



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
Хабаровского края

ПРИКАЗ

10 октября 2024 г. № 5
г. Хабаровск

Об утверждении Правил организации обеспечения системой непрерывного мониторинга глюкозы детей в возрасте от 2-х до 17 лет включительно с установленным диагнозом сахарный диабет I типа

В целях своевременного обеспечения детей в возрасте от 2-х до 17 лет включительно с установленным диагнозом сахарный диабет I типа, нуждающихся в системах непрерывного мониторинга глюкозы в рамках реализации федерального проекта "Борьба с сахарным диабетом" ПРИКАЗЫВАЮ:

Утвердить прилагаемые Правила организации обеспечения системой непрерывного мониторинга глюкозы детей в возрасте от 2-х до 17 лет включительно с установленным диагнозом сахарный диабет I типа.

И.о. министра

Н.С. Мартыненко

УТВЕРЖДЕНЫ
приказом министерства
здравоохранения Хабаровского края
от 1 октября 2024 2024 г. № 5

ПРАВИЛА

организации обеспечения системой непрерывного мониторинга
глюкозы детей в возрасте от 2-х до 17 лет включительно с установленным
диагнозом сахарный диабет I типа

1. Настоящие Правила устанавливают порядок взаимодействия участников обеспечения детей, в возрасте от 2-х до 17 лет включительно, с установленным диагнозом сахарный диабет I типа, состоящих на учете в медицинских организациях Хабаровского края по месту их регистрации (далее – пациенты СД I), системой непрерывного мониторинга глюкозы, используемой в качестве дополнительного средства диагностики (далее – система НМГ).

2. Решение о необходимости использования пациентом СД I системы НМГ принимается детским врачом-эндокринологом краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения министерства здравоохранения Хабаровского края в соответствии с маршрутизацией, утвержденной распоряжением министерства здравоохранения Хабаровского края (далее – детский врач-эндокринолог, министерство, маршрутизация соответственно).

3. Детский врач-эндокринолог обеспечивает:

1) оформление решения о необходимости использования пациентом СД I системы НМГ на срок не более 12 месяцев (далее – Решение) в соответствии с приложением № 1 к настоящим Правилам;

2) информирование законного представителя пациента СД I и/или пациента СД I о правилах использования системы НМГ, побочных эффектах и противопоказаниях к использованию, в случае необходимости направляет на обучение в "Школу сахарного диабета";

3) заполнение информированного добровольного согласия на использование системы НМГ (заполняется пациентом СД I старше 15 лет и/или его законным представителем) в соответствии с приложением № 2 к настоящим Правилам;

4) оформление отказа, в случае отказа пациента СД I и/или законного представителя от использования системы НМГ, в соответствии с приложением № 3 к настоящим Правилам;

5) информирование в виде электронного документа в системе электронного документооборота Правительства Хабаровского края (далее – электронный документ СЭД): медицинских организаций Хабаровского края, указанных в п. 1 настоящих Правил, главного внештатного детского специалиста эндокринолога министерства

(Егорова С.В.) и министерства о пациентах СД I, которым выдано Решение, не позднее пяти дней с момента выдачи последнего;

6) направление главному внештатному детскому специалисту эндокринологу министерства отчета об использовании пациентами СД I системы НМГ для оценки эффективности её использования не реже одного раза в квартал в виде электронного документа СЭД в соответствии с приложением № 4 к настоящим Правилам;

7) выдачу Решения пациентам СД I в соответствии с п. 4.1 настоящих Правил.

