

**Медициналық авиация бойынша
авиациялық қызметтерді сатып алудың
(халықаралық ұшу)
№ _____ келісім-шарты**

Астана қ. 2024 ж. «__» _____

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің «Ұлттық шұғыл медицинаны үйлестіру орталығы» шаруашылық жүргізу құқығындағы республикалық мемлекеттік кәсіпорны, бұдан әрі «Тапсырыс беруші», атынан Жарғы негізінде әрекет ететін Басқарма Төрағасы Мұратов Тимур Мұратұлы бірінші тараптан және «Орындаушы» деп аталатын _____ атынан _____ негізінде әрекет ететін директор _____ екінші тараптан, әрбір тарап бұдан әрі Тарап деп аталатын, ал бірге Тараптар болып табылатын, Қазақстан Республикасы Бюджет кодексінің 41-бабы 4-тармағының, Қазақстан Республикасы Қаржы министрінің 2015 жылғы 30 наурыздағы № 236 бұйрығымен бекітілген, Мемлекеттік тапсырманы әзірлеу және орындау қағидаларының 3-бөлімі 12-тармағының негізінде осы медициналық авиация бойынша авиациялық қызметтерді сатып алудың келісім-шартын (халықаралық ұші) (бұдан әрі - Шарт) келесідей жасасты:

1. АНЫҚТАМА

Осы Шарттағы төмендегі сөздер келесі мағынаға ие:

- 1.1. «Әуе кемесі» (бұдан әрі - ӘК) – ұшу экипажымен және медициналық персоналмен жиынтықталған, медициналық жабдықтармен жабдықталған (медициналық модульдермен), тиісті ұшу-техникалық сипаттамасы бар мамандандырылған _____ ұшағы.
- 1.2. «Медициналық персонал» (бұдан әрі - МП) – жеткізілген науқасқа шұғыл мамандандырылған және жоғары технологиялық медициналық көмекті тікелей көрсету үшін Орындаушы қамтамасыз етеді.
- 1.3. «Өтінім» - Пациентті (-терді) Қазақстан Республикасына авиациялық жеткізу үшін Орындаушының ӘК Тапсырыс берушінің өтінімі бойынша тағайындалған орынға ұшыру.

**Договор № _____
закупа авиационных услуг по линии
медицинской авиации
(международный полет)**

г. Астана «__» _____ 2024 года

Республиканское государственное предприятие на праве хозяйственного ведения «Национальный координационный центр экстренной медицины» Министерства здравоохранения Республики Казахстан, именуемое в дальнейшем «Заказчик», в лице Председателя Правления Мұратов Тимур Мұратұлы, действующего на основании Устава, с одной стороны, и _____, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____, действующего на _____ основании _____, с другой стороны, каждая из сторон, именуемая в дальнейшем Сторона, а вместе именуемые Стороны, на основании пункта 4 статьи 41 Бюджетного кодекса Республики Казахстан, пункта 12 главы 3 Правил разработки и выполнения государственного задания, утвержденных приказом Министра финансов Республики Казахстан от 30 марта 2015 года № 236, заключили настоящий Договор закупки авиационных услуг по линии медицинской авиации (международный полет) (далее – Договор) о нижеследующем:

1. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

В настоящем Договоре нижеследующие слова имеют следующие значения:

- 1.1. «Воздушное судно» (далее - ВС) – _____, укомплектованное летным экипажем и медицинским персоналом, оснащенное медицинским оборудованием (медицинским модулем), имеющим соответствующие лётно-технические характеристики.
- 1.2. «Медицинский персонал» (далее - МП) - предоставляется Исполнителем, для непосредственного оказания экстренной специализированной и высоко-технологической медицинской помощи доставляемому пациенту.
- 1.3. «Заявка» - задание Заказчика на вылет ВС Исполнителя к месту назначения для выполнения авиационной доставки пациента (ов) в Республику Казахстан.

1.4. «Пациентті (-терді) авиациялық жеткізу» - Қазақстан Республикасынан тыс жерлердегі Қазақстан Республикасы азаматтарын, қандастарын, босқындарын сонымен бірге оны (оларды) алып жүретін тұлғаларды науқастар мен зардап шегушілерді тасымалдауға жабдықталған санитариялық авиациялық көлікпен, медициналық авиация мобильдік бригадасының бақылауымен (медициналық персоналдарының) тасымалдау

1.5. «Пациент» - жеткізу мақсатылы түрде тек мамандандырылған ұшақ көмегімен орындалатын медициналық қызметтерді қажет ететін жеке тұлға, Қазақстан Республикасынан тыс жерлерде жүріп ауырған немесе зардап шеккен Қазақстан Республикасының азаматы, қандас, босқын.

1.6. «Тапсырыс беруші өкілі» - Тапсырыс берушінің диспетчерлік постының медициналық кезекші персоналды, ол осы Келісімшартқа сәйкес ӘК пайдалану бойынша барлық ағымдағы сұрақтарды Орындаушы өкілімен келіседі.

1.7. «Орындаушы өкілі» - келісімшарттың мәнімен байланысты болатын барлық мәселелер бойынша толық уәкілеттілікке ме Орындаушының ресми қызметкері.

1.8. «Тәулік мерзімі» - 00.01 UTC (Дүниежүзілік үйлестірілген уақыт) 24.00 UTC дейін созылған тәулік.

1.9. «Әуе кеменің негіздеу орны» - Тапсырыс берушінің Шұғыл өтініміне сәйкес, Пайдаланушы ӘК ұшыратын дислокация орны.

2. ШАРТ МӘНІ

2.1. Пайдаланушы Осы Шартқа сәйкес, Тапсырыс берушінің Шұғыл өтінімі бойынша Қазақстан Республикасының азаматы

қаласына пациентті жеткізу үшін ӘК ұсынады.

2.2. Пациентті (-терді) авиациялық жеткізу құны осы Келісімшартты орындау бойынша Орындаушының барлық шығындар кіреді.

2.3. Пациентті (-терді) авиациялық жеткізу осы Келісімшарттың 1-қосымшасында көрсетілген, Келісімшарттың ажырамас бөлігі болып табылады және осы Келісімшарттың қолдану мерзімі аяқталғанға дейін өзгертілмейді.

2.4. Тапсырыс берушінің диспетчерлік постының Өтінімінсіз орындалған ӘК ұшуларына тыйым салынады, және Тапсырыс берушімен төленбейді.

1.4. «Авиационная доставка пациента (ов)» - перевозка пациента (ов) - граждан Республики Казахстан, кандасов, беженцев находящихся за её пределами, а также сопровождающих его (их) лиц, медицинским авиационным транспортным средством (ВС), оборудованным для перевозки пациента (ов), под контролем мобильной бригады медицинской авиации (медицинского персонала).

1.5. «Пациент» - физическое лицо, являющееся потребителем медицинских услуг, заболевший или (и) пострадавший гражданин Республики Казахстан, кандас, беженец, находящийся за её пределами, доставку которого целесообразно выполнять с помощью медицинского авиационного транспортного средства (ВС).

1.6. «Представитель Заказчика» - дежурный медицинский персонал Диспетчерского поста Заказчика, который согласует с представителем Исполнителя все текущие вопросы по использованию ВС в соответствии с настоящим Договором.

1.7. «Представитель Исполнителя» - официальный сотрудник Исполнителя с достаточными полномочиями по вопросам, связанным с предметом Договора.

1.8. «Время суток» - сутки, длящиеся с 00.01 UTC (Всемирное координированное время) до 24.00 UTC.

1.9. «Место базирования воздушного судна» - место дислокации, с которого Исполнитель осуществляет вылет (вылеты) ВС, для выполнения Заявки Заказчика.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

2.1. Исполнитель обязуется, в соответствии с настоящим Договором по Заявке Заказчика обеспечить доставку пациента - гражданина Республики Казахстан

2.2. Стоимость авиационной доставки пациента (ов) включает все расходы Исполнителя по выполнению данного Договора.

2.3. Стоимость авиационной доставки пациента указана в Приложении 1 к настоящему Договору, является неотъемлемой частью настоящего Договора и не может изменяться до начала срока действия данного Договора.

2.4. Полеты (вылеты) ВС без Заявки Диспетчерского поста Заказчика запрещены, и

3. ӘУЕ КЕМЕСІНЕ ҚОЙЫЛАТЫН ТАЛАПТАР

3.1. Орындаушы ұсынатын ӘК осы Шартқа 2-қосымшада көрсетілген пациентті (терді) авиациямен жеткізуді жүзеге асыратын ӘК-ге қойылатын барлық техникалық және медициналық талаптарға сәйкес келуге тиіс. ӘК Тапсырыс берушінің өтінімін орындау үшін қажетті ресурс қорына (қызмет ету мерзіміне) ие болуға тиіс.

3.2. ӘК оның ұшуларға ұшу жарамдылығына қатысты ICAO талаптарына сәйкес келуі қажет. ӘК персоналдарды тасымалдау үшін типтік сертификаты, ICAO қағидаларымен бекітілген медициналық авиацияның халықаралық типтік сертификаты (TASA, JAA) болуы қажет.

3.3. ӘК жөндеуден өткен, пайдалануға дайын, газ құйылған, медициналық техникамен (медициналық модуль) (медициналық модульмен) сертифицирленген, 1 (бір) жатулы күйдегі науқасты авиациялық тасымалдау кезінде реанимациялық шараларды және (немесе) қарқынды терапияны жүзеге асыру үшін тиісті шығыс материалдарымен жиынтықталуы қажет.

3.4. Егер басқа да аталмаса, медициналық техниканы пайдалану (медициналық модульдерді) тағайындауы бойынша қолдану процесінде жабдықтардың жиынтықталуы және жөндеуден өткендігі үшін жауапкершілік артатын Орындаушының МП жүзеге асырады.

3.5. ӘК пайдалану ICAO стандарттарымен және қағидаларымен жүзеге асырылуы тиіс.

3.6. Тапсырыс берушінің өтінімі бойынша ӘК ұшуға дайындық уақыты осы өтінімі берілген кезден бастап 24 (жиырма төрт) сағаттан аспайды.

