

Министерство здравоохранения Российской Федерации

Приказ от 22 октября 2003 г. №500
«Об утверждении Протокола ведения больных
«Реабилитация больных наркоманией (Z 50.3)»*
Москва, 2003 г.

VIII. МОНИТОРИРОВАНИЕ

***Критерии и методология мониторинга
и оценки эффективности выполнения протокола***

Мониторирование Протокола ведения больных «Реабилитация больных наркоманией» проводится на всей территории Российской Федерации.

Учреждением, ответственным за мониторингование, является государственное учреждение Национальный научный центр наркологии Минздрава России. Перечень наркологических лечебно-профилактических учреждений, в которых проводится мониторингование настоящего протокола ведения больных, определяется ежегодно учреждением, ответственным за мониторингование. Наркологические учреждения, включенные в перечень по мониторингованию Протокола ведения больных, уведомляются об это письменно.

Мониторирование Протокола ведения больных включает:

сбор информации о реабилитации больных наркоманией в лечебно-профилактических учреждениях всех уровней, включая специализированные наркологические реабилитационные учреждения (центры);

анализ полученных данных;

составление отчета о результатах проведенного анализа;

представление отчета группе разработчиков протокола ведения «Реабилитация больных наркоманией» Национального научного центра наркологии Минздрава России;

Исходными данными при мониторинговании настоящего Протокола являются:

шкала оценки уровней реабилитационного потенциала больных наркоманией (приложение №1 к настоящему Протоколу ведения больных);

карта определения уровня реабилитационного потенциала больных наркоманией (приложение №2 к настоящему Протоколу ведения больных);

план-схема работы одного дня реабилитационного амбулаторно-поликлинического учреждения (подразделения), дневного стационара и стационара (центра) (приложения №№3—5 к настоящему Протоколу ведения больных);

схема продолжительности реабилитационных этапов и примерный график работы с больными (приложение №6 к настоящему Протоколу ведения больных);

карта пациента (приложение №7 к настоящему Протоколу ведения больных).

При мониторинговании Протокола ведения больных используются индивидуальные амбулаторные карты, ис-

тории болезни и иные документы. В процессе анализа учитываются:

критерии включения пациентов в программы реабилитации в условиях амбулатории и стационаров;

количество пациентов, включенных в реабилитационную программу, их удельный вес к общему количеству больных, состоящих на учете в регионе (город, район, область, край и пр.),

перечни медицинских услуг обязательного и дополнительного ассортиментов, продолжительность реабилитации, используемые направления и методы психотерапии;

количество больных, включенных в постреабилитационную (протитиворецидивную) программу;

продолжительность терапевтических ремиссий (до 3 мес., 4—6 мес., 7—9 мес., 10—12 мес.) и др. Информация о каждом больном вносится в «Карту пациента» (приложение №7 к настоящему протоколу ведения больных).

Принципы рандомизации

В данном Протоколе рандомизация (лечебных учреждений, пациентов и т.д.) не предусмотрена.

***Порядок оценки и документирования
побочных эффектов и развития осложнений***

Информация о побочных эффектах и осложнениях, возникших в процессе восстановительно-реабилитационного периода, регистрируются в Карте пациента (приложение №7 к настоящему Протоколу ведения больных).

Порядок исключения пациента из мониторинга

Пациент считается включенным в мониторингование при заполнении на него «Карты пациента». Исключение из мониторингования проводится в случае невозможности продолжения заполнения Карты (например, неявка на врачебный прием).

***Промежуточная оценка
и внесение изменений в Протокол***

Оценка выполнения Протокола ведения больных по регионам проводится один раз в год наркологическими учреждениями, включенными в перечень по мониторингованию. Отчет представляется в конце календарного года (не позже 15 декабря) в рабочую группу данного Протокола ведения больных.

