### Проект

### МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

### 

### ПРИКАЗ

### от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2014 года № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### Об утверждении Порядка оказания экстренной консультативной медицинской помощи и проведения медицинской эвакуации в режиме повседневной деятельности

    В соответствии с частью 2 статьи 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446) приказываю:

### 1. Утвердить прилагаемый Порядок оказания экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации в режиме повседневной

    2.  Настоящий приказ вступает в силу с 1 января 2015 года.

Министр  В.И. Скворцова

Зарегистрировано  
в Министерстве юстиции  
Российской Федерации  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2014 года  
регистрационный № \_\_\_

УТВЕРЖДЕН  
 приказом Министерства здравоохранения  
 Российской Федерации  
 от \_\_\_\_\_ 2014 г. № \_\_\_\_\_

**ПОРЯДОК**

**ОКАЗАНИЯЭКСТРЕННОЙ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ПРОВЕДЕНИЯ**

**МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ**

**В РЕЖИМЕ ПОВСЕДНЕВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

**Сокращенные наименования**

|  |  |
| --- | --- |
| АМБр | - авиамедицинская бригада |
| БрСМП | - бригада специализированной медицинской помощи |
| БрЭР | - бригада экстренного реагирования |
| ВП | - вертолетная площадка |
| ДП | - диспетчерский пункт |
| ОДО | - оперативно-диспетчерский отдел |
| ЭКМП  МЭ  МРЦМК  ТЦМК  ТП ЭМП  ФАД | - экстренная консультативная медицинская помощь  - медицинская эвакуация  - межрегиональный центр медицины катастроф   |  | | --- | | - территориальный центр медицины катастроф  - трассовый пункт экстренной медицинской помощи | | - федеральная автомобильная дорога | |  | |
|  |  |

I. Общие положения

1.1. Настоящий порядок регулирует 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.

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

Экстренная консультативная медицинская помощь оказывается медицинскими организациями государственной системы здравоохранения бесплатно, безотлагательно и круглосуточно.

Экстренная консультативная медицинская помощь, при оказании которой применяется авиационный транспорт, называется санитарно-авиационной помощью.

1.3. Экстренная консультативная медицинская помощь оказывается выездными экстренными специализированными консультативными бригадами отделений экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации (далее ЭКМП и МЭ) в стационарных условиях.

1.4. При оказании экстренной консультативной медицинской помощи в случае отсутствия в медицинском учреждении, где он находится, условий для лечения пациента в полном объеме проводится его медицинская эвакуация в профильную медицинскую организацию.

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

1.5. Экстренная консультативная медицинская помощь оказывается специалистами федеральных, межрегиональных, региональных медицинских организаций в соответствии с порядками и стандартами оказания медицинской помощи по профилям (специальностям), в том числе с применением телемедицинских технологий.

1.6. Исполнение государственной функции по оказанию экстренной консультативной медицинской помощи населению Российской Федерации на федеральном уровне организует Министерство здравоохранения Российской Федерации, а осуществляет Служба медицины катастроф Минздрава России.

1.7. Министерство здравоохранения Российской Федерации организует:

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

контроль соблюдения стандартов оказания 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 (проектов Постановлений Правительства Российской Федерации, приказов, распоряжений) по организации и оказанию экстренной консультативной медицинской помощи.

1.8. Министерство здравоохранения Российской Федерации утверждает Порядок оказания экстренной консультативной медицинской помощи на федеральном уровне, перечень специализированных медицинских организаций и номенклатуру специальностей лиц, участвующих в оказании экстренной консультативной медицинской помощи федерального уровня, порядок их привлечения и оплаты труда.

1.9. 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».

1.10. 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 ВСМК 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 консульта-тивной медицинской помощи;

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

1.11. Организация оказания экстренной консультативной медицинской помощи населению Российской Федерации на межрегиональном и региональном уровнях осуществляется в рамках территориальной программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению субъекта Российской Федерации.

1.12. 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 подведомственные им центры медицины катастроф.

1.13. Орган управления здравоохранением субъекта Российской Федерации в установленном порядке ежегодно утверждает территориальному центру медицины катастроф государственное задание по обеспечению государственной услуги «Оказание экстренной консультативной медицинской помощи населению субъекта Российской Федерации».

1.14. 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.

1.15. Орган управления здравоохранением субъекта Российской Федерации несет ответственность за своевременное и качественное оказание экстренной консультативной 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 консульта-тивной 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 транспорта;

руководство работой ТЦМК.

1.16. 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.

1.17. Структурными подразделениями центров медицины катастроф, оказывающих экстренную консультативную медицинскую помощь на межрегиональном и региональном уровнях, являются отделения ЭКМП и МЭ МРЦМК и ТЦМК соответственно. Положение об организации деятельности отделения экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации территориального центра медицины катастроф – приложение 1.

1.18. 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.

1.19. Решением органов исполнительной власти субъекта Российской Федерации в составе ТЦМК могут создаваться несколько отделений ЭКМП и МЭ, в том числе в качестве филиалов ТЦМК, а также детские (педиатрические) отделения ЭКМП и МЭ.

Положение об организации деятельности детского отделения экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации территориального центра медицины катастроф – приложение 2.

Положение об организации деятельности заведующего отделением экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации территориального центра медицины катастроф – приложение 3.

1.20. Штатные нормативы отделения ЭКМП и МЭ устанавливаются органом управления здравоохранением субъекта Российской Федерации в зависимости от демографических, медико-тактических, географических особенностей субъекта Российской Федерации.

Рекомендуемые штатные нормативы медицинского персонала отделения экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации территориального центра медицины катастроф - приложение 4.

1.21. Медицинские специалисты отделений ЭКМП и МЭ должны проходить дополнительную подготовку по вопросам санитарно-авиационной эвакуации и повышение квалификации по основной специальности в установленные законодательством Российской Федерации сроки.

1.22. В качестве врачей-консультантов к оказанию экстренной консультативной медицинской помощи, помимо основных работников, привлекаются наиболее квалифицированные специалисты ведущих специализированных медицинских организаций и высших учебных медицинских заведений. Порядок привлечения этих специалистов устанавливается нормативным документом органа управления здравоохранением субъекта Российской Федерации в соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации, а список врачей-консультантов по основным наиболее востребованным специальностям утверждается приказом органа управления здравоохранением субъекта Российской Федерации.

1.23. Оплата труда специалистов, участвующих в оказании экстренной консультативной медицинской помощи, производится в соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации (разделы VI и VII) и нормативными актами субъектов Российской Федерации, регулирующими трудовые взаимоотношения. Специалистам отделений ЭКМП и МЭ устанавливаются компенсационные и стимулирующие выплаты, которые указываются в коллективных и трудовых договорах.

1.24. В соответствии с Постановлением Госкомтруда СССР и Президиума ВЦСПС от 25.10.1974 г. № 298/П-22 с учетом нормативов по часам налетов в авиационном транспорте медицинские работники отделений ЭКМП и МЭ, непосредственно оказывающие санитарно-авиационную помощь, имеют право на дополнительный отпуск.

1.25. Для оказания экстренной консультативной медицинской помощи специалистам отделения ЭКМП и МЭ выделяется необходимое медицинское оборудование, медицинские препараты и расходный материал в установленном администрацией ТЦМК порядке. Использованные при медицинском вмешательстве медикаменты, расходные материалы и прочие изделия медицинского назначения списываются на основании отчета о выезде специалиста отделения ЭКМП и МЭ в установленном порядке.

Типовой стандарт материально-технического оснащения отделения экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации территориального центра медицины катастроф – приложение 5.

II. Организация оказания экстренной консультативной медицинской помощи

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

2.2. Отделения ЭКМП и МЭ функционируют круглосуточно в режимах повседневной деятельности, повышенной готовности и чрезвычайной ситуации и оказывают медицинскую помощь в догоспитальном и госпитальном периодах.

2.3. В догоспитальном периоде бригады экстренного реагирования (БрЭР), авиамедицинские бригады (АМБр), выездные консультативные бригады специализированной медицинской помощи (БрСМП) отделений ЭКМП и МЭ ТЦМК и федеральных медицинских организаций, бригады трассовых пунктов экстренной медицинской помощи (ТП ЭМП) ТЦМК оказывают экстренную медицинскую помощь.

Положения об организации деятельности медицинских бригад ТЦМК и их персонала - приложения 6 - 14.

Организация деятельности БрЭР ТЦМК проводится в соответствии с Положениями об организации деятельности АМБр и ее персонала и Регламентом работы АМБр (приложения 8 - 10).

Организация деятельности выездных консультативных бригад федеральных медицинских организаций основана на Типовом положении о бригадах специализированной медицинской помощи службы медицины катастроф, утвержденном Министерством здравоохранения Российской Федерации 29.12.1995 г.

2.4. Основаниями к вылету специалистов авиамедицинской бригады являются:

отдаленность места происшествия от ближайшей медицинской органи-зации или труднодоступность для автомобильного транспорта;

необходимость срочной санитарно-авиационной эвакуации пострадав-ших и больных в специализированные медицинские организации;

масштаб происшествия, не позволяющий бригадам скорой медицинской помощи ликвидировать медико-санитарные последствия ЧС и других происшествий собственными силами.

2.5. В догоспитальном периоде медицинские формирования ТЦМК могут участвовать в медицинском сопровождении массовых мероприятий.

2.6. В госпитальном периоде экстренную консультативную медицинскую помощь оказывают медицинские специалисты (врачи-консультанты) отделений ЭКМП и МЭ ТЦМК и других медицинских организаций и специализированные медицинские бригады федеральных медицинских организаций, в том числе ВЦМК «Защита».

Основаниями к выезду/вылету специалистов отделения ЭКМП и МЭ ТЦМК в медицинские организации являются:

угрожающее жизни больного состояние его здоровья при отсутствии

в медицинской организации врача-специалиста соответствующего профиля или квалификации или необходимых условий для оказания специализированной медицинской помощи на современном уровне;

неэффективность проводимого лечения и прогрессирующее ухудшение его состояния;

трудности в диагностике заболевания и определении тактики лечения;

необходимость медицинской эвакуации пациентов, находящихся в тяжелом состоянии, в другие медицинские организации для оказания специализированной медицинской помощи.