4. Главные врачи краевых государственных бюджетных учреждений здравоохранения министерства здравоохранения Хабаровского края, оказывающих первичную медицинскую помощь пациентам СД I обеспечивают:

1) направление пациентов СД I в медицинские организации в соответствии с маршрутизацией для принятия Решения, в т.ч. по истечении срока действия принятого ранее Решения;

2) учет пациентов СД I, которым выдано Решение;

3) внесение информации об использовании пациентом СД I системы НМГ в региональный сегмент Федерального регистра "Сахарный диабет";

4) направление пациента СД I к детскому врачу-эндокринологу для планового осмотра, контроля применения системы НМГ не реже 1 раза в квартал;

5) проведение телемедицинской консультации (далее – ТМК) с детским врачом-эндокринологом в соответствии с маршрутизацией, в целях принятия Решения, а также осуществления контроля за использованием пациентами СД I систем НМГ;

6) оформление льготных рецептов на систему НМГ пациенту СД I, в соответствии с Решением, на срок, не превышающий три месяца при наличии осмотра, проведенного детским врачом-эндокринологом (или ТМК) по результатам использования системы НМГ.

В случае отсутствия осмотра детским врачом-эндокринологом (или ТМК), оформление рецептов на систему НМГ не допускается.

В случае использования пациентом СД I системы НМГ, оформление льготного рецепта на тест-полоски необходимо осуществлять согласно Решению детского врача-эндокринолога.

5. Руководитель краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения "Дальневосточный центр лекарственного обеспечения" министерства здравоохранения Хабаровского края (далее – КГБУЗ ДВЦЛО) обеспечивает:

1) наличие систем НМГ в структурных подразделениях КГБУЗ ДВЦЛО, включенных в перечень, утвержденный распоряжением министерства;

2) отпуск систем НМГ по льготным рецептам на период применения не более трех месяцев.

6. Главный внештатный детский специалист эндокринолог министерства осуществляет:

1) организационно-методическое сопровождение соблюдения настоящих Правил и эффективности использования систем НМГ на основании анализа данных по количеству госпитализаций пациентов СД I и их обращений в медицинские организации в связи с декомпенсацией заболевания, уровнем гликированного гемоглобина, а также времени нахождения глюкозы крови в целевом диапазоне в течении трех месяцев использования системы НМГ.

2) представление информации по вопросам, связанным с обеспечением пациентов СД I системами НМГ (в пределах компетенции), в соответствии с запросами министерства.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1
к Правилам организации обеспечения
системой непрерывного мониторинга
глюкозы детей в возрасте от 2-х до 17 лет
включительно с установленным
диагнозом сахарный диабет I типа

РЕШЕНИЕ

от _____ 20____ г.

Ф.И.О. пациента:

Адрес места регистрации пациента:

Адрес проживания:

Дата рождения пациента:

Диагноз: код по МКБ-10:

Основной:

Осложнения:

Дата постановки основного диагноза:

Представленные медицинские документы	при наличии отметить знаком "+"
Консультация врача - детского эндокринолога краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения	
Выписки из медицинской документации	
Выписка из Федерального центра	

Обоснование:

В разделе следует указать основные сведения о заболевании и его течении. Болен СД с ____ года, включен в Федеральный регистр пациентов сахарным диабетом.

Отразить особенности инсулинотерапии: препараты, суточная доза ед./кг, помповая инсулинотерапия.

Четкость выполнения врачебных рекомендаций, в том числе относительно диетотерапии.

Регулярность консультации врача - детского эндокринолога.

Регулярность стационарного лечения.

Частота декомпенсации.

Частота гипогликемии

Необходимость в проведении дополнительного обследования (с указанием наименований необходимых мероприятий и места проведения)

Решение:

1. Рекомендовано использование системы непрерывного мониторингирования глюкозы в качестве дополнительного метода самоконтроля для обеспечения устойчивой метаболической компенсации сахарного диабета: снижения HbA1c, уменьшения вариабельности гликемии, увеличения времени в целевом диапазоне, уменьшения времени ниже целевого диапазона, снижения риска гипогликемии.

2. При использовании системы непрерывного мониторингирования глюкозы установить частоту традиционного самоконтроля гликемии тест-полосками до ____ раз в день.

Детский врач-эндокринолог
(должность)

(подпись)

М.П.

Я, _____, законный
(фамилия, имя, отчество (последнее при наличии))
представитель ребенка _____,
(фамилия, имя, отчество (последнее при наличии))
информирован о принятом решении.