Внесение изменений в протокол ведения больных проводится в случаях:

а) получения убедительных данных о необходимости изменений требований Протокола обязательного уровня;

б) при обнаружении в Протоколе требований, наносящих урон здоровью пациентов;

в) при получении убедительных доказательств о новых технологиях (методиках, лекарственных средствах и пр.),

* Продолжение. Начало см. Наркология. — 2004. — №№ 4—5

значительно повышающих эффективность лечебно-реабилитационных программ.

Решение об изменениях Протокола ведения больных принимается группой разработчиков. Введение изменений требований Протокола ведения больных в действие осуществляется Минздравом России в установленном порядке.

Оценка стоимости выполнения протокола и цены качества

Клинико-экономический анализ проводится согласно требованиям нормативных документов.

Сравнение результатов

При мониторинговании Протокола ведения больных ежегодно проводится сравнение результатов выполнения

требований Протокола, статистических данных, показателей деятельности медицинских учреждений.

Порядок формирования отчета

По результатам сведений о выполнении Протокола, полученных при мониторинговании из регионов, учреждением, ответственным за мониторингование, составляется аналитическая справка, которая направляется в Отдел стандартизации в здравоохранении научно-исследовательского института общественного здоровья и управления здравоохранением Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова Минздрава России и хранится в его архиве.

Результаты отчета могут быть опубликованы в открытой печати.

Приложение 1 к протоколу ведения больных «Реабилитация больных наркоманий (Z 50.3)»

ШКАЛА ОЦЕНКИ УРОВНЕЙ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА БОЛЬНЫХ НАРКОМАНИЕЙ

Основные составляющие реабилитационного потенциала	Баллы
I БЛОК — ПРЕМОРБИД	
1. Наследственность по линии родителей и ближайших родственников (мать, отец, сестра, брат):	
неотягощена	5
отягощена:	
алкоголизм, наркомания	–2
психические заболевания	–2
2. Наследственность по восходящей линии:	
неотягощена	3
отягощена:	
алкоголизм, наркомания	–1
психические заболевания	–1
3. Условия воспитания:	
в полной семье	5
только матерью	2
только отцом	2
у родственников	1
в приемной семье	–1
в детском доме	–2
4. Материальное положение семьи:	
хорошее	4
среднее	3
плохое	1
5. Отношения между родителями:	
ровные (хорошие, удовлетворительные)	4
неровные (периодически конфликтные)	2
постоянно конфликтные	–1
6. Физическое развитие:	
норма	5
задержка	3
патология	–1

Основные составляющие реабилитационного потенциала	Баллы
7. Степень тяжести соматических заболеваний:	
легкая	4
средняя	2
тяжелая (тяжесть заболевания определяется угрозой жизни, инвалидностью, длительной госпитализацией)	–1
8. Психическое развитие:	
норма	5
задержка	3
патология	–1
9. Психические девиации:	
отсутствуют	4
акцентуация	0
невротическая личность	–1
психопатия	–2
10. Особенности поведения:	
норма	5
девиантность	0
делинквентность	–1
11. Образование до начала злоупотребления наркотиками:	
высшее	5
среднее (школа)	4
неполное среднее	3
7–8 классов	2
5–6 классов	1
4 и менее классов	–1
12. Успеваемость в школе:	
отлично и хорошо	5
хорошо	4
посредственно	3
неудовлетворительно	–1
13. Степень устойчивости интересов и увлечений:	
устойчивые	4
без особенностей	3
неустойчивые	1