2.7. Экстренная консультативная медицинская помощь может быть оказана дистанционно (заочно), в том числе с применением телемедицинских технологий, и с выездом или вылетом в медицинскую организацию, где находится на лечении больной или пострадавший. Положение об оказании экстренной консультативной медицинской помощи с применением телемедицинских технологий – приложение 15.

2.8. В целях обеспечения круглосуточного централизованного приема вызовов, своевременного направления врачей-консультантов и бригад отделения ЭКМП и МЭ, оперативного управления их деятельностью в ТЦМК организуется работа оперативно-диспетчерского отдела (ОДО).

Положение об организации деятельности оперативно-диспетчерского отдела территориального центра медицины катастроф - приложение 16.

2.9. В исполнении государственной функции по оказанию экстренной консультативной медицинской помощи может быть отказано в случаях:

смерти пациента до приезда бригады;

официального отказа пациента от предложенного ему обследования, консервативного или оперативного лечения, перевода в другую медицинскую организацию.

2.10. Госпитализация больных и пострадавших, эвакуируемых специалистами отделений ЭКМП и МЭ в специализированные медицинские организации, проводится в порядке, установленном органом управления здравоохранением субъекта Российской Федерации.

2.11. Учетно-отчетная документация по результатам оказания экстренной консультативной медицинской помощи ведется по формам, утвержденным Минздравом России, и представляется в установленные сроки.

III. Медицинская эвакуация – общие положения

3.1. 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.

3.2. Медицинская эвакуация включает в себя:

а) санитарно-авиационную эвакуацию, осуществляемую авиационным транспортом;

б) санитарную эвакуацию, осуществляемую наземным, водным и другими видами транспорта.

3.3. Медицинскую эвакуацию осуществляют 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, врачебных и фельдшерских бригад скорой медицинской помощи.

3.4. 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 невозможна\*, допускается эвакуация на транспорте общего назначения.\*\*

При этом остальные обязательные условия медицинской эвакуации должны строго соблюдаться.

3.5. 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).

3.6. Перечень федеральных государственных медицинских организаций, имеющих право осуществлять медицинскую эвакуацию, утверждается федеральными органами исполнительной власти.

3.7. 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.

3.8. В соответствии с межгосударственными соглашениями специалисты ВЦМК «Защита» и ФМБА осуществляют 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.

3.9. Перечень медицинских организаций, участвующих в организации и проведении медицинской эвакуации на региональном уровне, определяется решением органа управления здравоохранением субъекта Российской Федерации.

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

\*\* автобусы, вездеходы, снегоходы, амфибии, гужевой транспорт и т.д.

3.10. К медицинским организациям, принимающим эвакуированных пострадавших и больных, относятся лечебные учреждения, способные оказать необходимый объем специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи.

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

3.12. Для проведения медицинской эвакуации отделения ЭКМП и МЭ обеспечиваются санитарным автомобильным транспортом класса С, В. В отдельных случаях массовой эвакуации могут применяться автомобили класса А с бригадами скорой медицинской помощи, обеспеченными необходимым медицинским имуществом для оказания медицинской помощи во время эвакуации.

Санитарный автомобильный транспорт оснащается в соответствии с приказами Минздравсоцразвития России от 01.12.2005 № 752 «Об оснащении санитарного автотранспорта», от 31.03.2008 № 154н «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 1 декабря 2005 г. № 752 «Об оснащении санитарного автотранспорта», от 14 октября 2002 г. № 313 «Об утверждении отраслевого стандарта «Салоны автомобилей скорой медицинской помощи и их оснащение».

Методические рекомендации о наземных санитарных транспортных средствах, применяемых при медицинской эвакуации – приложение 17.

3.13. 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.

Методические рекомендации по составлению Контракта на авиационные услуги по оказанию медицинской помощи населению - приложение 18.

3.14. 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.

3.15. К авиационному транспорту, применяемому для санитарно- авиационной эвакуации, предъявляются требования, регламентированные Методическими рекомендациями по применению авиационных транспортных средств при медицинской эвакуации (приложение 19). Критерии применения вертолетов при проведении санитарно-авиационной эвакуации – приложение 20.

3.16. Вертолеты легкого класса, применяемые для санитарно-авиационной эвакуации, должны быть оснащены и сертифицированы как вертолеты категории А. Требования к вертолетам легкого класса, применяемым для санитарно-авиационной эвакуации, регламентируются приложением 1 к Специальному техническому регламенту «Применение вертолетной авиации для оказания медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях» (приложение 21).

3.17. Для лечебно-эвакуационного обеспечения пострадавших и больных вблизи медицинских организаций, принимающих пациентов, эвакуированных авиационным транспортом, строятся 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. 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» (приложение 21).

3.18. Правила поведения медицинского персонала на борту авиационного судна при проведении санитарно-авиационной эвакуации регламентируются Инструкцией по охране труда и требованиям безопасности для персонала медицинской бригады, участвующей в эвакуации с применением вертолетной авиации – (приложение 22).

3.19. Сроки готовности персонала АМБр и авиационного транспорта к проведению санитарно-авиационной эвакуации зависят от типа воздушного судна и климатогеографических условий субъекта Российской Федерации и указываются в договоре между заказчиком и подрядчиком.

3.20. В процессе медицинской эвакуации и по ее результатам руководитель медицинской бригады, проводившей медицинскую эвакуацию, заполняет и сдает в установленном порядке учетно-отчетные документы.

IV. Медицинская эвакуация в догоспитальном периоде

4.1. При возникновении ДТП, пожара, иного угрожающего жизни и здоровью случая на место происшествия немедленно выезжает бригада СМП, персонал которой оказывает скорую медицинскую помощь в догоспитальном периоде и, при необходимости, доставляет пациентов в ближайшую медицинскую организацию. На место происшествия могут привлекаться выездные медицинские бригады ТЦМК. Решение о выезде медицинских бригад ТЦМК принимает оперативный дежурный ТЦМК по согласованию с заведующим отделением ЭКМП и МЭ, заместителем директора ТЦМК или директором ТЦМК. Если происшествие не относится к категории ЧС, решение о необходимости выезда бригады принимает администрация ТЦМК.

4.2. В случаях нецелесообразности или невозможности проведения медицинской эвакуации наземным санитарным транспортом для доставки пациентов в специализированные медицинские организации проводится их санитарно-авиационная эвакуация.

4.3. В догоспитальном периоде 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 СМП ликвидировать медико-санитарные последствия ЧС собственными силами в установленные сроки.

4.4. Решение о необходимости применения воздушного судна могут принимать старший врач ОДО, заведующий отделением ЭКМП и МЭ или руководитель ТЦМК.

4.5. При принятии решения о необходимости проведения санитарно - авиационной эвакуации по окончании оказания скорой медицинской помощи на месте происшествия 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 медицинской организации, в которую будут доставлены пострадавшие (больные).

4.6. Во время медицинской эвакуации персонал выездной медицинской бригады контролирует состояние пациента и, при необходимости, оказывает ему 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».

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

4.8. 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.

V. Межбольничная медицинская эвакуация

5.1. Межбольничная медицинская эвакуация в специализированные медицинские организации проводится в случаях, когда пациенты нуждаются в специализированной или высокотехнологичной медицинской помощи, которая не может быть оказана в медицинской организации, где они находятся.

5.2. В госпитальном периоде специалисты бригад экстренного реагирования, выездных консультативных бригад специализированной медицинской помощи отделения ЭКМП и МЭ проводят межбольничную эвакуацию с применением санитарного автотранспорта. Санитарно-авиационную межбольничную эвакуацию проводят специалисты авиамедицинских бригад отделения ЭКМП и МЭ.

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

5.4. Медицинский персонал медицинской организации, в которой находится пациент, проводит его подготовку к санитарно-авиационной эвакуации и согласует результат подготовки с руководителем АМБр.

5.5. Межбольничная медицинская эвакуация лиц, находящихся на лечении в федеральных медицинских организациях, проводится специалистами ВЦМК «Защита» по заявке главного врача или заместителя главного врача федеральной медицинской организации, в которой находится пациент. Заявка направляется в оперативно-диспетчерский отдел Центра экстренной медицинской помощи и медицинской эвакуации ВЦМК «Защита» в электронном виде или на бумажном носителе и должна быть заверена печатью направляющего учреждения.

VI. Контроль качества оказания экстренной консультативной медицинской помощи и проведения медицинской эвакуации

6.1. Контроль качества исполнениягосударственной функции «Оказание экстренной консультативной медицинской помощи населению субъекта Российской Федерации» осуществляют орган управления здравоохранением субъекта Российской Федерации и подведомственный ему ТЦМК.

6.2. 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.

6.3. ТЦМК организует работу по контролю качества медицинской деятельности отделения ЭКМП и МЭ и отдельных специалистов. Ведомственный контроль качества оказания экстренной консультативной медицинской помощи и проведения медицинской эвакуации регламентируется приказом директора ТЦМК на основании соответствующего приказа органа управления здравоохранением субъекта Российской Федерации и в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6.4. Ведомственный контроль качества оказания экстренной консультативной медицинской помощи и проведения медицинской эвакуации включает экспертизу качества оказания медицинской помощи 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).

6.5. 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 регламентируется региональными нормативными актами.

6.6. 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 ТЦМК.

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

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

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

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

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

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

VII. Иные положения

7.1. Обмен информацией о состоянии здоровья пациента осуществляется по телефону, факсу, электронной почте c 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.

7.2. 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.

7.3. 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).

7.4. 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.

7.5. Примерный перечень помещений для отделения ЭКМП и МЭ ТЦМК – приложение 23. Медицинские стандарты и протоколы проведения санитарно - авиационной эвакуации – приложение 24. Перечень учетно-отчетной документации при медицинской эвакуации пострадавших в ЧС – приложение 25.

7.6. 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.

|  |
| --- |
| Приложение 1  к Порядку оказания  экстренной консультативной медицинской помощи и проведения медицинской эвакуации в режиме повседневной деятельности |

**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).

1.2. Отделение ЭКМП и МЭ является структурным подразделением ТЦМК.

1.3. Отделение 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 ТЦМК, приказов и распоряжений руководителя ТЦМК, 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.

