



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

РАСПОРЯЖЕНИЕ

08.11.2023

№ 648р

ГГО совершенствовании
взаимодействия при оказании
медицинской помощи лицам
суицидальным поведением,
ведения суицидологического
регистра и профилактики
суицидов
Астраханской области

Во исполнение приказов Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.05.1998 № 148 «О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением», от 14.10.2022 № 668н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения», распоряжения министерства здравоохранения Астраханской области от 26.05.2023 № 331р «О совершенствовании системы оказания специализированной медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения на территории Астраханской области», в целях совершенствования профилактики суицидов и снижения их распространенности в Астраханской области, организации постоянного мониторинга суицидального поведения среди населения Астраханской области, организации социально-психологической помощи суицидентам и их семьям:

1. Утвердить прилагаемые:

1.1. Перечень медицинских организаций Астраханской области, предоставляющих сведения в государственное бюджетное учреждение здравоохранения Астраханской области «Областная клиническая психиатрическая больница» о всех случаях обращения за медицинской помощью пациентов с признаками суицидальной попытки (далее - Перечень).

1.2. Регламент действий медицинских работников при обращении за медицинской помощью пациентов с суицидальным поведением (далее - Регламент).

1.3. Форму экстренного извещения о случае суицидальной попытки несовершеннолетнего, не закончившегося смертью (далее — Форма №1).

0031658

1.4. Форму экстренного извещения о случае суицидальной попытки, не закончившегося смертью (взрослое население) (далее — Форма №2) .

1.5. Форму предоставления информации по результату осмотра суицидента врачом-психиатром государственного бюджетного учреждения здравоохранения Астраханской области «Областная детская клиническая больница им. Н.Н. Силищевой» и государственного бюджетного учреждения здравоохранения Астраханской области «Городская клиническая больница №3 им. С.М. Кирова» (далее — Форма №3).

1.6. Форму предоставления государственного бюджетного учреждения здравоохранения Астраханской области «Областная клиническая психиатрическая больница» ежемесячной информации о случаях суицидальных попыток на территории Астраханской области, для направления информации в прокуратуру Астраханской области (далее — Форма №4).

2. Определить государственное бюджетное учреждение здравоохранения Астраханской области «Областная клиническая психиатрическая больница» (далее — ГБУЗ ОА «ОКПБ») ответственным за мониторинг и профилактику суицидального поведения среди населения в Астраханской области, ведение суицидологического регистра.

3. Главным врачам медицинских организаций (далее — медицинские организации) Астраханской области, включенных в Перечень:

3.1. Назначить из числа заместителей руководителя ответственного за исполнение настоящего распоряжения.

3.2. Актуализировать нормативно-правовые акты по организации медицинской помощи лицам с суицидальным поведением в медицинских организациях.

3.3. При обращении за медицинской помощью пациентов с суицидальным поведением организовать оказание медицинской помощи в соответствии с Регламентом.

3.4. Обеспечить в течение первых суток с момента установления факта суицидальной попытки предоставление экстренного извещения о каждом случае обращения за медицинской помощью пациентов с признаками суицидального поведения, по Форме №1, Форме №2, Форме №3, в ГБУЗ АО «ОКПБ» по защищенной сети передачи данных VIP-net.

3.5. Главным врачам государственного бюджетного учреждения здравоохранения Астраханской области «Областная детская клиническая больница им. Н.Н. Силищевой» и государственного бюджетного учреждения здравоохранения Астраханской области «Городская клиническая больница №3 им. С.М. Кирова», имеющим в штате учреждения врачей-психиатров:

3.5.1. При поступлении пациента с признаками суицидального поведения в течении суток организовать проведение консультации штатным врачом-психиатром для установления факта суицидальной попытки, наличия или отсутствия психического расстройства в форме суицидального поведения, а также с целью определения показаний к оказанию специализированной психиатрической помощи.

3.5.2. По итогам проведения консультативного осмотра суицидента направлять информацию в ГБУЗ «ОКПБ» по Форме №3.

3.6. Разместить на информационных стендах медицинских организаций и на официальных сайтах в информационно - коммуникационной сети «Интернет» информацию о едином Общероссийском телефоне доверия для детей, подростков и их родителей: (8-800-2000-122) и работе «Телефона доверия» диспансерного отделения лечебно-диагностического отдела ГБУЗ АО «ОКПБ» (8 8512(51-20-80).

4. Главному врачу ГБУЗ АО «ОКПБ»:

4.1. Обеспечить ведение мониторинга суицидального поведения среди населения и суицидологического регистра на основании представляемых медицинскими организациями сведений.

4.2. Назначить лицо, ответственное за ведение суицидологического регистра.

