



ПРАВИТЕЛЬСТВО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ  
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

17. 02. 2021

ПРИКАЗ

№ 280-п

г. Екатеринбург

***Об организации работы по реализации Порядка передачи пациенту (его законному представителю) медицинских изделий, предназначенных для поддержания функции органов и систем организма человека, для использования на дому при оказании паллиативной медицинской помощи взрослому населению в Свердловской области***

В целях реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области и во исполнение приказов Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее – Минздрав Российской Федерации) от 31.05.2019 № 348н «Об утверждении Перечня медицинских изделий, предназначенных для поддержания функций органов и систем организма человека, предоставляемых для использования на дому», от 10.07.2019 № 505н «Об утверждении порядка передачи от медицинской организации пациенту (его законному представителю) медицинских изделий, предназначенных для поддержания функции органов и систем организма человека, для использования на дому при оказании паллиативной медицинской помощи»

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Определить государственное автономное учреждение здравоохранения Свердловской области «Арамилская городская больница» (далее – ГАУЗ СО «Арамилская городская больница») медицинской организацией, ответственной за передачу пациенту (его законному представителю) медицинских изделий, предназначенных для поддержания функций органов и систем организма человека для использования на дому при оказании паллиативной медицинской помощи взрослому населению Свердловской области.

2. Утвердить Порядок передачи пациенту (его законному представителю) медицинских изделий, предназначенных для поддержания функции органов и систем организма человека для использования на дому при оказании паллиативной медицинской помощи взрослому населению Свердловской области (далее - Порядок) (прилагается).

3. Главному врачу ГАУЗ СО «Арамилская городская больница» А.И. Рожину организовать передачу медицинских изделий, предназначенных для поддержания функций органов и систем организма человека для использования пациентами на дому в соответствии с Порядком, утвержденным настоящим приказом.

4. Настоящий приказ направить для официального опубликования на «Официальном интернет-портале правовой информации Свердловской области» ([www.pravo.gov66.ru](http://www.pravo.gov66.ru)) в течение десяти дней с момента подписания.

5. Копию настоящего приказа направить в прокуратуру Свердловской области и Главное управление Министерства юстиции Российской Федерации по Свердловской области в течение семи дней после дня первого официального опубликования.

6. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на Заместителя Министра здравоохранения Свердловской области Базите И.И.

Министр



А.А. Карлов

**Порядок передачи пациенту (его законному представителю) медицинских изделий, предназначенных для поддержания функций органов и систем организма человека для использования на дому при оказании паллиативной медицинской помощи взрослому населению Свердловской области**

1. Настоящий Порядок устанавливает правила передачи ГАУЗ СО «Арамилская городская больница» пациенту (взрослому) или его законному представителю медицинских изделий, предназначенных для поддержания функций органов и систем организма человека для использования на дому при оказании паллиативной медицинской помощи.

2. Учет пациентов паллиативного профиля, нуждающихся в обеспечении медицинскими изделиями на дому, подбор и выдача им необходимых медицинских изделий для использования на дому (за исключением медицинских изделий, требующих обучения и подбора функционального режима) осуществляется государственными медицинскими организациями Свердловской области, оказывающими первичную медико-санитарную помощь, а также главным внештатным специалистом по паллиативной медицинской помощи взрослому населению Министерства здравоохранения Свердловской области.

3. Государственные медицинские организации Свердловской области, оказывающие первичную медико-санитарную помощь, в ежемесячном режиме формируют список пациентов и необходимых медицинских изделий для оказания паллиативной медицинской помощи на дому и передают его в организационно-методический центр помощи населению государственного автономного учреждения здравоохранения Свердловской области «Свердловский областной центр общественного здоровья и медицинской профилактики» до 10 числа месяца, следующего за отчетным периодом.

