

ПРОТОКОЛ

засідання Медичної ради
від 17 квітня 2024 року

ТЕМА: «Розбір випадку смерті гр. К., xxxxxxxx року народження, який мешкав за адресою: xxxxxxxxx»

Голова ради: **ЧЕРЕШНЮК ГАЛИНА СЕМЕНІВНА** – Заслужений лікар України, старший викладач кафедри соціальної медицини та ООЗ ВНМУ ім. М .І. Пирогова, радник міського голови;

Секретар: **ГРАНКІВСЬКИЙ ПЕТРО ВЛАДИСЛАВОВИЧ** – медичний директор КП «Міський лікувально-діагностичний центр»;

Присутні: **ЧЛЕНИ МЕДИЧНОЇ РАДИ 14 чоловік;**

ЗАПРОШЕНІ: Медичні директори КНП «ЦПМСД 1-5», КНП «МКЛН№3», та лікуючі лікарі відповідних закладів, в тому числі і приватного медичного закладу «ФОП КОЗАК ОЛЕНА ОЛЕКСАНДРІВНА».

РЕЦЕНЗЕНТИ:

АВРАМЕНКО НАТАЛІЯ МИХАЙЛІВНА – начальник відділу лікувально-профілактичної допомоги ВМР – аналіз якості надання медичної допомоги на догоспітальному етапі на рівні приватного закладу;

ПЕНТЮК НАТАЛІЯ ОЛЕКСАНДРІВНА – д. мед. н. проф. кафедри пропедевтики внутрішньої медицини ВНМУ ім. М.І. Пирогова - аналіз якості надання медичної допомоги на госпітальному етапі в КНП «МКЛ №3»;

КОВАЛИК ІРИНА СТЕПАНІВНА – завідувач амбулаторії №3 КНП «ЦПМСД №2», - аналіз якості надання медичної допомоги на догоспітальному етапі в КНП «ЦПМСД №5»;

ДОПОВІДІ ЛІКАРІВ:

Голова Медичної ради Черешнюк Г.С. оголосила всім присутнім про план і порядок проведення сьогоднішнього засідання. Присутні 14 членів Медичної ради, що становить 78% від загального числа.

Членам медичної ради представлено оновлений склад ради у відповідності до рішення виконавчого комітету Вінницької міської ради від 15.02.2024 року №362 «Про внесення змін до рішення виконавчого комітету міської ради від 25.02.2021 року №464 «Про створення Медичної ради»».

1. До слова запрошено Познякову Аллу Арнольдівну – медичного директора КНП «ЦПМД №5», яка доповіла про етап ведення пацієнта на рівні центру первинної медико-санітарної допомоги. Доповідь представлена замість сімейного лікаря Шарапової І.В., яка на даний час знаходиться у відпустці.

«Пацієнт був задекларований з 2018 року. За медичною допомогою до сімейного лікаря на ранньому етапі спостереження не звертався, так як медичний нагляд у нього здійснювався в поліклініці МВС, як працівнику поліції. 22.02.2023 року він вперше звернувся до сімейного лікаря Шарапової І.В. зі скаргами на підвищення артеріального тиску, серцебиття, болі в спині. Встановлено діагноз гіпертонічна хвороба, остеохондроз хребта. 23.02.2023 року в КНП «МКЛ №3» було проведено УЗД органів черевної порожнини. 28.02.2023 року консультований невропатологом, травматологом, гастроентерологом, кардіологом, офтальмологом та хірургом. 02.03.2023 року проведено рентгенографію лівого плечового суглобу. 06.03.2023 року консультований травматологом з приводу контрактури лівого променево-зап'ястного суглобу та надані рекомендації. Згодом пацієнт повідомив лікаря про зміну місця проживання та бажання змінити сімейного лікаря за новим місцем проживання».

Запитання до лікаря Познякової А.А.:

– Проф. Власенко М.В. Який індекс маси тіла пацієнта?

Познякова А.А.: Індекс маси тіла становив 34.