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 первичной медико-санитарной и скорой медицинской помощи в догоспитальном периоде пострадавшим в ЧС, ДТП, других угрожающих жизни случаях на месте происшествия с применением вертолетов;

- 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, в том числе с применением телемедицинских технологий.

3. Организация работы отделения ЭКМП и МЭ

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

поста дежурного ответственного врача и среднего медицинского персонала;

авиамедицинских бригад;

выездных специализированных медицинских бригад иврачей – 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 подряда согласно ст. 702 Гражданского кодекса Российской Федерации 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 консуль-тативной 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.

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. Порядок проведения очных выездных консультаций и консилиумов

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

При поступлении заявки заведующий отделением ЭКМП и МЭ определяет лиц, на которых возлагается проведение очной консультации по профилю заявки. В случае отсутствия или необходимости замены штатного врача - консультанта по профилю заявки заведующий отделением ЭКМП и МЭ обязан сообщить в ОДО, кто будет выполнять заявку.

4.2. Заявки на консультации принимаются и регистрируются дежурным диспетчером ОДО в специальном журнале с указанием времени их поступления и выполнения.

Специалисты отделения ЭКМП и МЭ обязаны выехать на срочную консультацию в срок не позднее 1-2 часов с момента получения заявки.

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.

4.3. В случае невозможности организации выезда на экстренную консультацию штатного врача-консультанта дежурный диспетчер ОДО обеспечивает доставку в отделение ЭКМП и МЭ консультанта – внешнего совместителя или привлеченного по договору подряда.

На выезде в медицинской организации врач-консультант отделения ЭКМП и МЭ проводит осмотр больного обязательно в присутствии  
лечащего врача и, при необходимости - заведующего отделением, где находится на лечении больной .

4.4. В вызывающей медицинской организации подготовку больного к консультации врача-специалиста отделения ЭКМП и МЭ осуществляет лечащий врач под руководством заведующего отделением в соответствии с перечнем обязательных лабораторных и аппаратно-инструментальных исследований, регламентированных стандартом оказания медицинской помощи по профилю заболевания. Цель проведения консультации должна быть обоснована в истории болезни.

По окончании консультации врач-консультант отделения ЭКМП и МЭ обязан записать в истории болезни дату и час проведения консультации, свою фамилию и инициалы, специальность, занимаемую должность, ученую степень и звание. В описательной части консультации должны быть четко изложены данные анамнеза и обследования больного, установленный или предполагаемый консультантом диагноз с подробным обоснованием рекомендуемых лабораторных, аппаратно-инструментальных исследований и лечебных назначений и процедур. При необходимости проведения повторной консультации должны быть указаны предполагаемые дата и время ее проведения. Запись врача-консультанта должна быть четко и разборчиво подписана им лично.

При проведении телефонной или телемедицинской консультации лечащий врач пациента оформляет запись в истории болезни с указанием часа и даты проведения консультации, фамилии и инициалов врача-консультанта отделения ЭКМП и МЭ, его специальность, занимаемую должность, ученую степень и звание, рекомендации по дообследованию пациента, консерва-тивной или оперативной тактике лечения, медикаментозной терапии.

4.5. 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.

4.6. В случаях, когда рекомендация врача-консультанта отделения ЭКМП и МЭ по каким-либо причинам не может быть выполнена, лечащий врач или заведующий отделением должны поставить об этом в известность врача-консультанта отделения ЭКМП и МЭ, согласовать с ним изменения в выполнении рекомендаций и сделать соответствующую запись в истории болезни.

4.7. В случае, когда состояние больного в диагностическом и лечебном плане (нетипичное течение заболевания, наличие сопутствующих заболеваний, осложнений основного и сопутствующих заболеваний и т.д.) остается неясным или требуется консультация разных специалистов, принимается решение о созыве консилиума.

Заведующий отделением ЭКМП и МЭ 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.

4.8. Лечащий врач больного заносит в историю болезни обоснование необходимости проведения консилиума и состав его участников. Во время проведения консилиума лечащий врач ведет запись результатов консилиума в историю болезни, которую подписывают все его участники с указанием их фамилий, инициалов, занимаемых должностей, специальностей, даты проведения консилиума. Если кто-либо из участников консилиума на согласен с принятым большинством участников консилиума заключением, он должен записать свое особое мнение в истории болезни с подробным обоснованием причины.

4.9. Рекомендации консилиума или консультации специалистов отделения ЭКМП и МЭ обязательны для всех врачей вызывающей медицинской организации. Контроль и ответственность за выполнение рекомендаций консилиума специалистов отделения ЭКМП и МЭ возлагается на руководителя вызывающей медицинской организации.

4.10. При необходимости повторного проведения консилиума или консультации специалистов отделения ЭКМП и МЭ ответственность за своевременное оформление заявки в ОДО ТЦМК возлагается на заместителя главного врача по лечебной работе медицинской организации, где находится пациент.

4.11. По завершении очной выездной консультации или консилиума специалистов отделения ЭКМП и МЭ заместитель главного врача по лечебной работе вызывающей медицинской организации, а при его отсутствии - заведующий отделением или лечащий врач подписывает бланк санитарного задания врача - консультанта отделения ЭКМП и МЭ, ставит печать своей медицинской организации. Копия консультативного листа вместе с бланком-заданием врач-консультант сдает дежурному диспетчеру отделения ЭКМП и МЭ.

5. Врачи-консультанты проводят мониторинг состояния пострадавших и больных, которым была оказана экстренная консультативная медицинская помощь. Порядок мониторирования пострадавших и больных регламентирует региональный нормативный акт (региональный Порядок оказания экстренной консультативной медицинской помощи и проведения медицинской эвакуации в режиме повседневной деятельности) с учетом разработанных в субъекте Российской Федерации критериев мониторирования.

6. По завершении очной выездной консультации врач - консультант отделения ЭКМП и МЭ в срок не позднее трех суток сдает в ОДО лист консультанта и проводит углубленный анализ качества оказания экстренной консультативной медицинской помощи. Результаты анализа используются главными специалистами органа управления здравоохранением субъекта Российской Федерации при принятии решений по развитию специа-лизированных видов помощи в районах.

7. Припроведении 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 ТЦМК.

|  |
| --- |
| Приложение 2  к Порядку оказания экстренной консультативной медицинской помощи и проведения медицинской эвакуации в режиме повседневной деятельности |

**ПОЛОЖЕНИЕ**

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

1. Общие положения

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

1.2 Детское 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 медицин-ской помощи и проведения медицинской эвакуации в режиме повседневной деятельности, Устава ТЦМК, приказов и распоряжений руководителя ТЦМК, а также в соответствии с настоящим Положением.

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

1.4 Детское 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 детского отделения ЭКМП и МЭутверждается руководителем ТЦМК.

2. Задачи

Основными задачами детского 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;

- 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 и проведения медицинской эвакуации, в том числе с применением телемедицинских технологий.

3. Организация работы

3.1. Детское 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 детского 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 подряда или в качестве совместителей.

3.3. Детское 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 консульта-тивной медицинской помощи детям и срочных вызовов осуществляется через ОДО.

3.5. Обеспечение детского отделения ЭКМП и МЭ санитарным авто- и авиатранспортом осуществляет администрация в круглосуточном режиме дежурства.

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

повседневной деятельности;

повышенной готовности;

чрезвычайной ситуации.

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

3.8. В режиме повышенной готовности персонал детского 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.

3.9. В режиме чрезвычайной ситуации персонал детского 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. Порядок проведения очных выездных консультаций и консилиумов

4.1.Ответственность за своевременность организации оказания экстрен-ной консультативной медицинской помощи возлагается на заведующего детским отделением ЭКМП и МЭ и заведующего ОДО.

При поступлении заявки заведующий детским отделением ЭКМП и МЭ определяет лиц, на которых возлагается проведение очной консультации по профилю заявки. В случае отсутствия или необходимости замены штатного врача - консультанта по профилю заявки заведующий детским отделением ЭКМП и МЭ обязан сообщить в ОДО, кто будет выполнять заявку.

4.2. Заявки на консультации принимаются и регистрируются дежурным диспетчером ОДО в специальном журнале с указанием времени их поступления и выполнения.

Специалисты детским отделения ЭКМП и МЭ обязаны выехать на срочную консультацию в срок не позднее 1-2 часов с момента получения заявки.

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.

4.3. В случае невозможности организации выезда на экстренную консультацию штатного врача-консультанта дежурный диспетчер ОДО обеспечивает доставку в детское отделение ЭКМП и МЭ консультанта – внешнего совместителя или привлеченного по договору подряда.

На выезде в медицинской организации врач-консультант детского отделения ЭКМП и МЭ проводит осмотр больного обязательно в присутствии лечащего врача и, при необходимости - заведующего отделением, где находится на лечении больной.

4.4. В вызывающей медицинской организации подготовку больного к консультации врача-специалиста детского отделения ЭКМП и МЭ осуществляет лечащий врач под руководством заведующего отделением в соответствии с перечнем обязательных лабораторных и аппаратно-инструментальных исследований, регламентированных стандартом оказания медицинской помощи по профилю заболевания. Цель проведения консуль-тации должна быть обоснована в истории болезни.

По окончании консультации врач-консультант детского отделения ЭКМП и МЭ обязан записать в истории болезни дату и час проведения консультации, свою фамилию и инициалы, специальность, занимаемую должность, ученую степень и звание. В описательной части консультации должны быть четко изложены данные анамнеза и обследования больного, установленный или предполагаемый консультантом диагноз с подробным обоснованием рекомендуемых лабораторных, аппаратно-инструментальных исследований и лечебных назначений и процедур. При необходимости проведения повторной консультации должны быть указаны предполагаемые дата и время ее проведения. Запись врача-консультанта должна быть четко и разборчиво подписана им лично.

При проведении телефонной или телемедицинской консультации лечащий врач пациента оформляет запись в истории болезни с указанием часа и даты проведения консультации, фамилии и инициалов врача-консультанта детского отделения ЭКМП и МЭ, его специальность, занимаемую должность, ученую степень и звание, рекомендации по дообследованию пациента, консервативной или оперативной тактике лечения, медикаментозной терапии.

