

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
Республики Башкортостан Чишминская центральная районная больница
(ГБУЗ РБ Чишминская ЦРБ)**

ПРИКАЗ

№ 112-М

« 22 » февраль 2023г.

«Об организации работы кабинета «Школа для пациентов с сахарным диабетом» для детского населения»

Во исполнение приказа Минздрава Республики Башкортостан № 309-А от 17.02. 2023г. «Об организации работы кабинетов-школ для детей, больных сахарным диабетом, и их родителей (законных представителей) в 2023 году», в целях дальнейшего совершенствования оказания медицинской помощи пациентам детского населения Чишминского района с сахарным диабетом, -

Приказываю:

1. Заведующей детским поликлиническим отделением Шафигуллиной Л.А.
 - 1.1. организовать работу амбулаторного кабинета - школы для детей, больных сахарным диабетом, и их родителей (законных представителей), с возможностью подключения по защищенному каналу видеоконференцсвязи к Центру детской эндокринологии Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Республики Башкортостан (далее – ГБУЗ РДКБ) и другим медицинским организациям;
 - 1.2. утвердить положение об организации деятельности Школы с учетом требований Порядка оказания медицинской помощи по профилю «эндокринология», утвержденного Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 ноября 2012 года № 908 н составление отчета;
2. Ответственным лицом за организацию проведения занятий в Школе назначить врача- детского эндокринолога Хазиеву Г.Н.
3. Врачу- детскому эндокринологу Хазиевой Г.Н.:
 - 3.1. организовать систематическое информирование населения о функционировании Школы, графике и тематике занятий и активное приглашение детей, страдающих сахарным диабетом и их родителей (законных представителей) для занятий в Школе;
 - 3.2. проводить занятия в Школе в соответствии с утвержденным графиком;
 - 3.3. организовать учет проведенных занятий в Школе путем регистрации в Журнале и приобщения к первичной медицинской документации ребенка формы учета медицинских услуг в рамках комплексного посещения школы для детей, больных сахарным диабетом и их родителей (законных представителей), утвержденной Приложением № 2 к приказу МЗ РБ № 309-А от 17.02. 2023г;

3.4. ежемесячно направлять отчет в соответствии с Приложением № 3 к приказу МЗ РБ № 309–А от 17.02. 2023г. в Центр детской эндокринологии ГБУЗ РДКБ на электронную почту: ufa.rdkb.o

3.5. ежегодно предоставлять сведения в период сдачи годового отчета в форме № 30 «Сведения о медицинской организации» в таблице деятельности отделения медицинской профилактики.

4. Старшей медсестре поликлиники Шевченко А.А. оснастить кабинет, предназначенный для проведения Школы, в соответствии со стандартом оснащения, утвержденного Приложением № 9 «Стандарт оснащения кабинета-школы для больных сахарным диабетом» к Порядку;

5. С данным приказом ознакомить вышеперечисленные лица.

6. Контроль за исполнением данного приказа оставляю за собой.

**Главный врач
ГБУЗ РБ Чишминской ЦРБ**



Галимов Р.Р.

**Форма учета медицинских услуг в рамках
комплексного посещения школы для детей, больных сахарным диабетом и их
родителей (законных представителей)**

ФИО: _____
Дата рождения: _____ Возраст: _____
Диагноз: код по МКБ-10: _____ Длительность СД: _____
Адрес регистрации: _____
Название структурированной программы: _____

№	Тема занятия	Подпись пациента старше 15 лет	ФИО и подпись законного представителя пациента
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Анализ индивидуальных показателей гликемии: *да / нет*

Проверка дневника самоконтроля: *да / нет*

Соответствие показателей гликемии индивидуальным целям лечения: *да / нет*

Сахароснижающее лечение в настоящее время: _____

Необходимость коррекции сахароснижающего лечения: *да / нет*

Изменения в сахароснижающем лечении: _____

Данные антропометрии:

Рост* (м) _____ Масса тела* (кг) _____ ИМТ*(кг/м²) _____

*-однократно

Дальнейшие рекомендации (*нужное подчеркнуть*):

Продолжить обучение в рамках данной программы.

Следующее занятие (дата) _____

Пациент закончил обучение по данной программе.

Рекомендовано повторное обучение (дата) _____

ФИО и должность специалиста, проводившего занятие:

Подпись специалиста: _____

С рекомендациями ознакомлен(а), согласен:

ФИО ребенка старше 15 лет / законного представителя:

Подпись: _____

Дата: _____

Форма отчета медицинской организации, Центра детской эндокринологии о работе школ для детей, больных сахарным диабетом и их родителей (законных представителей)

№	МО по месту прикрепления	ФИО пациента (полностью)	Дата рождения пациента	ФИО законного представителя (при условии его присутствия на занятии)	Диагноз	Период посещения	Количество посещенных занятий	Анализ индивидуальных показателей самоконтроля (да/нет)

ФИО и должность ответственного лица _____

Период отчетности _____