Основные составляющие реабилитационного потенциала	Баллы
14. Отношение к труду:	
позитивное	4
неустойчивое	2
негативное	-1
15. Наличие профессии:	
имеет	4
частично приобретена	2
не имеет	-1
16. Антисоциальные поступки:	
не было	4
были	-1
17. Сексуальная сфера:	
норма	4
снижение потенции	1
снижение либидо	1
импотенция	-1
фригидность	-1
перверсии	-2
18. Употребление алкоголя:	
единичные случаи	4
умеренное	3
частое (1—2 раза в неделю)	0
зависимость	-1
II БЛОК — КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ	
1. Возраст начала злоупотребления ПАВ:	
20 лет и старше	4
18—19 лет	3
16—17 лет	1
12—15 лет	-1
2. Продолжительность заболевания:	
до 6 мес.	5
до 1 года	4
от 1 до 3 лет	0
более 3 лет	-1
3. Стадия синдрома зависимости (по МКБ-10):	
начальная (первая)	-1
средняя (вторая)	-2
конечная (третья)	-3
4. Способ введения наркотика:	
интраназально, курение, орально	-1
внутримышечно или подкожно	-2
внутривенно	-3
5. Параллельное злоупотребление ПАВ:	
практически отсутствует	4
каннабиноидами	0
психостимуляторами	-1
галлюциногенами	-1
транквилизаторами	-1
6. Вид влечения к ПАВ в ремиссии (на этапах реабилитации):	
не выражено	2
периодический навязчивый	-1
периодический компульсивный	-2
постоянный	-3

Основные составляющие реабилитационного потенциала	Баллы
7. Степень выраженности синдрома отмены:	
легкая	0
средняя	-1
тяжелая	-2
8. Передозировка ПАВ:	
не было	4
однократно	-1
многократно	-2
9. Суицидальные тенденции:	
отсутствуют	4
мысли	-1
действия	-2
10. Суицидальные тенденции проявляются:	
в состоянии наркоманического абстинентного синдрома	-1
в опьянении	-2
в ремиссии	-3
11. Ремиссии:	
спонтанные	4
терапевтические	3
вынужденные	1
отсутствуют	-3
12. Заболевания, приобретенные в период злоупотребления ПАВ:	
отсутствуют	4
черепно-мозговая травма	0
сифилис	-1
гепатит	-1
прочее	-1
ВИЧ-инфекция	-3
13. Употребление алкоголя в период заболевания наркоманией:	
умеренное	4
бытовое злоупотребление	1
болезненная зависимость	-2
комбинирует с наркотиками	-2
14. Приобретенные психопатологические нарушения:	
отсутствуют	4
эмоциональные расстройства (депрессии, дистимии)	-1
астенический (неврастенический) синдром	-1
поведенческие расстройства (декомпенсация психопатий, психопатоподобное поведение)	-2
15. Сексуальность:	
норма	4
снижение потенции	1
снижение либидо	1
импотенция (фригидность)	-1
перверсии	-2
16. Сексуальная жизнь:	
регулярно	4
редко	2
отсутствует	-1

Основные составляющие реабилитационного потенциала	Баллы
17. Критика к заболеванию наркоманией:	
сохранена	4
частично сохранена	1
отсутствует	–3
18. Согласие на участие в лечебно-реабилитационном процессе:	
добровольное	4
добровольно-принудительное	0
недобровольное	–3
19. Мотивы добровольного согласия:	
мотивы роста	3
мотивы прагматичные	1
III БЛОК — ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА И СОЦИАЛЬНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ	
1. Семейный статус:	
женат/замужем	3
сожительство (постоянное)	2
не женат/не замужем	1
2. Живет:	
в семье родителей	3
в семье жены (мужа)	2
в своей семье	1
один	–1
3. Жена/муж, сожительница/сожитель:	
не употребляет наркотики	4
болен (а) наркоманией (ремиссия)	–1
употребляет наркотики	–3
4. Семейные отношения:	
нормализованы	4
умеренно конфликтные (напряженные)	1
средне конфликтные	–1
крайне конфликтные	–2
5. Образование:	
высшее	5
незаконченное высшее	4
среднее техническое	3
среднее	2
незаконченное среднее	1
начальное	–1
6. Трудовой статус:	
работает или учится	4
в академическом отпуске	0
не учится и не работает	–3
7. Судимость, правонарушение:	
отсутствует	4
привлекался к уголовной ответственности (не направлялся в исправительно-трудовое учреждение)	–1
был осужден 1 раз	–2
был осужден 2 и более раз	–3
8. Круг социальных интересов:	
высокий (разнообразный)	4
средний (однообразный)	2
низкий	0
9. Отношение родственников к употреблению ПАВ:	
активное противодействие	4
неодобрительное	2
индифферентное	0

Основные составляющие реабилитационного потенциала	Баллы
10. Профессиональные навыки и интересы:	
сохранены	4
частично утрачены	1
утрачены	–1
11. Отношение к работе и учебе:	
творческое	4
активное	3
безразлично-пассивное	–1
негативное	–2
III БЛОК — ЛИЧНОСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ (приобретенные в процессе заболевания)	
1. Морально-этические нарушения:	
практически отсутствуют	4
легкие (частичное снижение нормативной ценностной ориентации, чувства ответственности, долга и стыда, появились лживость, грубость, позерство, непостоянство, черствость, признаки эгоцентризма, эпизоды воровства и пр.)	–1
средние (значительные нарушения нормативной ценностной ориентации, безответственность, лживость, бесстыдство, грубость, неопрятность, нарушения коммуникабельности, сексуальная распущенность, рентность, эгоцентризм, воровство, хулиганство, криминогенность, снижение материнского/отцовского инстинкта, асоциальность или антисоциальность, погружение в наркоманическую субкультуру и пр.)	–2
тяжелые (грубые, порой необратимые нарушения нормативной ценностной ориентации, безответственность, лживость, бесстыдство, грубость, неопрятность, криминогенность, эгоцентризм, враждебность, агрессивность, тушеводство, утрата материнского/отцовского инстинкта, антисоциальность, погружение в наркоманическую субкультуру и принятие ее и пр.)	–3
2. Интеллектуально-мнестическое нарушения:	
практически отсутствуют	4
легкие (некоторое ухудшение памяти, концентрации внимания, умственной работоспособности, быстрая психическая истощаемость, сниженная или фрагментарная критика к заболеванию, чаще всего повышенная самооценка, мотивы на лечение преимущественно связаны с позитивными личностными и социальными планами и пр.)	–1
средние (явные расстройства памяти, концентрации внимания, умственной работоспособности, замедление ассоциативного процесса, снижение познавательных функций высокого уровня (абстрагирование, планирование, гибкость познания, проникательность и др.) и круга интересов, поверхностность суждений, критика к заболеванию формальная или почти отсутствует, нереальная самооценка (завышенная или сниженная), мотивы на лечение преимущественно прагматические и пр.)	–2
тяжелые (стойкие расстройства памяти, концентрации внимания, умственной работоспособности, ассоциативного процесса, грубое снижение познавательных функций высокого уровня и круга интересов, в ряде случаев психоорганический синдром, преимущественно сниженная самооценка, отсутствие критики к заболеванию, мотивы на лечение прагматические (физиологические) и пр.)	–3

Основные составляющие реабилитационного потенциала	Баллы
3. Эмоциональные нарушения:	
практически отсутствуют	4
легкие (несвойственная до употребления наркотиков эмоциональная лабильность, напряженность, раздражительность, скандальность, появление тревоги и дистимий, утрата тонких эмоций и пр.)	-1
средние (аффективная несдержанность, эмоциональная холодность к родителям и близким, склонность к злобности и жестокости, дистимий и депрессии в постабстинентном периоде и в ремиссии и пр.)	-2
тяжелые (недержание аффектов, эмоциональное отупление, жестокость, дистимии, депрессии, дисфории и пр.)	-3
4. Социофобия:	
отсутствует	4
выражена	-1
5. Деградация личности:	
отсутствует	4
легкая (включает легкие морально-этические, интеллектуально-мнестические и эмоциональные нарушения, наличие первых признаков социальной дезадаптации на фоне синдрома зависимости начальной (первой) стадии)	-1
средняя (включает средней выраженности морально-этические, интеллектуально-мнестические и эмоциональные нарушения, частичную социальную дезадаптацию на фоне синдрома зависимости средней (второй) стадии)	-2
тяжелая (включает тяжелые морально-этические, интеллектуально-мнестические и эмоциональные нарушения, социальную дезадаптацию на фоне синдрома зависимости конечной (третьей) стадии)	-3
ДИАГНОЗ:	
мононаркомания	-1
полинаркомания	-2
наркомания + алкоголизм	-2
наркомания + психические заболевания	-2

Шкала оценки уровней реабилитационного потенциала состоит из четырех блоков в виде конкретных вопросов. Ответ на каждый вопрос подвержен квантификации (количественное выражение качественных признаков), что позволяет все особенности преморбиды, физического, психического и социального развития больного и клинические признаки заболевания оценивать в баллах: +5, +4, +3, +2, +1, 0, -1, -2, -3. В результате четыре блока опросника получают суммарную цифровую оценку уровня реабилитационного потенциала каждого больного (высокий, средний, низкий). Для удобства фиксации результатов опроса прилагается специальная карта (см. приложение 3 к настоящему отраслевому стандарту), полностью соответствующая информационным данным опросника обследования (см. приложение №2 к настоящему отраслевому стандарту). В результате опроса больные с высоким уровнем реабилитационного потенциала в среднем набирают 83 балла (± 6) при «идеале» 110 баллов, со средним уровнем реабилитационного потенциала — 62 балла (± 10), с низким уровнем реабилитационного потенциала — 45 баллов (± 10). Эта сумма образуется в результате вычитания из суммы баллов со знаком «+» суммы баллов со знаком «-».

Приложение 2
к протоколу ведения больных
«Реабилитация больных наркоманией (Z 50.3)»

**КАРТА ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ
РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА
БОЛЬНЫХ НАРКОМАНИЕЙ**

Ф.И.О. _____
Год рождения _____ Дата заполнения: _____

I БЛОК

1. 5-2-2 2. 3-1-1 3. 5 2 2 1-1-2 4. 4 3 1
5. 4 2-1 6. 5 3-1 7. 4 2-1 8. 5 3-1 9. 4 0-1-2
10. 5 0-1 11. 5 4 3 2 1-1 12. 5 4 3-1 13. 4 3 1
14. 4 2-1 15. 4 2-1 16. 4-1 17. 4 1 1-1-1-2 18. 4 3 0-1

II БЛОК

1. 4 3 1-1 2. 4 3 0-1 3. -1-2-3 4. -1-2-3 5. 4-0-1-1
6. 2-1-2-3 7. 0-1-2 8. 4-1-2 9. 4-1-2 10. -1-2-3
11. 4 3 1-3 12. 4 0-1-1-1-3 13. 4 1-2-2 14. 4-1-1-2
15. 4 1 1-1-2 16. 4 2-1 17 17. 4 1-3 18. 4 0-3 19. 3 1

Итого: _____

III БЛОК

1. 3 2 1 2. 3 2 1-1 3. 4-1-3 4. 1-1-2 5. 4 3 2 1-1
6. 4 0-3 7. 4-1-2-3 8. 4 2 0 9. 4 2 0 10. 4 1-1 11. 4 3-1-2

Диагноз обследования: -1-2-2-2

Итого: _____ Уровень реабилитационного потенциала _____

Врач _____

Приложение 3
к Протоколу ведения больных
«Реабилитация больных наркоманией (Z 50.3)»

**ПРИМЕРНЫЙ ПЛАН-СХЕМА
ОДНОГО ДНЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ
РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПРОГРАММЫ**

УТРЕННИЙ ПРИЕМ (с 9.00 по 11.00) или
ВЕЧЕРНИЙ ПРИЕМ (с 16.00 по 18.00)
9.00—10.00 (16.00—17.00) Беседа с врачом (по показаниям лечебные мероприятия).
10.00—11.00 (17.00—18.00) Работа с психологом (психотерапевтом), специалистом по социальной работе (социальным работником) в группе или индивидуально.
Работа с родственниками больных в группе или индивидуально (утреннее или вечернее время).