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

4.6. В случаях, когда рекомендация врача-консультанта детского отделения ЭКМП и МЭ по каким-либо причинам не может быть выполнена, лечащий врач или заведующий отделением должны поставить об этом в известность врача-консультанта детского отделения ЭКМП и МЭ, согласовать с ним изменения в выполнении рекомендаций и сделать соответствующую запись в истории болезни.

4.7. В случае, когда состояние больного в диагностическом и лечебном плане (нетипичное течение заболевания, наличие сопутствующих заболеваний, осложнений основного и сопутствующих заболеваний и т.д.) остается неясным или требуется консультация разных специалистов, принимается решение о созыве консилиума.

Заведующий детским отделением ЭКМП и МЭ 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.

4.8. Лечащий врач пациента заносит в историю болезни обоснование необходимости проведения консилиума и состав его участников. Во время проведения консилиума лечащий врач ведет запись результатов консилиума в историю болезни, которую подписывают все его участники с указанием их фамилий, инициалов, занимаемых должностей, специальностей, даты проведения консилиума. Если кто-либо из участников консилиума на согласен с принятым большинством участников консилиума заключением, он должен записать свое особое мнение в истории болезни с подробным обоснованием причины.

4.9. Рекомендации консилиума или консультации специалистов детского отделения ЭКМП и МЭ обязательны для всех врачей вызывающей медицинской организации. Контроль и ответственность за выполнение рекомендаций консилиума специалистов детского отделения ЭКМП и МЭ возлагается на руководителя вызывающей медицинской организации.

4.10. При необходимости повторного проведения консилиума или консультации специалистов детского отделения ЭКМП и МЭ ответственность за своевременное оформление заявки в ОДО возлагается на заместителя главного врача по лечебной работе медицинской организации, где находится пациент.

4.11. По завершении очной выездной консультации или консилиума специалистов детского отделения ЭКМП и МЭ заместитель главного врача по лечебной работе вызывающей медицинской организации, а при его отсутствии - заведующий отделением или лечащий врач подписывает бланк санитарного задания врача - консультанта детского отделения ЭКМП и МЭ, ставит печать своей медицинской организации. Копия консультативного листа вместе с бланком-заданием врач-консультант сдает дежурному диспетчеру детского отделения ЭКМП и МЭ.

5. Врачи-консультанты проводят мониторинг состояния пострадавших и больных, которым была оказана экстренная консультативная медицинская помощь. Порядок мониторирования пострадавших и больных регламентирует региональный нормативный акт (региональный Порядок оказания экстренной консультативной медицинской помощи и проведения медицинской эвакуации в режиме повседневной деятельности) с учетом разработанных в субъекте Российской Федерации критериев мониторирования.

6. По завершении очной выездной консультации врач - консультант детского отделения ЭКМП и МЭ в срок не позднее трех суток сдает в ОДО лист консультанта и проводит углубленный анализ качества оказания экстренной консультативной медицинской помощи. Результаты анализа используются главными специалистами органа управления здравоохранением субъекта Российской Федерации при принятии решений по развитию специализированных видов помощи в районах.

7. Припроведении очных выездных консультаций врачи-консультанты детского отделения ЭКМП и МЭ используют оборудование, медикаменты, расходные материалы принимающей медицинской организации. При их отсутствии используется медицинское имущество детского отделения ЭКМП и МЭ.

|  |
| --- |
| Приложение 3  к Порядку оказания экстренной консультативной медицинской помощи и проведения медицинской эвакуации в режиме повседневной деятельности |

**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 ТЦМК по лечебной работе 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, 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 медицинс-ким 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, обеспечивать их выполнение;

- обеспечивать качественное ведение учетно-отчетной документации;

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

- 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 консультатив-ной 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  к Порядку оказания  экстренной консультативной медицинской помощи и проведения медицинской эвакуации в режиме повседневной деятельности |

**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 |
| врач анестезиолог – реаниматолог (врач СМП) авиамедицинской бригады | 5,25 (круглосуточный пост) на 1 бригаду |
| фельдшер (медицинская сестра) авиамедицинской бригады | 5,25 (круглосуточный пост) на 1 бригаду |
| врач анестезиолог-реаниматолог | 5,25 (круглосуточный пост) или по договору гражданско-правового характера |
| врач травматолог – ортопед | 5,25 (круглосуточный пост) или по договору гражданско-правового характера |
| врач хирург | 5,25 (круглосуточный пост) или по договору гражданско-правового характера |
| врач нейрохирург | 5,25 (круглосуточный пост) или по договору гражданско-правового характера |
| врач акушер – гинеколог | 5,25 (круглосуточный пост) или по договору гражданско-правового характера |
| врач кардиолог | 5,25 (круглосуточный пост) или по договору гражданско-правового характера |
| врач неонатолог | 5,25 (круглосуточный пост) или по договору гражданско-правового характера |
| врачи – специалисты других специальностей | 5,25 (круглосуточный пост) или по договору гражданско-правового характера |
| старший фельдшер | 1 |
| фельдшер | 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 |

Примечание: перечень специалистов отделения ЭКМП и МЭ по основ-ным профилям медицинской помощи утверждается нормативным документом (приказом) органа управления здравоохранением субъекта Российской Федерации.

|  |
| --- |
| Приложение 5  к Порядку оказания экстренной консультативной медицинской помощи и проведения медицинской эвакуации в режиме повседневной деятельности |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 оборудование1 | | | | | | | | | | | |
| 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 | | |
| 1 | | 2 | | | | | 3 | | 4 | | |
| 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 | |
| 1 | | 2 | | | | 3 | | | | 4 | |
| 11 | | Бронхоскоп детский ригидный | | | | шт. | | | | 1 | |
| 12 | | Аппарат для внешней фиксации костных отломков | | | | шт. | | | | 1 | |
| 13 | | Набор для плазмофереза 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 выделен-ным наземным каналом связи с телекоммуникационной сетью ВСМК | | | | | шт. | | | | 1 | |
| 8 | Автоматизированное рабочее место (АРМ) дежурного оператора центра диспетчерского управления телеме-дицинской 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 |
| 1 | | 2 | | | 3 | | | | | | 4 |
| 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 см2 | | 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) | | |  | | | |  | | | |

1 количество медицинского оборудования зависит от штатной укомплек-тованности, 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» с изменениями в соответствии с прика-зом Минздравсоцразвития России № 445.

\*\*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 медицин-скому оборудованию (одноразовые магистрали, фильтры, контуры, коннекторные трубки, катетеры и пр.) комплектуются в соответствии с инструкциями по эксплуатации к конкретной медицинской аппаратуре.

\*\*\*\*\*Комплектуются 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 c 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 1.3Mpix |
| 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/c | | | 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, 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 200х250 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 1.3Mpix |
| 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/c | | 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 1.3Mpix | |
| 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/c | | 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 200х250 мм | |

|  |
| --- |
| Приложение 6  к Порядку оказания  экстренной консультативной  медицинской помощи и  проведения медицинской эвакуации в режиме повседневной деятельности |

**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 консультативнойбригады специализированной медицинской помощи отделения экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации территориального центра медицины катастроф.

1.2. Выездная консультативнаябригада специализированной медицинской помощи является структурным подразделением отделения ЭКМП и МЭ ТЦМК.

1.3. Специалисты выездной консультативнойбригады 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, приказов и распоряжений руководителя ТЦМК и заведующего отделением ЭКМП и МЭ, а также в соответствии с настоящим Положением.

1.4. Выездная консультативнаябригада 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 консультативнойбригадой 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 консультативнойбригады специализированной медицинской помощи должен пройти стандартное психофизиологическое и медицинское обследование с целью выявления противопоказаний к осуществлению профессиональной деятельности, связанной с повышенными физическими и психоэмо-циональными нагрузками.

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

1.9. Персонал выездной консультативнойбригады 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.

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 7  к Порядку оказания  экстренной консультативной медицинской помощи и проведения медицинской эвакуации в режиме повседневной деятельности |

**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 деятель-ности врача-консультанта выездной консультативной бригады специали-зированной медицинской помощи отделения экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации (ЭКМП и МЭ) террито-риального центра медицины катастроф (ТЦМК).

1.2. На должность врача-консультанта выездной консультативной бригады специализированной медицинской помощи назначается специалист с высшим медицинским образованием, имеющий сертификат по специаль-ности «лечебное дело», «педиатрия», сертификат по соответствующей специальности и стаж работы по специальности не менее 5 лет.

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, Положением об отделении ЭКМП и МЭ, приказами и распоряжениями руководителя ТЦМК 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 специализи-рованной 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.

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 специали-зированной медицинской помощи несет ответственность предусмотренную действующим законодательством Российской Федерации, за свою некачест-венную работу и дефекты в работе подчиненного персонала,

|  |
| --- |
| Приложение 8  к Порядку оказания экстренной консультативной медицинской помощи и проведения медицинской эвакуации в режиме повседневной деятельности |

**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 консуль-тативной медицинской помощи и медицинской эвакуации (ЭКМП и МЭ) территориального центра медицины катастроф (ТЦМК).

1.2.Авиамедицинская бригада является структурным подразделением отделения ЭКМП и МЭ ТЦМК 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 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.

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 психоэмоциональ-ными нагрузками.

1.7. Персонал АМБр должен проходить периодические медицинские осмотры и психофизиологическое обследование с последующей реабили-тацией 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 оборудо-вания;

- 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) ТЦМК.

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 медицин-скую 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 9 к Порядку оказания  экстренной консультативной медицинской помощи и проведения медицинской эвакуации в режиме повседневной деятельности |

**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) итерриториального центра медицины катастроф (ТЦМК).

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 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, 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 c 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 эвакотранспортную 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. 3нать 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 переаттестацию 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.

Приложение 10

к Порядку оказания

экстренной консультативной

медицинской помощи и

проведения медицинской

эвакуации в режиме

повседневной деятельности

**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).

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, в составе которого 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 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 c применением вертолетной авиации (приложение 22 к Порядку оказания 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 противоэпидеми-ческого 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 переаттестацию 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 11

к Порядку оказания

экстренной консультативной

медицинской помощи и

проведения медицинской

эвакуации в режиме

повседневной деятельности

**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 проис-шествий (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, 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 контрактена 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 хирур-гическую и травматологическую медицинскую помощь в зоне ответствен-ности, 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 ТЦМК, с учетом числа пострадавших, тяжести их состояния, объема предстоящей работы, места происшествия отдает распоряжение руководителю АМБр о готовности к вылету на место проис-шествия.