4. Уведомление о пациентах, находящихся на учете и использующих медицинские изделия на дому, подлежащих в связи с достижением 18-летнего возраста передаче в медицинские организации «взрослой» сети, направляет главный внештатный специалист по паллиативной медицинской помощи детскому населению Министерства здравоохранения Свердловской области в соответствующие государственные учреждения здравоохранения Свердловской области, оказывающие паллиативную медицинскую помощь взрослому населению и в ГАУЗ СО «Арамилская городская больница», не менее чем за 90 дней до достижения пациентом 18 лет.

По достижению 18-летнего возраста пациентом оформляются документы по передаче медицинских изделий, предназначенных для поддержания функций органов и систем организма человека, используемых им на дому из межмуниципальных детских центров Свердловской области или ГАУЗ СО

«Областная детская клиническая больница» на баланс ГАУЗ СО «Арамилская городская больница».

5. Медицинские изделия предоставляются пациенту бесплатно и не подлежат отчуждению в пользу третьих лиц, в том числе продаже или дарению.

6. Показания к обеспечению медицинскими изделиями для использования на дому, предназначенными для поддержания функций органов и систем организма человека, определяет врачебная комиссия медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, к которой прикреплен пациент (далее – врачебная комиссия).

7. Врачебная комиссия предоставляет заключение о нуждаемости пациента в паллиативной помощи на дому с использованием медицинских изделий, предназначенных для поддержания функций органов и систем организма человека в ГАУЗ СО «Арамилская городская больница».

8. Решение о передаче пациенту (его законному представителю) медицинских изделий, принимается врачебной комиссией ГАУЗ СО «Арамилская городская больница» в течение 3-х рабочих дней.

Решение о необходимости использования медицинских изделий на дому, требующих обучения и подбора функционального режима оборудования, принимается врачебной комиссией областного респираторного центра, созданного на базе ГАУЗ СО «Арамилская городская больница», в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Свердловской области от 30.04.2020 № 757-п «О создании областного респираторного центра для взрослых».

9. Протокол врачебной комиссии оформляется в установленном порядке в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 05.05.2012 № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации».

10. Пациент (его законный представитель) предоставляет заполненную анкету о состоянии домашних условий пациента, нуждающегося в оказании паллиативной медицинской помощи на дому с использованием медицинских изделий, предназначенных для поддержания функции органов и систем организма человека (Приложение № 2 к Порядку).

11. В случае обеспечения пациента, нуждающегося в длительной респираторной поддержке аппаратом ИВЛ, пациент (его законный представитель) подписывает информированное согласие на проведение искусственной вентиляции легких на дому для взрослых (Приложение № 1 к Порядку) и анкету о состоянии домашних условий пациента, нуждающегося в оказании паллиативной медицинской помощи на дому с использованием медицинских изделий, предназначенных для поддержания функции органов и систем организма человека (Приложение № 2 к Порядку).

12. Отказ пациента (его законного представителя) от заполнения и подписания информированного добровольного согласия и анкеты фиксируется в медицинской документации пациента.

13. При отсутствии в ГАУЗ СО «Арамилская городская больница» медицинского изделия, необходимого пациенту, главный врач обеспечивает приобретение требуемого медицинского изделия в максимально короткий срок.

14. Передача медицинского изделия пациенту (его законному представителю) осуществляется в течение 5-ти рабочих дней с даты решения, указанного в пункте 8 настоящего Порядка, на основании договора безвозмездного пользования медицинскими изделиями, предназначенными для поддержания функции органов и систем организма человека, предоставляемых для использования на дому (Приложение № 3 к Порядку), заключаемого в соответствии с гражданским законодательством Российской Федерации и акта приема-передачи медицинского изделия (Приложение № 4 к Порядку).