Приложение 4
к Протоколу ведения больных
«Реабилитация больных наркоманией (Z 50.3)»

**ПРИМЕРНЫЙ ПЛАН-СХЕМА ОДНОГО
ДНЯ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПРОГРАММЫ
ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА**

8.45—9.00 Утренняя встреча
9.00—9.45 ЗАВТРАК
9.45—10.00 Уборка столовой

10.00—10.15 Составление плана на день (тема дня)
10.10—11.10 Беседа с врачом (по показаниям лечебные мероприятия)

11.20—13.00 УТРЕННЕЕ СОБРАНИЕ

Работа с психологом (психотерапевтом), специалистом по социальной работе (социальным работником):

- представление: не забудь ответить на вопросы: «Кто Ты?», «Зачем ты здесь?»;
- новости дня: новости «Терапевтического сообщества», Дневного стационара;
- личные новости, новости из внешнего мира, международные новости, объявления;
- игра-разминка: «Предложи игру» или «дежурная игра» или др.;
- ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ТРЕНИНГ;
- шеринг (анализ состояния, обсуждение результатов встречи, ответы на вопросы).

13.00—13.15 Перерыв

13.15—13.50 Работа по заданию (индивидуально)

13.50—14.00 Подготовка к обеду

14.00—14.45 ОБЕД

14.45—15.00 Уборка столовой

15.00—17.15 КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПОКАЗАНИЯМ:

- терапевтические процедуры (психотерапия, физиотерапия, ароматерапия пр.);
- спортивные занятия;
- арт-терапия;
- индивидуальная работа с психологом или специалистом по социальной работе (социальным работником).

17.15—18.00 ВЕЧЕРНЕЕ СОБРАНИЕ:

- как прошел твой день?
- обсуждение чувств дня;
- анализ состояния;
- задание на дом;
- работа с родственниками больных в группе или индивидуально (утреннее или вечернее время).

Приложение 5

к Протоколу ведения больных

«Реабилитация больных наркоманий (Z 50.3)»

ПРИМЕРНЫЙ ПЛАН-СХЕМА ОДНОГО ДНЯ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПРОГРАММЫ СТАЦИОНАРА РЕАБИЛИТАЦИОННОГО УЧРЕЖДЕНИЯ (ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ)

7.00 Подъем

7.00—7.45 Утренний туалет, уборка постели

7.45—8.30 Завтрак

8.30—8.45 Уборка столовой

8.45—9.00 Утренняя медитация (тема дня)

9.00—10.15 УТРЕННЕЕ СОБРАНИЕ

Работа с психологом, специалистом по социальной работе (социальным работником):

- представление: не забудь ответить на вопросы: «Кто Ты?», «Зачем здесь?»;
- новости дня: новости реабилитационного учреждения, реабилитационного стационара;
- личные новости, международные новости, объявления и пр.
- игра-разминка: «Предложи игру» или «дежурная игра» или др.;

— ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ТРЕНИНГ

10.15—10.30 Перерыв

10.30—11.30 Беседа с врачом (по показаниям лечебные мероприятия)

10.30—13.45 ТРУДОТЕРАПИЯ

13.45—14.00 Подготовка к обеду

14.00—14.45 Обед

14.45—15.00 Уборка столовой

15.00—18.00 ТРУДОТЕРАПИЯ

18.00—18.30 Подготовка к ужину

18.30—19.15 Ужин

19.15—19.30 Уборка столовой

19.30—20.30 КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПОКАЗАНИЯМ:

- терапевтические процедуры (психотерапия, физиотерапия, ароматерапия пр.);
 - спортивные занятия;
 - арт-терапия;
 - индивидуальная работа с психологом или специалистом по социальной работе (социальным работником).
- 20.30—20.45 Перерыв
- 20.45—21.45 ВЕЧЕРНЕЕ СОБРАНИЕ
- как прошел твой день? Чего мы достигли;
 - обсуждение чувств дня;
 - анализ состояния;
 - индивидуальное задание («задание на дом»)
- 21.45—22.45 Свободное время, выполнение домашнего задания

22.45—23.00 Подготовка ко сну

23.00 Отбой

Работа с родственниками больных в группе или индивидуально (утреннее или вечернее время)

