

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ставропольского края  
«КРАЕВОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ ДИСПАНСЕР»

П Р И К А З

10.01.2022 г.

№ 01-01/29

г. Ставрополь

«О совершенствовании системы управления контроля качества  
оказания медицинской помощи»

В целях улучшения качества медицинской помощи населению, в соответствии с: ФЗ 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»; Приказом МЗ РФ от 10.05. 2017 года № 203н, пункт 3.1.19, 3.1.20, 3.1. 21 «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи», Приказом Министерства здравоохранения РФ от 31июля 2020 г. № 785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности», Приказом МЗ РФ от 20 декабря 2012 г. N 1177н «Об утверждении порядка дачи информационного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении видов медицинских вмешательств, форм информационного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства», с целью улучшения экспертизы лечебно-диагностического процесса

П Р И К А З Ы В А Ю:

1. Внутриведомственный контроль качества медицинской помощи вести по следующим элементам:
  - текущая экспертиза;
  - целевая экспертиза;
  - экспертизу летальных случаев;
  - экспертиза законченных случаев.
2. Утвердить «Положение о внутреннем контроле качества медицинской помощи» (Приложение №1).
3. Утвердить «Положение о порядке проведения консилиумов» (Приложение №2)
4. Утвердить «Карту экспертной оценки качества медицинской помощи»
5. Утвердить «Правила ведения медицинской карты стационарного больного (учетная форма 003/у) и медицинской карты амбулаторного больного (учетная форма 025/у)» (Приложение №4).

6. Утвердить «Информационные согласия на оказание медицинской помощи в ГБУЗ СК «ККПТД» (Приложение №5).

7. Утвердить «Форму выписного эпикриза в хирургических отделениях ГБУЗ СК «ККПТД» (Приложение №6).

8. Возложить функции по контролю за качеством оказания медицинской на уровне учреждения на заместителя главного врача по КЭР, работе со страховыми компаниями и экспертизе временной нетрудоспособности Т.В. Терехину, заместителя главного врача по медицинской части Т.И. Василенко и заместителя главного врача по поликлинической работе О.Д. Баронову.

8. Ответственность по контролю за работой среднего медицинского персонала возложить на заместителя главного врача по работе с сестринским персоналом Н.А. Богинскую.

9. Назначить экспертами первого уровня заведующих отделениями.

Заведующим отделениями:

- проводить стопроцентный контроль качества медицинской помощи по законченным случаям во вверенных им отделениях, с занесением сведений в журнал экспертной оценки качества лечения и с использованием «Карты оценки качества лечения пациента» (приложение № 4);

- При выявлении дефектов заполнять экспертную карту (приложение № 5), которая вклеивается в историю болезни.

- ежеквартально проводить анализ результатов экспертиз качества медицинской помощи (приложение № 5)

10. Назначить экспертами второго уровня заместителей главного врача по следующим подразделениям заместителя главного врача по КЭР, работе со страховыми компаниями и экспертизе временной нетрудоспособности Т.В. Терехину, заместителя главного врача по медицинской части Т.И. Василенко и заместителя главного врача по поликлинической работе О.Д. Баронову по следующим подразделениям

- заместитель главного врача по медицинской части Т.И. Василенко – легочно-терапевтические отделения, отделение анестезиологии и реанимации, физиотерапевтическое отделение, легочно-хирургическое отделение, отделение для больных костно-суставным туберкулезом, отделение для больных урогенитальным отделением, клиничко-диагностическая и бактериологическая лаборатории, отделение лучевой диагностики, эндоскопическое отделение;

- заместитель главного врача по поликлинической работе О.Д. Баронову – амбулаторное отделение;

- заместитель главного врача по КЭР, работе со страховыми компаниями и экспертизе временной нетрудоспособности Т.В. Терехину – легочно-терапевтические отделения, отделение анестезиологии и реанимации, физиотерапевтическое отделение, легочно-хирургическое отделение, отделение для больных костно-суставным туберкулезом, отделение для больных урогенитальным отделением, клиничко-диагностическая и бактериологическая лаборатории, отделение лучевой диагностики, эндоскопическое отделение, поликлиническое отделение.

11. Экспертам второго уровня в закрепленных подразделениях проводить экспертизу качества медицинской помощи не менее 50 случаев в квартал. При выявлении дефектов заполнять экспертную карту (приложение №5), копии экспертных карт передавать заведующим отделениями.

12. По итогам квартала проводить анализ результатов экспертиз качества медицинской помощи.