4.3. Организовать осмотр суицидента в медицинской организации течении двух суток после получения экстренного извещения по форме №1 и форме №2.

4.4. Обеспечить оказание специализированной медицинской помощи суицидентам в кабинетах медико-психологической помощи, психотерапевтических кабинетах в соответствии с распоряжением министерства здравоохранения Астраханской области (далее - министерство) от 26.05.2023 № 331р «О совершенствовании системы оказания специализированной медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения на территории Астраханской области» и в кабинетах врачей-психиатров диспансерного отделения ГБУЗ АО «ОКПБ».

4.5. Оказывать организационно-методическую помощь медицинским организациям Астраханской области по вопросам профилактики суицидального поведения среди населения Астраханской области и оказания медицинской помощи лицам, совершившим суицидальную попытку, в том числе несовершеннолетним.

4.6. Проводить анализ суицидологического контингента, результаты которого ежеквартально предоставлять в отдел организации медицинской помощи женщинам и детям, отдел организации медицинской помощи взрослому населению министерства в срок до 15 числа месяца следующего за отчетным периодом.

4.7. Ежемесячно в срок до 5 числа текущего месяца представлять в отдел организации медицинской помощи женщинам и детям, отдел организации медицинской помощи взрослому населению министерства информацию по форме №4 для последующего направления информации в прокуратуру Астраханской области.

4.8. Проводить 2 раза в год семинары-тренинги с медицинскими работниками медицинских организаций, включенных в Перечень, по формированию навыков выявления суицидальной настроенности у пациентов.

5. Отделу организации медицинской помощи женщинам и детям министерства:

5.1. Ежемесячно до 10 числа текущего месяца направлять информацию о случаях суицидальных попыток на территории Астраханской области в прокуратуру Астраханской области.

5.2. Ежеквартально проводить сверку случаев суицидальных попыток на территории Астраханской области со следственным управлением Следственного комитета Российской Федерации по Астраханской области во исполнение протокола заседания межведомственной рабочей группы по обеспечению эффективного взаимодействия в сфере профилактики правонарушений несовершеннолетних от 13.03.2020г.

6. Рекомендовать «Астраханская клиническая больница» Федерального государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Южный окружной медицинский центр Федерального медико-биологического агентства», частному учреждению здравоохранения «Клиническая больница «РЖД-Медицина» города Астрахань» исполнять пункт 3 настоящего распоряжения.

7. Государственному бюджетному учреждению здравоохранения Астраханской области «Медицинский информационно-аналитический центр» разместить настоящее распоряжение в трехдневный срок со дня его подписания на официальном сайте министерства здравоохранения Астраханской области.

8. Признать утратившим силу распоряжение министерства здравоохранения Астраханской области от 27.12.2016 № 1749р «О порядке взаимодействия при оказании медицинской помощи лицам с кризисными состояниями, суицидальным поведением и профилактике суицидов в Астраханской области».

9. Распоряжение вступает в силу со дня его подписания.

Министр здравоохранения
Астраханской области



А.В.Буркин

УТВЕРЖДЕН

распоряжением министерства
здравоохранения Астраханской
области № 648 от 08.11.2025

Перечень медицинских организаций Астраханской области,
предоставляющих сведения в государственное бюджетное учреждение
здравоохранения Астраханской области «Областная клиническая
психиатрическая больница» о всех случаях обращения за медицинской помощью
пациентов с признаками суицидальной попытки

1. ГБУЗ АО «Областная клиническая психиатрическая больница»
2. ГБУЗ АО Александро-Мариинская областная клиническая больница
3. ГБУЗ АО «Областная детская клиническая больница им. Н.Н. Силищевой»
4. ГБУЗ АО «Городская клиническая больница №2 имени братьев Губиных»
5. ГБУЗ АО «Городская клиническая больница №3 им. С.М. Кирова»
6. ГБУЗ АО «Областной наркологический диспансер»
7. ГБУЗ АО «Областная клиническая инфекционная больница им. А.Н. Ничоги»
8. ГБУЗ АО «Областной клинический кожно-венерологический диспансер»
9. ГБУЗ АО «Областная клиническая противотуберкулезная больница»
10. ГБУЗ АО «Городская поликлиника №1»
11. ГБУЗ АО «Городская поликлиника №2»
12. ГБУЗ АО «Городская поликлиника №3»
13. ГБУЗ АО «Городская поликлиника №5»
14. ГБУЗ АО «Городская поликлиника №8 им. Н.И. Пирогова»
15. ГБУЗ АО «Городская поликлиника №10»
16. ГБУЗ АО «Детская городская поликлиника №1»
17. ГБУЗ АО «Детская городская поликлиника №3»
18. ГБУЗ АО «Детская городская поликлиника №4»
19. ГБУЗ АО «Детская городская поликлиника №5»
20. ГБУЗ АО «Центр медицины катастроф и скорой медицинской помощи»
21. ГБУЗ АО «Ахтубинская районная больница»
22. ГБУЗ АО «Володарская районная больница»
23. ГБУЗ АО «Енотаевская районная больница»
24. ГБУЗ АО «Икрянинская районная больница»
25. ГБУЗ АО «Камызякская районная больница»
26. ГБУЗ АО «Красноярская районная больница»
27. ГБУЗ АО «Лиманская районная больница»
28. ГБУЗ АО «Наримановская районная больница»
29. ГБУЗ АО «Приволжская районная больница»
30. ГБУЗ АО «Харабалинская районная больница им. Г.В. Храповой»
31. ГБУЗ АО «Черноярская районная больница»
32. ГБУЗ АО «Городская больница ЗАТО Знаменск»