– Проф. Сторожук Б.Г.: Чому призначена терапія гіпертонічної хвороби та ХОЗЛ, яка не показана пацієнту. За яким протоколом було здійснено призначення?

Познякова А.А.: Це питання до сімейного лікаря, яка спостерігала за хворим. На жаль, не можу відповісти.

– Проф. Власенко М.В.: Чи робили цукор крові?

Познякова А.А.: Ні, на робили, хоча направлення для цього було видано пацієнту на руки. Визнаю, що лікар частково не виконала те, що мала зробити.

- Герасимюк К.Х.: Чи надавала Вам лікар пояснення про те, чому вона не виконувала рекомендації протоколів?

Познякова А.А.: Так, було усне пояснення, а далі лікар була на листку непрацездатності, а згодом була її відпустка. Потім пацієнт перейшов на спостереження до приватного центру.

- Авраменко Н.М.: Чи відомо де працював хворий?

Познякова А.А.: Він працював в xxxxxxxx

- Черешнюк Г.С.: Як часто Ви, як медичний директор, аналізуєте роботу своїх лікарів?

Познякова А.А.: Постійно. Висновки роблю і зауваження усно, інколи письмово.

- Черешнюк Г.С.: Якщо так, то чому стільки помилок є у вашому закладі?

Познякова А.А.: Вважаю, що якість спостереження цього пацієнта мала бути кращою, але навіть з таким рівнем обслуговування це не вплинуло на факт смерті пацієнта.

- Гранківський П.В.: Який склад сім'ї цього пацієнта?

Познякова А.А.: Пацієнт на момент смерті проживав з іншою жінкою в іншій сім'ї.

- Черешнюк Г.С.: Чи знала лікар про те, що пацієнт хворів на сифіліс?

Познякова А.А.: Ні, бо про це я дізналась першою, а тому обговорювати з лікарем, яка була ще не на роботі я не мала етичного права.

- Черешнюк Г.С.: Які висновки Ви зробили з цього випадку?

Познякова А.А.: Як тільки ми дізналися про смерть пацієнта, я відразу обговорила ситуацію з сімейним лікарем Шараповою. І.В. Ми тоді ж з'ясували, що пацієнт проживав в іншій сім'ї, але дізнавшись про діагноз пацієнта ми обстежили дітей хворого, та встановили те, що хлопчик 18 років теж хворів на ГРВІ. Наразі, розбір цього випадку на рівні нашого центру ще не провели.

- Доц. Стопінчук О.В.: Чи робили пацієнту рентгенографію органів грудної клітини?

Познякова А.А.: Ні, на момент спостереження потреби в цьому не було. Наразі вся та інформація, яку я сьогодні представила характеризує стан здоров'я пацієнта за рік до моменту його смерті.

2. До слова запрошено Литвин Любов Ярославівну – лікаря загальної практики сімейної медицини ФОП «Козак Олена Олександрівна» яка доповіла про етап ведення пацієнта на рівні приватного медичного центру.

«Пацієнт був задекларований з 28.10.2023 року. З анамнезу мені стало відомо, що пацієнт хворів на гіпертонічну хворобу, мав проблеми з ШКТ та зловживав алкоголем, але точних даних не маю. За весь період пацієнт був двічі на листку непрацездатності. 03.02.2023 року пацієнт **зателефонував** мені та повідомив про те, що у нього скарги на кашель з виділенням мокротини, значно підвищена температура та першіння в горлі. Також попросив відкрити листок непрацездатності, адже у нього була робоча зміна в п'ятницю 03.02.2023 року. Я порадила йому лікування та зробити тест на грип. Тест на COVID-19, який пацієнт зробив самостійно виявився негативним. Так як **в суботу та неділю в мене були вихідні дні**, я порадила йому звернутись до мене в понеділок. В понеділок мені зателефонувала дружина та повідомила про те, що пацієнт госпіталізований в КНП «МКЛ №3»».