13. Заместителю главного врача по КЭР, работе со страховыми компаниями и экспертизе временной нетрудоспособности Т.В. Терехиной:

- ежемесячно проводить сравнительный анализ результатов социологического опроса и в первую среду каждого месяца докладывать на совещании с заведующими отделениями;
- готовить сводную справку по результатам внутреннего контроля качества медицинской помощи в учреждении предоставлять 15 числа следующего за кварталом месяца главному врачу;
- осуществлять взаимодействие с исполнительными органами Фонда социального страхования Российской Федерации по вопросам, относящимся к компетенции;
- все случаи с выявленными дефектами по результатам ведомственной экспертизы на Врачебной комиссии по контролю качества и безопасности медицинской помощи, после предварительного разбора заведующими отделениями с врачами отделения;
- проводить ежеквартальный анализ результатов ведомственной экспертизы качества оказания медицинской помощи в целом и в разрезе каждого отделения и предоставлять 10 числа следующего за кварталом месяца главному врачу.

14. Ответственность за контроль качества медицинской помощи в филиалах ГБУЗ СК «ККПТД» возлагаю на заведующих филиалами.

15. Ответственность за исполнение приказа возлагаю на заместителя главного врача по клинико-экспертной работе, работе со страховыми компаниями и экспертизе временной нетрудоспособности Т.В. Терехину.

16. С приказом ознакомить всех заинтересованных лиц.

Главный врач



О.Г. Хаджиев

## **ПОЛОЖЕНИЕ О ВНУТРЕННЕМ КОНТРОЛЕ КАЧЕСТВА и БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

### **I. ОЩЕЕ ПОЛОЖЕНИЕ**

**Внутренний контроль качества медицинской помощи** - это контроль за соблюдением медицинских технологий и стандартов лечебно-диагностического процесса.

Внутренний контроль качества медицинской помощи осуществляется экспертным путем должностными лицами, врачебной комиссией и ее подкомиссиями, а так же специалистами МЗ СК, В необходимых случаях для проведения экспертизы могут привлекаться сотрудники кафедры СтГМУ.

Внутренний контроль качества медицинской помощи - предусматривает применение мер административного воздействия к лицам при выявлении дефектов оказания медицинской помощи.

### **II. ЦЕЛЬ**

Целью внутреннего контроля качества медицинской помощи является:

- обеспечение прав пациентов на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества на основе оптимального использования кадровых и материально - технических ресурсов здравоохранения и применения совершенных медицинских технологий.
- предупреждение дефектов медицинской помощи путем анализа наиболее распространенных нарушений по результатам контроля и принятие мер.

### **III. ЗАДАЧИ**

- 3.1. Раннее выявление и обоснование дефектов, врачебных ошибок и других факторов, оказывающих негативное действие и повлекшее за собой снижение качества медицинской помощи, а так же предупреждение врачебных ошибок и недостатков при оказании медицинской помощи.
- 3.2. Контроль степени риска (опасности травмы или заболевания в результате медицинских вмешательств).
- 3.3. Оценка удовлетворенности пациентов оказанной медицинской помощью.
- 3.4. Обеспечение безопасности лечебно-диагностического процесса.
- 3.5. Выявление, установление характера и причин типичных (повторяющихся, систематических) ошибок в лечебно-диагностическом процессе.
- 3.6. Сопоставление результатов и сроков лечения установленным региональными стандартами медицинской помощи.
- 3.7. Рациональное использование имеющихся ресурсов.
- 3.8. Подготовка рекомендаций для главного врача направленных на предупреждение врачебных ошибок и дефектов в работе и способствующих повышению качества и эффективности медицинской помощи.

#### **IV. ОРГАНИЗАЦИЯ И ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Экспертиза качества медицинской помощи конкретному больному предусматривает сопоставление ее со стандартами, учитывая все особенности данного индивидуального случая. Во время проведения экспертизы качества лечебно - диагностического процесса эксперт:

- оценивает полноту и своевременность диагностических мероприятий, адекватность выбора и соблюдение лечебных мероприятий, правильность и точность постановки диагноза;
- выявляет дефекты и устанавливает их причины;
- готовит рекомендации по устранению и предупреждению выявленных недостатков.

При организации контроля качества медицинской помощи в выделены три уровня контроля.

#### **V. ПЕРВЫЙ УРОВЕНЬ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Первый уровень контроля качества медицинской помощи - осуществляют заведующие отделением или подразделением (или лицо его замещающее).

Экспертиза качества медицинской помощи осуществляется в виде: текущей экспертизы качества медицинской помощи и экспертизы качества медицинской помощи по законченным случаям.

