

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
«МОЗДОКСКАЯ ЦЕНТРАЛЬНАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ СЕВЕРНАЯ ОСЕТИЯ-АЛАНИЯ
ПРИКАЗ**

6 апреля 2017 года

№ 61

В соответствии с частью 5 статьи 32 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в РСО-Алания, приказываю:

1. Утвердить Положение о порядке госпитализации и выписки больных в ГБУЗ «МЦРБ» МЗ РСО-Алания (приложение N 1),
2. Утвердить Правила ведения медицинской документации (приложение 2),
3. Утвердить Режим пребывания пациентов и посетителей (приложение 3).
4. Руководителям структурных подразделений при оказании круглосуточной стационарной медицинской помощи руководствоваться Положением о порядке госпитализации и выписки больных в ГБУЗ «МЦРБ» МЗ РСО-Алания, Правилами ведения медицинской документации, Режимом пребывания пациентов и посетителей.
5. Начальнику отдела кадров Булановой Ю.Г. ознакомить всех руководителей структурных подразделений с Положением о порядке госпитализации и выписки больных в ГБУЗ «МЦРБ» МЗ РСО-Алания, Правилами ведения медицинской документации, Режимом пребывания пациентов и посетителей.
6. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя главного врача по лечебной части Бестаева Э.Ф.

Главный врач



А.Б.Лекоев

	Абукова М.А.	<u>12.04.</u>	2017 года
	Адырхаева Н.Р.	<u>04.04.</u>	2017 года
	Бедоева А.Б.	<u>04.04.</u>	2017 года
	Бедоконева Э.В.	<u>7.11.</u>	2017 года
	Бестаев Э.Ф.	<u>16.04.</u>	2017 года
	Галбаева З.А.	<u>18.04.</u>	2017 года
	Гасиев Ю.Б.	<u>04.04.</u>	2017 года
	Горбатовская С.С.	<u>04.04.</u>	2017 года
	Димитрюк С.Т.	<u>04.04.</u>	2017 года
	Елбаев В.К.	<u>07.04.</u>	2017 года
	Жумалаков М.М.	<u>07.04.</u>	2017 года
	Караева Т.Н.	<u>13.04.</u>	2017 года
	Ларина Г.И.	<u>04.04.</u>	2017 года
	Мамадов В.И.	<u>7.04.</u>	2017 года
	Медоева Л.В.	<u>18.04.</u>	2017 года
	Пироженко В.Ф.	<u>04.</u>	2017 года
	Гатонова Ж.Д.	<u>7.04.</u>	2017 года
	Турушкина Л.В.	<u>13.04.</u>	2017 года
	Урумова А.Р.	<u>29.04.</u>	2017 года
	Фидарова М.В.	<u>07.04.</u>	2017 года
	Хаджиев Г.О.	<u>04.04.</u>	2017 года
	Хаджиева З.А.	<u>04.04.</u>	2017 года
	Хамикоева Т.Б.	<u>04.04.</u>	2017 года
	Цагаев А.Т.	<u>04.04.</u>	2017 года
	Царикаев Р.Х.	<u>7.04.</u>	2017 года
	Чаусова Т.Г.	<u>04.04.</u>	2017 года

**ПОЛОЖЕНИЕ
О ПОРЯДКЕ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ И ВЫПИСКИ БОЛЬНЫХ
В ГБУЗ «МЦРБ» МЗ РСО-АЛАНИЯ**

Порядок госпитализации определен ФЗ от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в РСО-Алания, приказом Минздрава России № 565н от 17.05.2012г. «Об утверждении порядка информирования медицинскими организациями органов внутренних дел о поступлении пациентов, в отношении которых имеются достаточные основания полагать, что вред их здоровью причинен в результате противоправных действий», что вред их здоровью причинен в результате противоправных действий».

ОБЩИЕ ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

Медицинская помощь в стационарных условиях оказывается пациентам при наличии медицинских показаний, которые требуют круглосуточного медицинского наблюдения (за исключением дневного стационара), применения интенсивных методов лечения и (или) изоляции, в том числе по эпидемическим показаниям.

Госпитализация гражданина осуществляется:

1. по направлению лечащего врача, оказывающего первичную врачебную медико- санитарную помощь, а также первичную специализированную медико-санитарную помощь, включая врачей-специалистов медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, в порядке, установленном уполномоченным органом;
2. бригадами скорой медицинской помощи, осуществляющими медицинскую эвакуации и госпитализацию по экстренным или неотложным медицинским показаниям;
3. при самостоятельном обращении гражданина по экстренным медицинским показаниям.

Госпитализация в стационар круглосуточного пребывания проводится в экстренной и плановой формах.

Экстренная госпитализация – госпитализация в случае внезапно возникшего заболевания или состояния, обострения хронического заболевания, влекущих угрозу для жизни, осуществляется круглосуточно.

Регистрация и осмотр пациента, доставленного в медицинскую организацию по экстренным медицинским показаниям, проводятся медицинским работником незамедлительно, повторный осмотр осуществляется не позднее чем через один час после перевода в отделение.

Госпитализация пациента в плановой форме осуществляется по направлению лечащего врача. Направление на плановую госпитализацию выдается согласно форме направления N 057/у-04, заверенной личной печатью врача и печатью учреждения, выдавшего направление.

Критериями отбора больных для плановой госпитализации в круглосуточные стационары системы ОМС являются:

Невозможность проведения лечебных и/или диагностических мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях.

Состояния больного, требующие круглосуточного наблюдения в связи с возможностью развития осложнений основного заболевания, угрожаемых жизни больного.

Изоляция по эпидемическим показаниям.

Прием больных в стационар на плановую госпитализацию производится ежедневно с 08.00 до 14.00, кроме субботы, воскресенья и праздничных дней.

При направлении граждан на плановую госпитализацию амбулаторно-поликлинические учреждения (организации) обеспечивают выполнение клинического минимума лабораторно-диагностических и инструментальных исследований, необходимого для обоснования направления пациента на плановую госпитализацию.

При отсутствии полного обследования, необходимого для плановой госпитализации пациента, стационары системы ОМС проводят необходимое дообследование с использованием лечебно-диагностических возможностей стационара в условиях профильного отделения.

Необходимые исследования и консультации специалистов стационара выполняются за счет средств, предусмотренных на реализацию Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в Республике Северная Осетия-Алания, бесплатно для пациента.

При направлении пациентов на плановую госпитализацию стационары:

- 1.обеспечивают консультации специалистов стационара в соответствии с профилем планируемой госпитализации за счет средств, предусмотренных на реализацию Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи;
2. проводят необходимое дообследование пациентов (в т.ч. консультации врачей- специалистов) за счет средств, предусмотренных на реализацию Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи;
3. определяют сроки плановой госпитализации в соответствии с формой фиксации очередности-ожидание плановой госпитализации во все отделения составляет не более 30 календарных дней (согласно Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи);
4. при изменении даты запланированной госпитализации уведомляют пациента о причинах изменения и о новой дате госпитализации.

Перечень документов, необходимых при госпитализации пациента:

- паспорт или иной документ, удостоверяющий личность (удостоверение сотрудника МВД, УФСИН и др);
- страховой медицинский полис;
- СНИЛС;
- направление на госпитализацию;
- при необходимости амбулаторную карту.

ПОРЯДОК ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

При приеме пациента медицинская сестра приемного отделения оформляет медицинскую карту стационарного больного или журнал амбулаторного приема, журнал регистрации пациентов, в соответствии со стандартами ведения медицинской документации, заносит необходимые сведения в журнал регистрации поступающих пациентов. Если больной доставлен в бессознательном состоянии, после оказания ему необходимой медицинской помощи паспортная часть истории болезни заполняется со слов родственников, сопровождающих лиц, медицинских работников (сотрудники скорой медицинской помощи). В случае отсутствия документов и каких-либо сведений о нем, данные о неизвестном сообщаются в отдел полиции с соответствующей пометкой в истории болезни.

Одежда пациента при госпитализации возвращается родственникам или помещается в специальную комнату на хранение в отделение стационара под ответственность сестры-хозяйки отделения с описью и выдачей на руки квитанции о приемке. Получить одежду пациент может при выписке в рабочие часы.

Все документы и ценности пациент возвращает родственникам – администрация круглосуточного стационара не несет ответственности за хранение документов и ценностей. В случае госпитализации пациента в бессознательном состоянии производится опись документов и ценностей с передачей их постовой (старшей) медицинской сестре и хранением в сейфе. Под руководством медицинской сестры приемного отделения проводится санитарная обработка, в случае необходимости, по назначению врача приемного отделения.

Прием больных врачом приемного отделения проводится в соответствии с показаниями – экстренная или плановая госпитализация. Врач приемного отделения собирает анамнез заболевания, жалобы, проводит осмотр пациента, при необходимости назначает необходимые диагностические исследования, консультации узких специалистов, устанавливает предварительный диагноз, оформляет историю болезни. В случае выявления у пациента острого паразитарного заболевания (педикулез, чесотка), в обязательном порядке назначает санитарную обработку, составляет экстренное извещение по ф.58/у, которое передается врачу-эпидемиологу в течение 12 часов.

Вопрос об отказе от госпитализации решает заведующий отделением, дежурный врач (в выходные и праздничные дни) в зависимости от профиля заболевания. В случае отказа в госпитализации больного врач оказывает пациенту всю необходимую диагностическую и лечебную помощь, регистрирует отказ в журнале отказов в госпитализации, выдает на руки справка в установленном порядке. В случае необоснованного направления или направления с нарушением правил регистрируется осмотр в журнале приема амбулаторных пациентов, оформляется дефект амбулаторной помощи. В случае отказа по причине отсутствия мест в отделении, больному назначается день явки на госпитализацию и на время ожидания назначается соответствующее лечение с оформлением соответствующей записи в журнале регистрации пациентов.

В случае отказа пациента от предложенной госпитализации или медицинского вмешательства, отказ оформляется записью в журнал отказов согласно статьи 20 «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства» ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» с оформлением «Отказа пациента от медицинского вмешательства». При отказе от госпитализации при тяжелом течении заболевания и/или риске

неблагоприятного исхода, врач информирует амбулаторно-поликлиническое учреждение по месту жительства больного.

В случае госпитализации пациента в бессознательном состоянии решение о госпитализации принимается консилиумом из 3-х врачей, при невозможности провести консилиум – дежурным врачом с уведомлением должностных лиц лечебного учреждения.

Плановая госпитализация пациентов в профильное отделение осуществляется по решению заведующего отделением и согласованному с главным врачом или заместителем главного врача по лечебной части.

В случае отсутствия показаний для плановой госпитализации, врач оказывает пациенту необходимую медицинскую помощь и делает запись в Журнале отказов госпитализации, какая помощь оказана и куда направлен пациент (в другую больницу, поликлинику, домой и т.д.). Больному выдается на руки справка в установленном порядке. Все случаи отказа в госпитализации врач регистрирует в журнале (учетная форма N 001/у утвержденная приказом Минздрава СССР №1030 от 04.10.80г).

В случае отказа в плановой госпитализации по причине отсутствия места в отделении больному необходимо назначить день явки и в случае необходимости на время до госпитализации назначить соответствующее состоянию больного адекватное лечение с оформлением в журнале. В случае выявления необоснованного направления или направления больных с нарушением правил должна быть оформлена соответствующая дефектура.