УТВЕРЖДЕН

распоряжением министерства
здравоохранения Астраханской
области № 648р от 08.11.2023

Регламент действий медицинских работников
при обращении за медицинской помощью пациентов
с суицидальным поведением

1. Настоящий Регламент действий медицинских работников при обращении за медицинской помощью пациентов с суицидальным поведением разработан в целях организации системного мониторинга суицидальных попыток при обращении за медицинской помощью пациентов с признаками суицидального поведения.

2. Мониторингу подлежат случаи суицидальных попыток, выявляемых при обращении в медицинские организации Астраханской области, включенные в Перечень медицинских организаций Астраханской области, предоставляющих сведения в государственное бюджетное учреждение здравоохранения Астраханской области «Областная клиническая психиатрическая больница» о всех случаях обращения за медицинской помощью пациентов с признаками суицидальной попытки, утвержденный настоящим распоряжением.

3. Главным врачам медицинских организаций Астраханской области обеспечить в течении первых суток с момента установления факта суицидальной попытки предоставление экстренного извещения о каждом случае обращения за медицинской помощью пациентов с признаками суицидального поведения, по формам, утвержденным настоящим распоряжением, в государственное бюджетное учреждение здравоохранения Астраханской области «Областная клиническая психиатрическая больница» (далее - ГБУЗ АО «ОКПБ» по защищенной сети передачи данных VIP-net.

4. В течении двух суток с момента получения экстренного извещения проводить консультирование пациентов врачом-психиатром ГБУЗ АО «ОКПБ», для установления наличия или отсутствия психического расстройства в форме суицидального поведения, в том числе с целью определения показаний к оказанию специализированной психиатрической помощи.

5. Главным врачам государственного бюджетного учреждения здравоохранения Астраханской области «Областная детская клиническая больница им. Н.Н. Силищевой» и государственного бюджетного учреждения здравоохранения Астраханской области «Городская клиническая больница №3 им. С.М. Кирова», имеющим в штате учреждения врачей-психиатров:

5.1 При поступлении пациента с признаками суицидального поведения в течении суток организовать проведение консультации штатным врачом-психиатром для установления факта суицидальной попытки, наличия или

отсутствия психического расстройства в форме суицидального поведения, а также с целью определения показаний к оказанию специализированной психиатрической помощи.

5.2. Привлекать врачей-психиатров ГБУЗ АО «ОКПБ» к осмотру суицидента, при наличии медицинских показаний.

6. В случаях отсутствия медицинских показаний для госпитализации в ГБУЗ АО «ОКПБ», врач-психиатр дает рекомендации по дальнейшему оказанию специализированной медицинской помощи суицидентам в амбулаторных условиях и направляет в кабинеты медико - психологической помощи, психотерапевтические кабинеты, в соответствии с приложением №2 к распоряжению министерства здравоохранения Астраханской области от 26.05.2023 №331р «О совершенствовании системы оказания специализированной медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения на территории Астраханской области», с фиксацией в первичной медицинской документации факта направления.

7. Обеспечить оказание специализированной медицинской помощи суицидентам в кабинетах медико-психологической помощи, психотерапевтических кабинетах в соответствии с распоряжением министерства здравоохранения Астраханской области от 26.05.2023 №331р «О совершенствовании системы оказания специализированной медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения на территории Астраханской области» и в кабинетах врачей-психиатров диспансерного отделения ГБУЗ АО «ОКПБ».