#### **ТЕКУЩАЯ ЭКСПЕРТИЗА**

##### **ЦЕЛЬ:**

- обеспечение лечебно-диагностического процесса согласно стандартам ведения больных в ГБУЗ СК «ККПТД»;
- своевременная и адекватная коррекция лечебно-диагностического процесса;
- улучшение качества лечебно-диагностического процесса путем обсуждения на примере конкретных больных распределения ответственности специалистов в обеспечении своевременной и адекватной медицинской помощи;
- улучшения качества ведения медицинской документации путем обсуждения на конкретных примерах.

##### **ЗАДАЧИ:**

- контроль госпитализации и обоснованности пребывания туберкулезного больного в стационаре;
- выявление и обсуждение дефектов обследования и лечения туберкулезных больных;
- коллегиальная оценка состояния и своевременная коррекция лечебно-диагностических мероприятий тяжелым больным;
- экспертиза качества оформления документации обсуждаемых больных.

## **ПУТИ ПРОВЕДЕНИЯ:**

1. Заведующие отделениями проводят текущую экспертизу:

- в первые трое суток с момента госпитализации больного;
- плановых обходах – 1 раз в месяц;
- закончивших лечение больных в последние 2 дня перед выпиской;
- при направлении больного на ВК для продления листка нетрудоспособности свыше 15 дней;
- при направлении больного на ВК для решения освидетельствования медико-социальной экспертизой;
- при контроле за эффективностью лечения туберкулезных больных;
- рациональном назначении лекарственных средств.

Заведующие отделениями при текущей экспертизе используют:

- личный осмотр пациентов;
- анализ истории болезни;
- изучение медицинской амбулаторной карты больного в поликлинике.

Оценка качества оказания медицинской помощи фиксируется в истории болезни или амбулаторной карте туберкулезного больного самолично.

Оценка качества оказания медицинской помощи заведующими отделениями проводится в 100% случаев.

## **ЭКСПЕРТИЗА ЗАКОНЧЕННЫХ СЛУЧАЕВ**

### **ЦЕЛЬ:**

- выявление дефектов, диагностических и лечебных ошибок, повлекших за собой снижение УКЛ по отделению;
- оценка качества каждого врача;
- повышение ответственности каждого врача путем использования коэффициентов стимулирующего характера при материальных выплатах (распределениях КТУ).

### **ЗАДАЧИ:**

- оценка организации лечебно-диагностического процесса в отделениях;
- анализ профессиональной деятельности каждого врача.

### **Обязательному экспертному контролю в стационаре подлежат случаи:**

- с удлинёнными или укороченными сроками лечения туберкулеза;
- внутрибольничного инфицирования;
- удлинёнными сроками пребывания на листке нетрудоспособности;
- с расхождением диагноза;
- с обострением или рецидивом туберкулезного процесса;
- сопровождающимися жалобами пациентов.

### **Обязательному экспертному контролю в амбулаторном отделении подлежат случаи:**

- с удлинёнными сроками обследования пациентов;

- с удлинёнными сроками пребывания на листке нетрудоспособности;
- отказа в госпитализации;
- отрыва от контролируемого противотуберкулезного лечения;
- некачественного обследования или лечения по месту жительства.

### ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ.

- Заведующий отделением проводит экспертизу 100 % законченных случаев.
- Анализ качества обследования и лечения проводится по единой методике расчета УКЛ (таблицы №1 и №2) регистрирует в «Журнале экспертной оценки качества лечения больных» в отделении.

Таблица №1

### Примерный перечень оценки качества деятельности врача стационарного отделения

№	КРИТЕРИИ	Возможный УКЛ
	<b>Ведение медицинской документации</b>	
1.	Замечания по первичному описанию: жалобы, анамнез, туб. контакт, данные БЦЖ у детей, экспертный анамнез и т.д.	0,9-0,75
2.	Замечания по режимам химиотерапии при первичном описании:	
	- отсутствует	0,9-0
	- не соответствует анамнезу и клинико-рентгенологическим данным	0,9-0
3.	Замечания по динамике наблюдения	0,9-0
4.	Замечания по формулировке диагноза:	
	- не полностью сформулирован диагноз	0,9-0,75
	- не обоснован	0,9-0
	- не вынесена лекарственная устойчивость к АБП	0,9,-0
	- не вынесены сопутствующие заболевания	0,9,-0
	- не вынесен диагноз после ЦВКК	0,9-0
	- диагноз не соответствует клинико-рентгенологическим данным	0,9-0
5.	Не даны рекомендации:	
	- по лечению	0,9-0
	- трудоспособности	0,9-0
6.	Замечания по экспертизе нетрудоспособности	
	- несвоевременное представление на ВК	0,9-0,75
	<b>Замечания по объему и качеству обследования (рентгенологическое, томографическое, компьютерная томография, бронхологическое, УЗИ и т. д.)</b>	
1.	Инструментальные исследования	
	- не проведены	0,9-0
	- не в полном объеме	0,9-0
	- несвоевременно	0,9-0
	- избыточно	0,75
2.	Лабораторные исследования	
	- не в полном объеме	0,9-0
	- нет контрольных анализов	0,9-0,75
	- анализы не выполнены	0,9-0

