестезист (фельдшер)

(Ф.И.О.)

Диагноз консультанта, проводящего медицинскую
эвакуацию: _____

Взят в « _____ » ч « _____ » мин. _____ « _____ » _____

20 _____ г.

ИЗ

(название мед. учреждения, отделения)

Доставлен в « ____ » ч « ____ » мин. ____ « ____ » _____
20 ____ г.

В _____

(название мед. учреждения, отделения)

Состояние пациента после медицинской эвакуации (объективный статус, АД, PS, ЧД, Т)

Сотрудники бригады мед. эвакуации:

врач _____
_____ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ, Ф.И.О., ПОДПИСЬ)

медсестра - анестезист
(фельдшер) _____

сдали пациента в приемном покое мед. учреждения в « ____ » час,
« ____ » мин.

« ____ » _____ 20 ____ г.

Врач _____
(СПЕЦИАЛЬНОСТЬ, Ф.И.О., ПОДПИСЬ)

принял пациента в приемном покое мед. учреждения « ____ » час, « ____ »
мин.

« ____ » _____ 20 ____ г.

Замечания: есть, нет.

Штамп
медицинской организации

**Талон дефекта качества оказания медицинской помощи
к санитарному заданию №**

Дата и время поступления задания _____ вызов поступил из _____

Ф.И.О. вызвавшего _____ должность _____

Тел. _____

Ф.И.О. больного _____ возраст _____

Диагноз _____

Дата направления талона _____

Куда, кому направляется талон _____

Описание дефекта _____

Классификация дефекта _____

Последствия дефекта _____

Примечание _____

Талон заполнил _____ Должность _____ Ф.И.О. _____

Ответ получен _____ Дата получения ответа _____

(при направлении в орган управления здравоохранением)

ЭКГ-электроды липкие для монитора	шт.	
Беруши	шт.	
Бак. фильтр	шт.	
Маски/респираторы	шт.	
Белье, пеленки, простыни (одноразовые)	шт./компл.	

Подпись

При необходимости израсходованные материалы и медикаменты вписать от руки, в т.ч. на обороте бланка.

Форма 10

Приложение 3
к приказу Минздрава России
от 20 декабря 2012 г. №1177н

**Отказ от видов медицинских вмешательств,
включенных в Перечень определенных видов медицинских
вмешательств, на которые граждане дают информированное
добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации
для получения первичной медико-санитарной помощи**

Я, _____

(Ф.И.О. гражданина)

_____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

_____ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя) при оказании мне первичной медико-санитарной помощи в

_____ (полное наименование медицинской организации)

отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее - виды медицинских вмешательств):

_____ (наименование вида медицинского вмешательства)

_____ Медицинским работником

_____ (должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния). Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или

нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой вид (такие виды) медицинского вмешательства.

(подпись) _____
(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись) _____
(Ф.И.О. медицинского работника)

« ____ » _____ Г.
(дата оформления)

В соответствии с требованиями ст.9 Федерального закона от 27.07.2006г. №152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю свое согласие на обработку моих персональных данных или лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) всеми законными способами.

(подпись) _____
(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)
« ____ » _____ 20 ____ г

УТВЕРЖДЕН
Постановлением Правительства
Российской Федерации
от 20 сентября 2012 г. N 950

Протокол установления смерти человека

Я, _____
(ф.и.о.)

_____ (должность, место работы)

констатирую _____ смерть

_____ (ф.и.о. или не установлено)

дата рождения _____
(число, месяц, год или не установлено)

пол _____

_____ (при наличии документов умершего сведения из них (номер и серия паспорта, номер служебного удостоверения, номер истории болезни (родов), номер и серия свидетельства о рождении ребенка),

_____ а также номер подстанции и наряда скорой медицинской помощи,

_____ номер карты вызова скорой медицинской помощи,

_____ номер протокола органов дознания и др.)

Реанимационные мероприятия прекращены по причине (отметить необходимое):

констатации смерти человека на основании смерти головного мозга;
неэффективности реанимационных мероприятий, направленных на восстановление жизненно важных функций, в течение 30 минут;

отсутствия у новорожденного при рождении сердечной деятельности по истечении 10 минут с начала проведения реанимационных мероприятий в полном объеме (искусственной вентиляции легких, массажа сердца, введения лекарственных препаратов).