При отказе пациента от госпитализации или медицинского вмешательства, отказ оформляется записью в медицинскую карту стационарного больного или карту амбулаторного приема согласно статьи 20 «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства» ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» с оформлением «Отказ пациента от медицинского вмешательства». Об отказе пациента от госпитализации при тяжелом течении заболевания и риске неблагоприятного исхода, в обязательном порядке информируется амбулаторно-поликлиническое учреждение по месту жительства больного.

ПОРЯДОК ГОСПИТАЛИЗАЦИИ И ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С КРИМИНАЛЬНЫМИ ТРАВМАМИ ИЛИ БЕЗ ДОКУМЕНТОВ

Дежурный врач обязан незамедлительно сообщать по телефону в дежурную часть полиции обо всех фактах поступления (обращения) пациентов в случае наличия у них следующих признаков причинения вреда здоровью в результате совершения противоправных действий:

- травмы, полученные при неосторожном обращении с оружием и боеприпасами;
- ранения и травмы, полученные при взрывах и иных происшествиях, разрешение заявлений и сообщений которых отнесено к компетенции органов внутренних дел;
- колотые, резаные, колото-резаные, рваные раны;
- переломы костей, гематомы, ушибы мягких тканей;
- гематомы внутренних органов;
- ушибы, сотрясения головного мозга;
- повреждения, связанные с воздействием высоких или низких температур, высокого или низкого атмосферного давления;
- механическая асфиксия;
- поражение электрическим током;
- состояния, вызванные воздействием токсичных, ядовитых, психотропных веществ;
- признаки проведения вмешательств, связанных с целью искусственного прерывания беременности (аборта) вне медицинской организации, имеющей соответствующую лицензию;
- признаки изнасилования и/или иных насильственных действий сексуального характера;
- истощение;
- иные признаки причинения вреда здоровью, в отношении которых есть основания полагать, что они возникли в результате противоправных действий.

Медицинская сестра приемного отделения всех граждан, поступивших (обратившихся) с телесными повреждениями насильственного характера регистрирует в журнале регистрации сведений о факте поступления (обращения) пациентов с телесными повреждениями насильственного характера:

- дата, время, способ передачи информации в МВД о пациенте, поступившем (обратившемся) в приемное отделение;
- фамилия, имя, отчество, возраст поступившего (обратившегося) пациента;
- адрес регистрации по месту жительства или по месту фактического пребывания;
- дата, время поступления (обращения) пациента за медицинской помощью;
- характер имеющегося состояния, возможные причины его возникновения, степень тяжести состояния пациента;

- фамилия, имя, отчество медицинского работника, передавшего сведения;
- фамилия, имя, отчество и должность сотрудника МВД, принявшего сведения;

В истории болезни на обратной стороне лицевой части проводится соответствующая отметка о передаче данных сведений.

При поступлении пациента в лечебное учреждение информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, составляют врачебную тайну (статья 13 «Соблюдение врачебной тайны» ФЗ № 323).

С письменного согласия пациента допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам. Обязательным условием является составление письменного согласия на предоставление информации (статья 22 «Информация о состоянии здоровья» ФЗ №323 «Об основах охраны здоровья граждан РФ».)

Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается:

1. В целях проведения медицинского обследования и лечения гражданина, который в результате своего состояния не способен выразить свою волю, с учетом положений пункта 1 части 9 статьи 20 ФЗ №323 «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства» настоящего Федерального закона; (если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители);

2. При угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;

3. По запросу органов дознания и следствия, суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством, по запросу органа уголовно-исполнительной системы;

4. В случае оказания медицинской помощи несовершеннолетнему в соответствии с пунктом 2 части 2 статьи 20 ФЗ №323 «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства» несовершеннолетнего больного наркоманией при оказании ему наркологической помощи или при медицинском освидетельствовании в целях установления состояния наркотического либо иного опьянения. А также несовершеннолетнему, не достигшему возраста, установленного частью 2 статьи 54 ФЗ № 323 («Права несовершеннолетних в сфере охраны здоровья» оказание медицинской помощи в период оздоровления и организованного отдыха в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти) для информирования одного из его родителей или иного законного представителя;

5. В целях информирования органов внутренних дел о поступлении пациента, в отношении которого имеются достаточные основания полагать, что вред его здоровью причинен в результате противоправных действий;

6. В целях проведения военно-врачебной экспертизы по запросам военных комиссариатов, кадровых служб и военно-врачебных (врачебно-летных) комиссий федеральных органов исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба;

7. в целях расследования несчастного случая на производстве и профессионального заболевания.

Обязательным условием госпитализации, консультации, медицинского вмешательства является наличие информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, статья 20 «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства» ФЗ №323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

АБСОЛЮТНЫЕ ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

- угроза жизни больного при острой (экстренной) хирургической патологии;
- состояния больного, требующие неотложных лечебно-диагностических мероприятий и (или) круглосуточного наблюдения.

ОБЩИЕ КРИТЕРИИ ОТБОРА БОЛЬНЫХ ДЛЯ ПЛАНОВОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В КРУГЛОСУТОЧНЫЕ СТАЦИОНАРЫ

- невозможность проведения лечебных мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях;
- невозможность проведения диагностических мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях;
- состояния больного, требующие круглосуточного наблюдения в связи с возможностью развития осложнений основного заболевания, угрожаемых жизни больного;
- необходимость постоянного врачебного наблюдения не менее 3-х раз в сутки;
- необходимость круглосуточного выполнения лечебных процедур не менее 3-х раз в сутки;
- изоляция по эпидемиологическим показаниям;
- угроза для здоровья и жизни окружающих;

- осложненная беременность и роды;
- территориальная отдаленность больного от стационара (с учетом потенциально возможного ухудшения);
- неэффективность амбулаторного лечения у часто и длительно болеющих.

При госпитализации пациент должен иметь при себе туалетные принадлежности, предметы первой необходимости, сменное бельё.

По вопросам посещения пациентов обращаться к заведующему отделением. В лечебное учреждение не допускаются лица в алкогольном и наркотическом опьянении.

После ознакомления с «Правилами внутреннего распорядка» пациент должен расписаться в истории болезни (на полях слева).

ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ ДЕТЕЙ

При поступлении в стационар ребенка лечащий врач обязан удостовериться в том, что интересы ребенка представляет действительно законный представитель.

По уходу за больными детьми при необходимости и по желанию родителей госпитализируются родственники с правом получения больничного листа.

Дети младшего возраста госпитализируются в отделение с матерями, а при отсутствии матери с другим законным представителем ребёнка.

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПЛАНОВОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В ДНЕВНОЙ СТАЦИОНАР

- продолжение (завершение) курса лечения, назначенного в круглосуточном стационаре, в состоянии не требующего наблюдения в вечернее и ночное время, в условиях активного стационарного режима;
- проведение сложных диагностических мероприятий, невозможных в амбулаторно-поликлинических условиях и не требующих круглосуточного наблюдения;
- наличие острого или обострения хронического заболевания, при отсутствии показаний к госпитализации в круглосуточный стационар и необходимости проведения лечебных мероприятий не более 3-х раз в сутки;
- необходимость проведения реабилитационных мероприятий, невозможных в амбулаторно-поликлинических условиях;
- наличие сочетанной патологии у больного, требующей корректировки лечения, в состоянии, не требующего наблюдения в вечернее и ночное время;
- невозможность госпитализации в круглосуточный стационар в ситуациях, зависящих от больного (кормящие матери, маленькие дети и другие семейные обстоятельства) и не требующего постельного режима.

ПЕРЕЧЕНЬ ОБЯЗАТЕЛЬНЫХ ДОКУМЕНТОВ ПРИ НАПРАВЛЕНИИ БОЛЬНОГО НА ПЛАНОВУЮ ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ

- Направление на госпитализацию (ф. № 000/у-04), выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного (ф. № 000/у) с данными обследования на предыдущем этапе, проведенном лечении, его эффективности, с обязательной отметкой о дате выдачи листка нетрудоспособности и дате последней КЭК.
- Паспорт (свидетельство о рождении), ксерокопию паспорта, свидетельства о рождении
- Страховой медицинский полис ОМС (ДМС), ксерокопию медицинского полиса;
- флюорографию легких (до 1 года);
- женщины — осмотр гинеколога (до 1 года).

Кроме того:

- При направлении на госпитализацию беременных - диспансерная карта беременной.
- При направлении юношей военно-врачебной комиссией военного комиссариата - акт исследования состояния здоровья граждан при первоначальной постановке на воинский учет или при призыве на военную службу.

Объем минимального обследования на амбулаторном этапе для госпитализации в стационар для консервативного лечения:

1. Общий анализ крови (не более 10 дней),
2. Время свёртывания крови (не более 10 дней),
3. Общий анализ мочи (не более 10 дней),
4. Сахар крови (не более 10 дней),
5. ЭКГ (не более 1 мес.),

6. Заключение терапевта и эндокринолога (не более 10 дней),
7. RW методом ИФА (не более 1 мес);
8. Заключение флюорографии (не более 6 мес.),
9. Заключение специалистов (по показаниям) (не более 10 дней).

Объем минимального обследования на амбулаторном этапе для госпитализации в стационар для оперативного лечения:

1. Общий анализ крови + тромбоциты (не более 10 дней),
2. Общий анализ мочи (не более 10 дней),
3. ПТИ, (не более 10 дней),
4. Сахар крови (не более 10 дней),
5. Общий билирубин и фракции (не более 10 дней),
6. АСТ, АЛТ (не более 10 дней),
7. Креатинин, мочеви́на (не более 10 дней),
8. ЭКГ (не более 10 дней),
9. Заключение терапевта (не более 10 дней),
10. RW методом ИФА (не более 1 мес);
11. Заключение флюорографии (не более 6 мес.),
12. Анализ крови на ВИЧ, на маркёры гепатитов В и С (не более 1 мес),
13. Заключение терапевта, кардиолога, эндокринолога (по показаниям) (не более 10 дней),
14. Догоспитальная подготовка к операции,
15. ФГДС после 45 лет (не более 1 мес.).

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ

Объем минимального обследования на амбулаторном этапе для госпитализации в стационар для консервативного лечения:

1. Общий анализ крови (не более 10 дней),
2. Время свёртывания крови (не более 10 дней),
3. Общий анализ мочи (не более 10 дней),
4. Сахар крови (не более 10 дней),
5. ЭКГ (не более 1 мес.),
6. Заключение терапевта (не более 10 дней),
7. RW методом ИФА (не более 1 мес);
8. Заключение флюорографии (не более 6 мес.),
9. Заключение специалистов (по показаниям) (не более 10 дней).

Объем минимального обследования на амбулаторном этапе для госпитализации в стационар для оперативного лечения:

Объем минимального обследования на амбулаторном этапе:

1. Общий анализ крови + тромбоциты (не более 10 дней),
2. Общий анализ мочи (не более 10 дней),
3. ПТИ, (не более 10 дней),
4. Сахар крови (не более 10 дней),
5. Общий билирубин и фракции (не более 10 дней),
6. АСТ, АЛТ (не более 10 дней),
7. Креатинин, мочеви́на, общий белок (не более 10 дней),
8. ЭКГ (не более 10 дней),
9. Заключение терапевта (не более 10 дней),
10. RW методом ИФА (не более 1 мес);
11. Заключение флюорографии (не более 6 мес.),
12. Анализ крови на ВИЧ, на маркёры гепатитов В и С (не более 1 мес),
13. Заключение терапевта, кардиолога, эндокринолога (по показаниям) (не более 10 дней),
14. Догоспитальная подготовка к операции,
15. ФГДС после 45 лет (не более 1 мес.).
16. УЗИ внутренних органов (по показаниям);
17. гормоны щитовидной железы (по показаниям);
18. заключение эндокринолога (при сахарном диабете, патологии щитовидной железы).