Запитання до лікаря Литвин Л.Я.:

– Черешнюк Г.С.: Чи відвідуєте Ви пацієнтів у яких є підозра на ГРВІ на дому?

Литвин Л.Я.: Ні. **Ми зазвичай запрошуємо до поліклініки.**

– Черешнюк Г.С.: Чи знаєте Ви те, що приватні лікарі мають такі ж самі обов'язки по відношенню до пацієнта, як і лікарі державної медицини?

Литвин Л.Я.: Так.

– Стефанкова С.В.: Скільки разів за весь період спостереження пацієнта Ви його бачили особисто?

Литвин Л.Я.: **Перший раз під час декларування. Далі 2-3 рази, і то лише для відкритті листка непрацездатності.**

– Стефанкова С.В.: Чи контролювали Ви стан його кардіопатології?

Литвин Л.Я.: Так. Все що я робила описано в амбулаторній картці.

– Проф. Сторожук Б.Г.: Які Ви призначали антибіотики пацієнту?

Литвин Л.Я.: Я призначала «Сорцеф».

– Проф. Сторожук Б.Г.: При скаргах з боку пацієнта на кашель з прожилками крові Ви призначаєте лише «Сорцеф»? Через 48 годин Ви маєте проконтролювати ефект від призначених антибіотиків. **На жаль, мушу констатувати, що не було належного контролю та активності за станом пацієнта з боку лікаря.**

Литвин Л.Я.: Відповіді не має.

– Проф. Пентюк Н.О.: Можу заперечити стосовно «не належного контролю з боку лікаря», адже було дуже мало часу в лікаря на розбір цієї ситуації?

– Стефанкова С.В.: Пацієнт звернувся до Вас в п'ятницю вранці, чи можливо було проконтролювати його стан в другій половині дня, адже саме тоді був активним епідемічний період?

Литвин Л.Я.: Відповіді не має.

- Авраменко Н.М.: **Хочу зауважити лікарю, що листки непрацездатності не видаються без огляду пацієнта. У Ваших описах не вказано про те, що огляд здійснено в телефонному режимі.**
Литвин Л.Я.: Я це знаю.
- Пахно І.П.: Який день хвороби був у пацієнта в п'ятницю?
Литвин Л.Я.: Перший день хвороби.
- Черешнюк Г.С.: Чи знали Ви про те, що хворий хворів на сифіліс?
Литвин Л.Я.: Так.
- Проф. Распутіна Л.В.: Які препарати кардіогрупи пацієнт приймав для лікування гіпертонічної хвороби на постійній основі?
Литвин Л.Я.: Постійно лише «кардіомагніл».
- Проф. Власенко М.В.: Де пацієнт здавав аналізи?
Литвин Л.Я.: **В основному в приватних лабораторіях.**
- Проф. Пентюк Н.О.: Чи були згадки про ХОЗЛ ?
Литвин Л.Я.: Ні. Можу лише зазначити, що він палив, і це було як фактор ризику.

3. До слова запрошено Катюху Віталія Леонтієвича – завідуючого терапевтичного відділення з ПІТ КНП «ВМКЛ №3».

«Пацієнт 06.02.2024 року о 14⁴⁰ був доставлений бригадою швидкої медичної допомоги в стані глибокої гіпоксичної енцефалопатії. Сатурація при поступленні 26%. Зі слів жінки він хворів 10-12 днів, не лікувався. Зловживав алкоголем, періодично були випадки «запою». Також пацієнт палив «вейп». Пацієнта в важкому стані застала його четверта дружина, яка власне і викликала бригаду швидкої медичної допомоги. Відразу пацієнт був катетеризований в центральну вену, були проведені всі міроприємства по корекції гіпоксії (дезінтоксикаційна терапія, призначено антиагреганти, антибіотичні препарати). Взято тест-аналізи на Covid-19, грип (виявились негативними) та сифіліс. 07.02.2024 року о 8⁰⁰ пацієнту різко стало гірше, розпочались реанімаційні заходи, які не принесли позитивного результату. О 8³⁷ було констатовано смерть.