3.7. Тапсырыс берушінің өтінімін орындау кезінде 2 (екі) сағат ішінде жоюға болмайтын ӘК ақаулықтар туындаған жағдайда, Орындаушы 6 (алты) сағат аралығында осы Келісімшарттың талаптарына сәйкес ӘК басқа жөндеуден өткен ӘК ауыстыруға міндетті

3.8. Орындаушы ұшу – техникалық сипаттамалары жақсы және / немесе жақсырақ медициналық жабдықтарымен ӘК ұсынған кезде (ақаулығы бар ӘК ауыстыру үшін) пациентті (-терді) әуелік жеткізу құны ауыстыруға ұсынылған ӘК түріне байланыссыз Тапсырыс беруші үшін өзгертілмеген болып қала береді.

Заказчиком не оплачиваются.

3. ТРЕБОВАНИЯ К ВОЗДУШНОМУ СУДНУ

3.1. Предоставляемое Исполнителем ВС должно соответствовать всем техническим и медицинским требованиям, указанным в Приложении 2 к настоящему Договору, которые предъявляются к ВС, осуществляющим авиационную доставку пациента (ов). ВС должно иметь, необходимый для выполнения Заявки Заказчика запас ресурса (срока службы).

3.2. ВС, должно соответствовать требованиям ICAO в отношении его летной годности к полетам. ВС должно иметь типовой сертификат на перевозку персонала, международный типовой сертификат медицинской авиации (TASA, JAA), установленный правилами ICAO.

3.3. ВС должно иметь исправное, подготовленное к применению, заправленное газами, сертифицированной медицинской техникой (медицинский модуль), укомплектованное соответствующими расходными материалами для осуществления реанимационных мероприятий и (или) интенсивной терапии при авиационной доставке 1 (одного) лежачего пациента.

3.4. Если иное не оговорено, эксплуатацию медицинской техники (медицинского модуля) осуществляет МП Исполнителя, который несет ответственность за его комплектность и исправность в процессе применения по назначению.

3.5. Эксплуатация ВС должна осуществляться по стандартам и правилам ICAO.

3.6. Время готовности ВС к вылету по Заявке Заказчика не более 24 (двадцать четыре) часов с момента подачи Заявки.

3.7. В случае возникновения неисправности ВС при выполнении Заявки Заказчика, которую невозможно устранить в течении 2 (двух) часов, Исполнитель обязан обеспечить замену ВС на исправное, соответствующее требованиям настоящего Договора, в течении 6 (шести) часов.

3.8. При предоставлении Исполнителем для замены неисправного ВС, ВС с более лучшими лётно-техническими характеристиками и/или с более лучшим медицинским оборудованием, стоимость авиационной доставки пациента (ов) для Заказчика остается неизменной,

3.9. Орындаушы ауыстырылатын ӘК төмендегідей ұшу – техникалық сипаттамалары бар ӘК ұсынған кезде (ақаулығы бар ӘК ауыстыру үшін) Тапсырыс беруші ауыстыруға ұсынылған ӘК бас тартуға құқығы бар.

3.10. Осы Келісімшарттың 3.7., 3.8. тармақтарына сәйкес ӘК ауыстыруда Орындаушы Тапсырыс берушімен жазбаша келіседі.

3.11. Орындаушы Тапсырыс берушінің Өтінімдерін кідіртудің барлық жағдайларында әрбір кідіріс сағатына Келісімшарттың құнынан Орындаушыға қатысты 1 % көлемінде айыппұл қолданылады.

4. ЭКИПАЖҒА ҚОЙЫЛАТЫН ТАЛАПТАР

4.1. ӘК мүмкіндіктеріне сәйкес ауадағы сияқты жерде де пайдалануды қамтамасыз ететін Орындаушының лицензияланған экипажымен (экипаждарымен) басқарылады..

4.2. ӘК бұзылғаны, халықаралық ұшулар қағидасының және осы келісімшартпен анықталған басқа да қағидалардың бұзғаны үшін экипаж жауапкершілік артады.

4.3. Осы рейсті орындаушы экипаж пациентті әуелік жеткізудің бекітілген бағытына сәйкес келетін бекеттеріне, үшінші мемлекет аумағынан ұшуды қоса алғанда ұшуларға рұқсатты өз еркімен алады, сонымен бірге кедендік, санитариялық және осы ұшумен байланысты басқа да нақтылықтарды тиісті мемлекеттердің құзыреттік органдарымен келіседі.

4.4. Экипаж ӘК пайдалануды ұлттық және халықаралық қағидаларға сәйкес өз бетімен жүзеге асырады. ӘК командирі халықаралық қағидалар мен нормаларға, сонымен бірге ӘК басқаруға қатысты Қазақстан Республикасының қолданыстағы заңнамасына сәйкес үлестірілген барлық құқықтар мен міндеттерге ие.

4.5. ӘК ұшулары үшін бақылау барлық пайдалану және техникалық құралдармен және осы рейсті орындайтын авиакомпанияның жүйелерімен жүзеге асырылады.

4.6. Орындаушы ӘК экипажын барлық қажетті ұшу – пайдаланушылық құжаттарымен (карталар, сызбалар, ноталар және т.б.) қамтамасыз етеді.

4.7. ӘК экипажы ӘК ұшу – техникалық сипаттамаларына сәйкес жағдайларда (тәуліктің түнгі уақытында, ауа райының

независимо от типа ВС предоставленного на замену.

3.9. При предоставлении Исполнителем для замены, ВС с лётно-техническими характеристиками и/или с медицинским оборудованием уступающими лётно-техническим характеристикам и/или с медицинскому оборудованию замещаемого ВС, Заказчик имеет право на отказ от предоставленного на замену ВС.

3.10. Замена ВС согласно пунктов 3.7., 3.8. настоящего Договора письменно согласуется Исполнителем с Заказчиком.

3.11. Во всех случаях задержек с исполнением Заявки Заказчика, по отношению к Исполнителю применяется штраф в размере 1 % от суммы Договора, за каждый час задержки.

4. ТРЕБОВАНИЯ К ЭКИПАЖУ

4.1. ВС управляется лицензированным экипажем (экипажами), обеспечивающим эксплуатацию ВС как в воздухе, так и на земле, в соответствии с возможностями ВС.

4.2. Экипаж несет ответственность за нарушения ВС правил международных полетов и иных правил, определенных настоящим Договором.

4.3. Экипаж Исполнителя самостоятельно получает разрешения на полеты ВС в пункты, соответствующие установленному маршруту авиационной доставки пациента (ов), включая пролет над территорией третьих стран, а также согласовывает таможенные, санитарные и прочие формальности, связанные с такими полетами, с компетентными органами соответствующих стран.

4.4. Экипаж самостоятельно осуществляет лётную эксплуатацию ВС согласно национальным и международным правилам. За командиром ВС остаются все права и обязанности, которыми он наделен в соответствии с международными правилами и нормами, а также действующим законодательством Республики Казахстан в отношении управления ВС.

4.5. Контроль за полетами ВС осуществляется всеми эксплуатационными и техническими средствами и системами Исполнителя.

4.6. Исполнитель обеспечивает экипаж ВС всей необходимой лётно-эксплуатационной документацией (карты, схемы, нотамы и т.д.).

4.7. Экипаж (экипажи) ВС должны быть

қолайсыз жағдайларында) ұшуға дайын болуы және жіберілуі қажет.

4.8. Орындаушы Тапсырыс берушінің Өтініміне сәйкес, сонымен бірге ӘК қызмет көрсету бойынша әуежайлық қызмет шараларын қоса алғанда ӘК ұшу бағытын қамтамасыз етуі қажет.

4.9. Орындаушы жұмыс уақытын және ӘК экипажының демалу уақытын бақылауға міндетті, олар бекітілген нормаларға сәйкес болуы қажет. Қажеттілік болған жағдайда ӘК экипажының болжамды ауысуын Тапсырыс берушінің Өтінімін орындау уақытын ұзартпай жүргізуі тиіс.

4.10. ӘК командирі Тапсырыс берушінің Өтінімі бойынша ӘК ұшу уақытын тіркеуге жауапкершілік артады.

5. ОРЫНДАУШЫҒА ҚОЙЫЛАТЫН ЖАЛПЫ ТАЛАПТАР

5.1. Орындаушы Тапсырыс берушінің, пациенттің (-тердің) және оларды сүйемелдеуші тұлғалардың тікелей жағдайларда Өтінімдерін орындайтын экипаждың (экипаждардың), МП тұрмыстық және әлеуметтік қажеттіліктерін қанағаттандыру үшін жауапкершілік артады.

5.2. Орындаушы ӘК ұшу кезінде азаматтық құқықтық жауапкершілікті сақтандыруды қамтамасыз етеді:

- үшінші тұлғалардың (МП, сүйемелдеуші тұлға (тұлғалар), пациент (тер));
- экипаж (экипаждар) және сүйемелдеу көрсетуші техникалық персоналдар;

Қажет болған жағдайда, Тапсырыс берушінің талабы бойынша орындаушы сақтандыру куәлігін ұсынады.

5.3. Орындаушы ӘК ұшу уақыты кезінде экипажды (экипаждарды), МП, пациенттерді және оған сүйемелдеу көрсетуші тұлғаларды тамақпен қамтамасыз етеді.

5.4. МП пациентті (-терді) әуелік тасымалдаудың барлық уақыты аралығында пациентті (-терді) бақылау Картасын жүргізеді, ол қарсы алатын медициналық персоналдарға беріледі.

5.5. Орындаушы Шарттың 3, 4 қосымшаларына сәйкес құжатты беруіне міндетті.

6. ТАПСЫРЫС БЕРУШІНІҢ МІНДЕТТЕРІ МЕН ЖАУАПКЕРШІЛІКТЕРІ

Тапсырыс беруші:

подготовлены и допущены к полетам в условиях, соответствующих летно-техническим характеристикам ВС (в ночное время суток, в сложных метеорологических условиях).

4.8. Исполнитель должен обеспечивать контроль маршрута полета (ов) ВС согласно Заявке Заказчика, а также процедур аэропортовой деятельности по обслуживанию ВС, включая промежуточные аэродромы и аэродромы пункта назначения.