Гнойное хирургическое отделение

Объем минимального обследования на амбулаторном этапе:

1. Общий анализ крови + тромбоциты (не более 10 дней),
2. Общий анализ мочи (не более 10 дней),

3. ПТИ, (не более 10 дней),
4. Сахар крови (не более 10 дней),
5. Общий билирубин и фракции (не более 10 дней),
6. АСТ, АЛТ (не более 10 дней),
7. Креатинин, мочеви́на, общий белок (не более 10 дней),
8. ЭКГ (не более 10 дней),
9. Заключение терапевта (не более 10 дней),
10. RW методом ИФА (не более 1 мес);
11. Заключение флюорографии (не более 6 мес.),
12. Анализ крови на ВИЧ, на маркёры гепатитов В и С (не более 1 мес),
13. Заключение терапевта, кардиолога, эндокринолога (по показаниям) (не более 10 дней),
14. Догоспитальная подготовка к операции,
15. ФГДС после 45 лет (не более 1 мес.).
16. УЗИ внутренних органов (по показаниям);
17. гормоны щитовидной железы (по показаниям);
18. заключение эндокринолога (при сахарном диабете, патологии щитовидной железы).
19. ректороманоскопия (по показаниям);
20. фиброколоноскопия (по показаниям);
21. УЗДГ артерий и вен нижних конечностей (по показаниям);
22. результаты бактериологических посевов;
23. УЗИ при объемных образованиях челюстно-лицевой области (по показаниям).

ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ

Объем минимального обследования на амбулаторном этапе:

1. Общий анализ крови + тромбоциты (не более 10 дней),
2. Общий анализ мочи (не более 10 дней),
3. ПТИ, (не более 10 дней),
4. Сахар крови (не более 10 дней),
5. Общий билирубин и фракции (не более 10 дней),
6. АСТ, АЛТ (не более 10 дней),
7. Креатинин, мочеви́на, общий белок (не более 10 дней),
8. ЭКГ (не более 10 дней),
9. Заключение терапевта (не более 10 дней),
10. RW методом ИФА (не более 1 мес);
11. Заключение флюорографии (не более 6 мес.),
12. Анализ крови на ВИЧ, на маркёры гепатитов В и С (не более 1 мес),
13. Заключение терапевта, кардиолога, эндокринолога (по показаниям) (не более 10 дней),
14. Догоспитальная подготовка к операции,
15. ФГДС после 45 лет (не более 1 мес.).
16. гормоны щитовидной железы (по показаниям);
17. заключение эндокринолога (при сахарном диабете, патологии щитовидной железы).
18. гормоны щитовидной железы (по показаниям);
19. ФГДС после 45 лет (не более 1 мес.),
20. заключение эндокринолога (при сахарном диабете, патологии щитовидной железы).
21. рентгенография с описанием (при наличии и по показаниям);
22. УЗИ суставов (по показаниям);
23. МРТ, МСКТ (при наличии показаний).

УРОЛОГИЧЕСКИЕ КОЙКИ

Объем минимального обследования на амбулаторном этапе:

1. Общий анализ крови + тромбоциты (не более 10 дней),
2. Общий анализ мочи (не более 10 дней),
3. ПТИ, (не более 10 дней),
4. Сахар крови (не более 10 дней),
5. Общий билирубин и фракции (не более 10 дней),
6. АСТ, АЛТ (не более 10 дней),
7. Креатинин, мочеви́на, общий белок (не более 10 дней),
8. ЭКГ (не более 10 дней),
9. Заключение терапевта (не более 10 дней),
10. RW методом ИФА (не более 1 мес);
11. Заключение флюорографии (не более 6 мес.),
12. Анализ крови на ВИЧ, на маркёры гепатитов В и С (не более 1 мес),

13. Заключение терапевта, кардиолога, эндокринолога (по показаниям) (не более 10 дней),
14. Догоспитальная подготовка к операции,
15. ФГДС после 45 лет (не более 1 мес.).
16. УЗИ внутренних органов (по показаниям);
17. гормоны щитовидной железы (по показаниям);
18. заключение эндокринолога (при сахарном диабете, патологии щитовидной железы).
19. результаты лабораторных, инструментальных исследований, консультаций, указанных в п.4;
20. проба Нечипоренко;
21. ПСА (простатспецифический антиген) для мужчин старше 40 лет;
22. ФГДС после 45 лет (не более 1 мес.),
23. УЗИ почек (по показаниям);
24. ТРУЗИ предстательной железы (по показаниям);
25. МРТ, МСКТ (по показаниям);
26. УЗИ печени, забрюшинных лимфоузлов (по показаниям);
27. рентгенография костей таза и грудной клетки при онкопатологии или подозрении на онкопроцесс;
28. рентгенограммы (обзорная и в/в урография) для пациентов с МКБ, обструктивной уропатией, направляемых по линии МРЦ.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ

Объем минимального обследования на амбулаторном этапе:

1. Общий анализ крови + тромбоциты (не более 10 дней),
2. Общий анализ мочи (не более 10 дней),
3. ПТИ, (не более 10 дней),
4. Сахар крови (не более 10 дней),
5. Общий билирубин и фракции (не более 10 дней),
6. АСТ, АЛТ (не более 10 дней),
7. Креатинин, мочевины (не более 10 дней),
8. ЭКГ (не более 10 дней),
9. Заключение терапевта (не более 10 дней),
10. RW методом ИФА (не более 1 мес.);
11. Заключение флюорографии (не более 6 мес.),
12. Анализ крови на ВИЧ, на маркеры гепатитов В и С (не более 1 мес),
13. Заключение терапевта, кардиолога, эндокринолога (по показаниям) (не более 10 дней),
14. Догоспитальная подготовка к операции,
15. ФГДС после 45 лет (не более 1 мес.).
16. обследования на заболевания передающиеся половым путем (хламидии, гонорея, трихомонады, уреоплазмы и т.п.) - при воспалительных заболеваниях
17. биоптат из полости матки на цитогистологическое и бактериологическое исследование,
18. УЗИ органов малого таза (не более 10 дней),
19. анализ крови на железо сыворотки (анемии беременных, миома).

РОДИЛЬНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ

Объем минимального обследования на амбулаторном этапе для госпитализации в стационар для консервативного лечения:

1. Общий анализ крови,
2. Время свёртывания крови,
3. Общий анализ мочи,
4. Сахар крови,
5. ЭКГ,
6. Заключение терапевта (по показаниям),
7. RW методом ИФА;
8. Заключение флюорографии (не более 1 года) (по показаниям),,
9. Заключение специалистов(по показаниям).

Объем минимального обследования на амбулаторном этапе для госпитализации в стационар для оперативного лечения:

1. Общий анализ крови + тромбоциты,
2. Общий анализ мочи,
3. ПТИ,
4. Сахар крови,
5. Общий билирубин и фракции,
6. Креатинин, мочевины, общий белок,

7. ЭКГ,
8. RW методом ИФА;
9. Анализ крови на ВИЧ, на маркёры гепатитов В и С,
10. Заключение терапевта, кардиолога, эндокринолога (по показаниям),
11. Догоспитальная подготовка к операции,
12. УЗИ в соответствии со сроком беременности (в динамике);
13. гормоны щитовидной железы (по показаниям);
14. заключение эндокринолога (при сахарном диабете, патологии щитовидной железы).

Кроме того:

- При направлении на госпитализацию беременных - диспансерная карта беременной.

ИНФЕКЦИОННОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ

Объем минимального обследования на амбулаторном этапе:

1. Общий анализ крови (не более 10 дней),
2. Время свёртывания крови (не более 10 дней),
3. Общий анализ мочи (не более 10 дней),
4. Сахар крови (не более 10 дней),
5. ЭКГ (не более 1 мес.),
6. Заключение терапевта и эндокринолога (не более 10 дней),
7. RW методом ИФА (не более 1 мес);
8. Заключение флюорографии (не более 6 мес.),
9. Заключение специалистов (по показаниям) (не более 10 дней).
10. Ректороманоскопия (по показаниям)
11. УЗИ внутренних органов (по показаниям);
12. ФГДС (по показаниям);
13. рентгенография легких (по показаниям).

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ ОТДЕЛЕНИЕ

Объем минимального обследования на амбулаторном этапе:

1. Общий анализ крови (не более 10 дней),
2. Время свёртывания крови (не более 10 дней),
3. Общий анализ мочи (не более 10 дней),
4. Сахар крови (не более 10 дней),
5. ЭКГ (не более 1 мес.),
6. Заключение терапевта и эндокринолога (не более 10 дней),
7. RW методом ИФА (не более 1 мес);
8. Заключение флюорографии (не более 6 мес.),
9. Заключение специалистов (по показаниям) (не более 10 дней).
10. эхоэнцефалограмма (при поражении ЦНС),
11. электроэнцефалограмма (при эпилепсии),
12. МРТ, МСКТ (по показаниям);

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКИЕ КОЙКИ

Объем минимального обследования на амбулаторном этапе:

1. Общий анализ крови + тромбоциты (не более 10 дней),
2. Общий анализ мочи (не более 10 дней),
3. ПТИ, (не более 10 дней),
4. Сахар крови (не более 10 дней),
5. Общий билирубин и фракции (не более 10 дней),
6. АСТ, АЛТ (не более 10 дней),
7. Креатинин, мочевины, общий белок (не более 10 дней),
8. ЭКГ (не более 10 дней),
9. Заключение терапевта (не более 10 дней),
10. RW методом ИФА (не более 1 мес);
11. Заключение флюорографии (не более 6 мес.),
12. Анализ крови на ВИЧ, на маркёры гепатитов В и С (не более 1 мес),

13. Заключение терапевта, кардиолога, эндокринолога (по показаниям) (не более 10 дней),
14. Догоспитальная подготовка к операции,
15. ФГДС после 45 лет (не более 1 мес.).
16. УЗИ внутренних органов (по показаниям);
17. гормоны щитовидной железы (по показаниям);
18. результаты рентгенографического обследования (при патологии придаточных пазух костной ткани носа);
19. сведения о прививках (для детей);
20. справка от педиатра об отсутствии контактов с инфекционными больными в течении 21 дня до госпитализации.

Родителям (законным представителям пациента) госпитализированным по уходу за ребенком необходимо предоставить:

- результат флюорографии или рентгенографии грудной клетки (действителен 1 год);
- RW методом ИФА (не более 1 мес);
- анализ кала на кишечные инфекции (действителен в течении 2 недель до госпитализации).

ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ

Объем минимального обследования на амбулаторном этапе:

1. Общий анализ крови (не более 10 дней),
2. Время свёртывания крови (не более 10 дней),
3. Общий анализ мочи (не более 10 дней),
4. Сахар крови (не более 10 дней),
5. ЭКГ (не более 10 дней.),
6. Заключение терапевта и эндокринолога (не более 10 дней),
7. RW методом ИФА (не более 1 мес);
8. Заключение флюорографии (не более 6 мес.),
9. Заключение специалистов (по показаниям) (не более 10 дней).
10. эхокардиография (по показаниям) (не более 6 месяцев).

КАРДИОЛОГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ

Объем минимального обследования на амбулаторном этапе:

1. Общий анализ крови (не более 10 дней),
2. Время свёртывания крови (не более 10 дней),
3. Общий анализ мочи (не более 10 дней),
4. Сахар крови (не более 10 дней),
5. ЭКГ (не более 10 дней.),
6. Заключение терапевта и эндокринолога (не более 10 дней),
7. RW методом ИФА (не более 1 мес);
8. Заключение флюорографии (не более 6 мес.),
9. Заключение специалистов (по показаниям) (не более 10 дней).
10. эхокардиография (по показаниям) (не более 6 месяцев).

ДЕТСКОЕ СОМАТИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ

Объем минимального обследования на для госпитализации в стационар для консервативного лечения:

1. Направление на плановую госпитализацию с указанием отсутствия или наличия контактов с инфекционными больными в течении 21 дня до госпитализации),
2. Сведения о прививках (для детей);
3. Общий анализ крови (не более 10 дней),
4. Время свёртывания крови (не более 10 дней),
5. Общий анализ мочи (не более 10 дней),
6. Сахар крови (не более 10 дней),
7. ЭКГ (не более 1 мес.),
8. Заключение терапевта и эндокринолога (не более 10 дней),
9. RW методом ИФА (не более 1 мес.);
10. Заключение флюорографии (не более 6 мес.),
11. Заключение специалистов (по показаниям) (не более 10 дней).

Родителям (законным представителям пациента) госпитализированным по уходу за ребенком необходимо предоставить:

- результат флюорографии или рентгенографии грудной клетки (действителен 1 год);
- RW методом ИФА (не более 1 мес);

- анализ кала на кишечные инфекции (действителен в течении 2 недель до госпитализации).

ИНФЕКЦИОННОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ДЛЯ ДЕТЕЙ

Объем минимального обследования на для госпитализации в стационар для консервативного лечения:

1. Направление на плановую госпитализацию с указанием отсутствия или наличия контактов с инфекционными больными в течении 21 дня до госпитализации),
2. Сведения о прививках (для детей);
3. Общий анализ крови (не более 10 дней),
4. Время свёртывания крови (не более 10 дней),
5. Общий анализ мочи (не более 10 дней),
6. Сахар крови (не более 10 дней),
7. ЭКГ (не более 1 мес.),
8. Заключение терапевта и эндокринолога (не более 10 дней),
9. RW методом ИФА (не более 1 мес.);
10. Заключение флюорографии (не более 6 мес.),
11. Заключение специалистов (по показаниям) (не более 10 дней).

Родителям (законным представителям пациента) госпитализированным по уходу за ребенком необходимо предоставить:

- результат флюорографии или рентгенографии грудной клетки (действителен 1 год);
- RW методом ИФА (не более 1 мес.);
- анализ кала на кишечные инфекции (действителен в течении 2 недель до госпитализации).

Выписка производится ежедневно, кроме выходных и праздничных дней, лечащим врачом по согласованию с заведующим отделением до 12:00 часов. При выписке пациент получает выписку из медицинской карты стационарного больного и при необходимости листок нетрудоспособности.

Выписка из медицинской документации выдается пациенту (законному представителю) или лицам, указанным в доверенности, при предъявлении документа, удостоверяющего личность, в отделении в день выписки.

Листок нетрудоспособности выдается пациенту в отделении в день его закрытия.

При утере выданных ранее выписки из медицинской документации или листка нетрудоспособности дубликат выдается по письменному заявлению пациента (законного представителя) или лица, указанного в доверенности, при предъявлении документа, удостоверяющего личность, в трехдневный срок.

Самовольный уход пациента из ГБУЗ «Моздокской центральной районной больницы» МЗ РСО-Алания расценивается как отказ от медицинской помощи с соответствующими последствиями, -за которые ГБУЗ "Моздокская центральная районная больница" МЗ РСО-Алания ответственности не несет.

Пациент вправе обжаловать решения, принятые в ходе оказания медицинской помощи в ГБУЗ «Моздокской центральной районной больницы» МЗ РСО-Алания, а также действия (бездействие) работников ГБУЗ «Моздокской центральной районной больницы» МЗ РСО-Алания в судебном порядке в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Выписка больного проводится лечащим врачом по согласованию с заведующим отделением.

Выписка из стационара осуществляется:

- при выздоровлении больного;
- при стойком улучшении, когда по состоянию здоровья больной может без ущерба для здоровья продолжать лечение амбулаторно под наблюдением участкового врача;
- при отсутствии показаний к дальнейшему лечению в стационаре;
- при необходимости перевода больного в другое лечебное учреждение;
- по требованию больного или его законного представителя.
- в случаях несоблюдения пациентом предписаний или правил внутреннего распорядка лечебно-профилактического учреждения, если это не угрожает жизни пациента и здоровью окружающих

В день выписки из стационара проводится заключительный осмотр пациента с соответствующей записью в дневнике истории болезни о состоянии здоровья, а также оформляется выписной эпикриз, согласно утвержденных «Стандартов ведения стационарной истории болезни».

При выписке из стационара ребенка, он передается непосредственно его законному представителю. При этом в историю болезни вносится соответствующая запись за подписью законного представителя ребенка.

История болезни после выписки пациента из стационара проверяется и визируется заведующим отделением, заместителем главного врача по лечебной части и направляется на хранение в медицинский архив.

При выписке из стационара больных с тяжелыми формами заболеваний, требующих периодического наблюдения специалистов, коррекции лечения, соответствующая информация передается в

поликлинику. Летальный исход заболевания должен констатироваться врачом, с соответствующей записью в истории болезни.

Все трупы больных, умерших в стационаре от ненасильственных причин, подвергаются вскрытию, кроме случаев, предусмотренных статьей 67 «Проведение патологоанатомических вскрытий» ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», а именно: по религиозным мотивам при наличии письменного заявления супруга или близкого родственника (детей, родителей, усыновленных, усыновителей, родных братьев и родных сестер, внуков, дедушки, бабушки), а при их отсутствии иных родственников либо законного представителя умершего или при волеизъявлении самого умершего, сделанном им при жизни.

За исключением случаев:

1. подозрения на насильственную смерть;
2. невозможности установления заключительного клинического диагноза заболевания, приведшего к смерти, и (или) непосредственной причины смерти;
3. оказания умершему пациенту медицинской организацией медицинской помощи в стационарных условиях менее одних суток;
4. подозрения на передозировку или непереносимость лекарственных препаратов, или диагностических препаратов;
5. смерти:
 - связанной с проведением профилактических, диагностических, инструментальных, анестезиологических, реанимационных, лечебных мероприятий, во время или после операции переливания крови и (или) ее компонентов;
 - от инфекционного заболевания или при подозрении на него;
 - от онкологического заболевания при отсутствии гистологической верификации опухоли;
 - от заболевания, связанного с последствиями экологической катастрофы;
 - беременных, рожениц, родильниц (включая последний день послеродового периода) и детей в возрасте до двадцати восьми дней жизни включительно;
6. необходимости судебно-медицинского исследования:
 - в случаях смерти от насильственных причин или подозрений на них;
 - от механических повреждений;
 - отравлений, в том числе этиловым алкоголем;
 - механической асфиксии;
 - действия крайних температур, электричества;
 - после искусственного аборта, произведенного вне лечебного учреждения;
 - при неустановленной личности умершего.

Разрешение на выдачу трупа без вскрытия принадлежит главному врачу или его заместителю по лечебной работе. В случае отказа от патологоанатомического вскрытия оформляется заявление родственников или завещание умершего с указанием причины в соответствии с п. 3 ст. 67 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Заявление или завещание об отказе приобщается к истории болезни.

Приложение 2

ПРАВИЛА ВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ

Медицинская карта стационарного больного должна включать следующие общие сведения:

- данные о больном: фамилия, имя, отчество; дата рождения; место работы и должность, в случае, если больной безработный, сделать запрос с какого времени имеет статус безработного; если пенсионер или студент сделать запись о том - работают ли они или нет, домашний адрес, телефон (рабочий или домашний) ближайших родственников, если их получить нельзя должна быть ссылка на причину;
- номер истории болезни;
- дата и час обращения в приемный покой;
- дата и час госпитализации;
- дата и час выписки больного;
- дата и час смерти больного;
- наименование страховой медицинской организации, в которой застрахован больной;
- вид страхования;
- номер и серия страхового медицинского полиса;
- диагноз направившего учреждения;
- диагноз при поступлении выставляется на лицевую часть истории болезни сразу после осмотра больного (диагноз оформляется полностью, с указанием сопутствующей патологии без сокращений);

- данные о группе крови, резус факторе, непереносимости лекарственных средств заносятся лечащим врачом при первичном осмотре больного, за исключением тех случаев, когда эти данные получить невозможно.

Осмотр экстренного больного дежурным врачом и/или врачами-консультантами в приемном покое должен быть проведен в момент поступления, указывая в истории болезни время осмотра и фамилию врача. Плановый больной должен быть осмотрен лечащим врачом профильного отделения в течение 3 часов от момента поступления в стационар. Плановым больным история болезни оформляется лечащим врачом в отделении в течение текущего рабочего дня, экстренным – во время осмотра. Записи в приемном статусе должны быть информативными, содержать данные, имеющие клиническое значение. Жалобы больного записываются подробно, с уточняющей характеристикой каждой жалобы.

В анамнезе развития заболевания (*anamnesis morbi*) отражаются данные, имеющие отношение к течению настоящего заболевания или влияющие на тактику ведения больного.

В анамнезе жизни (*anamnesis vitae*) содержится информация о ранее перенесенных и хронических заболеваниях, травмах и операциях, эпиданамнезе, предшествующих гемотрансфузиях, перенесенных туберкулезе, заболеваниях, передаваемых половым путем, вирусном гепатите, ВИЧ-инфекции, гинекологическом анамнезе у женщин перинатальные сведения, сведения о всех ранее перенесенных заболеваниях и операциях.

Аллергологический анамнез записывается всегда, с отметкой на лицевой стороне истории болезни сигнальных полос красного цвета.

Обязательно указываются данные страхового анамнеза: с какого времени пациент имеет непрерывный листок нетрудоспособности. Указываются данные о листках нетрудоспособности за последние 12 месяцев. При незаконченном случае временной нетрудоспособности и наличии у пациента незакрытого листка нетрудоспособности, указать номер первичного листка нетрудоспособности и его длительность; продление л/н свыше 30 дней осуществляется с разрешения врачебной комиссии после рассмотрения клинической ситуации на основании представления больного на ВК лечащим врачом и заведующим отделением.

При наличии у пациента группы инвалидности уточняется, работает или нет, указывается причина, вызвавшая инвалидность, дата установления группы и сроки очередного переосвидетельствования; У студентов так же делается отметка, работает или нет.

При травмах указать время, причины и обстоятельства травмы, а также время обращения за первичной медицинской помощью, причины, по которым не обращался к врачу (касается криминальных, автодорожных, бытовых травм и несчастных случаев на производстве).

Данные первичного осмотра заполняются по всем органам и системам, доступным осмотру.

Схема объективного обследования больного:

- оценивается общее состояние больного,
- описывается выраженность общей интоксикации,
- состояние кожных покровов, видимых слизистых, лимфатических узлов,
- состояние костно - мышечной системы,
- у женщин состояние молочных желез с описанием данных пальпации,
- состояние органов дыхания,
- состояние сердечно - сосудистой системы с описанием патологических данных, полученных при перкуссии, пальпации, аускультации,
- состояние органов желудочно-кишечного тракта с описанием патологических данных, полученных при пальпации, перкуссии, аускультации. Функции желудочно-кишечного тракта обязательным исследованием и описанием пальцевого исследования прямой кишки,
- состояние и функцию мочеполовой системы, состояние нервной системы.