15. Главный врач ГАУЗ СО «Арамильская городская больница»:

1) на основании подписанных договора о безвозмездном пользовании медицинскими изделиями и акта приема-передачи медицинских изделий, организует монтаж медицинского изделия и обучение пациента (его законного представителя) правильному обращению с ним;

2) обеспечивает учет и контроль за использованием по целевому назначению всех выданных медицинских изделий, предназначенных для поддержания функции органов и систем организма человека при оказании паллиативной помощи на дому. Для указанной цели (контроля), а также для технического обслуживания и замены расходных материалов осуществляется выезд на дом специалиста ГАУЗ СО «Арамильская городская больница». Специалисты ГАУЗ СО «Арамильская городская больница» оперативно осуществляют ремонт и техническое обслуживание медицинских изделий, предназначенных для поддержания функции органов и систем организма человека при оказании паллиативной помощи на дому;

3) ежегодно, не позднее 10 октября текущего года организует составление дефектных ведомостей и бюджетных заявок на покупку запасных частей и расходных материалов для медицинских изделий, предназначенных для поддержания функции органов и систем организма человека при оказании паллиативной помощи на дому, обеспечивает учет и хранение соответствующих запасных частей и расходных материалов;

4) на основании договора о безвозмездном пользовании медицинскими изделиями, предназначенными для поддержания функции органов и систем организма человека, на основании подписанного пациентом (его законным представителем) акта возврата медицинского изделия (при наличии неисправности, окончания срока эксплуатации, смерти пациента, отказ пациента от использования изделия), организует прием медицинского изделия от пациента (законного представителя), его техническое обслуживание, консервацию и хранение для последующей выдачи пациентам (законным представителям) (Приложение № 5 к Порядку).

Приложение № 1  
к Порядку передачи пациенту  
(его законному представителю)  
медицинских изделий, предназначенных  
для поддержания функций органов и  
систем организма человека для  
использования на дому при оказании  
паллиативной медицинской помощи  
взрослому населению Свердловской  
области, утвержденному приказом  
Министерства здравоохранения  
Свердловской области

### **Информированное согласие на проведение искусственной вентиляции легких на дому для взрослых**

Я, \_\_\_\_\_  
ФИО (пациента и/или законного представителя)  
находящийся на лечении в \_\_\_\_\_ п

(полное название медицинской организации)

с диагнозом \_\_\_\_\_

и нуждающийся в постоянной искусственной вентиляции легких (далее - ИВЛ),  
ознакомлен(а) с решением врачебной комиссии о возможности продолжения  
проведения мне ИВЛ на дому под наблюдением амбулаторной службы.

Я согласен(а) с тем, что на данный момент целью врачей и моей целью  
является улучшение качества жизни. Мне разъяснили, что данную цель можно  
достичь комплексом паллиативных мероприятий, в том числе поддержкой  
дыхания с использованием аппарата искусственной вентиляции легких.

В связи с этим, я подтверждаю свое желание и даю свое согласие на  
проведение искусственной вентиляции легких в домашних условиях.

Я осознаю, что мои законные представители несут юридическую  
ответственность за осуществление непосредственного ухода за мной на дому,  
включая санацию верхних и нижних дыхательных путей и уход за зондами  
и катетерами.

Мне разъяснили, что на дому я буду наблюдаться сотрудниками выездной  
амбулаторной службы медицинского учреждения по месту моего постоянного  
проживания.

Я подтверждаю, что мне и моим законным представителям разъяснили  
и предоставили в письменном виде алгоритм действий на случай развития  
кризисных ситуаций на дому. Я понимаю, что в случае отказа аппаратуры могут  
возникать риски для моей жизни и здоровья, поэтому необходимо связаться с  
наблюдающей патронажной службой, или в случае затруднения дыхания  
необходимо немедленно с помощью законных представителей подключиться к  
дыханию через мешок Амбу и вызвать бригаду скорой медицинской помощи для

моей госпитализации в ближайшую стационарную медицинскую организацию, имеющую в своей структуре отделение анестезиологии-реанимации или блок (палату) реанимации и интенсивной терапии, обеспечивающие круглосуточное медицинское наблюдение и лечение.

На все вопросы, касающиеся моего здоровья, я получил(а) ответы, которые были мне полностью понятны.