Мне в понятной и доступной форме разъяснены особенности использования системы непрерывного мониторингирования глюкозы, вопросы организации обеспечения, контроля за эффективностью использования системы и предоставление мною отчетов показаний детскому врачу-эндокринологу.

« ____ » _____ 20 ____ г. _____ (подпись) (_____) (расшифровка подписи)

ПРИЛОЖЕНИЕ № 2

к Правилам
организации обеспечения системой
непрерывного мониторинга глюкозы
детей в возрасте от 2-х до 17 лет
включительно с установленным
диагнозом сахарный диабет I типа

Информированное добровольное согласие пациента

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество (последнее при наличии))

_____, проживающий по адресу: _____
(дата рождения)

_____.
Я, _____,
(фамилия, имя, отчество (последнее при наличии))

паспорт: _____, выдан: _____
(серия, номер)
_____,
(когда и кем выдан)

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун,
попечитель) ребенка _____,
(фамилия, имя, отчество (последнее при наличии))

_____, проживающего по адресу: _____
(дата рождения)

_____.

Добровольно даю согласие на использование мною/представляемым (нужное подчеркнуть) системы непрерывного мониторинга глюкозы

(подпись)

Я информирован о том, что для работы с системой непрерывного мониторинга глюкозы необходимо иметь электронный и (или) цифровой компоненты для получения результатов измерения уровня глюкозы, их интерпретирования, а также регулярной передачи детскому врачу-эндокринологу

(подпись)

Я предупрежден и осознаю, что отказ и (или) несоблюдение рекомендаций медицинских работников, не предоставление отчетов о результатах измерения уровня глюкозы, неэффективное использование системы непрерывного мониторинга глюкозы приведут к прекращению обеспечения.

(подпись)

Я поставлен в известность об изменениях в обеспечении тест-полосками при использовании системы непрерывного мониторинга глюкозы согласно Решению детского врача-эндокринолога.

(подпись)

Детский врач-эндокринолог
(должность)

(подпись)

« ____ » _____ 20__ г

ПРИЛОЖЕНИЕ № 3
к Правилам организации обеспечения
системой непрерывного мониторинга
глюкозы детей в возрасте от 2-х до 17 лет
включительно с установленным
диагнозом сахарный диабет I типа

Информированный добровольный отказ пациента

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество (последнее при наличии))

_____, проживающий по адресу: _____
(дата рождения)

_____.

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество (последнее при наличии))

паспорт: _____, выдан: _____
(серия, номер)

_____,
(когда и кем выдан)

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун,
попечитель) ребенка _____,
(фамилия, имя, отчество (последнее при наличии))

_____, проживающего по адресу: _____
(дата рождения)

_____.

Добровольно отказываюсь от использования системы непрерывного
мониторинга глюкозы

(подпись)

Детский врач-эндокринолог
(должность)

(подпись)

« ____ » _____ 20 ____ г

ПРИЛОЖЕНИЕ № 4

к Правилам
организации обеспечения системой
непрерывного мониторинга глюкозы
детей в возрасте от 2-х до 17 лет
включительно с установленным
диагнозом сахарный диабет I типа

ОТЧЕТ

об использовании системы непрерывного мониторинга глюкозы
пациентами СД I за _____ квартал 20 ____ г.

№ п/п	Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) пациента СД I	Дата рождения	Используемая система инсулинотера пии (помпа/базис- болюсная)	Используема я система непрерывног о мониторинга глюкозы	Дата начала использован ия системы непрерывног о мониторинга глюкозы	Контрольные показатели качества применения системы непрерывного мониторинга глюкозы			
						HbA1c, %, дата	Доля времени активного использования системы непрерывного мониторинга глюкозы, %	Кратность считывания результатов, число раз в сутки	Время пребывания пациента в целевом диапазоне гликемии (ВЦД), %

Детский врач-эндокринолог
(должность)

(подпись)

« ____ » _____ 20 ____ г.
(дата составления отчета)