УТВЕРЖДЕНА

распоряжением министерства
здравоохранения Астраханской
области № 648 от 08.11.2023

Форма экстренного извещения о случае
суицидальной попытки несовершеннолетнего,
не закончившегося смертью

Наименование медицинской организации _____

1. Время и дата обращения в медицинскую организацию _____

2. Ориентировочное время суицидальной попытки _____

3. Место совершения суицидальной попытки _____

4. Ф.И.О. несовершеннолетнего _____

5. Дата рождения _____

6. Ф.И.О. одного из законных представителей _____

7. Контактный телефон законного представителя _____

8. Пол: мужской _____, женский _____

9. Место жительства _____

10. Место учебы: _____; класс _____

11. Категория: сирота _____, инвалид _____, опекаемый _____ из семьи _____

12. Ранее имели место попытки суицида _____, ранее высказывал

намерение совершить суицидальную попытку _____

13. Характер суицидального действия: самопорезы _____,
отравление _____ (медикаментозное) _____ (бытовой
химией) _____ (другое) _____, падение с
высоты _____, самоповешение _____, другое _____

14. Суицидальной попытке предшествовала конфликтная ситуация: с
педагогами _____, со сверстниками _____, с родителями _____, с
соседями _____, с другими лицами _____, другое (указать) _____

15. Попытка совершена в состоянии опьянения: алкогольного _____,
наркотического _____, токсического _____ (по первичным признакам: шаткая
походка _____, неопрятный внешний вид _____, несвязная речь _____, резкий
запах (указать чего) _____, другое _____).

16. Оставил предсмертную записку _____. Ее
содержание _____

Анкету заполнил (Ф.И.О., должность, место работы): _____

Дата _____

Подпись _____

УТВЕРЖДЕНА

распоряжением министерства
здравоохранения Астраханской
области № 648p от 08.11.2023

Форма
экстренного извещения о случае суицидальной попытки,
не закончившегося смертью (взрослое население)

Наименование медицинской организации _____

1. Ф.И.О. суицидента _____

2. Дата рождения _____ Телефон _____

3. Адрес регистрации _____

4. Социальное положение (работает, учится, безработный, иное (указать))

5. Дата суицидальной попытки _____

6. Вид суицидальных действий: отравление, повешение, самострел, падение с высоты, другое (указать). _____

7. Место совершения: дома, на работе, в образовательном учреждении, в интернате, на улице, в условиях ареста, в другом месте (указать где). _____

8. Характер попытки: в отсутствие (присутствии) других лиц

9. Наличие состояния алкогольного/наркотического опьянения: ДА, НЕТ

10. Медицинская организация в которую направлен (или доставлен). _____

Анкету заполнил (Ф.И.О., должность, место работы): _____

Дата _____

Подпись _____

УТВЕРЖДЕНА

распоряжением министерства
здравоохранения Астраханской
области № 6189 от 08.11.2023

Форма

предоставления информации по результату осмотра суицидента
врачом-психиатром

1. Ф.И.О.
2. Дата рождения
3. Адрес проживания
4. Состоит на учете в ГБУЗ АО «ОКПБ»: нет / да, с..... /..... / г.
Код по МКБ-10
5. Получает психотропную терапию: нет/да, (указать, что именно)
6. Суицидальные попытки ранее: нет/да, (какие и когда)
7. Данные осмотра и освидетельствования: дата /..... /..... г
- 7.1. Психиатрический диагноз (словами):
- 7.2. Наркологический анамнез: алкоголизм/наркомания, стаж лет.
- 7.3. Мотивы суицидальной попытки (указать): а) конфликт в семье; б) конфликт на работе/учебе; в) соматическое заболевание; г) галлюцинаторные/бредовые переживания; д) другое (указать)
- 7.4. Получал ли психотерапевтическую помощь после попытки: нет /да (где)
- 7.5. О совершенной суицидальной попытке: а) [не] сожалеет; б) считает, что поступил правильно; в) сожалеет, что попытка не удалась.
- 7.6. Сохраняется ли суицидальная настроенность на момент осмотра: а) категорически отрицает; б) не исключает повторные суицидальные действия.
- 7.7. Характер суицидальной активности в настоящее время: а) демонстративно-шантажный; б) истинный.
8. Социальный статус:
- 8.1. Холост/ не замужем: семья; вдов(а); другое.
- 8.2. [Не] работает; [не] учится; на пенсии; инвалид; БОМЖ, (другое)
- 8.3. Материальное положение: а) хорошее; б) удовлетворительное; в) неудовлетворительное.
9. Наличие соматического заболевания: (указать какого).
10. Рекомендации: а) направлен к психотерапевту; б) назначен психотропная терапия (амбулаторно); в) нуждается в стационарном лечении.
11. Дата заполнения:
12. Ф.И.О. и подпись врача-психиатра:

УТВЕРЖДЕНА

распоряжением министерства
здравоохранения Астраханской
области № 648/п от 08.11.2023

Форма
предоставления ежемесячной информации о случаях суицидальных попыток на
территории Астраханской области

№п/п	Ф.И.О.	Дата рождения	Адрес	Вид попытки	первично/повторно	Соц. статус	Образовательное учреждение