Руководителю Территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(название региона)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО руководителя)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес Территориального органа)

От \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Проживающего/ей по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЖАЛОБА**

**на отказ в проведении врачебной комиссии или консилиума врачей с целью установления факта нуждаемости в паллиативной помощи**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, представляю по доверенности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ г. (копию прилагаю) интересы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО пациента), «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ г.р., инвалида \_\_ группы с детства, который/ая страдает комплексом тяжелых заболеваний (или указать диагноз), является носителем трахео- и гастростомы (или находится на зондовом питании, находится дома на ИВЛ/НИВЛ —  указать нужное).

В силу имеющегося неизлечимого прогрессирующего заболевания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО пациента) нуждается в оказании паллиативной медицинской помощи.

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ г. я обратилась/обратился с письменным заявлением на имя главного врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(название медицинского учреждения)*  с просьбой организовать рассмотрение вопроса о наличии у \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО пациента) показаний к оказанию паллиативной медицинской помощи врачебной комиссией  или консилиумом врачей учреждения с оформлением соответствующего заключения и выдать мне его копию на руки.

Однако, получил/получила ответ с отказом (копию прилагаю).

Считаю, что тем самым нарушено право \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО пациента) на получение паллиативной медицинской помощи, гарантированного статьей 36 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Положением об организации оказания паллиативной медицинской помощи, утв. Приказом Министерства здравоохранения РФ и Министерства труда и социальной защиты РФ от 31 мая 2019 г. N 345н/372н.

Учитывая изложенное, прошу принять необходимые меры для организации проведения врачебной комиссии или консилиума врачей с целью оформления заключения относительно нуждаемости \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО пациента) в паллиативной помощи.

Приложение:

1. Копия паспорта пациента — 2 стр., 1 экз.
2. Копия паспорта доверенного лица — 2 стр., 1 экз.
3. Копия доверенности — 1 стр., 1 экз.
4. Копия ответа главврача - 2 стр., 1 экз.

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ года

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО)