**О внесении изменений  
в приказ Министерства здравоохранения и социального развития**

**от 25 мая 2007 г. № 358 «О медицинском заключении о необходимости трансплантации органов и (или) тканей человека»**

Приказываю:

Внести изменения в Инструкцию о выдаче медицинского заключения  
о необходимости трансплантации органов и (или) тканей человека, утвержденную приказом Министерства здравоохранения и социального развития от 25 мая 2007 г. № 358 «О медицинском заключении о необходимости трансплантации органов  
и (или) тканей человека» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 25 июня 2007 г., регистрационный № 9685) (далее – Приказ), согласно приложению № 1;

учетную форму «Медицинское заключение о необходимости трансплантации органов и (или) тканей человека», утвержденную Приказом, изложить в новой редакции согласно приложению № 2.

Министр В.И. Скворцова

|  |
| --- |
| Приложение № 1  к приказу Министерства здравоохранения  Российской Федерации от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2018 г. № \_\_\_\_ |

**Изменения,**

**которые вносятся в Инструкцию о выдаче медицинского заключения  
о необходимости трансплантации органов и (или) тканей человека**

1. В пункте 2:

слова «, утвержденный Приказом Минздравсоцразвития России и Российской академии медицинских наук от 25.05.2007 № 357/40 (зарегистрирован Минюстом России 19.06.2007, № 9672)» исключить;

после слова «человека» дополнить сноской следующего содержания:

«1 Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации  
и Российской академии наук от 4 июня 2015 г. № 307н/4 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 18 июня 2015 г., регистрационный № 37705), с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации и Российской академии наук от 10 сентября 2015 г. № 635н/5  
(зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 2 октября  
2015 г., регистрационный № 39113), от 11 июля 2017 г. № 404н/1 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 24 июля 2017 г., регистрационный № 47501) и от 1 декабря 2017 г. № 967н/2 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 21 декабря 2017 г., регистрационный № 49357).

дополнить абзацами 2−3 следующего содержания:

«Заключение выдается консилиумом врачей медицинских организаций и иных организаций, осуществляющих медицинскую деятельность, имеющих лицензию  
на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги)  
по трансплантации органов и (или) тканей.

Заключение о необходимости трансплантации костного мозга  
и гемопоэтических стволовых клеток выдается консилиумом врачей медицинских организаций и иных организаций, осуществляющих медицинскую деятельность, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по трансплантации костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток.»

2. Абзац 1 пункта 3 дополнить предложением следующего содержания:  
«В состав консилиума врачей центра трансплантации при выполнении трансплантации костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток входят врачи-гематологи, а при необходимости – врачи других специальностей.».

3. Абзац 2 пункта 5 после слова «пациента» дополнить словами следующего содержания: «,для лиц, не достигших четырнадцатилетнего возраста на основании свидетельства о рождении и документа, удостоверяющего личность одного  
из родителей или законного представителя пациента».

4. Пункт 7 изложить в следующей редакции:

«7. На каждого больного, обратившегося для проведения консультации, лечащим врачом центра трансплантации оформляется Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях в соответствии  
с учетной формой № 025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях»[[1]](#footnote-1).».

5. Пункт 10 изложить в следующей редакции:

«10. Заключение выдается пациенту лично, а в случае если пациентом является лицо, не достигшее восемнадцатилетнего возраста или лицо, признанное  
в установленном порядке недееспособным, с письменного согласия одного из его родителей или иного законного представителя, о чем делается запись в медицинской документации, отражающей состояние здоровья пациента.».

|  |
| --- |
| Приложение № 2  к приказу Министерства здравоохранения  Российской Федерации от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2018 г. № \_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Учетная форма № 057-т/у |
|  | Утверждена приказом Минздрава России  от «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 2018 г. № \_\_\_\_\_ |

**МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ  
О НЕБХОДИМОСТИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ**

**И (ИЛИ) ТКАНЕЙ ЧЕЛОВЕКА**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** | | | **Фамилия, имя, отчество (при наличии) реципиента (пациента)** | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2.** | | | **Пол:** муж. – 1, жен. – 2, | | | | | **3.** | **Дата рождения**: число | | | | |  | месяц | | |  | год |  | | |
| **4.** | | | **Место регистрации:** | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | **тел.** | |  | | | | | |
| **5.** | | | **Место пребывания (адрес медицинской организации):** | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | |
| **6.** | | | **Группа крови** | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **7.** | | | **Резус-фактор** | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **8.** | | | | **HLA-фенотип реципиента** (при трансплантации органов, аллогенной трансплантации костного мозга и | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| гемопоэтических стволовых клеток) | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **9.** | | | | **Вес/рост пациента** (при трансплантации костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **10.** | | | | **Результат обследования на маркеры вирусного гепатита В, вирусного гепатита С, ВИЧ, сифилиса**  (дата исследования, определяемый маркер, результат) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **11.** | | | | **Заключительный диагноз** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **12.** | | | | | **Дата установления диагноза** (при трансплантации костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток) | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **13.** | | | | **Наличие HLA-совместимого донора** (при аллогенной трансплантации костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **14.** | | | | **Показания к трансплантации** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **15.** | | | | **Заключение консилиума** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Фамилия, инициалы заведующего отделением**

подпись

**Фамилия, инициалы врача-консултанта**

подпись

**Дата:** «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г.,

1. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 декабря 2014 г. № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 20 февраля 2015 г., регистрационный № 36160) (далее – приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 декабря 2014 г. № 834н). [↑](#footnote-ref-1)