**Мое согласие является добровольным и может быть отозвано мною в любое время.**

Дата «    » \_\_\_\_\_ 202\_г. \_\_\_\_\_

Подпись

(ФИО пациента и/или законного представителя)

Подписано мною в присутствии двух медицинских работников

ФИО, подпись пациента

ФИО, подпись законного представителя

ФИО, подпись лечащего врача

ФИО, подпись заведующего отделением

Приложение № 2  
к Порядку передачи пациенту  
(его законному представителю)  
медицинских изделий,  
предназначенных для поддержания  
функций органов и систем организма  
человека для использования на дому  
при оказании паллиативной  
медицинской помощи взрослому  
населению Свердловской области,  
утвержденному приказом  
Министерства здравоохранения  
Свердловской области

### Анкета

о состоянии домашних условий пациента, нуждающегося в оказании  
паллиативной медицинской помощи на дому с использованием медицинских  
изделий, предназначенных для поддержания функции органов и систем человека  
(далее - медицинское оборудование)

Фамилия, имя, отчество пациента \_\_\_\_\_

Возраст \_\_\_\_\_

Домашний адрес фактический \_\_\_\_\_

Домашний адрес по регистрации \_\_\_\_\_

Номер страхового медицинского полиса \_\_\_\_\_

**Жилище пациента представляет собой:**

Дом                       Квартира                       Иное (что)

**Дома имеется стационарный телефон**

Да                                       Нет

**На входе в жилище имеется домофон**

Да                                       Нет

**Доступность жилья для экстренной службы спасения (подъезд к дому)**

Да                                       Нет

**Наличие медицинских организаций, в структуре которых имеется  
отделение анестезиологии-реанимации или блок (палату) реанимации**



и интенсивной терапии и обеспечивающие круглосуточное медицинское наблюдение и лечение детей и взрослых в часовой транспортной доступности:

Да  Нет

### Энергоснабжение

Дом имеет электроснабжение

Да  Нет

Электрические розетки заземлены

Да  Нет  Нет сведений

Используются удлинители, соответствующие техническим требованиям для использования медицинского оборудования в домашних условиях

Да  Нет  Нет сведений

Напряжение в электросети достаточное для использования медицинского оборудования в домашних условиях

Да  Нет  Нет сведений

### Пожароопасность

Аварийный выход и план действий при пожаре имеется

Да  Нет  Нет сведений

Имеются пожарные огнетушители

Да  Нет

Пожарные огнетушители находятся в исправном состоянии

Да  Нет

Возможно ли обеспечить полноценный доступ к медицинскому оборудованию

Да  Нет  Нет сведений

Размер входной двери позволяет беспрепятственно проносить медицинское оборудование

Да  Нет  Нет сведений

Наличие в доме насекомых и (или) грызунов

Да  Нет  Нет сведений

Препятствия для безопасного передвижения по дому (пороги и иные препятствия) отсутствуют

Нет  Имеются:

Холодильник/морозильная камера технически исправны

Да  Нет

Централизованное водоснабжение

Да  Нет

Отопительная система жилища представляет собой:

централизованное отопление

нецентрализованное отопление (пояснить, какое именно) \_\_\_\_\_

В жилище имеются системы кондиционирования и охлаждения воздуха

Да  Нет

**Системы кондиционирования и охлаждения воздуха жилища представляют собой:**

кондиционер

сплит-систему

увлажнитель воздуха

иное (указать) \_\_\_\_\_

**Домашние животные (вид, количество)**

Да

Нет

Если Вы ответили "да", уточните вид и количество животных \_\_\_\_\_

**Рекомендации по приведению жилищных условий к возможным для оказания паллиативной медицинской помощи на дому с использованием медицинского оборудования**

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

Родители пациента или лица, осуществляющие уход (не менее двух человек), подтверждают, что им понятны проблемы безопасности и рекомендации по улучшению безопасности пациента

Да

Нет (врач поставлен об этом в известность)

Нет сведений

Подпись: \_\_\_\_\_

Подпись: \_\_\_\_\_

Подпись: \_\_\_\_\_

Дата: «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_г

Приложение № 3  
к Порядку передачи пациенту  
(его законному представителю)  
медицинских изделий,  
предназначенных для поддержания  
функций органов и систем организма  
человека для использования на дому  
при оказании паллиативной  
медицинской помощи взрослому  
населению Свердловской области,  
утвержденному приказом  
Министерства здравоохранения  
Свердловской области

Договор N \_\_\_\_\_  
**безвозмездного пользования медицинскими изделиями,  
предназначенными для поддержания функции органов и систем организма  
человека, предоставляемых для использования на дому  
(далее - медицинское изделие)**

г. Арамиль

" \_\_ " \_\_\_\_\_ 202\_ г.

Государственное автономное учреждение здравоохранения Свердловской области «Арамильская городская больница», именуемое в дальнейшем "Медицинская организация", в лице главного врача Рожина Александра Игоревича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и Пациент (законный представитель) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_,  
(ФИО, год рождения пациента (законного представителя))

\_\_\_\_\_  
(наименование документа, удостоверяющего личность, серия, N, кем выдан, дата выдачи)

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ полис ОМС,  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(адрес регистрации по месту жительства / пребывания)

\_\_\_\_\_  
(адрес фактического места жительства)

находящийся под наблюдением

\_\_\_\_\_  
(наименование Медицинской организации)

именуемый(-ая) далее "Пациент", со второй стороны,  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(ФИО, год рождения пациента и/ или ФИО лица, осуществляющего уход за пациентом)

\_\_\_\_\_  
(наименование документа, удостоверяющего личность, серия, N, кем выдан, дата выдачи)

---

(адрес регистрации по месту жительства / пребывания)

---

(адрес фактического места жительства)

именуемый (-ая) далее "Получатель", с третьей стороны, в целях обеспечения лечения и ухода за пациентом, имеющим показания к проведению паллиативной медицинской помощи на дому с использованием медицинского изделия

---

(протокол заседания врачебной комиссии Медицинской организации от "\_\_" \_\_\_\_\_ 202\_г. № \_\_\_\_), с учетом информированного добровольного согласия пациента (законного представителя) на проведение паллиативной медицинской помощи на дому с использованием медицинского изделия от "\_\_" \_\_\_\_\_ 202\_г. заключили настоящий договор о нижеследующем:

### **1. Предмет договора**

1.1. В соответствии с условиями настоящего Договора Медицинская организация передает в безвозмездное временное пользование

---

(наименование медицинского изделия)

для его использования при оказании пациенту паллиативной медицинской помощи на дому.

1.2. Настоящий договор заключается в соответствии с перечнем медицинских изделий, предназначенных для поддержания функции органов и систем организма человека, предоставляемых для использования на дому, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_.

1.3. Медицинское изделие передается по акту приема-передачи Пациенту и Получателю (или только Получателю, если состояние здоровья Пациента не позволяет подписать акт приема-передачи) в течение 2 (двух) рабочих дней с даты подписания сторонами настоящего Договора вместе с копиями всех относящихся к медицинскому изделию технических паспортов, инструкций по эксплуатации и другой документации.

1.4. Вместе с медицинским изделием по акту приема-передачи передаются медицинские изделия, необходимые для использования Пациентом, на срок и в объеме, определенном решением врачебной комиссии Медицинской организации в соответствии с нормативными правовыми актами субъекта Российской Федерации.

1.5. Передача медицинских изделий Пациенту и/или Получателю осуществляется в месте нахождения Пациента (пункт 1.8 настоящего Договора).

1.6. Медицинское изделие подлежит возврату Пациентом или Получателем в том состоянии, в котором оно было передано Пациенту, с учетом нормального износа.

1.7. Медицинское изделие может использоваться исключительно в целях оказания паллиативной медицинской помощи на дому с использованием медицинского изделия.

