



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ПЕРМСКОГО КРАЯ**

П Р И К А З

09.03.2022

№ 34-01-02-279

Об утверждении Алгоритма оказания медицинской помощи детям, страдающим расстройствами аутистического спектра

В целях реализации Концепции комплексного сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра (далее – РАС) в Пермском крае, а также улучшения качества оказания медицинской помощи данной категории пациентов

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить Алгоритм оказания медицинской помощи детям, страдающим РАС (далее – Алгоритм) в соответствии с приложением 1 к настоящему приказу.

2. Утвердить Схему маршрутизации детей, страдающих РАС, и с подозрением на данную патологию в соответствии с приложением 2 к настоящему приказу.

3. Главным врачам ГБУЗ ПК «Кунгурская больница» В.В. Кириллову, ГБУЗ ПК «Чайковская детская больница» Л.А. Грибковой, ГБУЗ ПК «Городская детская больница» г. Соликамск Н.А. Левко:

3.1. Организовать работу межмуниципальных кабинетов врачей-психиатров для оказания первичной специализированной медицинской помощи детям, страдающим РАС и другими ментальными нарушениями (далее – Кабинеты РАС), в соответствии с Алгоритмом, предусмотрев в штатном расписании должности врача-психиатра и медицинского психолога;

3.2. Утвердить Положение о Кабинете РАС;

3.3. Обучить специалистов Кабинетов РАС работе с использованием диагностического модуля ADOS-2;



3.4. Обеспечить ведение межмуниципального сегмента регистра детей, страдающих РАС (Приложение 3), и обмен информацией с консультативно-диагностическим отделением для детей с РАС ГБУЗ ПК «Детская клиническая больница им. Пичугина П.И.» (далее – Центр РАС).

4. Главному врачу ГБУЗ ПК «Детская клиническая больница им. Пичугина П.И.» Д.А. Бондарю:

4.1. Обеспечить работу Центра РАС в соответствии с Алгоритмом, предусмотрев в штатном расписании должности врача-психиатра, медицинского психолога и логопеда;

4.2. Обучить специалистов Центра РАС работе с использованием диагностического модуля ADOS-2;

4.3. Обеспечить ведение регистра детей Пермского края, страдающих РАС, (Приложение 3) и обмен информацией с Кабинетами РАС;

4.4. Организовать методическую работу со специалистами государственных учреждений здравоохранения Пермского края по выявлению детей с РАС и их медицинскому наблюдению;

4.5. Обеспечить сбор информации о количестве детей, осмотренных врачом-психиатром участковым после проведения Скрининга на выявление группы риска возникновения или наличия нарушения психического развития с использованием модифицированного скринингового теста на аутизм для детей раннего возраст (М-СНАТ) (далее – Скрининг) в медицинских организациях Пермского края ежемесячно до 10 числа месяца, следующего за отчетным (Приложение 4);

4.6. обеспечить ежеквартальное предоставление сводного отчета о ходе проведения Скрининга, а также диагностированных случаях РАС в срок до 15 числа месяца, следующего за отчетным периодом, ведущему консультанту отдела по организации медицинской помощи детскому населению Министерства здравоохранения Пермского края А.В. Глухих на электронную почту avglukhikh@minzdrav.permkrai.ru (Приложение 5).

5. Главным врачам государственных учреждений здравоохранения Пермского края:

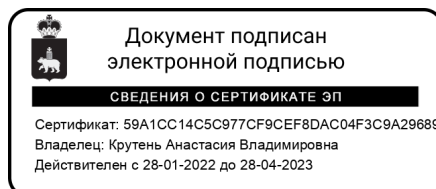
5.1. Организовать работу в соответствии с Алгоритмом и Схемой маршрутизации детей, страдающих РАС и другими ментальными нарушениями, а также с подозрением на данную патологию;

5.2. обеспечить направление в Центр РАС по электронной почте contact@gdkb-pichugina.ru информации о количестве детей, прошедших обследование у психиатра после проведения Скрининга ежемесячно до 10 числа месяца, следующего за отчетным (Приложение 4);

5.3. обеспечить направление детей с установленным диагнозом РАС в Кабинеты РАС или Центр РАС не реже 1 раза в год.

6. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя министра Е.В. Камкина.