4.9. Исполнитель обязан контролировать рабочее время и время отдыха экипажа ВС, которые должны соответствовать установленным нормам. В случае необходимости Исполнитель организует прогнозируемую замену экипажа ВС без увеличения времени исполнения Заявки Заказчика. При замене экипажа ВС стоимость авиационной доставки пациента (ов), остаётся неизменной для Заказчика.

4.10. Командир ВС несет ответственность за регистрацию времени полета ВС по Заявке Заказчика.

5. ОБЩИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ИСПОЛНИТЕЛЮ

5.1. Исполнитель несет ответственность за удовлетворение жилищных и социальных потребностей экипажа (экипажей), МП выполняющего Заявку Заказчика, пациента (ов) и их сопровождающего лица (лиц), в непредвиденных случаях.

5.2. Исполнитель обеспечивает на время полета ВС страхование гражданско-правовой ответственности:

- третьих лиц (МП, сопровождающее лицо (лица), пациент (ы));

- экипаж (экипажей) и сопровождающий технический персонал;

При необходимости, по требованию Заказчика Исполнитель предоставляет свидетельство страхования.

5.3. Исполнитель, на время полета ВС, обеспечивает питанием экипаж (экипажи), МП, пациента (ов) и их сопровождающего лица (лиц).

5.4. МП, в течении всего времени авиационной доставки пациента (ов), ведет Карту наблюдения за пациентом (ми), которая передается встречающему медицинскому персоналу.

5.5. Исполнитель обязан предоставить

6.1. Орындаушы өкілін және ӘК командирін жеткізілетін пациент жайындағы, сүйемелдеуші адамдар жайында, ӘК бағыты және жоспарланған ұшу уақыты, Тапсырыс берушінің Өтінімін орындау үшін қажеттік барлық ақпараттар туралы жазбаша түрде нақты және толық ұсынуды қамтамасыз етуге;

6.2. Қазақстан Республикасының сырт аумақтарына әуетранспортық атқарылған жұмыс актісіне, орындалған актісіне (атқарылған қызмет) және Қазақстан Республикасы денсаулық Сақтау Министрлігінің тарапынан тиісті қаржыландыру сәттен бастап 5 (бес) банктік күн аралығында, негізінде ақы төлеуді жүзеге асыруға.

6.3. Пациентті (-терді) әуелік жеткізу орындау кезіндегі барлық үрдістерді үйлестіруге міндетті.

6.4. Егер көрсетілген авиакөліктік қызметтерді төлеу кезінде Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі тарапынан қаржыландыру кешіктірілсе, Тапсырыс беруші осыған жауап бермейді.

7. ФОРС – МАЖОР

7.1. Осы Келісімшартты жасасқан Тараптардың бірде бірі өзінің міндеттерін толық немесе ішінара орындамаушылық әскери әрекеттер, су тасқыны, жер сілкінісі, дауыл, тайфун және басқа да апатты жағдайлар сияқты жойқын күш әсерінен немесе мемлекеттік немесе халықаралық уәкілеттік органдардың шешімімен болған кездегі міндеттерін орындамағаны үшін жауапкершілік артпайды. Бұл ретте, осы Келісімшарт бойынша міндеттерді орындау мерзімі оларды Тапсырыс берушімен және Орындаушымен келісі арқылы осындай жағдайлар мен салдардың уақытына байланысты өзгеруі мүмкін.

7.2. Кез келген форс – мажорлық жағдайлар уақыты кезінде Орындаушы Тапсырыс берушімен консультация жасайды және шығындарды келіседі, олардың сомасы форс-мажорлық жағдайлардың сипаты мен ұзақтығына, сонымен бірге Орындаушының олардың салдарын жеңілдетуге байланысты болады.

7.3. Егер көрсетілген жағдайлар 10 (он) күнтізбелік күннен асатын болса, онда Тараптардың әрқайсысы тұрақсыздықты төлемей осы Келісімшартты бұзуға құқығы бар.

7.4. Форс – мажорлық жағдайлар туындайтын

документ в соответствии с Приложением 3, 4 к Договору.

6. ОБЯЗАННОСТИ И ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗАКАЗЧИКА

Заказчик обязан:

6.1. Обеспечить представителя Исполнителя и командира ВС точной и полной письменной информацией о доставляемом пациенте (ах), сопровождающих лицах, маршруте и планируемом времени полета ВС, другой необходимой информацией для исполнения Заявки Заказчика.

6.2. Произвести оплату в течении 5 (пяти) банковских дней после подписания обеими Сторонами Акта выполненных работ (оказанных услуг), Акта оказанных авиационных услуг и соответствующего финансирования со стороны Министерства здравоохранения Республики Казахстан.

6.3. Координировать весь процесс выполнения авиационной доставки пациента (ов).

6.4. Заказчик не несет ответственность в случаях, если задержка в оплате оказанных авиационных услуг произошла из-за отсутствия финансирования со стороны Министерства здравоохранения Республики Казахстан.

7. ФОРС-МАЖОР

7.1. Ни одна из Сторон заключивших настоящий Договор не будет нести ответственность за полное или частичное неисполнение своих обязательств, если неисполнение будет являться следствием таких обстоятельств непреодолимой силы, как военные действия, наводнение, землетрясение, ураган, тайфун и другие стихийные бедствия или какие-либо решения государственных или международных уполномоченных органов. При этом срок исполнения обязательств по настоящему Договору может измениться соразмерно времени таких обстоятельств и их последствий, при их согласовании Заказчиком и Исполнителем.

7.2. Во время действия любого форс-мажорного обстоятельства Исполнитель консультируется с Заказчиком и согласует расходы, сумма которых будет зависеть от характера и продолжительности форс-мажорных обстоятельств, а также способности Исполнителя смягчить их последствия.

7.3. Если указанные обстоятельства будут

болса, осы Келісімшарт бойынша өз міндеттерін орындауды тоқтатуға мәжбүр болған Тарап өзіне қолайлы қаражат арқылы басқа Тарапты осы жағдайлардың туындауын түбегейлі түрде сипаттаумен тез арада жазбаша түрде хабардар етуі және осы салдарды жою үшін барлық күшін жұмсауы тиіс.

8. ҚҰПИЯЛЫЛЫҚ

8.1. Екі жақ кез келген баспасөз басылымдары, кітап, журнал, жарнама мен мезгіл-мезгілде шығатын баспалар немесе басқа да ақпарат құралдары арқылы таралатын мәліметті жарияламауды қамтамасыз етеді (екі жақтың келісімінсіз жасалады):

- осы келісімшарттың мезгілі мен жағдайына;
- пациенттерді авиациялық жеткізудің құнына;
- Екі жақтың қызметіне және қызметкерлердің жұмысқа тартылуына байланысты.

9. КЕЛІСІМШАРТТЫҢ МЕРЗІМІ

9.1. Осы Шарт қол қойылған сәттен бастап әрекет етеді және өз әрекетін құқықтық қатынастар тараптардың _____ бастап туындаған Тараптардың құқықтық қатынастарына қолданады және осы Шарт бойынша міндеттемелер толық орындалғанға дейін қолданылады.

9.2. Төмендегі тізілген жағдайларда Тапсырыс беруші Орындаушыға хат арқылы ескертулер жіберіп, осы Келісімшартты бұзуға құқылы:

- егер Орындаушы Тапсырыс берушінің Өтінімінен негізсіз себептерден бас тартса;
- егер Тапсырыс беруші Денсаулық сақтау министрлігі арқылы қаржыландыруын тоқтатса;
- егер Тапсырыс берушімен Орындаушының және/немесе ӘК және/немесе ӘК экипажының (экипаждардың) осы Келісімшартпен белгіленген тәртіпте келіспеушіліктерді анықтаса;

9.3. Орындаушы осы Келісімшарттан бас тартқан жағдайда, хат арқылы Келісімшарттың бұзылуын ескертеді, Келісімшарттың тоқтатылуы Тапсырыс берушінің жазбаша ескерткен күнінен 10 күнтізбелік күн өткен соң басталады.

9.4. Осы Келісімшарт Екі жақтың келісімі бойынша мерзімінен бұрын тоқтатылуы мүмкін;

9.5. Егер Келісімшарт мерзімінен бұрын тоқтатылатын болса, онда Екі жақ өзара есеп айырысу Ақтын жасайды.

длиться более 10 (десяти) календарных дней, то каждая из Сторон вправе аннулировать настоящий Договор без выплаты неустойки.

7.4. В случае возникновения форс-мажорных обстоятельств, Сторона, вынужденная приостановить выполнение своих обязательств по настоящему Договору, должна посредством доступных ей средств в письменном виде немедленно известить другую Сторону с описанием всех подробностей этих обстоятельств и немедленно приложить все усилия для устранения последствий.

8. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

8.1. Стороны обязуются обеспечить неразглашение (без согласования Сторонами), посредством любой публикации в прессе, книгах, журналах, периодических изданиях или объявлениях, или любыми другими средствами, информации о:

- сроках и условиях настоящего Договора;
- стоимости авиационной доставки пациента (ов);
- деятельности Сторон, а также о задействованном персонале.

9. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

9.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания и распространяет свое действие на правоотношение сторон, возникших с _____ и действует до полного исполнения обязательств по настоящему Договору.

9.2. Заказчик вправе расторгнуть настоящий Договор путем направления письменного уведомления Исполнителю в следующих случаях:

- в случае отказа Исполнителя от исполнения Заявки Заказчика по неуважительным причинам или без объяснения причин со стороны Исполнителя;
- в случае прекращения финансирования Заказчика Министерством здравоохранения Республики Казахстан;
- в случае выявления Заказчиком несоответствия Исполнителя и/или ВС и/или экипажа (ей) ВС требованиям, установленным в настоящем Договоре.

9.3. В случае неполучения или отказа в получении Исполнителем письменного уведомления о расторжении настоящего Договора, дата расторжения наступает после истечения 10 (десяти) календарных дней после

10. ДАУЛАРДЫ ҚАРАСТЫРУ

10.1. Егер жұмыс барысында Екі жақтың арасында осы Келісімшартты қолданумен және талқылаумен байланысты туындаған даулар немесе таласты, Екі жақ осы мәселелерді шешуге міндетсінеді.