1.8. Медицинское изделие преимущественно используется Пациентом по адресу: \_\_\_\_\_

(адрес фактического места жительства Пациента)

## **2. Права и обязанности сторон**

### **2.1. Медицинская организация обязана:**

1) провести инструктаж Пациента и Получателя (либо только Получателя, если состояние здоровья Пациента не позволяет провести его инструктаж) правилам пользования медицинского изделия перед его передачей в безвозмездное временное пользование;

2) предоставить медицинское изделие в исправном состоянии, комплектно вместе со всеми относящимися к нему документами;

3) провести пуско-наладочные работы;

4) проводить техническое обслуживание медицинского изделия в сроки, установленные технической документацией,

5) предварительно проинформировать Пациента и/или Получателя о проведении технического обслуживания медицинского изделия не менее чем за 3 рабочих дня;

6) при наличии показаний для подбора или изменения режима респираторной поддержки, обеспечить госпитализацию Пациента в ГАУЗ СО «Арамильская городская больница», если невозможно осуществить подбор или изменение режима респираторной поддержки в амбулаторных условиях;

7) в случае необходимости (ремонт, плановая/внеплановая замена) предоставлять Пациенту подменное медицинское изделие на период ремонта или технического обслуживания ранее предоставленного медицинского изделия;

8) при невозможности предоставления подменного медицинского изделия решить вопрос по госпитализации Пациента в ГАУЗ СО «Арамильская городская больница» или в медицинскую организацию, оказывающую специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, для проведения респираторной поддержки до момента замены медицинского изделия.

### **2.2. Медицинская организация вправе:**

1) контролировать использование медицинского изделия Пациентом;

2) в случае обнаружения неэффективного или нецелевого использования медицинского изделия, направить Пациенту и/или Получателю письменное предупреждение.

### **2.3. Пациент и /или Получатель обязаны:**

1) обеспечить использование медицинского изделия только по его целевому назначению – в целях поддержания функций органов и систем организма Пациента, получающему паллиативную медицинскую помощь на дому, и в соответствии с условиями настоящего Договора;

2) пройти инструктаж по эксплуатации медицинского изделия, в том числе в случае нарушения режима его работы и внезапного отключения медицинского изделия;

3) неукоснительно соблюдать инструкции по эксплуатации медицинского изделия, в том числе при нарушении режима его работы;

4) обеспечить постоянный контроль за работой медицинского изделия;

5) обеспечить свободный доступ в помещение, где будет установлено медицинское изделие, уполномоченным сотрудникам Медицинской организации для проведения технического обслуживания, проверки состояния, а также контроля использования медицинского изделия в соответствии с целевым назначением, технической документацией и инструкциями;

6) уведомить Медицинскую организацию обо всех изменениях, имеющих отношение к настоящему Договору (например, смена места жительства, паспортных данных и т.д.) в течение трех дней с момента наступления изменений;

- об изменении адреса (в течение трех дней), по которому Пациент преимущественно использует медицинское изделие (например, постоянное или временное, более чем на 5 дней, изменение фактического места жительства; госпитализация в медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь).

7) вернуть медицинское изделие вместе с документами, переданными вместе с медицинским изделием, при отсутствии эксплуатации.

#### **2.4. Получатель обязан:**

1) обеспечить круглосуточный уход за пациентом;

2) обеспечить круглосуточный доступ к Пациенту для оказания ему медицинской помощи.

#### **2.5. Пациент и /или Получатель не вправе:**

передавать свои права и обязанности по настоящему Договору третьим лицам, отдавать медицинское изделие в залог.

#### **2.6. Пациент и/или Получатель вправе:**

в любой момент в одностороннем порядке отказаться от настоящего Договора, вернув медицинское изделие вместе с документами в Медицинскую организацию по акту возврата.

### **3. Ответственность сторон**

3.1. За неисполнение обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность, установленную действующим законодательством Российской Федерации.

3.2. Получатель и Пациент несут солидарную ответственность перед Медицинской организацией за исполнение настоящего Договора.

### **4. "Форс-мажор"**

4.1. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему Договору, если это неисполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы, возникших после заключения настоящего Договора в результате обстоятельств чрезвычайного характера, которые стороны не могли предвидеть или предотвратить.

### **5. Риск случайной гибели или случайного повреждения медицинского изделия**

5.1. Пациент и Получатель несут ответственность за риск случайной гибели или случайного повреждения, полученного в безвозмездное целевое пользование

медицинского изделия, если медицинское изделие погибло или было испорчено в связи с тем, что оно использовалось с нарушением условий настоящего Договора, либо было передано третьему лицу.