Запитання до лікаря Катюхи В.Л.:

- Проф. Распутіна Л.В.: Якими були показники гемодинаміки при поступленні?
Катюха В.Л.: Були підозри на підгострий інфаркт міокарду за результатами електрокардіограми. Тому ми і ввели в лікування «еноксіпарин».
- Черешнюк Г.С.: Чи викликали Ви кардіологів для консультації?
Катюха В.Л.: **Так. Але на жаль це не зафіксовано в документації.**

- Проф. Сторожук Б.Г.: Чи була кома, і при цьому якою була свідомість?
Катюха В.Л.: Так, була гіпоксична кома, але пацієнт був при свідомості.
- Проф. Сторожук Б.Г.: За яким протоколом був призначений «Тіенам»?
Катюха В.Л.: **Препарат «Тіенам» був в наявності, тому його і призначали.**
- Проф. Сторожук Б.Г.: **Хочу констатувати, що наша кафедра в КНП «МКЛ №3» по-факту уже тривалий час відсторонена від проведення консилиумів.**
Катюха В.Л.: Немає відповіді.
- Доц. Стопінчук О.В.: Ваша лікарня тривалий час була «ковідною» лікарнею. На Вашу думку – якою є етіологія пневмонії?
Катюха В.Л.: Думаю, що це вейп-пневмонія.

4. До слова запрошено Шерстюка Володимира Сергійовича - лікаря-патологоанатома завідувача секційним відділом Вінницького обласного патологоанатомічного бюро, який доповів результати патологоанатомічного дослідження.

Патологоанатомічний діагноз: Двобічна полісегментарна абсцедуюча пневмонія. набряк легень. Повнокрів'я внутрішніх органів. Виражена дистрофія паренхіматозних органів. Некротичний нефроз. Гіпертонічна хвороба (гігіертрофія стінки лівого шлуночка серця — 1,7 см, гіаліноз стінок артерій та артеріол). Атеросклероз в стадії атероматозу та склерозу з переважним враженням коронарних артерій та аорти. Атеросклеросклеротичний та постінфарктний міокардіосклероз. Хронічний вірусний гепатит С (позитивний експрес тест від 06.02.24). Надлишкова вага (за клінічними даними).

5. Представлено рецензію завідувача амбулаторії №3 КНП «ЦПМСД №2» Ковалик Ірини Степанівни – на надання медичної допомоги на догоспітальному етапі спостереження в КНП «ЦПМСД №5».

Узагальнюючи дані записів в медичній карті амбулаторного хворого, можна сказати про відсутній контакт пацієнта з закладом ПМСД протягом 2018-2021 років, та недостатню кількість оглядів протягом часу спостереження 2021 та 2023р.р. (всього 3 огляди). Призначення, яке прописане лікарем протягом 2023р. свідчать про те, що пацієнт ймовірно отримував лікування гіпертонічної хвороби, але причиною візитів було не планове динамічне спостереження за хронічним хворим, а створення електронних направлень до вузьких фахівців або на додаткове обстеження за наполяганням пацієнта (УЗД вен

нижніх кінцівок, УЗД шиї, УЗД судин голови, які мають оформляти вузькі фахівці). Протягом всіх років відсутні записи, де було б об'єднано всі захворювання, рекомендації, план обстеження та лікування. Частково рекомендувалось обстеження відповідно до уніфікованих клінічних протоколів для хворих з артеріальною гіпертензією (ЗАК, ЗАС, цукор крові, ЕКГ, загальний холестерин, консультація офтальмолога, кардіолога). Є зауваження щодо лікування пацієнта. Вперше призначення щодо лікування, а саме гіпертонічної хвороби з'явилися 22.02.2023 року, при цьому воно виглядає формальним, без контролю рівня холестерину (останній був підвищений від 27.02.2023р. — 5,93), і рекомендацій щодо контролю АТ та пульсу. Відсутній контроль за враженням органів-мішеней. 24.02.2023р. хворий повторно з'явився на прийом зі скаргами на підвищений АТ, проте об'єктивно нічим не підтверджений: АТ 140/85. Скарги не відповідають об'єктивному статусу. Це все говорить про те, що лікарем не приділялась достатня увага контролю АТ. Відсутнє спостереження з приводу супутньої патології: нервової системи та шлунково-кишкового тракту, які були виставлені у 2021р., дихальної системи та опорно-рухової системи за 2023р.