Выявленные патологические изменения описываются детально, с указанием характерных симптомов. Всем больным хирургического профиля в истории болезни описывается локальный статус с отражением органических и функциональных изменений патологического процесса в органе или системе организма.

В конце приемного статуса обязательно формулируется представление о больном, предварительный диагноз обосновывается и выносится на лицевую часть истории болезни, при наличии осложнений – обосновывается их диагноз, отмечаются сопутствующие заболевания. При поступлении пациента в историю болезни необходимо отразить план обследования и лечения больного, цель госпитализации, планируемый результат лечения.

Клинический диагноз должен отражать:

- нозологическую форму (клинический синдром),
- локализацию патологического процесса,
- степень выраженности патоморфологического субстрата болезни (1-2- 3- 4 ст.),
- течение заболевания (хроническое, рецидивирующее с установлением частоты и длительности рецидивов),
- степень функциональных нарушений.

Клинический диагноз должен быть:

- вынесен в истории болезни в двух местах - на первой странице (подписанный лечащим врачом) и на последней (после эпикриза) странице;
- Обоснование клинического диагноза (на 3 сутки от момента госпитализации) выделяют основное заболевание, определяющее тяжесть и прогноз заболевания (на основании жалоб, анамнеза заболевания, объективных данных, лабораторных исследований). Диагноз должен включать все осложнения и сопутствующие заболевания, имеющие значение для ведения пациента.
- Если за время пребывания на койке клинический диагноз был изменен, это также должно найти отражение в истории болезни, лучше всего в форме этапного эпикриза.

Информированное согласие

- Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина, которое оформляется на каждое вмешательство отдельно.
- В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением администрации лечебно-профилактического учреждения.
- Согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители. При отсутствии законных представителей решение о медицинском вмешательстве принимает консилиум с участием ответственного врача или администрации, о чем делается запись в истории болезни.
- Больной информируется о характере имеющейся у него патологии, методах и целях лечения, возможном риске, побочных эффектах и ожидаемых результатах. Информация предоставляется больному в доступной для него форме.
- При отказе больного от хирургического вмешательства или другого вида обследования и лечения, отказ оформляется в истории болезни с подписью пациента.
- Так же оформляется согласие на переливание биологических жидкостей: крови, плазмы и их компонентов. При этом больной должен быть информирован о возможных осложнениях и опасности заражения ВИЧ-инфекцией, вирусными гепатитами, сифилисом в серонегативном периоде.

Диагностические и терапевтические назначения:

- записываются в историю болезни лечащим врачом, указывается дата, а при неотложных состояниях и час каждого назначения, вид исследования без сокращения названий,
- назначение медикаментозных средств оформляется на латинском языке, запрещаются любые сокращения названия препарата; отмечается дата назначения, а при неотложных состояниях и час назначения каждого препарата; указывается обязательно концентрация, доза лекарственного средства и кратность применения, при однократном применении время суток,
- отмечается дата отмены каждого препарата,
- согласие больного на манипуляции, процедуры, операции должны обязательно содержаться в истории болезни;
- перед обоснованием манипуляции, процедуры описываются клиническое состояние и данные о больном, вид проводимого исследования или манипуляции, возможность риска осложнения, которые следует объяснить больному,
- указывается дата и час выполненной манипуляции, ход выполнения манипуляции, фамилия и специальность врача, выполняющего манипуляцию.

Лист назначений проверяется и подписывается лечащим врачом каждый раз по мере назначения и отмены лечебно - диагностических мероприятий.

Дневники должны содержать точный хронологический отчет в лечении больного и отражать любые изменения в его состоянии в результате проводимого лечения. Дневники тяжелобольных записываются при необходимости и несколько раз в день, со средней степенью тяжести должны записываться лечащим врачом ежедневно, в удовлетворительном состоянии допускается запись через день. В дневниках отражаются динамика в состоянии пациента, данных объективного осмотра и лабораторных анализах и изменения представлений о больном. Дневники должны отражать время и дату любого осмотра любым врачом. Кроме лечащего врача могут быть сделаны записи другими врачами специалистами, принимавшими участие в обследовании, лечении больного, а также консультирующие его. Протоколы записей консультантов должны содержать дату и время осмотра, специальность и фамилию консультанта, описание патологических изменений, диагноз и рекомендации по дальнейшему ведению больного.

Обязательно указываются данные страхового анамнеза: с какого времени пациент имеет непрерывный листок нетрудоспособности. При незаконченном случае временной нетрудоспособности и наличии у пациента незакрытого листка нетрудоспособности, указать номер первичного листка нетрудоспособности и его длительность; продление листка нетрудоспособности свыше 15 дней

осуществляется с разрешения врачебной комиссии (приказ N31н от 24.01.2012 с изменениями от 17.04.2013).

К хирургической истории болезни предъявляются все те требования, что и к терапевтической, и дополнительно, должна быть отражена хирургическая специфика, в т.ч.:

Предоперационное заключение: Ф.И.О.; возраст больного; время нахождения в стационаре; все данные обследования; диагноз по основному и сопутствующим заболеваниям, степень выраженности функциональных нарушений, обоснованность необходимости планового или экстренного оперативного вмешательства; адекватность предоперационной подготовки, абсолютные или относительные противопоказания к операции, намечен ее план, предполагаемый объем операции; определение степени риска оперативного вмешательства; вид предполагаемого обезболивания; оперирующий хирург и состав операционной бригады).

Предоперационный осмотр анестезиолога

Осмотр анестезиолога и протокол анестезии являются обязательными записями в истории болезни для всех видов обезболивания, кроме местной анестезии. В записи результатов осмотра отражаются данные, которые могут существенно повлиять на анестезиологическую тактику: особенности анамнеза, сопутствующие заболевания, лекарственные средства, которые принимал больной, курение табака, употребление алкоголя, прием наркотиков, осложнения предыдущих анестезий, наличие гемотрансфузий. Отражаются отклонения физикального обследования, отмечаются АД, пульс, особенности в данных лабораторного и инструментального обследования. Характер предстоящей операции, предоперационная подготовка.

План анестезиологического пособия должен содержать следующую информацию: премедикация, анестезия (общая, регионарная), положение больного на операционном столе, индукция анестезии, поддержание анестезии, манипуляции, применение основных и специальных методик. Риск операции оценивается по Гологорскому.

В истории болезни в течение первых 24 часов после операции должен быть вклеен *протокол анестезиологического пособия*. Оценка состояния больного непосредственно перед индукцией анестезии. Анестезия (общая, регионарная). Положение больного на операционном столе, манипуляции (катетеризация центральной вены, интубация), индукция анестезии, поддержание, применение основных и специальных методик (ИВЛ и т.д.). Данные интраоперационного мониторинга, включая лабораторные исследования, объем кровопотери и диурез. Дозы и путь введения лекарственных средств, качественный состав и объем инфузионно-трансфузионной терапии. Необычное течение анестезии и осложнения.

Протокол операции (дата и час проведения операции; название выполненной операции; вид применяемого обезболивания; этапы, ход и технику операции; встретившиеся находки или отклонения в ходе выполнения операции; все патологические изменения, встретившиеся во время операции; описание удаленного макропрепарата; послеоперационный диагноз; состав операционной бригады с указанием фамилий и специальностей врачей и среднего медицинского персонала; длительность операции. Протокол операции заполняется в день операции оперирующим хирургом.

Дневники наблюдения :

Первый дневник наблюдения в послеоперационном периоде записывается через 2 часа после проведения операции, далее - ежедневно в течение первых трех дней с момента операции, затем через день при благополучном течении послеоперационного периода. В дневниках отражаются все манипуляции, проводимые с больным (удаление дренажей, трубок, перевязки и т.д.), состояние больного, динамику симптомов, основные параметры жизнедеятельности, состояние послеоперационной раны.

Особенности ведения истории болезни в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ)

В ОРИТ больной наблюдается лечащим врачом профильного отделения и дежурным реаниматологом, о чем делается запись в истории болезни. Записи в дневниках должны отражать динамику состояния больного и важнейших показателей жизнедеятельности организма. Заведующий реанимационным отделением ежедневно осматривает всех больных отделения. Лечащий врач профильного отделения записывает дневники больным, находящимся в отделении интенсивной терапии, ежедневно.

Назначение лекарственных препаратов фиксируется в листе назначения. Лист назначения является составной частью истории болезни. Лечащий врач записывает назначения четко, на латинском языке, указывая форму выпуска, торговое наименование лекарственного препарата, разовую дозу и кратность приема в сутки, указывает дату назначения и дату отмены, а также отмечает знаком + в ячейке, соответствующей дате приема препарата. Ежедневно врач-реаниматолог и лечащий врач профильного отделения удостоверяют своей подписью назначенный объем фармакотерапии.

В случае назначения 5 и более лекарственных препаратов, назначение подтверждается подписью заведующего отделением.

Медицинская сестра осуществляет снятие записей в день назначения, удостоверяет это своей подписью и переносит назначения в карту наблюдения, где, кроме основных параметров жизнедеятельности, фиксируются все врачебные назначения.

Внеплановые назначения фиксируются в дневнике истории болезни и в карте наблюдения после обоснования, с указанием формы выпуска, дозы и времени введения препарата.

При переводе больного из отделения интенсивной терапии оформляется переводной эпикриз. Врач клинического отделения осматривает больного не позже чем через час после поступления из реанимационного отделения и записывает клиническое представление о больном.

Лист регистрации переливания трансфузионных сред (форма 005/у), отмечаются показания к трансфузии, дата и время трансфузии, возникшие реакции или осложнения в ходе трансфузии или после нее, фамилия врача, проводившего трансфузию. Записи о трансфузии делает лечащий врач или врач - трансфузиолог.

Температурный лист должен вестись ежедневно медицинской сестрой под контролем лечащего врача, является оперативным документом, служащим для графического изображения основных данных, характеризующих состояние здоровья больного.

Результаты лабораторных анализов, рентгенологических, функциональных и эндоскопических исследований должны быть закончены, записаны или вклеены в историю болезни в течение 24 часов с момента проведенного исследования.

Запись врача-рентгенолога, врача эндоскопической диагностики, врача функциональной диагностики должна отражать полную картину исследуемого органа или системы, патологические изменения, функциональное состояние и ход проведения исследования. Заключение должно отражать найденные изменения или предполагаемый диагноз.

Общие обходы заведующего отделением фиксируются в истории болезни. Запись заведующего отделением должна содержать время и дату осмотра, краткое резюме о правильности выставленного клинического диагноза, о правильности обследования и лечения, замечания заведующего отделением, рекомендации лечащему врачу по обследованию и лечению больного.

Необходимость и обоснованность созыва *консилиума* решает заведующий отделением, о чем делает запись в истории болезни. После проведения консилиума, в истории болезни делается запись лечащим врачом, которая отражает данные о начале и течении заболевания, состоянии больного в момент проведения консилиума по данным обследования, эффективности ранее проведенного лечения, причинах, вызвавших, по мнению членов консилиума, ухудшение состояния больного или неясность диагноза и состояния больного, диагноз и его обоснование, подробные рекомендации, а также о необходимости повторного консилиума и сроках его проведения.

Заключение консилиума должно быть подписано всеми его участниками с указанием занимаемой должности, специальности, фамилии, даты и времени проведения консилиума. В случае если кто-либо из участников консилиума не согласен с принятым большинством членов комиссии заключением, он должен записать свое особое мнение, подробно его обосновав.