Реанимационные мероприятия не проводились по причине (отметить необходимое):

наличия признаков биологической смерти;

состояния клинической смерти на фоне прогрессирования достоверно установленных неизлечимых заболеваний или неизлечимых последствий острой травмы, несовместимых с жизнью.

Дата _____
(день, месяц, год)

Время _____

Подпись _____ Ф.И.О. _____

ЛИСТ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ № _____

(к заданию № _____)

ВОЗРАСТ _____

(Ф.И.О. БОЛЬНОГО)

Район, ЛПУ,

Отделение _____

Диагноз: _____

Операция: _____

ДАТА, ВРЕМЯ ОЧНОЙ

(ТЕЛЕФОННОЙ) КОНСУЛЬТАЦИИ

Ф.И.О. КОНСУЛЬТАНТА, СПЕЦИАЛЬНОСТЬ

Дата и время динамического наблюдения	Вид динамического наблюдения (по телефону/осмотр на месте) Ф.И.О. врача и специальность	Динамика состояния больного	Фамилия и подпись врача, проводившего мониторинг
дата		Т- ; Чсс- ; ЧД- ;	
		АД- / мм.рт.ст. Sat.O2 -	
14:00-15:00		Состояние ср тяжести; тяжелое; кр. тяжелое, тяжесть обусловлена:	
		Уровень сознания ясное ; спутанное; кома	
		Дыхание самостоятельное, ИВЛ –IMV. FiO2- %. Ti:Te-	
		Аускультативно везикулярное, жесткое,	

		бронхиальное, аппаратное, хрипы(+) (-)	
		Тоны сердца ясные приглушены глухие	
		Ритм не нарушен ; нарушен (мерц аритмия экстрасистолия)	
		Живот (не)вздут, (не)участвует в акте дыхания,	
		(не)напряжен, (без)болезнен, с-мы раздражения брюшины(+) (-), перистальтика (+) (-)	
		Очаг.неврол.симптом-ка:	
		:Швы спокойные , с признаками воспаления	
		По дренажам: серозное, гнойное, кровь мл	
		Получил: В/вено- ; per os -	
		Выделил - ; диурез-	
		<u>О.А.К.</u> Нб- ; эр.- ; Нт- ;Тромб.-	
		Лейк.- ; п- ; сег.- ; эоз.- ;мон.-	
		Биох. Общ.белок- ; мочевиная- ;креат.-	
		Ост.азот- ;Ві- ;пр.- ;непр.-	
		<u>О.А.М.</u> Уд.вес- ;белок - ;L - в п/з; эр.- в п/з;цил.эпит.-	
		Рекомендации:	
дата		Динамика в состоянии больного сравнительно с мониторингом накануне:	
7:00			
Дата		Т- ; Чсс- ; ЧД- ;	
14:00-15:30		АД- / мм.рт.ст. Sat.O2 -	

		Состояние ср тяжести; тяжелое; кр тяжелое,тяжесть обусловлена:	
		Уровень сознания ясное ; спутанное; кома	
		Дыхание самостоятельное аппаратное	
		Аускультативно везикулярное, жесткое, бронхиальное, аппаратное, хрипы	
		Тоны сердца ясные приглушены глухие	
		Ритм не нарушен ; нарушен (мерц аритмия экстрасистолия	
		Живот (не)вздут, (не)участвует в акте дыхания,	
		(не)напряжен, (без)болезнен, с-мы раздражения брюшины(+) (-), перистальтика (+) (-)	
		Очаговая неврологическая симптоматика:	
		Швы спокойные, с признаками воспаления	
		По дренажам: серозное,гнойное,кровь мл	
		Получил: В/вено- ; per os -	
		Выделил - ; диурез-	
		<u>О.А.К.</u> Нб- ; эр.- ; Нт- ;Тромб.-	
		Лейк.- ; п- ; сег.- ;эоз.- ;мон.-	
		Биох. Общ.белок- ; мочевиная- ;креат.-	
		Ост.азот- ;Ві- ;пр.- ;непр.-	
		<u>О.А.М.</u> Уд.вес- ;белок - ;L - в п/з; эр.- в п/з;цил.эпит.-	
дата		Динамика в состоянии больного сравнительно с мониторингом накануне:	
7:00			