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, медицин-ского 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 происшес-твия.

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 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, оставив среднего медицинского работника 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 ТЦМК. 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 ТЦМК 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 ТЦМК 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 ТЦМК уточняет необходимость его проведения у руководителя медицинской организации, подавшей заявку, и сообщает заведующему отделением ЭКМП и МЭ, руководителю АМБр, командиру летного экипажа вертолета и руководителя 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 аэронави-гации 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 необходи-мости 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 12

к Порядку оказания

экстренной консультативной

медицинской помощи и

проведения медицинской

эвакуации в режиме

повседневной деятельности

**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).

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 ТЦМК, приказов и распоряжений руководителя ТЦМК, заместителя руководителя ТЦМК по лечебной работе 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.

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 пострадавшим в ДТП экстренной медицинской помощи на месте происшествия на закрепленном участке ФАД.

2.2. Основными задачами медицинского персонала ТП ЭМП являются:

- оказание пострадавшим в ДТП доврачебной 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 привлечение 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. 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 В, 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.

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

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.

Приложение 13

к Порядку оказания

экстренной консультативной

медицинской помощи и

проведения медицинской

эвакуации в режиме

повседневной деятельности

**Рекомендуемые штатные нормативы трассового пункта**

**экстренной медицинской помощи территориального центра медицины катастроф**

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование должности | Количество должностей |
| Врач СМП | 5,25 (круглосуточный пост) |
| или 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 постов + фельдшер (медицинская сестра) по приему и передаче вызовов выездной бригаде (1 круглосуточный пост).

|  |
| --- |
| Приложение 14  к Порядку оказания  экстренной консультативной медицинской помощи и проведения медицинской эвакуации в режиме повседневной деятельности |

**Стандарт материально-технического оснащения трассового пункта экстренной медицинской помощи территориального центра медицины катастроф**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| №  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 | Злектроотсасыватель 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 | Термоодеяло (фольга) | 3 |
| 1.15 | Баллон кислородный 1-ти литровый с вентилем | 1 |
| 1.16 | Баллон кислородный 2- х литровый с вентилем | 1 |
| 1.17 | Фильтры вирусно-бактериальные | 1 |
| 1.18 | Набор акушерский | 1 |
| 1.19 | Лампа бестеневая | 1 |
| 1.20 | Стерилизатор воздушный | 2 |
| 2 | Инструментарий |  |
| 2.1 | Зажимы кровоостанавливающие | 2 |
| 1 | 2 | 3 |
| 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 |
| 1 | 2 | 3 |
| 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 иньекционные | 500 |
| 4.16 | Бинт стерильный 5х10 | 135 |
| 4.17 | Бинт нестерильный 7х14 | 135 |
| 4.18 | Салфетки « АКТИВТЕКС» | 60 |
| 4.19 | Салфетки « ОПРАСОРБ» 20х20 | 40 |
| 4.20 | Салфетки « ОПРАСОРБ»20х40 | 30 |
| 4.21 | Лейкопластырь 2х50 | 10 |
| 4.22 | Лейкопластырь б/ц 6х10 | 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)210х140 | 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 сотруд-ника |
| 5.2 | Комплект медика – спасателя (КМС) \* | 2 |
| 5.3 | Комплект первой помощи (КПП) | 2 |
| 6 | Средства связи |  |
| 6.1 | Радиостанция автомобильная на частотах 36-46 МГц | 1 |
| 6.2 | Радиостанция стационарная на частотах 36-46 МГц | 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 15

к Порядку оказания

экстренной консультативной

медицинской помощи и

проведения медицинской

эвакуации в режиме

повседневной деятельности

**Положение**

**об организации оказания экстренной консультативной**

**медицинской помощи с применением телемедицинских технологий**

I. Общие положения

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

Телемедицина – комплекс организационных, финансовых **и технологических** мероприятий **обеспечивающих** деятельность системыдистационной 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.

1.2. Единая телемедицинская информационная система (телемеди-цинская 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.

1.3. 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.

1.4. 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.

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

1.6. Система экстренной консультативной медицинской помощи больным и пострадавшим в чрезвычайных ситуациях с применением телемедицинских технологий предназначена для проведения телекон-сультаций врачей государственных и муниципальных медицинских организаций субъекта Российской Федерации, федерального округа или федеральных специализированных медицинских центров. Система ориенти-рована 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.

1.7. 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.

1.8. 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.

1.9. 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 стандарт а 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).

II. 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 терри-ториальных 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 видео-конференцсвязи 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 взаи-модействия 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, утверж-

денными Минздравсоразвития 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 рекомен-дациям 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 консуль-тативного 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 (приоб-ретается 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, распределе-ние 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 телеме-дицинского 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.

III. 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 видеоинформации 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 ив 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 видео-конференцсвязи

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 консульта-ций и телемедицинских консилиумов с участием нескольких специалистов.

Общие требования к системе многоточечной видеоконференцсвязи

ВКС должна иметь камеру высокого разрешения для высоко-качественной 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 телемеди-

цинскую 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 обще-распространенные веб-браузеры.

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

Назначение

Автоматизированное рабочее место (АРМ) руководителя ТЦМКпредназначено для работы с организационно-распорядительной докумен-тацией 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.

* 1. 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 многофункциональ-ное устройство (принтер, сканер, копир, факс) формата не менее А4.

3.6. Назначение и требования к автоматизированному рабочему мест

(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 телеме-

дицинской системы региона;

- организацию и сопровождение видеоконференций в ходе телемеди-

цинских консультаций;

- управление ведением базы данных телемедицинских консультаций

региона;

- обмен телемедицинскими запросами и ответами на них с консультатив-

ными 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 телемедициныпредназначен 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 регио-

нальных 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 консультатив-

ных пунктов региона;

* просмотр содержания телемедицинских запросов, включая меди-цинскую 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 отправку 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/c;

- средства видеоконференцсвязи должны работать через «брандмауэры»

и быть совместимы с системами видеоконференц­связи типов Tandberg, Sony, Polycom, LifeSize и эквивалентными им.

Приложение

**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 (выпол-няются);

- 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 консуль-тативного 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 соответс-твующую 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) теле-медицинской 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 60минут;

- максимальное время передачи протокола видеоконференцсвязи на

бумажном носителе из консультативного центра в консультативно-диагности- ческий 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 консуль-тативного 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 телеме-дицинского консилиума, и оператором соответствующего консультативного центра и заверен печатью организации, на базе которой организован консультативный центр.

3.12. Экземпляры протокола на бумажном носителе для консуль-тативного 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 16

к Порядку оказания

экстренной консультативной

медицинской помощи и

проведения медицинской

эвакуации в режиме

повседневной деятельности

**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, компьюте-ризированную 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 входят:

- 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;

- руглосуточный 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 17 к Порядку оказания экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации в режиме повседневной деятельности |

**Методические рекомендации**

**о применении наземных санитарных транспортных средств для**

**медицинской эвакуации**

I. 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.

**II. 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 сродства, 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 B (автомобиль экстренной медицинской помощи)** - автомобиль скорой медицинской помощи, предназначенный для проведения лечебных мероприятий скорой медицинской помощи силами враче6ной (фельдшерской) бригады, транспортиров­ки и мониторинга состояния пациентов в догоспитальном периоде;

- **класс С (реанимобиль) -**  автомобиль скорой медицинской помо­щи, предназначенный для проведения лечебныхмероприятий 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-транспортер 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-транспортеры и гусеничные транспортеры. Гусеничный транспортер ГТ-СМ (ГТ-МУ) предназначен для эвакуации пострадавших из очагов массовых санитарных потерь в различных дорожных условиях северных регионов.  Эваковместимость  — 4 чел. на носилках, 10 чел. — сидя.

2.5. Санитарный автомобиль АС-3308 предназначен для межбольничной эвакуации пострадавших (больных).  Эваковместимость  — 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 устанавливают в 3 ряда и 3 яруса.

2.6. **Автобус** на шасси автомобиля КамАЗ-4310 предназначен для межбольничной медицинской эвакуации пострадавших (больных). Эваковместимость  —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, оснащен 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-З, 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-транспортер | 4+1 | 8 | 160 | 800 |
| 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.

# III. 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.

**IV. Водный санитарной 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., изних 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.

Приложение 18

к Порядку оказания

экстренной консультативной

медицинской помощи и

проведения медицинской

эвакуации в режиме

повседневной деятельности

**Методические рекомендации**

**по составлению контракта на авиационные услуги**

**по оказанию медицинской помощи населению**

1. Настоящие Методические рекомендации разработаны на основании Наставления по производству полетов в гражданской авиации (НП МГА-85) и приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 1 ноября 2004 г. № 179 «Об утверждении порядка оказания скорой медицинской помощи».

2. Для выполнения авиационных работ (услуги) по оказанию медицинской помощи населению заключается Государственный контракт (далее – Контракт) между Заказчиком и Исполнителем.

2.1. Заказчиком 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, устанавливают органы 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 медицин-ского 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 транспор-том;

- 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

Приложение 19

к Порядку оказания

экстренной консультативной

медицинской помощи и

медицинской эвакуации в

режиме повседневной

деятельности

**Методические рекомендации о применении авиационных транспортных средств при проведении медицинской эвакуации**

Настоящие Методические рекомендации регулируют вопросы применения авиационных транспортных средств при проведении медицинской 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, воздействии 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 полозковое 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 непрямое 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 следующие модели вертолетов:

- 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. 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-226 | «Ансат» | Bo.105 | ВК.117 | AWI09Е | Ка – 32А11ВС | Ми-8МТВ-1 (Ми-17-1В) | AW139 |
| Диаметр главного винта, м | 13,00 | 11,50 | 9,82 | 11,00 | 11,00 | 15,90 | 21,3 | 13,80 |
| Длина, м | 8,10 | 11,18 | 8,55 | 11,3 | 11,44 | 11,3 | 18,17 | 16,65 |
| Максимальная взлетная масса, кг | 3400 | 3300 | 2000 | 2500 | 3000 | 11000 | 13000 | 6400 |
| Крейсерская  скорость, км /ч | 197 | 250 | 240 | 240 | 265 | 230 | 240 | 270 |
| Практическая  дальность, км | 600 | 635 | 585 | 740 | 800 | 800 | 590 | 1060 |
| Практический  потолок, м | 6500 | 5700 | 5030 | 3050 | 6100 | 6000 | 6000 | 5800 |
| Экипаж, чел | 1-2 | 1-2 | 1 | 1-2 | 1-2 | 3 | 1-3 | 1-2 |
| Эваковместимость | 6 (9)\*  пассажиров  или 2 (6)\* носилок и 2 пассажира | 8 пасса-жиров  или  2 носилок и  3пасса-жира | 4 пасса--жира  или  2 носилок | 5 (11)\*  пассажиров  или  2 носилок и  2 пассажира | 6  пассажиров  или 2 носилок | 9 (13)\*  пасса-жиров  или  2 носилок и 3  пассажира | 24  пассажира  или 12 носилок | 15  пассажиров или 6 носилок и 4 пасса-жира |
| Габариты пассажирской кабины, д x ш x в, м | 2,35 x 1,54 x 1,4 | 3,15 x 1,3 x 1,68 | 1,85 х 1,2 х 0,57 | 3,02 х 1,49 х 1,28 | 2,1 x 1,6 x 1,28 | 1.28 х 1.37 х 1.84 | 6,36 х 2,05 х  1,7 м в пасс. варианте | 2,7 х 2,0 х 1,42 |

\* в грузовом варианте

**2.1. Вертолеты легкого класса**

**Ка-226** относится к машинам легкого класса вместимостью до 9 пассажиров. Оснащен оборудованием новой модификации, позволяющим пилотировать вертолет в любое время суток, в простых и сложных условиях. В кабине размещены два энергопоглощающих кресла для пилота и пассажира. Транспортная съемная кабина выполнена так, что обеспечивается установка энергопоглощающих пассажирских кресел (6 или 8), работа с лебедкой в большеразмерном дверном проеме со сдвижной дверью, загрузка носилок через проем в задней части кабины, а также перевозка грузов на внешней подвеске. Объем транспортной кабины позволяет разместить 2 носилок с сопровождающим медицинским персоналом в варианте скорой помощи, а в медико-эвакуационном варианте - 6 носилок с пострадавшими.

**Санитарный вариант Ка-226** оснащен необходимым медицинским оборудованием. В кабине могут разместиться 2 пострадавших на носилках и 2 сопровождающих медицинских работника. Преобразование базовой модели (без транспортной кабины) в любой вариант производится путем снятия части оборудования и установки дополнительной аппаратуры целевого назначения. Низкий расход топлива обеспечивает продолжительность полета с основными баками до 4,34 ч, с дополнительными - до 6,45 ч. Ресурс двигателя составляет 3500 ч. Агрегаты вертолета Ка-226, в основном, имеют ресурсы с большими сроками между плановыми периодическими работами (500 ч). Удельная трудоемкость их технического обслуживания очень мала. Ка-226 обладает аэродинамической симметрией и имеет исключительно простую технику пилотирования.

На Ка-226 реализована концепция бесстремяночного обслуживания, что создает условия для безангарного 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. Менее чем за 2 часа с Ка-226 может быть полностью снят транспортный модуль и вместо него установлена система внешней подвески. Можно заменить транспортный модуль (кабину) на встроенный жесткий бак с устройством пенообразования для пожаротушения. В медицинской кабине-модуле Ка-226 допускается вполне удобная эвакуация 2 лежачих больных и 3-4 сопровождающих. Установка такого модуля на вертолете вместо транспортной кабины занимает 2 человеко-часа.

Вертолеты соосной схемы не имеют мировых аналогов, серийный выпуск всей гаммы вертолетов марки Ка осуществляет Федеральное государственное унитарное Кумертауское авиационное производственное предприятие.

**Вертолет** «**Ансат»** **в санитарном варианте** предназначен для срочной доставки медицинской бригады к месту происшествия и оказания экстренной медицинский помощи пострадавшим на месте. Предлагаемая версия вертолета имеет полный набор необходимого оборудования, по своему функциональному составу 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 CB-4 «Super Five»** имеет лыжные шасси. В носовой части расположена кабина с двумя сиденьями — для пилота и второго пилота (или пассажира) и тремя съемными сиденьями для пассажиров. 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, что позволяет разместить в пассажирской кабине 5-9 пассажиров (в уплотненном варианте - 11 чел.). В санитарном варианте пассажирская кабина имеет 8 различных конфигураций размещения специального оборудования, пациентов и сопровождающих их медицинских работников. На носилках могут быть размещены 2 пациента и 2 сопровождающих. 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 имеет современное пилотажно-навигационное оборудование, позволяющее выполнять полеты в любое время суток и в сложных метеорологических условиях.

**Eurocopter EC-135** является развитием вертолетов [Bo.105](http://www.aviastar.org/helicopters_rus/mbb-105-r.html) и [Bo.108](http://www.aviastar.org/helicopters_rus/mbb-108-r.html) и соответствует им по габаритам.

**MD 900 «Explorer».** В кабине экипажа установлены два кресла для пилотов или для пилота и пассажира в зависимости от предназначения вертолета. За кабиной экипажа находится грузовая кабина, которая, как правило, не отделяется перегородкой от кабины экипажа. Вертолет имеет полозковое шасси, которое по желанию заказчика может быть заменено колесным шасси. 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. Возможна установка метеорологической РЛС. Дополнительное оборудование включает обогрев ПВД, систему внешней подвески грузов массой 1360 кг, убирающиеся посадочные фары, теплозвукоизоляцию кабины, систему кондиционирования и колеса, устанавливаемые на лыжное шасси для рулежки по земле.

**Agusta A-109.** Вертолет с одним пилотом может перевозить 7 пассажиров с багажом с крейсерской скоростью 265км/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 в модификации **EMS** за счет оснащения высокотехнологичным электронным приборным оборудованием предназначен для выполнения санитарно - авиационной эвакуации в любое время суток, а также в сложных погодных условиях.

За счёт конструкции фюзеляжа вертолёта и хвостовой балки, достаточно длинной по сравнению с другими подобными типами вертолётов и наличии защиты хвостового винта, 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 и за счет этого не сокращающую сектор подхода к носилкам.

Конструкция салона вертолёта спроектирована с ровными полом и потолком с достаточным пространством для доступа к телу пациента по всей длине носилок, что существенно важно при транспортировке «тяжелых» пациентов. Кресла персонала поворачиваются на 360 градусов, что обеспечивает легкий доступ ко всем медицинским системам.

Кабина оснащена медицинскими потолочными панелями для подключения оборудования, медицинским шкафом для оборудования со встроенной кислородной системой, а также быстросъемными подвесными узлами, позволяющими установить медицинское оборудование различных производителей.

Возможность установки спасательной лебедки обеспечивает подъем пациента на борт без совершения посадки вертолета.

Вертолет Bell-429 EMSспособен поднять на борт до 1341 кг груза на внешней подвеске или до 1140 кг груза в кабине.

Багажный отсек в хвостовой части (объем 2,1 м3), имеет 16 точек крепления груза и дверь с правой стороны фюзеляжа.

Возможность установки 4-х осевого автопилота добавляет функцию автомата тяги.

Дополнительное оборудование, позволяющее более эффективно выполнять спасательные задачи, включает громкую связь кабины, спутниковую навигационную система GPS, посадочный радиомаяк, систему обнаружения опасных погодных явлений, спутниковую систему связи, систему защиты при столкновении с проводами, поисковый прожектор высокой интенсивности, проблесковые габаритные огни, подсветку зон погрузки, подсветку рулевого винта, обогреватель кабины и кондиционер.

Вертолет **Bell-429 EMS** сертифицирован для полетов по приборам с одним или двумя пилотами по категории А.

**Тактико-технические характеристики вертолета Bell-429 EMS**

|  |  |
| --- | --- |
| **Модификация** | **Bell-429 EMS** |
| Диаметр главного винта, м | 10,98 |
| Длина, м | 13,1 |
| Максимальная  взлетная масса, кг | 3402 |
| Крейсерская скорость, км /ч | 287 |
| Практическая дальность, км | 754 |
| Практический потолок, м | 6100 |
| Экипаж, чел | 1-2 |
| Эваковместимость | 6 пассажиров или  2 пассажира и  2 носилок или  3 пассажира и  1 носилки |
| Габариты пассажирской кабины, д х ш х в, м | 2,00 х 1,52 х 1,24 |

2.2. Вертолеты среднего класса

**Ка-32А11ВС** за счет соосной схемы имеет ряд преимуществ перед вертолетами классической схемы. Отсутствие рулевого винта обеспечивает значительное уменьшение внешних габаритных размеров вертолета и снижение его веса, упрощает конструкцию путевого управления. В этой категории вертолетов ему нет равных по маневренности. Возможность аварии или повреждения исключается. Конструкция Ка-32 позволяет использовать его 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 недосягаемо 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 HЛГВ32.29 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 установка энергопоглощающих пассажирских кресел, работа с лебедкой в большеразмерном дверном проеме со сдвижной дверью, загрузка носилок через проем в задней части кабины, а также перевозка грузов на внешней подвеске. Объем транспортной кабины позволяет разместить 2 носилок с сопровождающим медицинским персоналом в варианте скорой помощи, а в медико-эвакуационном варианте - 6 носилок с пострадавшими. В его салоне можно поднять до 5 тонн негабаритного груза на внешней подвеске.

Вертолет **Ми -8** - наиболее распространенная российская модель. Основными модификациями являются:

**Ми -8Т** - транспортный  вертолет,  предназначен для перевозки грузов массой 4000 кг в кабине или 3000 кг на внешней подвеске или 24 пассажиров на боковых сиденьях или 12 больных на носилках с сопровождающими; отличается небольшими круглыми окнами кабины и наличием оборудования. 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 эвакоемкость 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**](http://www.aviastar.org/helicopters_rus/mi-17-r.html)**-17** для гражданского применения в санитарном и спасательном вариантах  производится в вариантах **Ми -8MTB-1A, Ми -8МТВ-2 и 3 (**последние модификации)**.**

Грузовая кабина рассчитана на перевозку грузов массой до 4 т и снабжена откидными сиденьями для 24 пассажиров, а также узлами для крепления 12 носилок. Система отопления и вентиляции обеспечивает подачу подогреваемого 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. По желанию заказчика устанавливается система внешней подвески грузов: тросовая на 3000 кг и шарнирно-маятниковая на 2500 кг и лебедка грузоподъемностью 150 кг.