10.2. Егер таласты сұрақ Екі жақтың келіссөздері арқылы шешілмесе, онда дауды сот тәртібі арқылы қарастырады, Қазақстан Республикасының заң шығару органдарына сәйкес, Астана қаласының мамандырылған ауданаралық экономикалық соты қарастырады.

10.3. Егер осы Шартты орындаумен байланысты тараптардың біріне талап ету арызы қойылса, онда екінші Тарап өзара ынтымақтасып, талап ету арызы қойылған Тарапты қорғайды, осы істі талқылауға қатысады. Егер үшінші тараптың талап ету арызы бір уақытта екі Тарапқа да қойылса, олар өзара үшінші жаққа қарсы қорғауды жүзеге асырады.

11. ҚОРЫТЫНДЫ ЕРЕЖЕ

11.1. Осы Келісімшартқа қолданылатын құқық болып Қазақстан Республикасының заңы табылады.

11.2. Тараптардың кез-келгені осы Келісімшарт бойынша өзінің құқықтары мен міндеттерін басқа бір үшінші Тарапқа келесі бір тараптың жазбаша келісімінсіз беруге құқығы жоқ.

11.3. Осы Келісімшартқа немесе оған Қосымшаға кез келген өзгерту, толықтыру немесе түзету жазбаша түрде жазылған болуы қажет және Тараптардың қол қоюға уәкілетті өкілдерімен қол қойылуы қажет. Кез келген ескерту, осы Келісімшарттың ережелеріне сәйкес, тиісті жақтың өкіліне беріледі, немесе тапсырыс берілген хат арқылы жеткізеді.

11.4. Осы Келісімшарт 2 (екі) үлгіде қазақ және орыс тілдерінде құрастырылған, бірдей заңды күшке ие.

12. ТАРАПТАРДЫҢ МЕКЕН-ЖАЙЫ ЖӘНЕ РЕКВИЗИТТЕРІ ОРЫНДАУШЫ:

направления письменного уведомления Заказчиком.

9.4. Настоящий Договор может быть расторгнут досрочно по соглашению Сторон настоящего Договора.

9.5. В случае досрочного расторжения настоящего Договора, Стороны оформляют Акт сверки взаиморасчетов.

10. РАССМОТРЕНИЕ СПОРОВ

10.1. Стороны обязуются разрешать все споры и разногласия, которые могли возникнуть между ними из-за применения или толкования настоящего Договора, путем прямых двусторонних переговоров.

10.2. Если спорный вопрос не может быть урегулирован между Сторонами путем переговоров, споры подлежат рассмотрению в судебном порядке, в соответствии с законодательством Республики Казахстан, в Специализированном межрайонном экономическом суде г. Астана.

10.3. В случае, если одной из Сторон настоящего Договора предъявлен иск какой-либо третьей стороной, в связи с выполнением настоящего Договора, то другая Сторона сотрудничает и защищает Сторону, которой предъявлен иск, и, в случае необходимости, участвует в разбирательстве такого дела. Если иск третьей стороны будет предъявлен одновременно обеим Сторонам, они совместно осуществляют защиту против такового.

11. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

11.1. Применимым правом к настоящему Договору является законодательство Республики Казахстан.

11.2. Ни одна из Сторон не имеет право передавать третьим лицам права и обязанности по настоящему Договору без письменного согласия другой Стороны.

11.3. Любое изменение, дополнение или исправление настоящего Договора или Приложений к нему должно быть составлено в письменной форме, подписано уполномоченными на подписание представителями Сторон. Любое уведомление, вручается лично в руки представителю соответствующей Стороны или отправляется заказным письмом с уведомлением.

11.4. Настоящий Договор составлен на казахском и русском языках в 2 (двух) экземплярах, имеющих одинаковую

Директор

М.О.

ТАПСЫРЫС БЕРУШІ:

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің «Ұлттық шұғыл медицинаны үйлестіру орталығы» шаруашылық жүргізу құқығындағы республикалық мемлекеттік кәсіпорны
010000, Астана қ., Есіл ауданы, Қорғалжын шоссесі, 13/2 ғимарат, 2 т.е.б.
БСН 130240021888
ЖСК KZ73070KK1KS00045004
БСК KKMFKZ2A
ҚР ҚМ «Қазынашылық комитеті» РММ
Кбе 16

Басқарма Төрағасы

_____ **Т.М. Мұратов**

М.О.

юридическую силу.

**12. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ
СТОРОН
ИСПОЛНИТЕЛЬ:**

Директор

М.П.

ЗАКАЗЧИК:

Республиканское государственное предприятие на праве хозяйственного ведения «Национальный координационный центр экстренной медицины» Министерства здравоохранения Республики Казахстан
010000, г. Астана, район Есиль шоссе
Коргалжын, здание 13/2, н.п. 2
БИН 130240021888
ИИК KZ73070KK1KS00045004
БИК KKMFKZ2A
РГУ «Комитет Казначейства МФ РК»
Кбе 16

Председатель Правления

_____ **Т.М. Мұратов**

М.П.

Приложение 1
к Договору №
от _____ 2024 года

2024 жылғы _____
№ _____ Келісім-шартына
1-қосымша

Стоимость оказываемых Услуг

№	Наименование Услуги и тип ВС	Маршрут полета	Общая сумма Договора, в тенге, с/ без НДС
1	Авиационная доставка пациента на самолете _____ со специальным лежачим местом		
			Итого:

ЗАКАЗЧИК

Республиканское государственное
предприятие на праве хозяйственного
ведения «Национальный координационный
центр экстренной медицины»
Министерства здравоохранения
Республики Казахстан

Председатель Правления

_____ Т.М. Мұратов
М.П.

ИСПОЛНИТЕЛЬ

Директор

М.П.

**Медициналық авиация желісі бойынша ұшақта
авиациялық қызметтерді (халықаралық ұшу)
сатып алу жөніндегі техникалық сипаттама**

1. ӘК-ге қойылатын талаптар

1.1. Әуе кемесі (бұдан әрі - ӘК) - медициналық нұсқада кемінде 2 (екі) білікті медицина қызметкерінің (маман сертификатының немесе шұғыл медициналық көмек көрсетуге рұқсатты растайтын құжаттың болуымен) және 1 (бір) алып жүретін адамның сүйемелдеуімен стандартты зембілдерде жататын жағдайда кемінде 1 (бір) пациентті немесе пациенттерді жатып және отыратын күйде бірге тасымалдау үшін пайдаланылады.

1.2. ӘК төменде көрсетілген талаптарға сәйкес келуі және мыналарды қамтамасыз етуі тиіс:

1) МАМБ персоналының тыныс алуды, қан айналымын бақылау үшін, екі орындаушымен жүрек-өкпе реанимациясын орындау, соның ішінде жүрек-өкпе реанимациясынан кейінгі пациенттің жай-күйін мониторингтеу үшін ұшу кезінде пациенттің басы мен денесіне (жамбастың ортасына дейін) қол жетімділігі;

2) жылу және шу - отқа төзімді және тазалау мен дезинфекциялауға оңай болатын тиісті өңдеу материалдарын қолдану есебінен пациенттің бөлігін оқшаулау;

3) пациенттің бөлігін құрама жарықтандыру: табиғи және жасанды, қажет болған жағдайда қосымша жарықтандырудың тасымалданатын көздерінің болуы;

4) пациенттің, МАМБ персоналының жарақаттану, жақын орналасқан медициналық/авиациялық жабдықтың немесе ӘК конструкциясының элементтерінің зақымдану мүмкіндігін болдырмау үшін барлық медициналық техниканы (медициналық модульдерді) және медициналық мақсаттағы бұйымдарды фиксациялау (бекіту), бұл ретте:

бекітуге арналған бекітпелер ӘК әзірлеушісінің (дайындаушы зауыттың) талаптарына сәйкес келуі тиіс;

медициналық техниканы және медициналық мақсаттағы бұйымдарды орналастыруға және бекітуге арналған орындар (нөмірлермен, жазулармен немесе контурлық сызықтармен) белгіленуге тиіс;

ӘК ішінде медициналық техниканы және медициналық мақсаттағы бұйымдарды (медициналық модульдерді) монтаждау және бөлшектеу, оларды борттық желіге қосу/ажырату

**Техническая спецификация
по закупке авиационных услуг по линии
медицинской авиации
на самолете (международный полет)**

1. Требования к ВС

1.1. Воздушное судно (далее ВС) - в медицинском варианте, используется для перевозки не менее 1 (одного) пациента в лежачем положении на стандартных носилках в сопровождении не менее 2 (двух) квалифицированных медицинских работников, (с наличием сертификата специалиста или документ подтверждающий разрешение на оказание экстренной медицинской помощи) и 1 (одного) сопровождающего лица либо для совместной перевозки пациентов в лежачем и сидячем положении.

1.2. ВС должно соответствовать нижеперечисленным требованиям и обеспечивать:

1) доступ персонала МБМА к голове и туловищу пациента (до середины бедра) во время полета для того, чтобы контролировать дыхание, кровообращение, для выполнения сердечно-легочной реанимации с двумя исполнителями, включая мониторинг состояния пациента после сердечно-легочной реанимации;

2) тепло и шума – изоляция отсека пациента, за счет применения соответствующих отделочных материалов, обладающих огнестойкостью и легко поддающиеся чистке и дезинфекции;

3) комбинированное освещение отсека пациента: естественное и искусственное, при необходимости, наличие переносных источников дополнительного освещения;

4) фиксацию (закрепление), всей медицинской техники (медицинских модулей) и изделий медицинского назначения, для исключения возможности травмирования пациента, персонала МБМА, повреждения рядом расположенного медицинского/авиационного оборудования или элементов конструкции ВС, при этом:

крепления для фиксации должны соответствовать требованиям разработчика ВС (завода-изготовителя);

места, для размещения и фиксации медицинской техники и изделий медицинского назначения, должны быть обозначены (номерами, надписями или контурными линиями);

монтаж и демонтаж медицинской техники и изделий медицинского назначения (медицинских модулей) внутри ВС, их подключение/отключение к