Министр



А.В. Крутьен



Алгоритм оказания медицинской помощи детям, страдающим расстройствами
аутистического спектра

1. При проведении профилактического медицинского осмотра несовершеннолетних в возрасте 2 лет проводится скрининг на выявление группы риска возникновения или наличия нарушения психического развития с использованием модифицированного скринингового теста на аутизм для детей раннего возраста (М-СНАТ) в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Пермского края от 30 июля 2021 г. № 34-01-05-818 (далее – Скрининг).

2. При выявлении родителями или медицинскими работниками отклонений в развитии ребенка в возрасте от 16 до 30 месяцев модифицированный скрининговый тест на аутизм для детей раннего возраста (М-СНАТ) проводится врачом-педиатром участковым или врачом-специалистом (неврологом, психиатром) вне проведения профилактического медицинского осмотра несовершеннолетних.

3. Ребёнок, отнесенный по результатам Скрининга к группе риска возникновения или наличия нарушения психического развития, направляется к врачу-психиатру участковому или врачу-психиатру межмуниципальных кабинетов для оказания первичной специализированной медицинской помощи детям, страдающим расстройствами аутистического спектра (далее – РАС) и другими ментальными нарушениями (далее – Кабинеты РАС), или врачу-психиатру консультативно-диагностического отделения для детей с РАС ГБУЗ ПК «ДКБ им. Пичугина П.И.» (далее – Центр РАС).

4. При выявлении врачом-психиатром участковым у ребенка отклонений, характерных для РАС, оформляется направление ребенка в Кабинет или Центр РАС с целью проведения диагностических мероприятий и определения тактики наблюдения за пациентом. Законным представителям даются исчерпывающие разъяснения причин и целей направления ребенка.

5. В Кабинетах РАС и Центре РАС после осмотра ребенка врачом-психиатром и медицинским психологом при выявлении медицинских показаний проводится диагностическое исследование с использованием модуля ADOS-2.

6. В случае сомнительного результата диагностики ребенок с законными представителями приглашается на повторный прием в Кабинет РАС или Центр

РАС через 3 месяца для проведения исследования с использованием модуля ADOS-2 в динамике.

7. В случае подтверждения диагноза данные ребенка заносятся врачом-психиатром детским Кабинета РАС или Центра РАС в регистр детей, страдающих РАС Пермского края по форме в соответствии с Приложением 1 к Алгоритму.

8. Врачом-психиатром или медицинским психологом Кабинета РАС и Центра РАС до законных представителей доводится информация о возможности и целях включения ребенка в Программу комплексного сопровождения детей с РАС, оформляется добровольное информированное согласие (Приложение 1 к Алгоритму) и согласие на обработку персональных данных (Приложение 2 к Алгоритму).

9. При наличии согласий, указанных в п. 8, врач-психиатр Центра РАС направляет информацию о выявленном ребенке в ГБУ ПК «Центр комплексной реабилитации инвалидов», расположенный по адресу: г. Пермь, ул. Сивкова, д.14 для организации комплексного сопровождения.

10. Врачи-психиатры Кабинетов и Центра РАС осуществляют динамическое наблюдение за ребенком, лечение его (при наличии медицинских показаний), определяют наличие показаний для направления на медико-социальную экспертизу, дают рекомендации по тактике ведения ребенка врачам-психиатрам участковым.

11. Врачи-психиатры участковые осуществляют диспансерное наблюдение и лечение ребенка в соответствии с рекомендациями Кабинетов и Центра РАС, оформляют направление ребенка на медико-социальную экспертизу, направляют ребенка с законными представителями в Кабинеты и Центр РАС не реже 1 раза в год.

12. При наличии медицинских показаний ребенок с РАС и другими ментальными нарушениями может быть госпитализирован в дневной или круглосуточный стационар психоневрологического отделения ГБУЗ ПК «ДКБ им. П.И. Пичугина».

Приложение № 1 к Алгоритму оказания
медицинской помощи детям, страдающим
РАС

СОГЛАСИЕ

родителей (законных представителей) на включение ребенка
в систему комплексного сопровождения детей с расстройствами аутистического
спектра и другими ментальными нарушениями в Пермском крае*

Я _____
(указать Ф.И.О. представителя (родителя, усыновителя, попечителя))

Паспорт: серия _____ № _____ выдан _____

_____ являюсь законным представителем (отец, мать, опекун, попечитель)
(нужное подчеркнуть)

_____ (ФИО ребенка, дата, месяц, год рождения)
на основании заключения врача-психиатра

_____ (даю согласие или отказываюсь)
на (от) включение(я) моего ребенка в систему комплексного сопровождения
детей с расстройствами аутистического спектра и другими ментальными
нарушениями в Пермском крае и на обмен информацией между организациями,
подведомственными министерству здравоохранения Пермского края,
министерству социального развития Пермского края, министерству образования
и науки Пермского края.