Дата		Т- ; Чсс- ; ЧД- ;	
14:00-15:30		АД- / мм.рт.ст.; Sat.O2 -	
		Состояние ср тяжести; тяжелое; кр тяжелое,тяжесть обусловлена:	
		Уровень сознания ясное ; спутанное; кома	
		Дыхание самостоятельное аппаратное	
		Аускультативно везикулярное, жесткое, бронхиальное, аппаратное, хрипы	
		Тоны сердца ясные приглушены глухие	
		Ритм не нарушен; нарушен (мерц. аритмия экстрасистолия	
		Живот (не)вздут, (не)участвует в акте дыхания,	
		(не)напряжен, (без)болезнен, с-мы раздражения брюшины(+) (-), перистальтика (+) (-)	
		Швы спокойные , с признаками воспаления	
		По дренажам: серозное, гнойное, кровь мл	
		Получил: В/вено- ; per os -	
		Выделил - ; диурез-	
дата		Динамика в состоянии больного сравнительно с мониторингом накануне:	
7:00			

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации».
2. Федеральный закон от 05 апреля 2013 г. №44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд».
3. Федеральный закон от 07 июня 2013 г. № 125-ФЗ «О внесении изменений в статью 350 Трудового кодекса Российской Федерации».
4. Указ Президента Российской Федерации от 1 июня 2012 г. № 761 «Об утверждении Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 годы».
5. Постановление Правительства Российской Федерации от 12 августа 2011 г. № 660 «О внесении дополнений в Положение о Всероссийской службе медицины катастроф».
6. Постановление Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. № 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)».
7. Постановление Правительства Российской Федерации от 20 сентября 2012 г. № 950 «Об утверждении Правил определения момента смерти человека, в том числе критериев и процедуры установления смерти человека, Правил прекращения реанимационных мероприятий и формы протокола установления смерти человека».
8. Постановление Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. № 1006 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».
9. Постановление Правительства Российской Федерации от 26 августа 2013 г. № 734 «Об утверждении Положения о Всероссийской службе медицины катастроф».
10. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 19 ноября 2010 г. № 2066-р «О подписании соглашения о сотрудничестве государств-участников содружества независимых государств в создании совместимых национальных телемедицинских систем и дальнейшем их развитии и использовании».
11. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 24 декабря 2012 г. № 2511-р «Об утверждении государственной программы развития здравоохранения Российской Федерации».
12. Протокол заседания Правительственной комиссии по вопросам охраны здоровья граждан от 08.11.2013 № 2.
13. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. № 1177н «Об утверждении порядка дачи

информированного добровольного согласия на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи»).

14. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.06. 2013 г. № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи».
15. Приказ Минтранса России от 4.03. 2011 г. №69 «Об утверждении федеральных авиационных правил «требования к посадочным площадкам, расположенным на участке земли или акватории».
16. Трудовой кодекс Российской Федерации ст. 350.
Камалова С.К. Проблемы организации консультативно – диагностической помощи населению в субъекте Российской Федерации //Проблемы социальной гигиены и история медицины. – Благовещенск, - 2010. - № 4. –С. 39 – 42.
17. Гармаш О.А., Пичугин Л.В., Енцов В.И. Организация оказания медицинской помощи пострадавшим при крупных природных пожарах // Медицина катастроф.- 2011. - №4 – С. 8-10.
18. Гончаров С.Ф., Гармаш О.А. Проблемы и перспективы развития экстренной и консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации в режиме ЧС и в повседневной деятельности // Медицина катастроф. Служба мед. катастроф: Инф. сб. – Новости науки и техники. Сер. Медицина / ВИНТИ. - М., 2012. - № 2. – С.1-8.
19. Гармаш О.А., Шилкин И.П., Пичугин В.Ю., Тхохова З.М. Применение телемедицинских технологий при оказании экстренной консультативной медицинской помощи //Итоги реализации мероприятий Федеральной целевой программы «Повышение безопасности дорожного движения в 2006 – 2012 годах» в системе здравоохранения. [Тез. Всерос. конф.] 12 – 14 декабря 2012.-М., 2012.- С. 250 – 258.
20. Гулин А.Н., Гармаш, О.А., Громут А.А., Сотников В.А. Проблемы оказания экстренной консультативной медицинской помощи населению северных регионов Российской Федерации и возможные пути их решения//Медицина катастроф.- 2012г. -№ 4 (80).- С. 34 – 37.
21. Попов В.П., Гармаш О.А. Этапы взаимодействия и новые технологии службы скорой медицинской помощи и службы медицины катастроф Свердловской области // Медицина катастроф.- 2012. - №3. - С. 48 – 50.
22. Сотников В.А., Олесов И.И., Аргунова П.С. Опыт и проблемы санитарно – авиационной эвакуации в условиях Республики Саха (Якутия)// Медицина катастроф. – 2012. – № 2 (78). – С. 16 - 18.
23. Ярмолич В.А., Баканов М.Ю., Гармаш О.А. Опыт работы специализированных психолого – психиатрических бригад территориального центра медицины катастроф Волгоградской области

- при пожарах в 2010 – 2011 гг.- Медицина катастроф – 2012. – № 1. - С. 19 – 20.
24. Гармаш О.А. Перспективы развития системы экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации в Российской Федерации // Всероссийскому центру медицины катастроф «Защита» Минздрава России – 20 лет: Сб. научн. трудов / Под общ. ред. акад. РАМН С.Ф.Гончарова. М.: ФГБУ «ВЦМК «Защита», 2013. - С. 89–98.
 25. Общественное здоровье и здравоохранение. Национальное руководство/ под ред. В.И.Стародубова, О.П.Щепина и др. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.
 26. Зайцев С.И., Колесников В.А. Возможности повышения доступности и качества оказания экстренной консультативной медицинской помощи населению Республики Коми путем создания филиалов центра медицины катастроф// Медицина катастроф. –2014. –№ 1 (85). –С.22 -28
 27. Стороженко А.Е., Молотков Ю.И., Костюк И.И. Применение телемедицинских технологий при оказании экстренной консультативной медицинской помощи населению Омской области.// Медицина катастроф. – 2014. – № 3 (87). – С. 43 - 47.
 28. Якиревич И.А., Алексанин С.С.Опыт санитарно-авиационной эвакуации пострадавших в чрезвычайных ситуациях авиацией МЧС России с использованием медицинских модулей// Медико-биологические и социально-психодогические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях.-СПб., 2014.- №2. - С. 5-12.

Список дополнительной литературы

1. Федеральный закон от 22 августа 2004г. №122-ФЗ «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу некоторых законодательных актов Российской Федерации в связи с принятием Федеральных законов «О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» и «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации».
2. Федеральный закон Российской Федерации от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».
3. Указ Президента Российской Федерации от 13 мая 1992 г. № 508 «О дополнительных мерах по стимулированию труда работников здравоохранения».
4. Указ Президента Российской Федерации от 12 мая 2009 г. № 537 «О стратегии национальной безопасности Российской Федерации до 2020 года».