<p>ұшу алдындағы техникалық қызмет көрсету кезінде орындалуы тиіс;</p> <p>5) пациенттің салонында: инфузиялық терапияны жүргізуге арналған бекіткішпен жабдықталған 1 бір пациентті жатып тасымалдауға арналған медициналық модуль орнатылады және тіркеледі.</p> <p>6) пациенттің бөлімшесінің интерьері, медициналық жиһаз, жарақат алу қаупін барынша азайтатындай етіп жобалануы және бекітілуі тиіс: жәшіктер (төсемдер) ашылуының алдын алу үшін мықтап бекітілген; ашық сөрелер жиектері дөңгеленген энергияны сіңіретін материалдан жасалуы керек; төбесі, ішкі қабырғалары мен есіктері отқа төзімді қаптамамен толығымен жабылуы керек; сұйықтықтардың ағып кетуіне жол бермеу үшін беттердің шеттері жобалануы және/немесе тығыздалуы керек;</p> <p>7) электрмен жабдықтау көздері мен оттегі беру көздері бір-бірінен алшақ орналасуы керек;</p> <p>8) жылжымалы медициналық техниканың ауыспалы токпен қоректену кернеуі - 220В (500Вт) (арнайы дайындалған ӘК);</p> <p>9) бортық электр розеткаларында розеткаға салынған штепсельді (ашалы) бекітуге арналған құлыпталатын қосқыштар мен құралдар болуы тиіс;</p> <p>10) сығылған газдармен қоректендірудің кез келген жүйесінің сыйымдылығын тәуекелді басқару қағидаттарын пайдалана отырып, МАМБ мен ӘКК бірлесіп айқындайды, -оттегі редукторымен және шлангтармен (тыныс алу аппаратурасымен) пайдаланушы бекіткен азаматтық ӘК-де қауіпті жүктерді тасымалдау жөніндегі тиісті нұсқаулықтарға сәйкес - жүйенің қажетті сыйымдылығы газды тасымалдау және тұтыну арақашықтықтарының күтілетін диапазоны негізінде анықталады, бірақ сыйымдылығы 10 литрден кем емес медициналық оттегі бар бір баллоннан кем емес (пациенттердің жай-күйіне байланысты);</p> <p>11) құбырлар, газы бар баллондар олардың механикалық зақымдануын және дірілден тозуын болдырмайтындай етіп төселуі, монтаждалуы және орнатылуы тиіс;</p> <p>12) пациент бөлігіндегі жылулық оны тиегенге дейін (ӘК базалық әуесайлақта (аланда) тұрған кезде) +15 о С төмен емес, (пайдаланушы қосымша жылыту жабдығын қолдануды қамтамасыз етуі тиіс); пациенттің бөлігінде, ұшу кезінде, 20 - 25 о С диапазонында, ауаның салыстырмалы ылғалдылығы 30 – 70% болғанда температураны ұстап тұру (ауаның минималды салыстырмалы ылғалдылығы ауаның максималды температурасына сәйкес келеді, ауаның максималды салыстырмалы ылғалдылығы ауаның минималды температурасына сәйкес келеді)</p> <p>13) ӘК-нің осы типі үшін кемінде 3 (үш) стандартты қауіпсіздік белдіктерімен және қорғаныш қақпақтарымен (ақ түсті) жабдықталған креслолар, медицина қызметкерлеріне арналған үстел;</p>	<p>бортовой сети, должны выполняться во время предполетного технического обслуживания;</p> <p>5) в салоне пациента устанавливаются и фиксируются: медицинский модуль для транспортировки 1 одного пациента в лежачем положении, оборудованный креплением для проведения инфузионной терапии.</p> <p>6) интерьер отсека пациента, медицинская мебель, должны быть спроектированы и зафиксированы таким образом, чтобы свести к минимуму риск получения травм: ящики (укладки) надежно закреплены для того, чтобы предотвратить само открытие; открытые стеллажи должны быть изготовлены из энергопоглощающего материала с закругленными краями; потолок, внутренние стены и двери отсека пациента должны быть полностью закрыты огнестойкой обивкой; края поверхностей должны быть спроектированы и/или загерметизированы, чтобы исключалось протекание жидкостей;</p> <p>7) источники электропитания и источники подачи кислорода разнесены;</p> <p>8) напряжение питания мобильной медицинской техники переменным током - 220В (500Вт) (специально подготовленных ВС);</p> <p>9) бортовые электрические розетки должны иметь запирающиеся разъемы и средства для фиксации штекера (вилки), вставленного в розетку;</p> <p>10) емкость любой системы питания сжатыми газами определяется совместно МБМА и КВС, используя принципы управления риском, - необходимая емкость системы определяется исходя из ожидаемого диапазона расстояний транспортирования и потребления газа, но не менее одного баллона с медицинским кислородом емкостью не менее 10 литров (в зависимости от состояние пациентов) с кислородным редуктором и шлангами (с дыхательной аппаратурой) соответствующие Инструкции по перевозке опасных грузов на гражданских ВС, утвержденной Эксплуатантом;</p> <p>11) трубопроводы, баллоны с газом должны быть проложены, смонтированы и установлены таким образом, чтобы предотвратить их механические повреждения и износ от вибрации;</p> <p>12) предварительный подогрев воздуха в отсеке пациента не ниже +15° С, до его погрузки (при стоянке ВС на базовом аэродроме (площадке), эксплуатантом должно быть обеспечено применение дополнительного оборудования подогрева); поддержание температуры в отсеке пациента, во время полета, в диапазоне 20 - 25° С, при относительной влажности воздуха 30 – 70 % (минимальная относительная влажность воздуха соответствует максимальной температуре воздуха, максимальная относительная влажность воздуха соответствует минимальной температуре воздуха)</p>
--	--

<p>14) пациент бөлігінің едені ӘК конструкциясына герметикалық болуы және төгілген сұйықтықтарды сүртіп алуды көздеуі тиіс;</p> <p>15) еден жабындары тайғақ болмауы, оның ішінде ылғалды жағдайда, ағып кетудің алдын алу мақсатында барабар бақылауды қамтамасыз етуі, сондай-ақ тазалау мен дезинфекциялауға оңай болуы тиіс;</p> <p>16) люктер (есіктер) ойықтарының конструктивтік мүмкіндігі пациентті зембілге қауіпсіз тиеуді/түсіруді, төтенше (авариялық) жағдайларда пациентті шығару мүмкіндігін қамтамасыз етуге тиіс;</p> <p>17) ӘК бортында алғашқы көмек құралдарының және авариялық-құтқару жабдықтарының штаттық жиынтығы болуға тиіс;</p> <p>18) ӘК-де жиынтықтау тізбесіне сәйкес пайдалануға дайын жарамды медициналық жабдық болуы тиіс (авариялық-құтқару жабдығымен жиынтықта). ӘК бортында орналастырылған оған қажетті жинақтауыштарды қоса алғанда, медициналық жабдықтардың барлық тізбесіне пайдаланушының әрбір медициналық бұйымға мынадай құжаттамасы болуы тиіс: - тіркеу куәлігі-медициналық бұйымдар мен медициналық техниканың мемлекеттік тіркелгенін куәландыратын құжат. Тіркеу қажеттілігі болмаған жағдайда, медициналық бұйымдардың айналысы саласындағы уәкілетті органнан тіркеу қажеттілігінің жоқтығы туралы хат; қауіпсіздік сапасын бағалау сертификаты; -тексеру туралы сертификат; - медициналық жабдыққа техникалық қызмет көрсету кестесі; -пайдалану жөніндегі нұсқаулық (Нұсқаулық) ұсыну қажет.</p> <p>1.3. ӘК жарамды, онда Тапсырыс берушінің жедел өтінімін орындау үшін оған техникалық қызмет көрсету бойынша пайдалану құжаттамасында көзделген барлық жұмыстар орындалған болуы тиіс.</p> <p>1.4. ӘК Тапсырыс берушінің жедел өтінімі бойынша өзінің ұшу-техникалық сипаттамаларына сәйкес келетін жағдайларда пайдаланушының экипажымен кемінде 2 (екі) адам санында ұшуды орындауы тиіс.</p> <p>1.5. Аэронавигациялық отын қорын ескере отырып, қашықтық және ӘК ұшу жылдамдығы оның ұшу-техникалық сипаттамасымен айқындалады.</p> <p>1.6. Пайдаланушы «Жолаушылар мен жүктерді тасымалдауға арналған көлік құралдарына қойылатын санитариялық-эпидемиологиялық талаптар» санитариялық қағидаларын бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы 11 қаңтардағы № ҚР ДСМ-5 бұйрығына сәйкес әуе көлік құралдарын ұстауға және пайдалануға қойылатын санитариялық-эпидемиологиялық талаптарды сақтауға міндетті.</p> <p>1.7. ӘК орындаушысы ұсынатын пациентті (терді) авиациямен жеткізуді жүзеге асыратын ӘК-ге қойылатын барлық техникалық және медициналық талаптарға сәйкес келуге тиіс. ӘК Тапсырыс берушінің жедел өтінімін орындау үшін қажетті ресурс қорына (қызмет ету мерзіміне) ие болуға тиіс.</p>	<p>13) не менее 3 (трех) стандартных, для данного типа ВС, кресел, оборудованных стандартными ремнями безопасности и защитными чехлами (белого цвета), стол для медицинских работников;</p> <p>14) пол отсека пациента должен быть герметичным к конструкции ВС и предусматривать удаление пролитых жидкостей;</p> <p>15) напольные покрытия не должны быть скользкими, в том числе во влажном состоянии, должны обеспечивать адекватный контроль с целью предотвращения протеканий, а также легко поддаваться чистке и дезинфекции;</p> <p>16) конструктивная возможность проемов люков (дверей) должна обеспечивать безопасную погрузку/выгрузку пациента на носилках, возможность выноса пациента в чрезвычайных (аварийных) ситуациях;</p> <p>17) на борту ВС должен быть штатный комплект средств первой помощи и аварийно-спасательного оборудования;</p> <p>18) ВС должно иметь исправное медицинское оборудование, готовое к эксплуатации, согласно перечню комплектации (в комплекте с аварийно-спасательным оборудованием). На весь перечень медицинского оборудования, включая необходимые комплектующие к нему, размещенные на борту ВС, Эксплуатант должен иметь на каждое медицинское изделие следующую документацию: -регистрационное удостоверение - документ, удостоверяющий государственную регистрацию медицинских изделий и медицинской техники. В случае отсутствия необходимости регистрации, предоставить письмо от уполномоченного органа в сфере обращения медицинских изделий об отсутствии необходимости регистрации; сертификат оценки качества безопасности; -сертификат о проверке; -график технического обслуживания медицинского оборудования; -руководство по пользованию (мануал).</p> <p>1.3. ВС должно быть исправно, на нем выполнены все предусмотренные эксплуатационной документацией работы по его техническому обслуживанию для выполнения Оперативной заявки Заказчика.</p> <p>1.4. ВС должно выполнять полет по Оперативной заявке Заказчика в условиях, соответствующих своим летно-техническим характеристикам с экипажем Эксплуатанта в количестве не менее 2 (двух) человек.</p> <p>1.5. Дальность, с учетом аэронавигационного запаса топлива, и скорость полета ВС определяются его летно-техническими характеристиками.</p> <p>1.6. Эксплуатант обязан соблюдать санитарно-эпидемиологические требования, согласно Приказа Министра здравоохранения Республики Казахстана от 11 января 2021 года № ҚР ДСМ-5 «Об утверждении Санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к транспортным средствам для перевозки пассажиров и грузов», предъявляемые к содержанию и эксплуатации воздушно транспортных средств.</p>
---	---