Услуги предоставляются ребенку согласно индивидуальному маршруту
с учетом медицинских рекомендаций в системе здравоохранения, образования,
социальной защиты, культуры и спорта на базе организаций, входящих в реестр
поставщиков услуг людям с расстройствами аутистического спектра, в порядке,
установленном действующим законодательством.

В рамках реализации медицинского аспекта системы комплексного
сопровождения - предоставление специализированной медицинской помощи,
медицинского сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра,
в соответствии с действующим законодательством.

В рамках образовательного аспекта- содействие в обеспечении получения
дошкольного образования, общего образования, профессиональной ориентации
и профессиональной подготовки людей с расстройствами аутистического

спектра. Образовательные услуги предоставляются в соответствии действующим законодательством.

В рамках социального аспекта- предоставление комплекса социальных услуг (социально-психологические, социально-бытовые, социально-медицинские, социально-педагогические, социально-трудовые, социально-правовые и услуги с целью повышения коммуникативного потенциала людей с РАС).

Родители (законные представители) для получения услуг в рамках системы комплексного сопровождения должны обратиться в орган социальной защиты населения по месту жительства или (и) в ГБУ ПК «Центр комплексной реабилитации инвалидов», расположенный по адресу: г. Пермь, ул. Сивкова, д.14, для последующего составления индивидуального маршрута ребенка.

Данные о ребенке заносятся в «Регистр детей, страдающих РАС Пермского края».

С порядком последующих мероприятий системы комплексного сопровождения людей с расстройствами аутистического спектра и другими ментальными нарушениями в Пермском крае ознакомлен(а).

Достоверность и полноту настоящих сведений подтверждаю.

На обработку персональных данных о себе в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ «О персональных данных» для включения в «Регистр детей, страдающих РАС Пермского края»

(согласен/не согласен)

_____ (_____) «__» _____ 20__ г.
(подпись) (Ф.И.О.) дата заполнения согласия

**Согласие является основанием для включения несовершеннолетнего в систему комплексного сопровождения людей с расстройствами аутистического спектра и другими ментальными нарушениями в Пермском крае не является основанием для взятия под наблюдение врача-психиатра по месту жительства.*



Приложение № 2 к Алгоритму оказания
медицинской помощи детям, страдающим
РАС

СОГЛАСИЕ

На обработку и передачу персональных данных

Я (далее субъект персональных данных) (для законного представителя ребёнка) _____

(ФИО полностью)

документ, удостоверяющий личность _____

серия _____ № _____ выдан _____

проживающий(ая) _____

Я

(ФИО полностью гражданина, достигшего 15 лет; число, месяц, год рождения)

документ, _____ удостоверяющий

личность _____ серия _____ № _____

_____ выдан _____

_____ проживающий(ая) _____

В соответствии с требованиями ст. 9 152-ФЗ от 27.07.2006г.
«О персональных данных» предоставляю (не предоставляю) – нужное
подчеркнуть – согласие на обработку и передачу в

_____ (далее – Оператор) моих персональных данных,
включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания,
контактный телефон, данные о состоянии здоровья и случаях обращения
за медицинской помощью – в медико – профилактических целях, в целях
установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии,
что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся
медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Даю ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ на обработку
и передачу персональных данных с целью получения комплекса медико –
психологических услуг, образовательных услуг, социально – психологических,
социально–бытовых, социально-педагогических, социально – трудовых услуг
в рамках мероприятий Концепции по сопровождению детей с РАС в организации,
подведомственные министерству здравоохранения Пермского края, министерству

социального развития Пермского края, министерству образования и науки Пермского края.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в целях моего обследования и лечения. Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, пользование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных по бюджетным медицинским учреждениям, при условии их защиты от несанкционированного доступа и соблюдении всех требований по обеспечению конфиденциальности и безопасности персональных данных в соответствии с действующим законодательством РФ.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинской документации.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я оставляю за собой право отозвать мое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении или вручен лично под расписку представителю Оператора. В этом случае Оператор обязан прекратить обработку моих персональных данных в срок, не превышающий тридцати дней с даты достижения цели обработки персональных данных, если иное не предусмотрено законодательством или иными договорами.