5.2. Пациент и Получатель не несут ответственность за риск случайной гибели или случайного повреждения, полученного в безвозмездное целевое пользование медицинского изделия, если оно погибло или было испорчено по причинам, не связанным с тем, что Пациент или Получатель использовали медицинское изделие с нарушением условий Договора или назначением медицинского изделия, либо передал его третьему лицу.

## **6. Срок действия договора**

6.1. Медицинское изделие предоставляется на срок оказания медицинской помощи (паллиативной медицинской помощи на дому), но не более чем на 5 лет.

По истечении срока, указанного в настоящем пункте, при отсутствии возражений Сторон Договор продлевается на тех же условиях и тот же срок.

6.2. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания и действует в течение срока, указанного в п. 6.1. настоящего Договора.

## **7. Изменение и прекращение договора**

7.1. Обязательства по настоящему Договору прекращаются в момент подписания Акта возврата медицинского изделия Пациентом или Получателем.

7.2. Договор может быть изменен или досрочно расторгнут по письменному соглашению сторон.

7.3. Уведомление о расторжении Договора направляется стороне не позднее, чем за десять рабочих дней до предполагаемой даты расторжения Договора.

7.4. Медицинская организация вправе в одностороннем порядке отказаться от настоящего Договора и расторгнуть Договор в одностороннем порядке в случаях, когда Пациент или Получатель:

- использует медицинское изделие не в соответствии с Договором или назначением медицинского изделия;

- наносит ущерб состоянию медицинского изделия;

- нарушает инструкции по эксплуатации медицинского изделия;

- не исполняет иные обязательства, предусмотренные настоящим Договором.

7.5. Договор прекращается в случае изменения обстоятельств, послуживших основанием для заключения настоящего Договора (в том числе, но не ограничиваясь: госпитализация пациента для оказания медицинской помощи в стационарных условиях, предоставление пациенту иного оборудования в целях поддержания функций органов и систем организма, принятие врачебной комиссией Медицинской организации решения о наличии у Пациента противопоказаний или об отсутствии медицинских показаний к применению медицинского изделия, констатация факта смерти Пациента).

7.6. Договор может быть изменен или его действие может быть прекращено в иных случаях, предусмотренных законодательством или настоящим Договором.

7.7. Прекращение Договора не освобождает стороны от ответственности за его нарушение.

## 8. Разрешение споров

8.1. Все споры и разногласия, которые могут возникнуть между сторонами по вопросам, не имеющим своего разрешения по тексту настоящего Договора, будут разрешаться путем переговоров на основе действующего законодательства.

8.2. При не урегулировании в процессе переговоров спорных вопросов, споры разрешаются в судебном порядке, установленном действующим законодательством, в суде по месту нахождения Медицинской организации.

## 9. Дополнительные условия и заключительные положения

9.1. Любые изменения и дополнения к настоящему Договору действительны при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны сторонами или надлежаще уполномоченными на то представителями сторон.

9.2. Все уведомления и сообщения должны направляться в письменной форме.

9.3. Во всем остальном, что не предусмотрено настоящим Договором, стороны руководствуются действующим законодательством.

## 10. Адреса, реквизиты и подписи сторон

| <b>От Медицинской организации</b>  | <b>Получатель</b>  | <b>Пациент</b>  |
|--|--|---|
| ГАУЗ СО «Арамилская городская больница»<br>Свердловская область,<br>Сысертский район, г.<br>Арамил, ул. Садовая, 10<br>Тел.<br><br>Главный врач Рожин А.И. | ФИО:<br><br>Адрес:<br><br>Конт. телефон:<br><br>Получатель | ФИО:<br><br>Адрес:<br><br>Конт. телефон:<br><br>Пациент |
| _____<br>Подпись   | _____<br>Подпись   | _____<br>Подпись  |