Каждые 15 дней в истории болезни пишется *этапный эпикриз*, отражающий:

- динамические изменения в состоянии больного;
- возникшие осложнения в ходе лечения;
- резюмировать результаты лабораторных исследований, а также консультации;
- исходя из диагноза, определить дальнейший способ лечения, указать на степень эффективности его, на причину безуспешности;
- причины длительной госпитализации;
- в эпикризе должно найти отражение не только то, что врач делал, но и что думал он о своем больном, о его болезни и лечении.

Передача больного от одного врача к другому на курацию должна быть фиксирована записью в истории болезни.

По окончании лечения и госпитализации записывается клиническое резюме - *выписной эпикриз*, который должен содержать в краткой форме историю настоящей госпитализации, характер и результаты проведенного обследования и лечения, динамику симптомов и рекомендации по дальнейшему ведению больного, сведения о временной утрате нетрудоспособности (в том числе № и дата листка нетрудоспособности). Рекомендации по дальнейшему приему лекарственных средств должны содержать для каждого лекарственного препарата: торговое наименование, лекарственную форму (табл, раствор и т.д.), разовую дозу и кратность приема в течение суток, планируемую длительность приема.

Для пациентов – льготополучателей в амбулаторной сети, назначения должны выполняться с указанием международного непатентованного наименования (МНН) для каждого препарата, примеры торговых наименований могут быть указаны по желанию врача в скобках.

При переводе больного из одного отделения в другое в пределах одного стационара, оформляются *переводной эпикриз*, содержащий краткий анамнез, проведенные лечебные и диагностические мероприятия, цель перевода.

В случае смерти должен быть написан *посмертный эпикриз*, который содержит краткую историю госпитализации, представления о больном, динамику симптомов, характер проведенного лечения и диагностических процедур, причину и обстоятельства наступления летального исхода и развернутый клинический посмертный диагноз. В случае, если смерть больного наступила до осмотра лечащего врача профильного отделения, например, в выходные и праздничные дни, в течение нескольких часов от момента госпитализации в вечернее и ночное время, посмертный эпикриз оформляется дежурным врачом.

При проведении вскрытия *анатомические диагнозы* должны быть вынесены в истории болезни в течение 3-х дней, в протокол вскрытия в сроки от 14 до 30 дней.

В случае отказа от патологоанатомического вскрытия в истории болезни оформляются документы, отражающие причину: заявление родственников, завещание умершего.

История болезни должна быть оформлена в день выписки больного из стационара и сдана в медицинскую часть или архив в течение 24 часов с момента выписки.

Выписанные истории болезни должны быть заверены подписью заведующего отделением и лечащего врача без сокращения.

Медицинские документы дневного стационара

Медицинский отбор и направление пациентов в дневной стационар должны осуществляться в соответствии с его профилем и показаниями.

При лечении в дневном стационаре на каждого пациента оформляется и ведется медицинская карта стационарного больного (ф. № 003/у-80), в соответствии с вышеперечисленными требованиями.

При направлении пациента из амбулаторно-поликлинического учреждения в дневной стационар, лечащий врач (участковый терапевт, врач узкой специальности) определяет показания для направления, о чем делается запись в медицинской карте амбулаторного больного.

С участием заведующего отделением поликлиники окончательно формируется клинический диагноз, с обоснование целенаправленности и необходимости лечения в дневном стационаре, уточняется перечень диагностических исследований и консультаций специалистов, которые необходимо провести до госпитализации пациента, без ущерба состоянию его здоровья.

Лечащий врач поликлиники выдает пациенту «Направление в дневной стационар», в котором указывается Ф.И.О., пациента, домашний адрес, клинический диагноз (основной, сопутствующий, осложнения), дата госпитализации, фамилия, инициалы и подпись направившего врача. При госпитализации пациента «Медицинская карта амбулаторного больного», где содержится информация об истории настоящего заболевания, проведенных диагностических исследованиях и консультациях узких специалистов, передается в дневной стационар. Если «Медицинская карта амбулаторного больного» в силу некоторых причин не может быть передана в дневной стационар или передается с задержкой, то в дополнение к «Направлению в дневной стационар» пациенту необходимо выдать подробную «Выписку из медицинской карты амбулаторного больного».

При направлении пациента в дневной стационар в порядке перевода сразу из круглосуточного стационара, преемственность в наблюдении и лечении осуществляется путем передачи подробной «Выписки из медицинской карты стационарного больного», в которой указываются клинический диагноз, проведенные в больнице диагностические исследования и консультации специалистов, проведенная комплексная терапия и ее объем, рекомендуемые к продолжению в дневном стационаре лечебные мероприятия. «Выписка из медицинской карты стационарного больного» подписывается заведующим отделением стационара и лечащим врачом и может выступать в качестве направления в дневной стационар или она может быть дополнена отдельным бланком направления.

При выписке пациента из дневного стационара (переводе пациента из дневного стационара в круглосуточный стационар) в порядке преемственности заполняется выписка из медицинской карты стационарного больного, в которой указываются основные этапы проведенного лечения, достигнутые результаты и рекомендации по дальнейшему наблюдению и лечению пациента в амбулаторных условиях или подробная запись делается в «Медицинской карте амбулаторного больного» (ф.№025/у-04), если таковая имеется в дневном стационаре.

Досрочная выписка пациента из дневного стационара должна быть обязательно зафиксирована в медицинской карте стационарного больного, о факте его выписки необходимо сообщить в МО, направившую пациента в дневной стационар.

Медицинская карта амбулаторного больного является основным первичным медицинским документом больного, лечащегося амбулаторно или на дому, и заполняется на всех больных при первом обращении за медицинской помощью в данное лечебное учреждение.

На каждого больного в поликлинике ведется одна медицинская карта, независимо от того, лечится ли он у одного или нескольких врачей.

Карты ведутся во всех структурных подразделениях МЦРБ, ведущих амбулаторный прием, общих и специализированных, городских и сельских, включая фельдшерско-акушерские пункты (далее - ФАП), врачебные и фельдшерские здравпункты, карты находятся в регистратуре по участковому принципу, Карты граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг, маркируются литерой "Л".

В обязательном порядке медицинская карта амбулаторного больного должна включать:

- полностью заполненную паспортную часть в соответствии с требованиями;
- лист уточненных диагнозов (сформулированных в соответствии с МКБ-Х, современными классификациями, сопутствующими состояниями);
- четко оформленные записи об амбулаторных посещениях с перечислением жалоб, указанием анамнеза, объективных данных, диагноза и его обоснованием; показаний к госпитализации и других записей, необходимых для обоснования и выполнения медицинских вмешательств;
- назначения медикаментозных средств на латинском языке, с обязательным указанием концентрации, дозы лекарственного средства, кратности применения, а при однократном применении указание времени суток, обоснование назначенного лечения льготной категории пациентов;
- результаты дополнительных методов обследования;
- для диспансерных больных – обязательно наличие эпикриза взятия на диспансерный учет и план лечебно-профилактических мероприятий на год. В годовых эпикризах и дневниковых записях диспансерного осмотра отражается динамика, выполнение плана реабилитации и результат (ухудшение - выход на инвалидность, улучшение, без перемен);
- выписки из медицинской карты стационарного больного (в случае госпитализации);
- данные о выдаче листка временной нетрудоспособности;
- данные о решении КЭК и о направлении в бюро МСЭ: при направлении пациента на заседание ВК врач оформляет краткий эпикриз с указанием цели направления, с обязательной оценкой состояния больного в динамике, анализом результатов обследования и лечения. Также отмечается количество дней временной утраты нетрудоспособности по последнему случаю временной нетрудоспособности и за последние 12 месяцев, наличие (или отсутствие) группы инвалидности, предполагаемый трудовой и клинический прогноз (с обоснованием). Решение ВК оформляется протоколом с указанием № и даты;
- данные о направлении на госпитализацию;
- данные о направлении на санаторно - курортное лечение;
- данные о выписке льготного рецепта (дата выписки рецепта, его номер, наименование лекарственных средств должны соответствовать записи в амбулаторной карте. Выписанные лекарственные средства должны соответствовать кодам заболеваний по МКБ-10).

История развития ребенка (ф. № 112/у-80):

В обязательном порядке история развития ребенка должна включать:

1. паспортные данные: фамилия, имя, отчество; дата рождения;
2. домашний адрес;
3. лист уточненных; диагнозов;
4. выписку из родильного дома;
5. записи о врачебных и медсестринских патронажах; генеалогический анамнез;
6. данные осмотра специалистов;
7. этапные эпикризы с комплексной оценкой состояния развития;
8. карту профилактических прививок;
9. данные о направлении на санаторно-курортное лечение;
10. данные о выписке льготного рецепта;
11. для диспансерных пациентов необходимо:
 - оформить этапный эпикриз с комплексной оценкой состояния здоровья, динамикой соматического и неврологического статуса, данных физического, биологического и нервно - психического развития, функционального состояния организма;
 - описать клинический диагноз (в соответствии с МКБ-10, современными классификациями, сопутствующими состояниями),
 - дать рекомендации, включающие медикаментозные и немедикаментозные методы лечения и организацию здорового образа жизни;
12. В истории заболевания должны быть отражены жалобы больного, ход заболевания, лекарственный анамнез, эпидемиологический анамнез, данные о выдаче листка нетрудоспособности по уходу за больным ребенком лицу, фактически осуществляющему уход, с указанием №, сери, срока продления, даты явки на прием;
13. данные о решении КЭК, о направлении в бюро МСЭ: при направлении пациента на заседание врачебной комиссии врач оформляет краткий эпикриз с указанием цели направления, с обязательной оценкой состояния больного в динамике, анализом результатов обследования и лечения. Также отмечается количество дней временной нетрудоспособности по последнему случаю временной

нетрудоспособности и за последние 12 месяцев, наличие (или отсутствие) группы инвалидности, предполагаемый трудовой и клинический прогноз (с обоснованием). Решение ВК оформляется протоколом с указанием № и даты.

14. данные о направлении на госпитализацию;
15. объективные данные содержат: осмотр врача, который отражает всесторонние данные физического состояния (динамика соматического и неврологического статуса);

16. диагностические и терапевтические назначения оформляются врачом;

17. клинические наблюдения (дневники) должны отражать:

- точный хронологический отчет о лечении больного,
- любые изменения в состоянии больного в результате проводимого лечения,
- интерпретацию результатов лабораторных исследований,
- обоснованные клинический диагноз, план лечения, обследования,
- заключение (резюме) по состоянию, дальнейшему лечению и ведению больного;
- рекомендации (при выздоровлении – по режиму, питанию, по показаниям - рекомендации по лечению в восстановительном периоде).

Кроме лечащего врача могут быть сделаны записи другими врачами специалистами, принимавшими участие в обследовании, лечении больного, а также консультирующие его; в дневнике должны быть отражены время и даты любого осмотра любым врачом.

Рекомендуемый бланк листа назначений к истории болезни

Лист назначений к истории болезни № _____

Фамилия, имя, отчество _____

Отделение _____ палата № _____

Диета № _____

Дата назначения подпись врача	Дата отмены подпись врача	НАЗНАЧЕНИЕ	дата и подпись м/с

Лечащий врач _____

Заведующий отделением _____

Подпись врача ставится под первичным, новым назначениями и при отмене ЛС, зав.отделением при назначении более 5-ти препаратов

Рекомендуемый бланк предоперационного эпикриза

ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ЭПИКРИЗ

Больной(ая) _____

Возраст _____

Подготовлен (а) к операции с диагнозом: _____

Сопутствующиезаболевания: _____

Обследован (а). Группа крови _____

Резус фактор _____

Осмотрен (а) анестезиологом _____ Смотри заключение анестезиолога.