Враховуючи вище викладене, можна зробити висновок, що більшість перерахованих недоліків мають формальний характер, і не дають змоги оцінити якість ведення медичної карти амбулаторного хворого як задовільну впродовж 2018-2023р.р.

6. Представлено рецензію начальника відділу лікувально-профілактичної допомоги ДООЗ ВМР Авраменко Наталії Михайлівни щодо якості надання медичної допомоги на догоспітальному етапі на рівні приватного закладу.

Висновки:

1. Ведення представленої медичної документації не відповідає вимогам наказу МОЗ України від 14.02.2012 № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та Інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування» та Наказу № 587 28.02.2020 р. «Деякі питання ведення Реєстру медичних записів, записів про направлення та рецептів в електронній системі охорони здоров'я».

2. Відсутність збору анамнестичних даних, лабораторного та функціонального обстеження призвело до недооцінки важкості стану пацієнта.

3. Призначене лікування частково відповідає чинним стандартам надання

медичної допомоги відповідно встановленим діагнозам, зокрема Уніфікованому клінічному протоколу первинної, екстреної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Артеріальна гіпертензія», затвердженому наказом Міністерства охорони здоров'я України від 24.05.2012 року № 384 (чинний на сьогодні), Уніфікованому клінічному протоколі первинної медичної допомоги дорослим та дітям «Гострі респіраторні інфекції», затвердженому наказом Міністерства охорони здоров'я України від 16.07.2014 № 499 (із змінами) (чинний на сьогодні).

7. Представлено рецензію д.мед.н. проф. кафедри пропедевтики внутрішньої медицини ВНМУ ім. М. І. Пирогова Пентюк Наталії Олександрівни щодо аналізу якості надання медичної допомоги на госпітальному етапі в КНП «МКЛ №3»;

Особливість і своєчасність клінічного діагнозу. Клінічний діагноз: Негоспітальна двобічна полісегментарна пневмонія, 4 клінічна група, ускладнена ЛН III ступеня встановлений вірно і вчасно.

Висновки консультантів. Консультанти до ведення пацієнта в стаціонарних умовах не запрошувались.

Тривалість і повнота лікування. Тривалість лікування 18 годин. Згідно з листом призначень, хворий отримував антибіотики резерву «імпінем», антипіретик «інфулган», антикоагулянт «еноксапарин». Застосування «тівортину», «маніту», «L-лізину», «дексаметазону», «цитокону», «флертису», «корвітину» вважаємо невиправданим і надлишковим, оскільки пацієнту не були встановлені діагнози, які передбачали б застосування цих засобів. Зауваження до оформлення листа призначень: не вказані одиниці вимірювання, дози препаратів, шлях введення, кратність прийому.

Клінічний діагноз. Негоспітальна пневмонія двобічна полісегментарна, IV кл. гр., важкий перебіг. Гострий коронарний синдром? (в заключному діагнозі не може бути знаків питання). Прогресуюча дихальна недостатність, ГРДС, набряк легень, гіпоксичний набряк головного мозку, ДЕ III ст., прогресуюча серцево-судинна недостатність, ССЗВ, висока вірогідність ТЕЛА (д-дімер 4,38). ІХС: дифузний та постінфарктний (по ЕКГ) кардіосклероз, коронаросклероз, аортосклероз, церебросклероз. Гіпертонічна хвороба III ст. 2 ст., гіпертрофія лівого шлуночка, дуже високий ризик ССП. ХОЗЛ, група E, GOLD 3, інфекційне загострення важке (діагноз встановлений безпідставно, пацієнт не має клінічних ознак ХОЗЛ (персистуюча задишка, свистячі хрипи, кашель), не має задукоменованої спірометрії (тому не може бути GOLD 3), не має історії загострень (тому не може бути групи E), пацієнт має лише фактори ризику.