1.8. ӘК, оның ұшуға жарамдылығына қатысты ІСАО талаптарына сәйкес келуі тиіс. ӘК-де персоналды тасымалдауға арналған үлгілік сертификат, ІСАО қағидаларында белгіленген медициналық авиацияның халықаралық үлгілік сертификаты (TASA, JAA) болуы тиіс.

1.9. ӘК 1 (бір) жататын пациентті авиациялық жеткізу кезінде реанимациялық іс-шараларды және (немесе) қарқынды терапияны жүзеге асыру үшін тиісті шығыс материалдарымен жасақталған жарамды, қолдануға дайындалған, сертификатталған медициналық техникамен (медициналық модульмен) газбен толтырылған болуы тиіс.

1.10. Егер өзге ескертілмесе, медициналық техниканы (медициналық модульді) пайдалануды Орындаушының медициналық персоналы жүзеге асырады, ол мақсатына сай қолдану процесінде оның толықтығы мен жарамдылығы үшін жауапты болады.

1.11. ӘК пайдалану ІСАО стандарттары мен ережелері бойынша жүзеге асырылуы тиіс.

2. Пайдаланушыға қойылатын талаптар

2.1. Пайдаланушы:

2.1.1. Экипажда:

- Белгіленген үлгідегі экипаж мүшесінің куәліктері;

- Ұшқыштардың қолданыстағы куәліктерінің болуы (қажетті біліктілік белгілерімен);

- Сараптамалық комиссияның дәрігерлік-ұшу анықтамалары болуын;

2.2.2. ӘК, медициналық жабдықтар мен техниканың техникалық жай-күйін.

2.2.3. ӘК техникалық мүмкіндіктері шегінде бұл ретте қамтамасыз ете отырып, ұшақтың ұшу бағытын:

- жалпы ұшу уақытын азайту;

- аралық қону санын шектеу;

- пациент, МАМБ, алып жүретін адамдар, экипаж үшін қолайлы жайлылықты қамтамасыз етуді бақылайды.

ПАЙДАЛАНУШЫ

Директор

М.П.

1.7. Предоставляемое Исполнителем ВС должно соответствовать всем техническим и медицинским требованиям, которые предъявляются к ВС, осуществляющим авиационную доставку пациента (ов). ВС должно иметь, необходимый для выполнения оперативной Заявки Заказчика запас ресурса (срока службы).

1.8. ВС, должно соответствовать требованиям ІСАО в отношении его летной годности к полетам. ВС должно иметь типовой сертификат на перевозку персонала, международный типовой сертификат медицинской авиации (TASA, JAA) установленный правилами ІСАО.

1.9. ВС должно иметь исправное, подготовленное к применению, заправленное газами, сертифицированной медицинской техникой (медицинский модуль), укомплектованное соответствующими расходными материалами для осуществления реанимационных мероприятий и (или) интенсивной терапии при авиационной доставке 1 (одного) лежащего пациента.

1.10. Если иное не оговорено, эксплуатацию медицинской техники (медицинского модуля) осуществляет медицинский персонал Исполнителя, который несет ответственность за его комплектность и исправность в процессе применения по назначению.

1.11. Эксплуатация ВС должна осуществляться по стандартам и правилам ІСАО.

2. Требования к Эксплуатанту

2.1. Эксплуатант контролирует:

2.1.1. Наличие у экипажа:

- Удостоверения члена экипажа установленного образца;

- наличие действующих Свидетельств пилотов (с необходимыми квалификационными отметками);

- справки Врачебно-летная экспертная комиссия;

2.2.2. Техническое состояние ВС, медицинского оборудования и техники.

2.2.3. Маршрут полета ВС, обеспечивая при этом, в пределах технических возможностей ВС:

- минимизацию времени всего полета;

- ограничение числа промежуточных посадок;

- обеспечение приемлемого комфорта для пациента, МБМА, сопровождающих лиц, экипажа.

ЭКСПЛУАТАНТ

Директор

М.П.

ТАПСЫРЫС БЕРУШІ

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің «Ұлттық шұғыл медицинаны үйлестіру орталығы» шаруашылық жүргізу құқығындағы республикалық мемлекеттік кәсіпорны

Басқарма Төрағасы

_____ **Т.М. Мұратов**

М.О.

ЗАКАЗЧИК

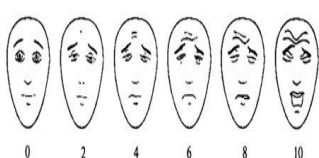
Республиканское государственное предприятие на праве хозяйственного ведения «Национальный координационный центр экстренной медицины» Министерства здравоохранения Республики Казахстан

Председатель Правления

_____ **Т.М. Мұратов**

М.П.

Авиакомпания:	ПРОТОКОЛ ТРАНСПОРТИРОВКИ ПАЦИЕНТА		№		
	Дата вылета: ___/___/___	Воздушное судно:	Страница		
ФИО пациента:		Дата рождения:		1/2	
Национальность:	Пол: <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж		Время	Действия	
Номер паспорта:	Рост:	Вес:			
Срок действия:					
ФИО сопровождающего лица:					
Направившая МО:	Принимающая МО:				
Ответственный врач:	Ответственный врач:				
Город/Страна:	Город/Страна:				
Посадка:	Высота:	Время передачи:			
Основные жалобы:	Другие сопутствующие жалобы:				
Анамнез заболевания:					
			Сокращения: ВЗЛ – взлет КЛИН – клиника НТ – наземный транспорт ПАЦ – пациент ПРИБ – прибытие ПРИЗ – приземление		
			Личное имущество		
Операции/процедуры, выполненные в течение текущего пребывания:			Предмет	Получено	Доставлено

		Мед. документы	✓	✓							
		РГ снимки/CD									
		Паспорт/УД Л									
		Сумка/Чемодан									
Сопутствующие заболевания/Аллергия		Препараты	Прочее								
			Прочее								
		Оценка боли									
											
Диагноз:		1-4 баллы: умеренно выраженный болевой синдром. 5-8 баллы: умеренный болевой синдром. 9-10 баллы: резко выраженный болевой синдром. Характер боли/время: _____									
Состояние при посадке											
Общ. сост.	Седация		О Г		П ○ ● ● ○ Л	Ментальный ст.	Тревога		Полнота	Полная	
	В сознании		РР		○ ● ● ○		Апатия			Ограничена	
	Контактен		Д Р		○ ● ● ○		Возбужден ие			Сильно ограничена	
	Ориентирован		О б щ		ЛП - - ЛП		Ступор			Неподвиж ный	
Дыхание	Спонтанное	Насальная канюля			Доступ/Катетеры	В/в канюля		Дренаживание гр.клетки			
	Оронозальная маска	Маска лицев./СРАР маска				Центр.венозный катетер		Другое			
	Трахеостомия	Другое				Артер.катетер		Другое			
	Интубирован	Эндотр.трубка: размер				Назогастр. зонд		Другое			
Кожа	Здоровая	Недерж	Отсутствует		Заметки						
	Тонкая/сухая		Катетер								

Отечная			Недержание мочи							
Выцветшая			Недержание кала							

Протокол транспортировки		ФИО пациента:				Дата рождения:				№		Стр.2/2	
Прим. МО - мед.орг. З - земля П - полет Ритм ЭКГ: SR - синус.ритм ST - .синус.тахикардия SB - синус.брадикардия AF-фибрил.предсердия	Время												
	Процесс												
	Высота в кабине												
	Поток O ₂ /FiO ₂												
	SpO ₂												
	НиАД ↓	22 0											
	иАД ↓	20 0											
	ЧСС ●												
	ДАК -	18 0											
	ЧДД												
	ЭКГ ритм												
	Темп-ра тела												
	ШКГ (ОГ/РР/ДР)												
	Боль (/10)												
	ЦВД												
	EtCO ₂												
Вентиляция	Режим												
	Дых. объем												
	Мин. объем												
	Prip.												
	Pins.												
	ПДКВ												

		I:E												
		ЧДД												
Дрепирование	Выделено мочи													
	Др.													
	Др.													
Препараты/ вливания										Лаборатория				
Время	Препараты					Доза	Направление	Время						
Записи о полете														
Состояние при передаче										Медицинская бригада				
Общ. сост.	Седация		ШКТ	ОГ		Зрачки	П ○ ●	● ○ Л	Ментальный статус	Тревога		Подвижность	Полная	ФИО
	В сознании			РР			○ ●	● ○		Апатия			Ограничена	
	Контактен			ДР			○ ●	● ○		Возбуждение			Сильно ограничена	ФИО
	Ориентирован			Общ			ЛП -	- ЛП		Ступор			Неподвижный	Подпись
Дыхание	Спонтанное		Назальная канюля				Доступ/Катетер	В/в канюля		Дренирование гр.клетки		ФИО		
	Оронозальная маска		Маска лицев./CPAP маска					ЦВК		Другое			Подпись	
	Трахеостомия		Другое					Артер.катетер		Другое		ФИО		
	Интубирован		Трубка: размер					Назогастр.зонд		Другое		Подпись		
Кожа	Здоровая		Недержание	Отсутствует				Заметки						ФИО, подпись принимающей бригады
	Тонкая/сухая			Катетер										
	Отечная			Недержание мочи										
	Выцветшая			Недержание кала										

Сокращения:

ФИО – фамилия, имя, отчество.