(число, месяц, год)

Противопоказаний для оперативного лечения нет.

Предполагаемый объем операции _____

Согласие больного (ой) на операцию получено.
Операционная бригада:
Хирург: _____
Ассистент: _____
Врач
« _____ » _____ 20 _____ г.

Выписной эпикриз

ФИО возраст находился в отделении с по
С диагнозом: основной
Сопутствующий
Осложнение
Потупил с жалобами на
Из анамнеза известно, что.....
При поступлении состояние по синдрому, кратко данные осмотра, подтверждающие диагноз.
Обследован: перечисляются лабораторные данные
Осмотрен ЛОР, неврологом и т.д., (заключение, рекомендации), осмотрен в динамике.....
В лечении: название препаратов, курс
На фоне лечения динамика, состояние, катарального/диарейного/ и т.д. синдрома нет (или сохраняется редкий продуктивный кашель, кашицеобразный стул, увеличение размеров печени и т.д.)
Выписывается с рекомендациями: диета, режим, общеукрепляющие мероприятия, наблюдение (педиатра, терапевта, инфекциониста), явка на прием, при необходимости указать лабораторные исследования (когда и какие), в лечении (форма и название препарата, дозировка, кратность и длительность приема, способ введения (per os, per rectum, внутримышечно и т.д.).
Карантина в отделении нет или карантин по от числа

Заместитель главного врача по лечебной части	подпись	Ф.И.О.
Заведующий отделением	подпись	Ф.И.О.
Лечащий врач	подпись	Ф.И.О.

Приложение 3

ПРАВИЛА ПОВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ И ПОСЕТИТЕЛЕЙ ГБУЗ «МОЗДОКСКОЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ» МЗ РСО-АЛАНИЯ

1. Общие положения

Правила поведения пациентов и посетителей ГБУЗ «Моздокской центральной районной больницы» МЗ РСО-Алания (далее - Правила) разработаны с целью создания благоприятных условий для получения пациентом квалифицированного и своевременного обследования и лечения, соблюдения общественного порядка, предупреждения и пресечения террористической деятельности, иных преступлений и административных правонарушений, соблюдения санитарно-эпидемиологических правил, обеспечения личной безопасности работников, пациентов и посетителей ГБУЗ «Моздокской центральной районной больницы» МЗ РСО-Алания.

Настоящие Правила разработаны в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Федеральным законом от 10.07.2001 № 87-ФЗ «Об ограничении курения табака», приказом Минздравсоцразвития России от 29.06.2011 № 624н «Об утверждении Порядка выдачи листков нетрудоспособности», приказом Минздравсоцразвития России от 16.04.2010 № 243 и «Об организации оказания специализированной медицинской помощи».

Соблюдение настоящих Правил является обязательным для всех пациентов и посетителей ГБУЗ «Моздокской центральной районной больницы» МЗ РСО-Алания.

Настоящие Правила размещаются для всеобщего ознакомления на информационных стендах ГБУЗ «Моздокской центральной районной больницы» МЗ РСО-Алания.

С Правилами пациент (законный представитель) знакомятся под роспись в приемном отделении ГБУЗ «Моздокской центральной районной больницы» МЗ РСО-Алания.

В настоящих Правилах используются следующие основные понятия:

медицинская услуга - медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение оказываемых ГБУЗ «Моздокской центральной районной больницы» МЗ РСО-Алания на базе своих структурных подразделений;

медицинская помощь - комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг;

пациент - физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния;

посетитель - любое физическое лицо, посещающее пациента либо сопровождающее его, временно находящееся в здании или служебном помещении ГБУЗ «Моздокской центральной районной больницы» МЗ РСО-Алания, которому не оказывается медицинская помощь;

законный представитель - гражданин (родители, усыновители, опекуны, попечители или иные лица, которым это право предоставлено федеральным законом), который выступает во всех учреждениях в защиту личных и имущественных прав и законных интересов граждан недееспособных, ограниченно дееспособных либо дееспособных, но в силу физического состояния (по старости, болезни и т.п.) не могущих лично осуществлять свои права и выполнять свои обязанности. Родители подтверждают отношения законного представительства свидетельством о рождении ребенка и документом, удостоверяющим личность; усыновители, опекуны, попечители или иные лица, которым это право предоставлено федеральным законом, соответствующим документом;

лечащий врач - врач, на которого возложены функции по организации и непосредственному оказанию пациенту медицинской помощи в период наблюдения за ним и его лечения в ГБУЗ «Моздокской центральной районной больнице» МЗ РСО-Алания.

Лица, не являющиеся законными представителями пациента, могут представлять интересы пациента на основании нотариально удостоверенной доверенности или доверенности, приравненной к нотариально удостоверенной в соответствии с гражданским законодательством Российской Федерации.

2. Правила поведения пациентов и посетителей ГБУЗ «Моздокской центральной районной больницы» МЗ РСО-Алания

В ГБУЗ «Моздокскую центральную районную больницу» МЗ РСО-Алания пациенты поступают через приемное отделение, откуда после врачебного осмотра направляются в профильные отделения.

Во время пребывания в ГБУЗ «Моздокской центральной районной больницы» МЗ РСО-Алания пациент обязан:

соблюдать настоящие Правила:

точно соблюдать Лечебный режим дня пациента, установленный в отделениях ГБУЗ «Моздокской центральной районной больницы» МЗ РСО-Алания;

во время врачебного обхода, в часы измерения температуры, во время тихого часа, после отхода ко сну находиться в отведенной для данного пациента палате;

отключать звук сотового телефона во время врачебного обхода и выполнения лечебных процедур;

во время прогулок находиться лишь на территории ГБУЗ «Моздокской центральной районной больницы» МЗ РСО-Алания;

точно выполнять назначения лечащего врача и рекомендации медицинских работников;

приносить с собой и принимать от посетителей лишь те продукты питания, которые разрешены администрацией ГБУЗ «Моздокской центральной районной больницы» МЗ РСО-Алания (перечень продуктов, разрешенных и запрещенных для передачи пациентам ГБУЗ «Моздокской центральной районной больницы» МЗ РСО-Алания, регламентирован санитарными нормами и правилами и размещается на стенде в отделении);

хранить продукты строго в отведенных для этого местах - холодильнике в столовой соответствующего отделения в отдельном пакете с указанием Ф.И.О. (исключение составляют фрукты, конфеты и печенье в закрытых коробках);

принимать пищу в специально отведенном месте - столовой соответствующего отделения (кроме больных, которым предписан постельный режим):

если допускает состояние здоровья, самостоятельно убирать и содержать в чистоте и порядке свою койку и прикроватную тумбу, столик в палате, регулярно проветривать палату;

ничего не хранить под подушками и матрацем;

соблюдать чистоту и порядок;

при выходе из палаты обязательно надевать халат (пижаму) и обувать сменную обувь;

не нарушать тишины в палатах и коридорах отделения;

бережно обращаться с оборудованием, мебелью и инвентарем ГБУЗ «Моздокской центральной районной больницы» МЗ РСО-Алания. За порчу оборудования, мебели и инвентаря ГБУЗ

«Моздокской центральной районной больницы» МЗ РСО-Алания, происшедшую по вине пациента, последние несут материальную ответственность в размере стоимости испорченного;

уважительно относиться к медицинским работникам и другим лицам, участвующим в оказании медицинской помощи;

проявлять доброжелательное и вежливое отношение к другим пациентам;

заботиться о своем здоровье, не совершать действий, наносящих ущерб собственному здоровью и здоровью других пациентов;

обо всех претензиях сообщать старшей медицинской сестре отделения, лечащему врачу (дежурному врачу), заведующему отделением;

соблюдать санитарно-противоэпидемиологический режим и санитарно-гигиенические нормы;

при проведении анкетирования объективно и честно отвечать на вопросы анкеты.

Во время пребывания в ГБУЗ «Моздокской центральной районной больнице» МЗ РСО-Алания пациент имеет право на:

выбор врача (с учетом согласия врача);

профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;

получение консультаций врачей-специалистов (в установленном порядке);

облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными препаратами;

получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;

получение лечебного питания в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях;

защиту сведений, составляющих врачебную тайну;

отказ от медицинского вмешательства;

возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании ему медицинской помощи;

допуск к нему адвоката или законного представителя для защиты своих прав;

допуск к нему священнослужителя, если это не нарушает Лечебный режим дня пациента.

Во время пребывания в ГБУЗ «Моздокской центральной районной больнице» МЗ РСО-Алания пациентам воспрещается:

самовольно отлучаться из ГБУЗ «Моздокской центральной районной больницы» МЗ РСО-Алания;

самовольно посещать больных других отделений ГБУЗ «Моздокской центральной районной больницы» МЗ РСО-Алания;

курить в палатах и коридорах и на территории ГБУЗ «Моздокской центральной районной больницы» МЗ РСО-Алания;

хранить и употреблять спиртные напитки;

пользоваться бельем и подушками свободных коек в палатах;

бросать марлю, вату и другие предметы в унитазы, писсуары и раковины;

сидеть на подоконниках, высовываться из окон и переговариваться через них;

находиться в палатах в верхней одежде, без сменной обуви (бахил);

находиться в состоянии алкогольного, наркотического и токсического опьянения;

играть в азартные игры;

громко разговаривать, шуметь, хлопать дверьми;

пользоваться служебными телефонами;

выносить за пределы ГБУЗ «Моздокской центральной районной больницы» МЗ РСО-Алания медицинские карты и изымать из них медицинскую и иную документацию;

изымать документацию из информационных стендов.

Личные вещи, разрешенные для использования пациентами:

предметы ухода: зубная щетка, зубная паста, мыло, расческа, туалетная бумага, салфетки, подгузники, чашка, ложка;

одежда с обеспечением ежедневной смены;

сменная обувь;

настольные игры, карандаши, бумага, фломастеры, книги.

Личные вещи, запрещенные для использования пациентами:

острые предметы: ножи, ножницы, иглы, спицы, вилки;

электронагревательные приборы, кипятильники.

Посещение пациентов допускается во всех отделениях ГБУЗ «Моздокской центральной районной больницы» МЗ РСО-Алания, за исключением отделения анестезиологии и реанимации.

Посетителям категорически запрещен вход в операционный блок, перевязочный кабинет и процедурный кабинет ГБУЗ «Моздокской центральной районной больницы» МЗ РСО-Алания.

Посещения пациентов разрешены в холле соответствующего отделения ГБУЗ «Моздокской центральной районной больницы» МЗ РСО-Алания:

в будние дни: с 16.00 до 18.00 часов;

в выходные дни: с 10.00 до 12.00 часов и с 16.00 до 18.00 часов.

Вызов пациентов в холл осуществляется дежурным медицинским персоналом.

К тяжелым больным посетители допускаются в количестве не более 2 человек одновременно и не более чем на 20 минут по разрешению лечащего врача без верхней одежды в сменной обуви (бахилах).

Присутствие ухаживающих за пациентами, нуждающимися в постороннем уходе, в палатах (кроме палат отделения анестезиологии и реанимации) возможно с разрешения заведующего отделением.

Во время карантина посещение пациентов запрещается.

Посещение пациентов, перенесших оперативные вмешательства, разрешается не ранее чем на 3 суток после операции.

В целях недопущения попадания в палаты опасных предметов посетителям следует предъявлять охраннику и дежурному медицинскому персоналу содержимое сумок.