**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. Объем отсека составляет 120 кубических футов. Пассажирская кабина позволяет разместить 12 пассажиров в модификации с большой дальностью полета, например, для работы на морских платформах, или максимально 15 кресел и 2 кресла пилотов.

**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, что не встречается на более тяжелых вертолетах. 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 |  | | |  |
| 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 XL | До 3300 | 750 | 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 | | |  |  | | |

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-х больных, при этом эвакоемкость 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-х часов, 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) с 75-80 пассажирами. Производится серийно.

Самолет **Ан-38** предназначен для эксплуатации на местных воздушных авиалиниях, должен придти на замену самолетам Ан-28, Ан-2 и L-410. Экипаж - 2 человека. Количество пассажиров - 27. 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 **Пилатус ПС-12** (англ. Pilatus PC-12)— одномоторный турбовинтовой самолет с экипажем из 2-х человек и объемом пассажирской кабины 9,34 куб.м., разработан [швейцарской](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A8%D0%B2%D0%B5%D0%B9%D1%86%D0%B0%D1%80%D0%B8%D1%8F) компанией [«Пилатус Эйркрафт»](http://ru.wikipedia.org/wiki/Pilatus_Aircraft).

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-х человек способны взлетать и приземляться на небольших аэродромах с короткой взлетно-посадочной полосой. Пассажировместимость: 7-10 человек.

Приложение 20

к Порядку оказания

экстренной консультативной

медицинской помощи и

проведения медицинской

эвакуации в режиме

повседневной деятельности

**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;

- интраоартальный 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 pH 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.

1. 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).

1. 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 21

к Порядку оказания

экстренной консультативной

медицинской помощи и

проведения медицинской

эвакуации в режиме

повседневной деятельности

**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 ICAO, 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, приме-няемым для лечебно-эвакуационного обеспечения пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях.

3. Используемые в настоящем Регламенте понятия означают следующее:

дорожно-транспортное происшествие (ДТП) - событие, возникшее в процессе движения по дороге транспортного средства и с его участием, при котором погибли или ранены люди, повреждены транспортные средст­ва, сооружения, грузы либо причинен иной материальный ущерб. (Поста­новление Правительства Российской Федерации от 24.01.2001 № 67);

пострадавшие в дорожно-транспортном происшествии - лица, оказавшиеся участниками дорожно-транспортного происшествия в качест­ве водителя или пассажира транспортного средства, пешехода, у которых в результате непосредственного или опосредованного воздействия на него поражающих факторов возникли нарушения здоровья;

лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ) - учреждения, в  
которых оказывается медицинская помощь пострадавшим по поводу   
дорожно-транспортной травмы;

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);

вертолет – летательный аппарат, поддерживаемый в атмосфере за счет взаимодействия с воздухом, отраженным от поверхности земли или воды, максимальной взлетный вес, которого составляет менее 3100 кг (ст. 32 Воздушного кодекса Российской Федерации);

вертолетная площадка – участок земли, пригодный для взлета и посадки вертолетов;

диспетчерский пункт - 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»).

4. Объектами технического регулирования являются вертолеты, выпускаемые в обращение на территории Российской Федерации.

5. Гражданские вертолеты делятся на две категории:

- вертолеты категории А (вертолеты с двумя двигателями, обеспе-чивающие 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).

6. 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 (Performance Class 1, 2,).

7. К вертолетам, применяемым при лечебно-эвакуационном обеспечении пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях, предъявляются основные технические требования согласно приложению № 1.

8**.** Объектами технического регулирования являются вертолетные взлетно-посадочные площадки с диспетчерскими пунктами, применяемые для лечебно-эвакуационного обеспечения пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях.

9. Требования к вертолетными площадкам, размещенным на земле вблизи лечебно-профилактических учреждений и к вертолетным площадкам, базирующимся на крыше при лечебном учреждении, устанавливаются отдельно (приложения № 2, 3).

10. 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 происшествия.

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 (Performance Class 1), 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 (Performance Class 2), 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 соответст-вовать 1 классу безопасности полетов (Performance Class 1).

1.3. Вертолеты, применяемые для межбольничной транспортировки пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях, должны соответ-ствовать 1 или 2 классу безопасности полетов (Performance Class 1, 2).

2. Требования к вместимости вертолетов, применяемых при эвакуации пострадавших с места дорожно-транспортных происшествий.

Вертолеты, применяемые при эвакуации пострадавших с места дорожно-транспортных происшествий, должны иметь возможность размещения на борту, по меньшей мере, 5 пассажиров – 2 медицинских работников и 3 пострадавших, при этом двое из трех пострадавших должны размещаться на медицинских носилках.

3. Требования к весу полезной нагрузки вертолетов, применяемых при эвакуации пострадавших с мест дорожно-транспортных происшествий.

Минимальный вес полезной нагрузки вертолетов, применяемых при эвакуации пострадавших с места дорожно-транспортного происшествия, должен быть не менее 650 кг, что позволяет транспортировать, по меньшей мере, 5 пассажиров и необходимое медицинское оборудование и инструментарий.

4. 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.

Крейсерская скорость вертолетов, применяемых при эвакуации пострадавших с места дорожно-транспортных происшествий, должна быть не ниже 200 км/ч.

5. 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.

6. 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 относительно вертодрома, аэродрома расстоянии 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 умещаться 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 - 35х35 м;

- для категории средних вертолетов - 50х50 м.

2.1.3. Рабочая площадь ВП должна быть не менее установленных норм:

- для категории легких вертолетов - 15х15 м;

- для категории средних вертолетов - 20х20 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 210º .

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 закромочная 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, обеспечиваю-щих 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 предназначаются 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 загради-тельные 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 умещаться 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 - 35х35 м.

2.1.3. Рабочая площадь ВП должна быть не менее установленных норм для категории легких вертолетов - 15х15 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 º .

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 закромочную дрену с низовой 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, созываемого 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 перекладывания 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 постра-давших;

- удобство доступа медицинских специалистов к эвакуируемым пост-радавшим 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, свето-маяком 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.

Приложение 22

к Порядку оказания

экстренной консультативной

медицинской помощи и

проведения медицинской

эвакуации в режиме

повседневной деятельности

**ИНСТРУКЦИЯ**

**по охране труда и требованиям безопасности для персонала**

**авиамедицинской бригады, участвующей в медицинской эвакуации**

**c 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.

1. Все грузы, подлежащие перевозке на вертолете, должны быть

взвешены, снабжены бирками с указанием массы или иметь соответствую-щую маркировку. Взвешивание груза производится силами персонала медицинской бригады.

* 1. 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 расплески-вания 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 предупреди-тельную 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 специаль-ную 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 беспрекос-ловно 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 23

к Порядку оказания

экстренной консультативной

медицинской помощи и

проведения медицинской

эвакуации в режиме

повседневной деятельности

**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 х12 кв. м - всего 24 кв. м

6. Комнаты временного отдыха дежурного среднего медицинского персонала (с умывальником и санузлом на 2 кушетки) 4х12 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, авиамедицин-ских бригад 6х12 кв. м - 72 кв. м

10. Комнаты для хранения лекарственных средств текущего довольствия 2х12 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 – 1 2 кв. м

23. Раздевалка для персонала с индивидуальными шкафами для хране-ния 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 х12 кв. м - всего 24 кв. м

26. Гараж

27. Туалетные комнаты

|  |
| --- |
| Приложение 24  к Порядку оказания  экстренной консультативной медицинской помощи и проведения медицинской эвакуации в режиме  повседневной деятельности |

**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, наклеек 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, АВСДЕ 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 ТБД 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 перекладыванием пострадавшего (контроль гемодина-мических 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;

- мониторирование: 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 мониторирование 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 25  к Порядку оказания  экстренной консультативной медицинской помощи и проведения медицинской эвакуации в режиме повседневной деятельности |

**Перечень учетно-отчетной документации**

**при медицинской эвакуации пострадавших в ЧС\***

При проведении медицинской сортировки и эвакуации заполняются:

1. Сортировочный лист санитарно-авиационной эвакуации. Первичный осмотр.
2. Сортировочный лист санитарно-авиационной эвакуации. Располо-жение на модулях воздушного судна (обратная сторона сортировочного листа санитарно - авиационной эвакуации).
3. Статистическая карта санитарно-авиационной эвакуации пострадав-шего (карта вызова).
4. Сопроводительный лист для пострадавшего в чрезвычайной

ситуации и талон к нему.

1. Показания к применению вертолета для межбольничной эвакуации.