МО – медицинская организация.

УДЛ – удостоверение личности.

ШКГ – шкала комы Глазго: ОГ – открывание глаз; РР – речевая реакция; ДР – двигательная реакция.

Л – левый.

П – правый.

НиАД – неинвазивное артериальное давление.

иАД – инвазивное артериальное давление.

ЧСС – частота сердечных сокращений.

ДАК – давление артериальной крови.

ЧДД – частота дыхательных движений.

ЭКГ – электрокардиограмма.

ЦВД – центральное венозное давление.

Air company	PROTOCOL OF PATIENT'S TRANSPORT			No
	Departure date: ___/___/___	Aircraft:		Page
Patient Name:		Date of birth:		1/2
Nationality:	Sex: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Time	Movement
Passport No:	Height (cm):	Weight (kg):		
Expiry date:				
Name of accompanying person:				
Referral Facility:	Receiving Facility:			
Responsible Doctor:	Responsible Doctor:			
City/Country:	City/Country:			
Landing:	Altitude (ft):	Time of handover:		
Chief Complaints:	Other Relevant Complaints:			
History of Current Medical Condition:				
			Abbreviations:	
			T/O – Take-Off	
			PATH – Patient	
GA – Ground Ambulance				
LND - Landed				
HOSP - Hospital				
ARR - Arrived				
PERSONAL EFFECTS				
Surgery/Procedures Performed during Current Stay			Item	Recei- -ved
				Delive- -red

		Medical documents	✓	✓					
		X-ray/CD							
		Passport							
		Bags/Suitcases							
Pre-existing Conditions/Allergies	Medications	Other							
		Other							
		Pain Assessment							
		 0 2 4 6 8 10							
Diagnosis:		1-4 points: moderately severe pain syndrome.							
		5-8 points: moderate pain syndrome.							
		9-10 points: pronounced pain syndrome.							
		Pain pattern/time: _____							
		Help provided/time: _____ _____ _____							
CONDITION AT PICK-UP		Reevaluation/time _____							
Gen. cond	Sedated	GCS	E	Pupils	R ○ ● ● ○ L	Mental	Alert	Mobility	Full
	Conscious		V		○ ● ● ○		Apathetic		Restricted
	Cooperative		M		○ ● ● ○		Confused		Very restricted
	Oriented		T		LR - - LR		Stupor		Immobile
Respirat	Spontaneous	Nasal Cannula		Lines/Cath	IV Cannula	Chest Drain			
	Oronasal Mask	Face/CPAP Mask			Central Venous	Other: _____			
	Tracheostomy	Other:			Arterial Line	Other: _____			
	Intubated	ETT (size):			NG	Other: _____			
Skin	Healthy	Incontinence	None		Notes				
	Thin/Dry		Catheter						
	Edematous		Urinary Incont.						

Discolored		Fecal Incont.							
------------	--	---------------	--	--	--	--	--	--	--

PROTOCOL OF PATIENT'S TRANSPORT	Patient name:	Date of birth:	Nº	Page 2/2
--	---------------	----------------	----	----------

Key	Time										
	MVT	MVT									
H-Hospital	Cabin Alt (ft)										
GA-G Amb	O ₂ Flow/FiO ₂										
G-Ground	SPO ₂										
F-Flight	NIBP \times / \times										
ECG Rhythm	22 0										
	IBP \updownarrow										
SR- Sirius R	20 0										
ST-S Tachy	HR •										
SB S Brady	18 0										
AB Fib	MAP -										
	RR										
	ECG Rhythm										
	Body Temp.										
	GCS (E/V/M)										
	Pain (/10)										
	CVP										
	EtCO ₂										
	Ventilation	Mode									
		Respirat. Volume									
		Min. Volume									
		Ppip.									
		Pins.									
		PEEP									
		I:E									
		RR									
Drains	Urinary Output										
	Other:										
	Other										

MEDICATIONS/INFUSIONS										LABS			
Time	Medications/infusions						Dose	Route	Time				
In-flight notes													
CONDITION AT HAND-OFF											MEDICAL CREW		
Gen. cond	Sedated		GCS	E		Pupils	R ○ ● ● ○ L	Mental	Alert		Mobility	Full	Name Signature
	Conscious			V			○ ● ● ○		Apathetic			Restricted	
	Cooperative			M			○ ● ● ○		Confused			Very restricted	Name Signature
	Oriented			T			LR - - LR		Stupor			Immobile	
Respirat	Spontaneous		Nasal Cannula					Lines/Cath	IV Cannula		Chest Drain	Name Signature	
	Oronasal Mask		Face/CPAP Mask						Central Venous		Other: _____		
	Tracheostomy		Other:						Arterial Line		Other: _____	Name Signature	
	Intubated		ETT (size):						NG		Other: _____		
Skin	Healthy		Incontinence	None				Notes					Receiving crew name/ Signature
	Thin/Dry			Catheter									
	Edematous			Urinary Incont.									
	Discolored			Fecal Incont.									

**Информированное согласие
на транспортировку, медицинские вмешательства,
включая инвазивные и проведение анестезии/седации по линии медицинской авиации из за рубежа**

Я, законный представитель: _____

(Ф.И.О. законного представителя)

Даю согласие на медицинскую транспортировку (подчеркнуть *): себя/лица, законным представителем которого я являюсь: _____ находясь в сопровождении

(Ф.И.О., дата рождения пациента)

мобильной бригады медицинской авиации, из _____

(название страны и города)

в _____ на самолете по линии медицинской авиации.

(название страны и города)

❖ Я, уведомляю, что выписываю пациента из _____

(наименование клиники)

по собственной воле, и СОГЛАСНО медицинским рекомендациям лечащего врача.

❖ Я, даю информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства* (пункция плевральной полости, трахеостомия, коникотомия, интубация трахеи, искусственная вентиляция легких, катетеризация магистральных сосудов, катетеризация мочевого пузыря, все виды анестезии и седации, роды).

❖ В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанные с ними риски, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

❖ Я, информирован(а), признаю и принимаю данные и прочие риски, которые могут вызвать обострение и стать причиной ухудшения состояния моего (подопечного) здоровья.

❖ Я, информирован(а) и допускаю, что воздушное судно (самолет, вертолёт) может отклониться от запланированного маршрута с целью обеспечения безопасности и/или в связи с состоянием моего (подопечного) здоровья.

❖ Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных статьёй № 137 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения от 7 июля 2020 года № 360-VI.

❖ Мне были разъяснены правила и медицинские особенности, и риски медицинской транспортировки на воздушном судне. Они включают следующее, но не ограничены только этим:

- перепады атмосферного давления;
- воздушная турбулентность;
- продление времени перевозки и смена часовых поясов;
- вынужденная неподвижность (фиксация) и пребывание в замкнутом пространстве салона воздушного судна (самолета, вертолёта);

• меньше возможности предоставления услуг медицинского персонала и медицинского оборудования, по сравнению с возможностями их получения в медицинской организации.

❖ Мне были разъяснены правила поведения во время нахождения на воздушном судне.

❖ Мне разъяснены понятия инвазивные методы и инвазивные вмешательства:

Инвазивные методы – методы диагностики и лечения, осуществляемые путем проникновения во внутреннюю среду организма человека. **Инвазивное вмешательство** – медицинская процедура, связанная с полным или частичным вводом в тело изделия медицинского назначения и/или медицинской техники через естественные внешние барьеры организма (кожа, слизистые оболочки) с нарушением их целостности, либо через анатомические полости/отверстия тела, либо посредством хирургического вмешательства.

❖ **Название инвазивного вмешательства (если необходимо):** _____

❖ Я информирован(а) о необходимости, целях, характере планируемого инвазивного вмешательства, согласен(на) со всеми подготовительными и сопровождающими возможными анестезиологическими, реанимационными мероприятиями, а также мне объяснены результаты предстоящей процедуры.

❖ Я обязуюсь своевременно информировать медицинских работников об изменении состояния своего здоровья (моего подопечного) в процессе диагностики и лечения, в том числе при проведении инвазивного вмешательства.

❖ Я информирован(а) о возможных альтернативных методах и вариантах лечения при данном заболевании, а также о последствиях при отказе от лечения.

❖ Я предупрежден(а), что во время инвазивного вмешательства могут возникнуть непредвиденные обстоятельства, риски и осложнения.

❖ Я информирован (а) о том, что во время инвазивной процедуры и после инвазивной процедуры могут возникнуть предполагаемые и непредвиденные экстренные случаи, когда я (подопечный) буду не в состоянии дать согласие на проведение необходимых экстренных действий (повторных процедур и др.). В таких ситуациях врачи, непосредственно занятые в тот период времени моим (подопечного) лечением, будут принимать решение о дальнейшей тактике самостоятельно или

решением консилиума.

❖ **Название анестезии/седации (если необходимо):** _____

❖ Я информирован(а) врачом: о предстоящей анестезии/седации, о её целях, показаниях и противопоказаниях, возможных осложнениях, об имеющемся для меня (подопечного) риске при её проведении и вопросах моего (подопечного) пробуждения. Также я получил(а) информацию о состоянии своего (подопечного) здоровья для данной процедуры.

❖ Мне разъяснено, что плохая переносимость процедуры может быть связана с несоблюдением мной (подопечным) предписаний врача, особенностей моего (подопечного) организма и стать объективной причиной отказа врача от проведения данного вида манипуляции.

❖ Я понимаю, что во время проведения анестезии/седации и после нее могут появиться непредвиденные и неблагоприятные обстоятельства, осложнения: снижение артериального давления, головные боли, головокружение, тошнота, рвота, нарушение дыхательной и сердечной деятельности, аспирация желудочного содержимого, необратимые изменения в центральной нервной системе и т.д. При этом врачи могут быть поставлены перед необходимостью изменить доведенный до меня (подопечного) план обследования или лечения. В очень редких критических случаях может потребоваться проведение реанимационных мероприятий.