На территории ГБУЗ «Моздокской центральной районной больницы» МЗ РСО-Алания посетители обязаны соблюдать тишину, не нарушать покой пациентов. Звонки мобильного телефона должны быть выключены на все время пребывания в ГБУЗ «Моздокской центральной районной больницы» МЗ РСО-Алания.

Посетителям запрещено свободное перемещение по другим палатам и отделениям.

Посетители должны с уважением относиться к медицинскому и обслуживающему персоналу ГБУЗ «Моздокской центральной районной больницы» МЗ РСО-Алания.

Посетители должны бережно относиться к имуществу ГБУЗ «Моздокской центральной районной больницы» МЗ РСО-Алания. В случае причинения ущерба любому виду имущества (уничтожение, порча, повреждение и т.д.) посетители обязаны возместить все убытки.

Посетители обязаны соблюдать чистоту, порядок на территории и в отделениях ГБУЗ «Моздокской центральной районной больницы» МЗ РСО-Алания.

Посетителям категорически запрещается сидеть в палатах на койке пациента.

Посетителям запрещается курить в помещениях и на территории ГБУЗ «Моздокской центральной районной больницы» МЗ РСО-Алания.

Медицинский персонал имеет право попросить посетителей покинуть отделение, если они причиняют неудобства другим пациентам, находящимся в палате, или пациентам требуется проведение лечебных процедур во время посещений.

Посетители в нетрезвом виде к пациентам не допускаются.

Посетители - несовершеннолетние лица в возрасте до 14 лет могут находиться в зданиях и служебных помещениях ГБУЗ «Моздокской центральной районной больницы» МЗ РСО-Алания только в сопровождении законных представителей (родители, усыновители, опекуны, попечители или иные лица, которым это право предоставлено федеральным законом).

3. Заключительные положения

В случае нарушения его прав пациент может обращаться с жалобой непосредственно к заведующему отделением, заместителю главного врача по лечебной части, главному врачу ГБУЗ «Моздокской центральной районной больницы» МЗ РСО-Алания.

При устном обращении пациента ответ на его обращение дается в устной форме в ходе личного приема. В остальных случаях дается письменный ответ по существу поставленных в обращении вопросов.

Замечания и предложения пациент может записать в книгу отзывов и предложений, которая хранится на посту у медицинской сестры.

Ответственность за последствия, связанные с отказом от медицинского вмешательства (госпитализации), за несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинских работников, в том числе назначенного режима лечения, которые могут снизить качество медицинской помощи, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья пациента, несет пациент.

В случае нарушения пациентом настоящих Правил, лечебного режима дня, санитарно-противоэпидемиологического режима и санитарно-гигиенических норм ответственные работники ГБУЗ «Моздокской центральной районной больницы» МЗ РСО-Алания делают соответствующую отметку в листке нетрудоспособности о нарушении лечебного режима и имеют право досрочно выписать пациента из ГБУЗ «Моздокской центральной районной больницы» МЗ РСО-Алания.

В случае нарушения пациентами и посетителями (сопровождающими лицами) настоящих Правил и общественного порядка работники ГБУЗ «Моздокской центральной районной больницы» МЗ РСО-Алания и сотрудники охраны вправе делать им соответствующие замечания и требовать, чтобы они покинули территорию ГБУЗ «Моздокской центральной районной больницы» МЗ РСО-Алания, а также вызвать наряд полиции и применять иные меры воздействия, предусмотренные действующим законодательством.

Воспрепятствование осуществлению процесса оказания медицинской помощи, неуважение к работникам ГБУЗ «Моздокской центральной районной больницы» МЗ РСО-Алания, другим пациентам и посетителям, нарушение общественного порядка на территории ГБУЗ «Моздокской центральной районной больницы» МЗ РСО-Алания, причинение морального вреда персоналу ГБУЗ «Моздокской центральной районной больницы» МЗ РСО-Алания, причинение вреда деловой репутации персоналу ГБУЗ «Моздокской центральной районной больницы» МЗ РСО-Алания влечет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

Лица причинившие ущерб имуществу ГБУЗ «Моздокской центральной районной больницы» МЗ РСО-Алания (уничтожение, порча, повреждение и т.д.), обязаны возместить все убытки в соответствии с действующим законодательством.

Информация о состоянии здоровья является врачебной тайной и предоставляется третьим лицам (родственникам, близким и др.) только с согласия пациента в доступной, соответствующей требованиям медицинской этики и деонтологии форме лечащим врачом, заведующим отделением или должностными лицами ГБУЗ «Моздокской центральной районной больницы» МЗ РСО-Алания и может содержать сведения о результатах обследования, наличии заболевания, диагнозе, прогнозе, методах обследования и лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства и их последствиях, а также о результатах проведенного лечения и возможных осложнениях.

Предоставление третьим лицам копии медицинской документации и результатов исследований пациента без его согласия не допускается (кроме случаев, предусмотренных действующим законодательством).

По вопросам организации медицинской помощи в ГБУЗ «Моздокской центральной районной больницы» МЗ РСО-Алания пациенты и посетители могут обращаться:

к заведующим отделениями и кабинетами и заместителям главного врача в будние дни с 14:00 часов до 16:00 часов;

к главному врачу ГБУЗ «Моздокской центральной районной больницы» МЗ РСО-Алания в среду с 15:00 часов до 18:00 часов.

РЕЖИМ ПРЕБЫВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ И ПОСЕТИТЕЛЕЙ

В помещениях круглосуточного стационара и его структурных подразделений ЗАПРЕЩАЕТСЯ:

- нахождение в верхней одежде, без сменной обуви (или бахил);
- курение в зданиях, помещениях, лестничных площадках, на территории круглосуточного стационара;
- распитие спиртных напитков, употребление наркотических средств, психотропных и токсических веществ;
- появление в состоянии алкогольного, наркотического и токсического опьянения, за исключением необходимости в экстренной и неотложной медицинской помощи;
- играть в азартные игры;
- громко разговаривать, шуметь, хлопать дверьми;
- пользование мобильной связью при нахождении на приеме у врача, во время выполнения процедур, манипуляций, обследований;
- пользование служебными телефонами;
- выбрасывание мусора, отходов в непредназначенные для этого места.

При обращении за медицинской помощью пациент ОБЯЗАН:

- соблюдать внутренний распорядок работы круглосуточного стационара, тишину, чистоту и порядок;
- исполнять требования пожарной безопасности. При обнаружении источников пожара, иных источников, угрожающих общественной безопасности, пациент должен немедленно сообщить об этом дежурному медицинскому персоналу; выполнять требования и предписания врача;
- соблюдать рекомендуемую врачом диету;
- сотрудничать с врачом на всех этапах оказания медицинской помощи;
- оформлять в установленном порядке свой отказ от получения информации против своей воли о состоянии здоровья, о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, в том числе, в случаях неблагоприятного прогноза развития заболевания, отказ от медицинского вмешательства или его прекращение;

- уважительно относиться к медицинскому персоналу, проявлять доброжелательное и вежливое отношение к другим пациентам;
- бережно относиться к имуществу круглосуточного стационара и других пациентов;
- являться на прием к врачу в назначенные дни и часы;
- соблюдать лечебно-охранительный режим, предписанный лечащим врачом.

В отделениях круглосуточного стационара устанавливается следующий

РАСПОРЯДОК ДНЯ:

06.00	подъем
06.00-06.30	измерение температуры, выполнение назначений врача
06.30-07.00	утренний туалет больных
07.00-07.30	прием медикаментов
07.30-08.00	выполнение назначений врача
08.00-09.00	завтрак
09.00-12.00	обход врачей, лечебные процедуры, выписка
12.00-13.00	прием медикаментов
13.00-15.00	обед
15.00-16.00	тихий час
16.00-16.30	прием медикаментов
16.30-17.00	выполнение врачебных процедур
17.00-18.00	ужин
18.00-22.00	выполнение назначений, вечерний туалет, основная уборка помещений

Посещения пациентов разрешены в холле соответствующего отделения ГБУЗ «Моздокской центральной районной больницы» МЗ РСО-Алания:

в будние дни: с 16.00 до 18.00 часов;

в выходные дни: с 10.00 до 12.00 часов и с 16.00 до 18.00 часов.

При стационарном лечении пациент может пользоваться личным бельем, одеждой и сменной обувью, принимать посетителей в установленные часы и специально отведенном месте, за исключением периода карантина, и если это не противоречит санитарно-противоэпидемическому режиму.

В палате необходимо поддерживать чистоту и порядок. Мусор должен незамедлительно помещаться в специальный бак для сбора бытовых отходов.

Пациент обязан соблюдать правила личной гигиены, тщательно и часто мыть руки.

В помещениях стационарных отделений запрещается:

- хранить в палате верхнюю одежду, обувь, хозяйственные и вещевые сумки;
- хранить в палате опасные и запрещенные предметы;
- использовать нагревательные приборы, электрические кипяtilьники, чайники, телевизоры, магнитофоны и другие электроприборы;
- использовать электронные устройства, имеющие электромагнитное излучение;
- включать освещение, аудио, видео аппаратуру, телефоны, а также ходить по палате и отделению во время, предназначенное для сна и отдыха;
- самостоятельно ремонтировать оборудование, мебель;
- иметь колющие и режущие предметы, бьющуюся посуду;
- использовать постельное белье, подушки и одеяла со свободных коек в палатах;
- совершать прогулки по территории круглосуточного стационара без разрешения врача;
- совершать прогулки по территории круглосуточного стационара вне пешеходных зон;
- выходить за территорию круглосуточного стационара.

При лечении (обследовании) в условиях стационара пациент обязан:

- соблюдать санитарно-гигиенические нормы пользования бытовыми коммуникациями (холодильник, душ, санузел);

- соблюдать лечебно-охранительный режим, в том числе предписанный лечащим врачом;
- своевременно ставить в известность дежурный медицинский персонал об ухудшении состояния здоровья;
- незамедлительно сообщать врачу или медицинской сестре о повышении температуры, насморке, кашле, появлении одышки или других расстройств дыхания, рвоте, вздутии живота, появлении сыпи и т.д.

Самовольное оставление пациентом стационара расценивается как отказ от медицинской помощи с соответствующими последствиями, за которые больница ответственности не несет. Выписка пациентов производится лечащим врачом по согласованию с заведующим отделением стационара.

Правила посещения пациентов

Посещение пациентов, находящихся в стационарных отделениях, допускается при условии наличия сменной обуви, халата и пропуска, оформленного лечащим (дежурным) врачом в установленные часы посещений.

- Ассортимент продуктовых передач должен соответствовать назначенной диете.

Ответственность

Нарушение Правил внутреннего распорядка, лечебно-охранительного, санитарно-противоэпидемического режимов и санитарно-гигиенических норм влечет за собой ответственность, установленную законодательством Российской Федерации.

За нарушение режима и Правил внутреннего распорядка учреждения пациент может быть досрочно выписан с соответствующей отметкой в больничном листе.

Нарушением, в том числе, считается:

- грубое или неуважительное отношение к медицинскому персоналу;
 - курение в палатах, коридорах, лестничных площадках, на территории круглосуточного стационара;
 - неявка или несвоевременная явка на прием к врачу или на процедуру;
 - несоблюдение требований и рекомендаций врача;
 - прием лекарственных препаратов по собственному усмотрению;
 - самовольное оставление учреждения до завершения курса лечения;
 - одновременное лечение в другом учреждении без ведома и разрешения лечащего врача;
 - отказ от направления или несвоевременная явка на ВКК или МСЭ.
-