Хронічний вірусний гепатит С (позитивний експрес тест від 06.02.2024).
Надлишкова вага.

Патологоанатомічний діагноз:

Двобічна полісегментарна абсцедуюча пневмонія.

Набряк легень. Повнокрів'я внутрішніх органів. Виражена дистрофія паренхіматозних органів. Некротичний нефроз.

Гіпертонічна хвороба (гіпертрофія стінки лівого шлуночка серця — 1,7 см, гіаліноз стінок артерій та артеріол). Атеросклероз в стадії атероматозу та склерозу з переважним враженням коронарних артерій та аорти. Атеросклеротичний та постінфарктний міокардіосклероз. Хронічний вірусний гепатит С (позитивний експрес тест від 06.02.24). Надлишкова вага (за клінічними даними).

Співпадіння або розходження клінічного і патологоанатомічного діагнозу.

Має місце співпадіння клінічного та патологоанатомічного діагнозів.

Клінічний діагноз своєчасний, сформульований правильно.

Характеристика нерозпізаного захворювання: рідкісне, важке для діагностики і т.д. Можлива причина клініко-діагностичної помилки. Значимість помилкового клінічного діагнозу в лікуванні і наслідках захворювання.

Аналіз історії хвороби засвідчив, що пацієнт мав важку негоспітальну двобічну полісегментарну пневмонію з ознаками абсцедування, що ускладнилась критичною дихальною недостатністю.

Імовірними причинами важкого перебігу пневмонії та несприятливого наслідку захворювання можна вважати:

Наявність у хворого факторів ризику важкого перебігу (нелікована ІХС, наявність постінфарктного кардіосклерозу, артеріальної гіпертензії, надлишкової маси тіла, куріння).

Не виключено, що пацієнт мав вірусно-бактеріальне ураження легень (епідситуація, що свідчить про високу захворюваність на грип та збільшення частоти пневмоній, як ускладнень грипу). Імовірно, що пацієнт мав симптоми грипу та ГРВІ на початку захворювання. Планова вакцинація від грипу, раннє призначення специфічної противірусної терапії дозволяє зменшити частоту основних ускладнень та смертності від грипу. **Тому слід посилити інформування та популяризацію специфічної профілактики грипу серед населення міста на первинній ланці.**

На наш погляд основною причиною летального наслідку захворювання є пізнє звернення за стаціонарною медичною допомогою - **на 10 день захворювання**, із симптомами кровохаркання та легеневої недостатності у спокої.

Погрішностей у курації пацієнта на стаціонарному етапі, які могли б вплинути на перебіг захворювання та його наслідки, під час розгляду історії хвороби не виявлено.

Якість оформлення медичної документації. Ведення медичної документації задовільне.

8. ОБГОВОРЕННЯ ТЕМИ:

Проф. Распутіна Леся Вікторівна «Дуже цікавий випадок сьогодні на розборі. Хочу відмітити те, що пацієнт дуже пізно звернувся за медичною допомогою. Для нас усіх має бути зрозумілим те, що куди б не звернувся пацієнт, чи то приватний медичний заклад, чи то державний - медична допомога має надаватися однаково. Також відмічаю поліпрагмазію (надлишковість призначення препаратів), яка присутня в умовах КНП «МКЛ №3», про що була гостра дискусія між проф. Сторожуком Б.Г та лікарем Катюхою В.Л.»