❖ Я осознаю, что любое инвазивное вмешательство связано с риском для здоровья, однако я понимаю, что медицинский персонал имеет все необходимые знания и опыт для успешного выполнения данной процедуры. Мне понятно, что отказ от проведения данной манипуляции, как следствие, может неблагоприятно отразиться на моем (подопечного) здоровье и привести к различному роду осложнениям. Мне разъяснены возможные последствия отказа от анестезии/седации. Мне разъяснено право отказаться от предложенной мне (подопечному) процедуры в любое время до начала ее выполнения.

❖ Врач объяснил мне вероятность успешного проведения анестезии/седации, а также сколько данная процедура может продлиться по времени до моего (моего подопечного) полного пробуждения.

❖ Мне разъяснены и понятны возможные варианты анестезии.

❖ Я проинформирован(а) о преимуществах выбранного метода седации/анестезии.

❖ Я знаю, что в целях максимальной эффективности проводимого лечения, я обязан(а) ставить в известность врача обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем (подопечного): наследственность; наличие хронических заболеваний (в т.ч. ВИЧ, СПИД и вирусный гепатит); аллергические проявления, индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов и продуктов питания; курение, злоупотребление алкоголем, наркотическими препаратами; перенесенные травмы, операции, заболевания, анестезиологические пособия; экологические и производственные факторы физической, химической или биологической природы, воздействующие на меня (подопечного) во время жизнедеятельности; принимаемые лекарственные средства.

❖ Я предупрежден(а), что в ряде случаев могут понадобиться повторные инвазивные процедуры, и даю согласие на это.

❖ Необходимость проведения данного вмешательства мне разъяснена врачом в доступной для меня форме.

❖ Я информирован(а) о последствиях отказа от проведения планируемой инвазивной процедуры, в частности, что отказ от нее может привести к установлению неправильного диагноза и лечения.

❖ Я также получил(а) подробные инструкции и рекомендации относительно моей (подопечного) подготовки к исследованию, поведения во время и после манипуляции. Я обязуюсь неукоснительно следовать всем этим рекомендациям и указаниям медицинских работников и врача, проводящего манипуляцию, строго соблюдать предписанный мне после процедуры режим.

❖ Я проинформирован(а) обо всех возможных проблемах, связанных с выздоровлением.

❖ Я имел(а) возможность задавать любые вопросы врачу и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы.

❖ Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа и согласен(а) с ними.

❖ Исходя из моих прав, я представляю список лиц и их телефонов, кому может быть предоставлена информация о состоянии моего (подопечного) здоровья, диагнозе моего (подопечного) заболевания и иные сведения, полученные при моем (подопечного) обследовании и лечении.

Подпись пациента / родителя (законного представителя): _____ **тел.:** _____

Ф.И.О., подпись врача: _____

Дата «__» _____ **20**__ **г.** **Время:** _____ **час.** _____ **мин.**

**Нужное обвести.*

***Законные представители пациента: мать, отец, взрослые дети (сестра, брат), муж, жена, опекуны и попечители. При отсутствии законных представителей решение об оказании медицинской помощи принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно медицинский работник с последующим уведомлением должностных лиц медицинской организации и законных представителей (статья № 137 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения от 7 июля 2020 года № 360-VI.).*

**Informed consent
for transportation, medical interventions,
including invasive and anesthesia/sedation by medical aviation from abroad**

I, the legal representative: _____

(Full name of the legal representative)

I consent to medical transportation (underline*): myself/the person whose legal representative I am:

_____ being accompanied by

(Full name of the legal representative)

mobile medical aviation brigade, from _____

(name of the country and city)

to _____ by plane via medical aviation.

(name of the country and city)

❖ I am notifying that I am discharging a patient from _____

(name of the clinic)

of their own free will, and ACCORDING to the medical recommendations of the attending physician.

❖ I, give informed voluntary consent to medical interventions* (puncture of the pleural cavity, tracheostomy, conicotomy, tracheal intubation, artificial lung ventilation, catheterization of the main vessels, catheterization of the bladder, all types of anesthesia and sedation, childbirth).

❖ In a form accessible to me, the goals, methods of medical care, the risks associated with them, possible options for medical interventions, their consequences, including the likelihood of complications, as well as the expected results of medical care are explained to me.

❖ I am informed, acknowledge and accept these and other risks that may cause an aggravation and cause deterioration of my (ward's) health.

❖ I am informed and accept that the aircraft (airplane, helicopter) may deviate from the planned route in order to ensure safety and/or due to the state of my (ward's) health.

❖ It has been explained to me that I have the right to refuse one or more types of medical interventions, or to demand its (their) termination, except for the cases provided for in Article No. 137 of the Code of the Republic of Kazakhstan "On the Health of the People and the Healthcare System of July 7, 2020 No. 360-VI.

❖ The rules and medical features and the risks of medical transportation on an aircraft were explained to me. They include, but are not limited to, the following:

- atmospheric pressure drops;
- air turbulence;
- extension of transportation time and change of time zones;
- forced immobility (fixation) and staying in a confined space of the cabin of an aircraft (airplane, helicopter);
- there is less possibility of providing services of medical personnel and medical equipment, compared with the possibilities of obtaining them in a medical organization.

❖ The rules of conduct while on the aircraft were explained to me.

❖ The concepts of invasive methods and invasive interventions are explained to me:

Invasive methods – methods of diagnosis and treatment carried out by penetration into the internal environment of the human body. **Invasive intervention** – a medical procedure involving the complete or partial insertion of a medical device and/or medical equipment into the body through the natural external barriers of the body (skin, mucous membranes) with violation of their integrity, either through anatomical cavities / openings of the body, or through surgical intervention.

❖ **Name of the invasive intervention (if necessary):** _____

❖ I am informed about the necessity, goals, and nature of the planned invasive intervention, agree with all preparatory and accompanying possible anesthetic, resuscitation measures, and the results of the upcoming procedure are explained to me.

❖ I undertake to inform medical professionals in a timely manner about changes in the state of my health (my ward) in the process of diagnosis and treatment, including during invasive intervention.

❖ I am informed about possible alternative methods and treatment options for this disease, as well as about the consequences of refusing treatment.

❖ I am warned that unforeseen circumstances, risks and complications may arise during the invasive intervention.

❖ I am informed that during the invasive procedure and after the invasive procedure, anticipated and unforeseen emergency cases may arise when I (the ward) may be unable to consent to the necessary emergency actions (repeated procedures, etc.). In such situations, doctors who are directly engaged in my (ward's) treatment at that time will decide on further tactics independently or by a decision of the council.

❖ **Name of anesthesia/sedation (if necessary):** _____

❖ I am informed by the doctor: about the upcoming anesthesia/sedation, about its goals, indications and contraindications, possible complications, about the risk for me (ward) during its implementation and questions of my (ward) awakening. Also, I got information about the state of his (ward's) health for this procedure. II

❖ It was explained to me that the poor tolerability of the procedure may be due to my (ward's) failure to comply with the doctor's prescriptions, the characteristics of my (ward's) body and become an objective reason for the doctor's refusal to perform this type of manipulation.

❖ I understand that during anesthesia/sedation and after it, unforeseen and unfavorable circumstances, complications may appear: decreased blood pressure, headaches, dizziness, nausea, vomiting, respiratory and cardiac disorders, aspiration of gastric contents, irreversible changes in the central nervous system, etc. At the same time, doctors may be faced with the need to change the examination or treatment plan brought to me (the ward). In very rare critical cases, resuscitation may be required.

❖ I am aware that any invasive intervention is associated with a health risk, however, I understand that the medical staff has all the necessary knowledge and experience to successfully perform this procedure. It is clear to me that the refusal to carry out this manipulation, as a consequence, may adversely affect my (ward's) health and lead to various kinds of complications. The possible consequences of refusing anesthesia/sedation have been explained to me. I have been explained the right to refuse the procedure proposed to me (the ward) at any time before the start of its implementation.

❖ The doctor explained to me the probability of successful anesthesia/sedation, as well as how long this procedure can last until my (my ward's) full awakening.

❖ The possible options of anesthesia are explained and clear to me.

❖ I am informed about the advantages of the chosen method of sedation/anesthesia.

❖ I know that in order to maximize the effectiveness of the treatment, I am obliged to inform the doctor about all the problems related to my health (ward): heredity; the presence of chronic diseases (including HIV, AIDS and viral hepatitis); allergic manifestations, individual intolerance to medicines and food; smoking, alcohol abuse, narcotic drugs; injuries, operations, diseases, anesthetic aids; environmental and industrial factors of physical, chemical or biological nature that affect me (the ward) during life; medications taken.

❖ I have been warned that in some cases repeated invasive procedures may be necessary, and I consent to this.

❖ The need for this intervention has been explained to me by the doctor in a form that is accessible to me.

❖ I am informed of the consequences of refusing to carry out the planned invasive procedure, in particular, that refusing it may lead to the establishment of an incorrect diagnosis and treatment.

❖ I also received(a) detailed instructions and recommendations regarding my (ward's) preparation for the study, behavior during and after manipulation. I commit to following all these recommendations and instructions of medical professionals and the doctor conducting the manipulation, strictly observe the regimen prescribed to me after the procedure.

❖ I am informed about all possible problems related to recovery.

❖ I had(a) the opportunity to ask any questions to the doctor and to all questions received(a) comprehensive answers.

❖ I am familiar with all the points of this document and agree with them.

❖ Based on my rights, I submit a list of persons and their phone numbers to whom information about the state of my (ward) health, the diagnosis of my (ward) disease and other information obtained during my (ward) examination and treatment can be provided.

Signature of the patient/ parent (legal representative): _____ phone number.: _____

Full name, signature of the doctor : _____

Date «__»_____20__ . Time : ____ . ____ .

**Circle one.*

***Legal representatives of the patient: mother, father, adult children (sister, brother), husband, wife, guardians and trustees. In the absence of legal representatives, the decision to provide medical care is made by a council, and if it is impossible to collect a council, a medical worker directly, followed by notification of officials of a medical organization and legal representatives (Article No. 137 of the Code of the Republic of Kazakhstan "On the Health of the People and the healthcare System of July 7, 2020 No. 360-VI.).*