Настоящее согласие дано мной «___» _____ 20___ г. и действует бессрочно.

Подпись и расшифровка субъекта персональных данных

Приложение № 2 к приказу
Министерства здравоохранения
Пермского края

Схема маршрутизации детей, страдающих РАС, а также с подозрением на
данную патологию

№	Наименование медицинской организации, имеющей в своем составе Кабинет или Центр РАС	Прикрепленные территории
1	ГБУЗ ПК «ДКБ им. П.И. Пичугина»	г. Пермь Пермский муниципальный район Ильинский район Добрянский городской округ Краснокамский муниципальный район Карагайский муниципальный район Оханский муниципальный район Большесосновский муниципальный район Очерский муниципальный район Сивинский муниципальный район Нытвенский муниципальный район Верещагинский муниципальный район Частинский муниципальный район г. Кудымкар Кудымкарский район Юсьвенский район Юрлинский район Гайнский район Кочевский район Косинский район Чусовской городской округ Лысьвенский городской округ г. Кизел Гремячинский городской округ г. Губаха Горнозаводский район
2	ГБУЗ ПК «Кунгурская больница»	г. Кунгур Кунгурский муниципальный район Ординский муниципальный округ

		<p>Березовский муниципальный округ Уинский муниципальный округ Суксунский городской округ Кишертский муниципальный округ Октябрьский городской округ</p>
3	ГБУЗ ПК «Чайковская детская больница»	<p>Чайковский городской округ Еловский муниципальный округ Осинский городской округ Куединский муниципальный округ Чернушинский городской округ Бардымский муниципальный округ</p>
4	ГБУЗ ПК «Городская детская больница» г. Соликамск	<p>г. Соликамск Соликамский район Чердынский район Красновишерский район Александровский муниципальный округ г. Березники Усольский муниципальный район</p>



Приложение № 3 к приказу
Министерства здравоохранения
Пермского края

Форма регистра детей, страдающих РАС Пермского края

№ п/п	ФИО ребенка	Дата рождения	Адрес проживания/ адрес регистрации	Диагноз	Наличие сопутствующей патологии (да/нет)	Код по МКБ сопутствующей патологии	Дата взятия на диспансерный учет	Наличие инвалидности (да/нет)	Способность к самообслуживанию (подробное описание самостоятельных навыков)	Доступность речевому контакту (доступен/не доступен)	Какое учебное заведение посещает (ДДУ, общеобразовательная или коррекционная школа).	Нахождение на индивидуальном обучении (да/нет)	Получает ли коррекционную помощь (да/нет)	Организации, в которых получает коррекционную помощь	Контакты законного представителя



Приложение № 4 к приказу
Министерства здравоохранения
Пермского края

Информация о количестве детей, осмотренных врачом-психиатром участковым после проведения Скрининга на выявление группы риска возникновения или наличия нарушения психического развития с использованием модифицированного скринингового теста на аутизм для детей раннего возраст (М-СНАТ) в медицинских организациях (ежемесячно)

Отчетный период _____ 202__ года

Название МО	Количество прикрепленного населения в возрасте от 0 до 2 лет 11 мес 29 дней	Количество детей, которым проведен Скрининг в текущем месяце	Количество детей, отнесенных по результатам Скрининга к группе риска возникновения или наличия нарушения психического развития	Количество детей из группы риска возникновения или наличия нарушения психического развития, осмотренных врачом-психиатром участковым



Приложение № 5 к приказу
Министерства здравоохранения
Пермского края

Форма сводного отчета о проведении Скрининга на выявление группы риска возникновения или наличия нарушения психического развития с использованием модифицированного скринингового теста на аутизм для детей раннего возраст (М-СНАТ), а также диагностированных случаях РАС

Отчетный период _____квартал 202__ года*

Количество детей, которым проведен Скрининг	Количество детей, отнесенных к группе риска возникновения или наличия нарушения психического развития по результатам Скрининга	Количество детей из группы риска к группе риска возникновения или наличия нарушения психического развития, осмотренных врачом-психиатром участковым	Количество детей из группы риска возникновения или наличия нарушения психического развития, осмотренных врачом-психиатром Кабинетов или Центра РАС	Количество детей, которым установлен диагноз РАС	Количество детей с РАС направленных на комплексное сопровождение

* - нарастающим итогом