Проф. Сторожук Борис Григорович «Визнаю, що в КНП «МКЛ №3» мають місце випадки поліпрагмазії. Я особисто категорично проти «банальної утилізації ліків». До речі пам'ятаю, що на минулих наших Медичних радах була пропозиція від Пахно І.П. по методичній допомозі лікарям КНП «МКЛ №3» по навчанню лікарів реаніматологів. Де вона? Чому не скористалися?»

Пахно Ігор Петрович «Хочу сьогодні визнати те, що лікарі «первинки» добре навчилися видавати листки непрацездатності та направлення на консультації, але інші аспекти роботи лікаря потребують удосконалення. Не почув, на жаль, аргументованої і структурованої доповіді з боку завідуючого терапевтичного відділення КНП «МКЛ №3» Катюхи В.Л.. В той же час ми почули високо професійну рецензію проф. Пентюк Н.О. Щодо методичної допомоги та навчання для лікарів КНП «МКЛ №3» - ми завжди готові до співпраці».

Холод Любов Павлівна «Ми сьогодні почули чотири різні суб'єктивні історії. Це історії від лікарів первинки, лікарів стаціонару, лікарів приватної медицини, і останні - це від патологоанатомів. **На жаль, можу відмітити, що на сьогодні немає послідовності та інформування в співпраці між різними рівнями та ланками надання медичної допомоги.** Це та проблема, на яку дуже часто наголошує Черешнюк Галина Семенівна. Вважаю, це потрібно нарешті виправляти, що в цілому позитивно вплине на наших пацієнтів».

Стефанкова Світлана Василівна «Хочу визнати сьогодні те, що відсутня людиноцентричність в нашій роботі. Не відомо насправді як пацієнт відносився до свого здоров'я особисто. Але ж лікарі мають свою долю відповідальності за стан здоров'я наших пацієнтів. **Наразі близько 80 тис. пацієнтів задекларовані**

в м. Вінниця у приватних сімейних лікарів. І варто визнати, що якість надання медичної допомоги в приватних закладах значно гірша, а ніж у державних установах. В приватних клініках первинного рівня відсутні відсутні виїзди на дім до пацієнтів та інше. Щодо роботи терапевтичного відділення КНП «МКЛ №3» розраховую на клопотання від медичного директора Мазур А.Ю. на рівень ДОЗ ВМР щодо співпраці з КНП «МКЛ №1» в питаннях навчання лікарів реаніматологів».

Черешнюк Галина Семенівна «Я підтримую цілком і повністю всіх тих колег, які озвучили сьогодні зауваження та пропозиції. Не дарма ми сьогодні запросили медичних директорів центрів первинної медико-санітарної допомоги та лікарів приватної медицини. Те що у нас останнім часом зменшився контроль за роботою лікарів та трудова дисципліна в медичних закладах – це факт. Я ініціюю проведення комплексної перевірки роботи закладів первинного рівня надання медичної допомоги в м. Вінниці.

Що стосується роботи з пацієнтом, який не виконує лікарські рекомендації – то наразі все прописано в наших наказах МОЗ України. Хочу зауважити, що лікар не несе відповідальності за пацієнта, якщо останній не виконує рекомендації лікаря. Єдина умова лише правильно зафіксувати це в медичній документації».

ГОЛОСУВАННЯ:

Черешнюк Г.С.: Винесено пропозицію про визнання випадку смерті пацієнта К. ххххх року народження як **непопереджуваний у зв'язку з пізнім зверненням на стаціонарному етапі, та попереджуваний на первинному рівні надання медичної допомоги.**

Голосують лише члени медичної ради.

РЕЗУЛЬТАТ: «За» - 14 голосів. Рішення прийнято одногосно.

17 квітня 2024 року

Голова Медичної ради

Галина ЧЕРЕШНЮК

Секретар

Петро ГРАНКІВСЬКИЙ

Протокол направлено:

Міському голові

МОРГУНОВУ С.А.

Заступнику Міського голови

ЯКУБОВИЧ Г.А.

Директору департаменту охорони здоров'я ВМР

ШИШУ О.В.