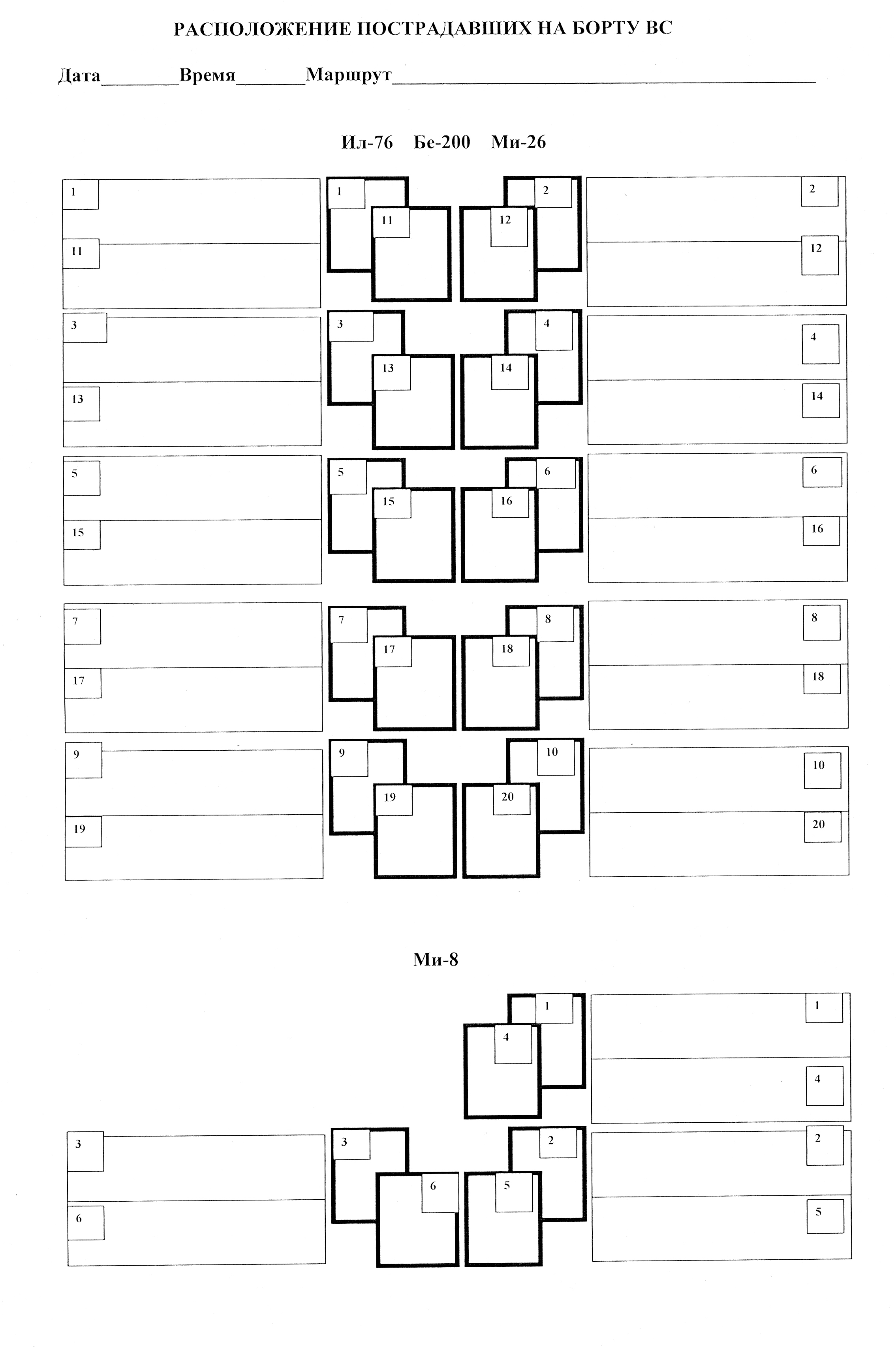
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* Рекомендуются в случаях массовых эвакуаций как документы оперативной информации

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.



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.



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.

Рис. 1.

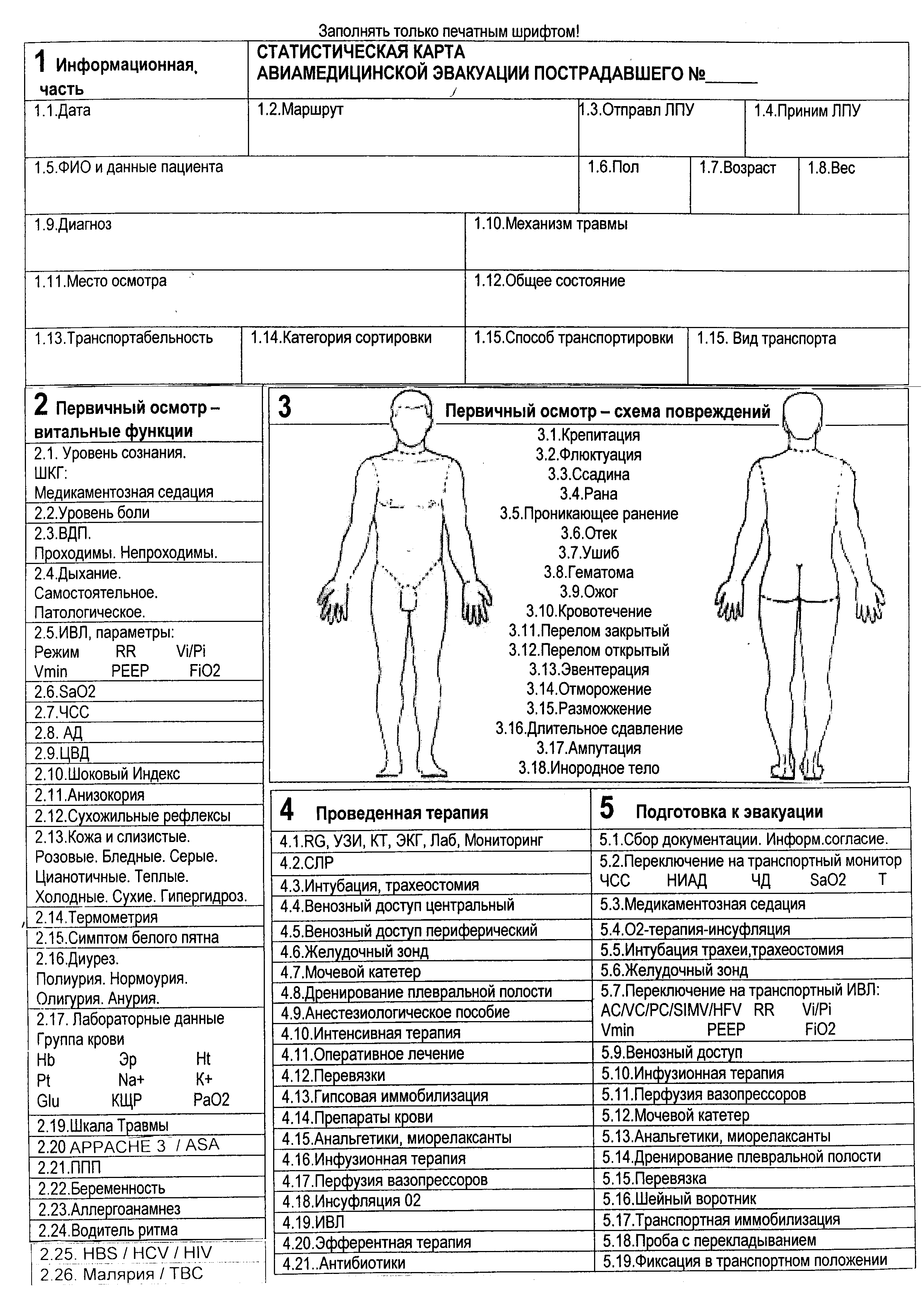
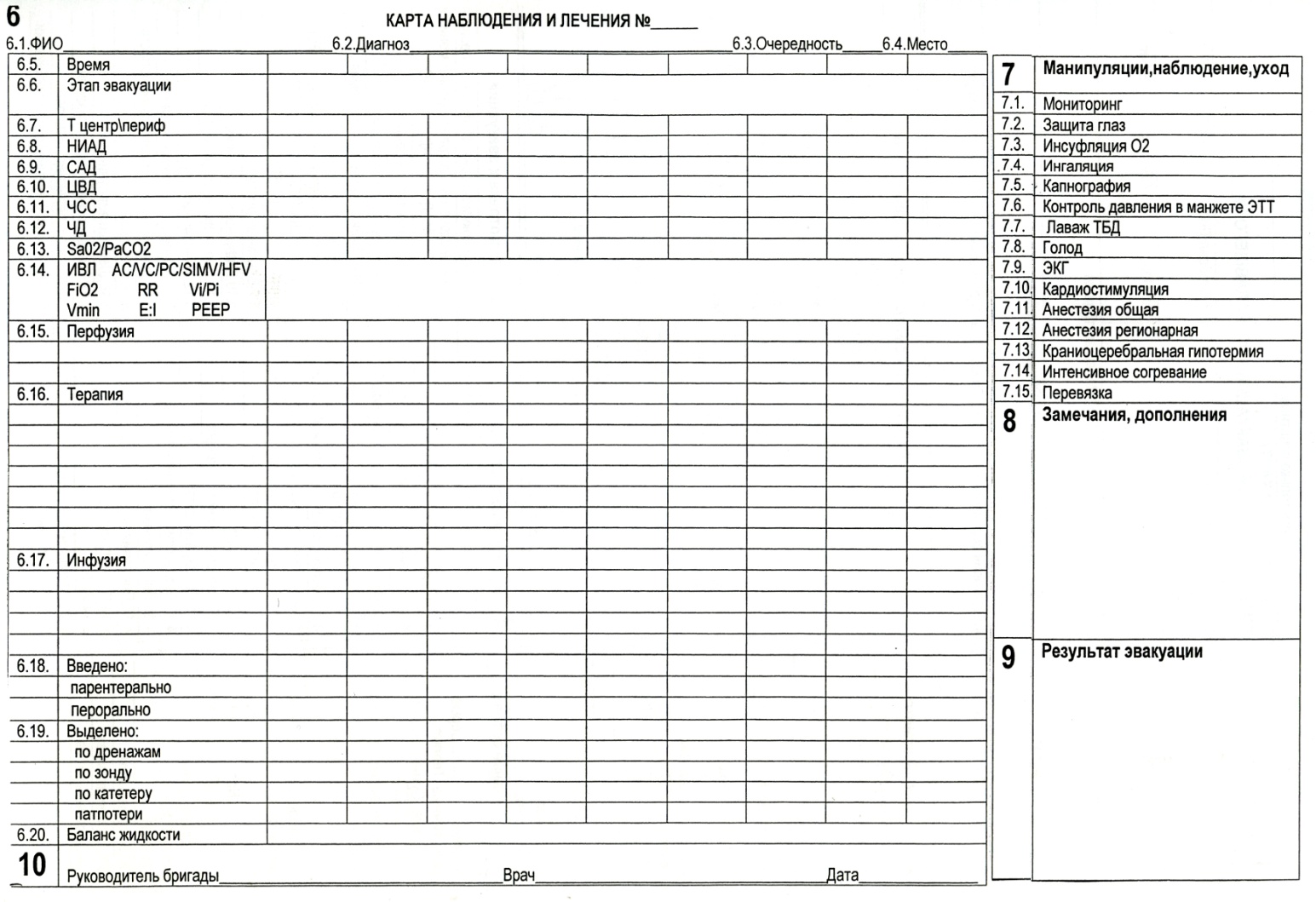


Рис 2. Обратная сторона статистической карты санитарно - авиационной эвакуации пострадавшего



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.