5. Постановление Президиума Центрального Исполнительного Комитета СССР от 15 апреля 1926 г. «Об объявлении территорией СССР земель и островов, расположенных в Северном Ледовитом океане».
6. Постановление Совета Министров СССР от 10 ноября 1967 г. № 1029 «Об утверждении перечня районов Крайнего Севера и местностей, приравненных к районам Крайнего Севера, на которые распространяется действие Указов президиума Верховного Совета СССР от 10 февраля 1960 г. и от 26 сентября 1967 г. о льготах для лиц, работающих в этих районах и местностях».
7. Постановление Совета Министров СССР от 3 января 1983 г. № 12 «О внесении изменений и дополнений в перечень районов Крайнего Севера и местностей, приравненных к районам Крайнего Севера, утвержденный Постановлением Совет Министров СССР от 10 ноября 1967 г. № 1029».
8. Постановление Правительства Российской Федерации от 03 апреля 1996 г. № 391 ««О порядке установления льгот работникам, подвергающимся риску заражения вирусом иммунодефицита человека при исполнении своих служебных обязанностей».
9. Постановление Правительства Российской Федерации от 15 июля 2008 г. № 530 «Об утверждении Федеральных авиационных правил поиска и спасания в Российской Федерации».
10. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.08.97 № 253 «О передаче отделения экстренной и планово – консультативной медицинской помощи населению Всероссийскому центру медицины катастроф «Защита».
11. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 03.04.1998 № 98 «Об упорядочении деятельности отделений экстренной и консультативной медицинской помощи (санитарной авиации)».
12. Приказ Минздравсоцразвития России от 26.03. 1999 г. № 100 «О совершенствовании организации скорой медицинской помощи населению Российской Федерации».
13. Приказ Минздравсоцразвития России от 18.11.2004 г. № 201 «Положение о порядке выдачи специальной одежды и обуви работникам службы медицины катастроф Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации».
14. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26.10. 2009 г. № 846 «О признании утратившим силу приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 13 октября 2005 г. № 633 «Об организации медицинской помощи».
15. Решение коллегии Министерства здравоохранения РСФСР (протокол от 25.09. 1990 г. № 20).
16. Лобанов Г.П. и др. Основы организации лечебно – эвакуационного обеспечения при ликвидации медико-санитарных последствий

- чрезвычайных ситуаций. Пособие для врачей. Г.П.Лобанов, И.И.Сахно, С.Ф.Гончаров и др.-М.: ВЦМК «Защита», 2001. – 43 с.
17. Федеральное собрание Российской Федерации. Аппарат комитета Совета Федерации по делам Севера и малочисленных народов Информационно-аналитическая записка. Доклад «О проблемах оказания срочной медицинской помощи и развития санитарной авиации в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях». Ноябрь 2008 года.
 18. Руководство по авиационной медицине / Под ред. Н.А. Разолова. – М.: ЭконИнформ, 2006. – 589 с.
 19. Современные региональные особенности здоровья населения и здравоохранения России./ Шепин О.П., Купеева И.А., Шепин В.О., Какорина Е.П. – М., 2007.
 20. Ушаков И.Б., Черняков И.Н., Шишов А.А. Физиология высотного полета. – М.: Колибри, 2007.
 21. Развитие систем обеспечения безопасности при реализации экономических и инфраструктурных проектов в северных и других регионах Российской Федерации: Материалы. Документы. Выступления/ Под ред. В.А.Пучкова, Н.В.Герасимовой, И.А.Веселова. – М.: Голден – Би, 2009.
 22. Гармаш О.А., Попов А.В., Остапенко В.И., Березкина В.В. Требования к спецодежде для специалистов авиамедицинских бригад // Оказание мед. помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях с применением вертолетной авиации: Сб. матер. метод. семинара; Москва, 22 окт. 2009 г. – М.: ФГУ «ВЦМК «Защита», 2009. – С. 141–143.
 23. Койдан А.В., Гармаш О.А. Организация скорой медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях в муниципальных образованиях Ленинградской области и создание авиамедицинских бригад на примере Выборгского района // Оказание мед. помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях с применением вертолетной авиации: Сб. матер. метод. семинара, Москва, 22 окт., 2009 г. – М.: ФГУ «ВЦМК «Защита», 2009. – С. 121–130.
 24. Чичахов Д.А. Детская реанимационно-консультативная бригада территориального центра медицины катастроф Якутии // Педиатрическая анестезиология и интенсивная терапия: 5-й Рос. конгр., Михельсоновские чтения, Москва. 19–22 сент. 2009 г. – Тверь: ООО Изд-во «Триада», 2009.