Приложение № 4  
к Порядку передачи пациенту  
(его законному представителю)  
медицинских изделий,  
предназначенных для поддержания  
функций органов и систем организма  
человека для использования на дому  
при оказании паллиативной  
медицинской помощи взрослому  
населению Свердловской области,  
утвержденному приказом  
Министерства здравоохранения  
Свердловской области

**Акт**  
**приема-передачи медицинского изделия**

Место составления акта: \_\_\_\_\_

Дата составления акта: «\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

Государственное автономное учреждение здравоохранения Свердловской области «Арамилевская городская больница», именуемое в дальнейшем "Медицинская организация", в лице главного врача Рожина Александра Игоревича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и

\_\_\_\_\_  
ФИО, год рождения пациента и/ или ФИО лица, осуществляющего уход за пациентом  
именуемый(-ые) далее

\_\_\_\_\_  
указать нужное: "Пациент" и / или "Получатель"

в соответствии с условиями Договора безвозмездного пользования медицинским изделием от «\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

№ \_\_\_\_\_ подписали настоящий Акт о передаче Медицинской организацией

\_\_\_\_\_  
указать нужное: "Пациент" и / или "Получатель" медицинского изделия.

| № п/п | Наименование | Инвентарный номер | Серийный номер | Количество |
|-------|--------------|-------------------|----------------|------------|
| 1     |              |                   |                |            |
| 2     |              |                   |                |            |
| ИТОГО |              |                   |                |            |

Вместе с медицинским изделием переданы следующие документы по его эксплуатации:

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

Медицинское изделие комплектно и находится в исправном состоянии. Замечания к состоянию отсутствуют.

Настоящий Акт составлен в \_\_\_ экземплярах: по одному для Медицинской организации и Пациента и/или Получателя (нужное подчеркнуть)

**Подписи сторон:**

| <i>От Медицинской организации</i> | <i>Получатель</i> | <i>Пациент</i>    |
|-----------------------------------|-------------------|-------------------|
| Подпись _____ ФИО                 | Подпись _____ ФИО | Подпись _____ ФИО |

Приложение № 5  
к Порядку передачи пациенту  
(его законному представителю)  
медицинских изделий,  
предназначенных для поддержания  
функций органов и систем организма  
человека для использования на дому  
при оказании паллиативной  
медицинской помощи взрослому  
населению Свердловской области,  
утвержденному приказом  
Министерства здравоохранения  
Свердловской области

**Акт  
возврата медицинского изделия**

Место составления акта: \_\_\_\_\_

Дата составления акта: " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

Государственное автономное учреждение здравоохранения Свердловской области «Арамильская городская больница», именуемое в дальнейшем "Медицинская организация", в лице главного врача Рожина Александра Игоревича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и

\_\_\_\_\_  
ФИО, год рождения пациента и/ или ФИО лица, осуществляющего уход за пациентом именуемый(-ые) далее

указать нужное: "Пациент" и / или "Получатель"

в соответствии с условиями Договора безвозмездного пользования медицинским изделием от «\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г. № \_\_\_\_\_ подписали настоящий Акт возврата медицинского изделия Медицинской организации

указать нужное: "Пациентом" и / или "Получателем"

| № п/п         | Наименование | Инвентарный номер | Серийный номер | Количество | Цена, руб. |
|---------------|--------------|-------------------|----------------|------------|------------|
| 1             |              |                   |                |            |            |
| 2             |              |                   |                |            |            |
| <b>ИТОГО:</b> |              |                   |                |            |            |

Вместе с медицинским изделием возвращены следующие документы по его эксплуатации:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Медицинское изделие комплектно и находится в исправном состоянии. Замечания к состоянию отсутствуют.

Настоящий Акт составлен в\_\_\_ экземплярах: по одному для Медицинской организации, и Пациента и/или Получателя (нужное подчеркнуть).

**Подписи сторон:**

| <i>От Медицинской организации</i> | <i>Получатель</i> | <i>Пациент</i>    |
|-----------------------------------|-------------------|-------------------|
| Подпись _____ ФИО                 | Подпись _____ ФИО | Подпись _____ ФИО |