Приложение 6

к Протоколу ведения больных

«Реабилитация больных наркоманий (Z 50.3)»

СХЕМА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ЭТАПОВ И ПРИМЕРНЫЙ ГРАФИК РАБОТЫ С БОЛЬНЫМИ В АМБУЛАТОРИИ

Этап реабилитации	Продолжительность этапа	Частота посещений	Количество посещений
адаптационный	до 2 недель (при высоком УРП)	3 раза в неделю	6
	До 4 недель (при среднем и низком УРП)	3 раза в неделю	12
Интеграционный	1—1,5 месяца (при высоком УРП)	2 раза в неделю	4—6
	2—2,5 месяца (при среднем и низком УРП)	2 раза в неделю	16—20

Стабилизационный	3—4 месяца (при 6 месячной реабилитационной программе)	1—2 раза в неделю первые 2 месяца	8—16
		1 раз в две недели последующие 1—2 месяца	2—4
	8—10 месяцев (при одногодичной реабилитационной программе)	1—2 раза в неделю первые 4 месяца	16—32
		1 раз в 2 недели 4—6 месяцев	8—12
	14—15 месяцев (при полугодовой реабилитационной программе)	1—2 раза в неделю первые 4 месяца	16—32
		1 раз в 2 недели 4—6 месяцев	8—12
	20—21 месяцев (при двухгодичной реабилитационной программе)	1 раз в 6 месяцев в течение 6 месяцев	6
		1—2 раза в неделю первые 4 месяца	16—32
		1 раз в две недели следующие 4—6 месяцев	8—12
		1 раз в месяц в течение одного года	12

Итого посещений:

- при 6-месячной программе
 - для больных с высоким УРП — 20-32;
 - для больных со средним и низким УРП — 38-52;
- при 12-месячной программе
 - для больных с высоким УРП — 34-56;
 - для больных со средним и низким УРП — 52-76;
- при 18-месячной программе
 - для больных с высоким УРП — 40-62;
 - для больных со средним и низким УРП — 58-82;
- при 24-месячной программе
 - для больных с высоким УРП — 46-68;
 - для больных со средним и низким УРП — 64-88.

Приложение 7
к Протоколу ведения больных
«Реабилитация больных наркоманией (Z 50.3)»

МОНИТОРИРОВАНИЕ ПРОТОКОЛА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ «РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ НАРКОМАНИЕЙ (Z 50.3)»

Наименование ЛПУ
История болезни или амбулаторная карта №
Ф.И.О. пациента
Пол м/ж. Возраст
Диагноз (основной)
Сопутствующий
Уровень реабилитационного потенциала:
высокий, средний, низкий.
Продолжительность реабилитации (в месяцах):
стационар,
амбулатория.
Какие этапы реабилитации завершены:
адаптационный,
интеграционный,
стабилизационный.
Находится в постреабилитационном периоде с
Перечни медицинских услуг:
обязательного ассортимента,
дополнительного ассортимента
Виды фармакотерапии
Немедикаментозные методы терапии:
физиотерапия
рефлексотерапия
электросон
и пр.
Используемые направления и методы психотерапии:
индивидуальные,
коллективные,
семейные.
Используемые направления трудотерапии
Используемые досуговые мероприятия
Продолжительность ремиссии:
до 3 месяцев,
4—6 месяцев,
7—9 месяцев,
10—12 месяцев,
более 1 года.

Приложение 8
к Протоколу ведения больных
«Реабилитация боль наркоманией (Z 50.3)»
(справочное)

ПЕРЕЧЕНЬ УЧРЕЖДЕНИЙ, ОТВЕТСТВЕННЫХ ЗА МОНИТОРИНГ ПРОТОКОЛА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ «РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ НАРКОМАНИЕЙ (Z 50.3)»

Учреждение, ответственное за мониторинг	Адрес, телефон
Государственное Учреждение «Национальный научный центр наркологии» Минздрава России	121002, Москва, Малый Могильцевский переулок, д.3 241-92-66, 241-50-57