Сокращенные наименования

АМБр	- авиамедицинская бригада
БрСМП	- бригада специализированной медицинской помощи
БрЭР	- бригада экстренного реагирования
ВП	- вертолетная площадка
ВПП	- взлетно-посадочная площадка
ДП	- диспетчерский пункт
ОДО	- оперативно-диспетчерский отдел
ЭКМП	- экстренная консультативная медицинская помощь
МЭ	- медицинская эвакуация
МРЦМК	- межрегиональный центр медицины катастроф
ТЦМК	- территориальный центр медицины катастроф
ТП ЭМП	- трассовый пункт экстренной медицинской помощи
ФАД	- федеральная автомобильная дорога

ОГЛАВЛЕНИЕ

	Введение	4
1.	Общие положения	6
2.	Организация оказания экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации.....	7
3.	Организация деятельности медицинских организаций по оказанию экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации.....	12
4.	Организация работы структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих экстренную консультативную медицинскую помощь.....	16
5.	Организация применения авиации при оказании экстренной консультативной медицинской помощи, включая эвакуацию.....	22
6.	Контроль качества оказания экстренной консультативной медицинской помощи и проведения медицинской эвакуации.....	26
7.	Индикаторы и показатели экстренной консультативной медицинской помощи.....	28
8.	Организация и проведение медицинской эвакуации.....	29
9.	Организация деятельности медицинских организаций по проведению медицинской эвакуации в догоспитальном периоде..	30
10.	Организация деятельности медицинских организаций по проведению межбольничной медицинской эвакуации.....	32
11.	Организация взаимодействия между министерствами и	32

	организациями при проведении санитарно-авиационной эвакуации в различных режимах функционирования	
12	Иные положения	34
13	Основные термины и понятия	34
	ПРИЛОЖЕНИЯ Положения по организации работы структурных подразделений ТЦМК и других медицинских организаций, участвующих в оказании экстренной консультативной медицинской помощи и проведении медицинской эвакуации.....	38
	<i>Приложение 1.</i> Положение об организации деятельности отделения экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации территориального центра медицины катастроф и других медицинских организаций.....	38
	<i>Приложение 2.</i> Положение об организации деятельности педиатрического отделения экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации территориального центра медицины катастроф и других медицинских организаций.....	41
	<i>Приложение 3.</i> Положение об организации деятельности заведующего отделением экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации территориального центра медицины катастроф и других медицинских организаций.....	43
	<i>Приложение 4.</i> Положение об организации деятельности выездной консультативной бригады специализированной медицинской помощи отделения экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации территориального центра медицины катастроф и других медицинских организаций.....	46
	<i>Приложение 5.</i> Положение об организации деятельности врача-консультанта выездной консультативной бригады специализированной медицинской помощи отделения экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации территориального центра медицины катастроф и других медицинских организаций.....	48
	<i>Приложение 6.</i> Регламент работы авиамедицинской бригады при ликвидации медико-санитарных последствий дорожно-транспортных происшествий и чрезвычайных ситуаций на федеральных автомобильных дорогах.....	50
	<i>Приложение 7.</i> Положение об организации деятельности авиамедицинской бригады отделения экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации межрегионального и территориального центра медицины катастроф и других медицинских учреждений.....	59

<i>Приложение 8.</i> Положение об организации деятельности руководителя авиамедицинской бригады отделения экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации межрегионального и территориального центра медицины катастроф и других медицинских организаций	62
<i>Приложение 9.</i> Положение об организации деятельности фельдшера (медицинской сестры) авиамедицинской бригады отделения экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации территориального центра медицины катастроф и других медицинских организаций.....	65
<i>Приложение 10.</i> Положение об организации оказания экстренной консультативной медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.....	67
<i>Приложение 11.</i> Типовой регламент организации и проведения телемедицинских консультаций и консилиумов	78
<i>Приложение 12.</i> Положение об организации работы оперативно-диспетчерского отдела территориального центра медицины катастроф.....	82
<i>Приложение 13.</i> Положение об организации деятельности трассового пункта экстренной медицинской помощи территориального центра медицины катастроф и других медицинских организаций.....	83
<i>Приложение 14.</i> Критерии применения вертолетов при проведении санитарно-авиационной эвакуации	86
<i>Приложение 15.</i> Медицинские стандарты и протоколы проведения санитарно-авиационной эвакуации	88
<i>Приложение 16.</i> Алгоритм телефонной консультации	90
<i>Приложение 17.</i> Рекомендуемые штатные нормативы медицинского персонала отделения экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации территориального центра медицины катастроф и других медицинских организаций	93
<i>Приложение 18.</i> Рекомендуемые штатные нормативы медицинского персонала детского отделения экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации территориального центра медицины катастроф и других медицинских организаций.....	95
<i>Приложение 19.</i> Рекомендуемые штатные нормативы трассового пункта экстренной медицинской помощи территориального центра медицины катастроф и другой медицинской организации.	96
<i>Приложение 20.</i> Государственный контракт возмездного оказания услуг.....	96
<i>Приложение 21.</i> Типовой стандарт материально-технического оснащения отделения экстренной консультативной медицинской	

	помощи и медицинской эвакуации территориального центра медицины катастроф и других медицинских организаций.....	100
	<i>Приложение 22.</i> Стандарт материально-технического оснащения трассового пункта экстренной медицинской помощи территориального центра медицины катастроф и другой медицинской организации	114
	<i>Приложение 23.</i> Примерный перечень помещений для отделений экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации территориального центра медицины катастроф и других медицинских организаций	118
	<i>Приложение 24.</i> Типовой акт приема-передачи к договору безвозмездного пользования недвижимым федеральным, муниципальным имуществом, находящимся в оперативном управлении.....	119
	Приложения о порядке применения транспорта при оказании экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации.....	120
	<i>Приложение 25.</i> Методические рекомендации о применении наземных санитарных транспортных средств для медицинской эвакуации.....	120
	<i>Приложение 26.</i> Методические рекомендации по составлению контракта на авиационные услуги по оказанию медицинской помощи населению	126
	<i>Приложение 27.</i> Методические рекомендации о применении авиационных транспортных средств при проведении медицинской эвакуации.....	131
	<i>Приложение 28.</i> Специальный технический регламент	141
	<i>Приложение 1 к Специальному техническому регламенту «Применение вертолетной авиации для оказания медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях»</i>	142
	<i>Приложение 2 к Специальному техническому регламенту «Применение вертолетной авиации для оказания медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях».....</i>	143
	<i>Приложение 3 к Специальному техническому регламенту «Применение вертолетной авиации для оказания медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях».....</i>	147
	<i>Приложение 29.</i> Требования к посадочным площадкам для самолетов типа Ан-2 (для взлетно-посадочной полосы до 800 м)	153
	<i>Приложение 30.</i> Временная инструкция по организации и выполнению полетов воздушных судов гражданской авиации	

	для оказания экстренной консультативной медицинской помощи населению Российской Федерации.....	158
	По отдельным вопросам оказания экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации	172
	<i>Приложение 31.</i> Методические рекомендации по охране труда и требованиям безопасности для персонала авиамедицинской бригады, участвующей в медицинской эвакуации с применением вертолетной авиации	174
	<i>Приложение 32.</i> Перечень учетно-отчетной документации при медицинской эвакуации пострадавших в ЧС.....	177
	<i>Приложение 33.</i> Учетно-отчетные формы врача-консультанта....	183
	Список литературы	212
	Сокращенные наименования	217