3.	Обоснованность и сроки проведения консультаций специалистов	0,9-0
4.	Сроки и качество осмотров заведующими отделениями	0,9-0,5
5.	Замечания по иммунодиагностике	
	- несвоевременная постановка ДСТ и реакции Манту с 2ТЕ	0,95-0
	- не выполнен ДСТ и реакция Манту с 2ТЕ	0,9-0
	- не выполнена проба Коха	0,9-0
	- несвоевременная проба Коха	0,95-0
	<b>Замечания по лечению</b>	
1.	Медикаментозное лечение:	
	- несвоевременное	0,9-0
	- не соблюдение режимов химиотерапии	0,9-0
	- неадекватные дозы противотуберкулезных препаратов	0,9-0,5
	- наличие полипрогмазии	0,9-0
2.	Лечебные манипуляции (пневмоперитонеум, пневмоторакс), физиолечение:	
	- не применены, но показаны	0,9-0

Таблица №2

**Примерный перечень оценки качества деятельности врача амбулаторного отделения.**

№	КРИТЕРИИ	Возможный УКЛ
	<b>Ведение медицинской документации</b>	
1.	Замечания по первичному описанию: жалобы, анамнез, туб. контакт, данные БЦЖ у детей, экспертный анамнез и т.д.	0,9-0,75
3.	Замечания по диспансерному наблюдению	0,9-0
4.	Замечания по формулировке диагноза:	
	- не полностью сформулирован диагноз	0,9-0,75
	- не вынесена лекарственная устойчивость к АБП	0,9,-0
	- не вынесены сопутствующие заболевания	0,9-0
	- диагноз не соответствует клинической классификации	0,9-0
5.	Не даны рекомендации:	
	- по лечению	0,9-0
	- трудоспособности	0,9-0
	- по диспансерному наблюдению	0,9-0
6.	Замечания по экспертизе нетрудоспособности:	
	- нет экспертного анамнеза	0,9-0,75
	- несвоевременное проведение ВК	0,9-0,75
	<b>Замечания по объему и качеству обследования (рентгенологическое, томографическое, бронхологическое, УЗИ и т. д.)</b>	
1.	Инструментальные исследования	
	- не проведены	0,9-0
	- не в полном объеме	0,9-0
	- несвоевременно	0,9-0
2.	Лабораторные исследования	
	- не в полном объеме	0,9-0
	- несвоевременно	0,9-0,75
	- не проведены	0,9-0



5.	Замечания по иммунодиагностике	
	- несвоевременная постановка ДСТ и реакции Манту с 2ТЕ	0,95-0
	- не выполнены ДСТ и реакция Манту с 2ТЕ	0,9-0
	<b>Замечания по лечению</b>	
1.	Медикаментозное лечение:	
	- не соблюдение режимов химиотерапии	0,9-0
	- неадекватные дозы противотуберкулезных препаратов	0,9-0,5
2.	Лечебные манипуляции (пневмоперитонеум, пневмоторакс), физиолечение:	
	- не применены, но показаны	0,9-0

**Журнал экспертной оценки качества лечения больных в \_\_\_\_\_ отделении**

Ф. И. О больного	Диагноз	Дата эксперт изы	Замечания по			Ф. И. О врача	УКЛ
			полноц. обсле- дование	полнота лечения	ведение докумен - тации		

б) при отсутствии дефектов УКЛ регистрируется на последней странице истории болезни;

в) при наличие дефектов заполняется карта экспертной оценки качества медицинской помощи:

**Карта экспертной оценки качества медицинской помощи  
(1-й уровень)**

Отделение \_\_\_\_\_  
 Дата проведения \_\_\_\_\_  
 № карты стационарного (амбулаторного) больного \_\_\_\_\_  
 Ф.И.О. больного \_\_\_\_\_

Составляющие лечебно- диагностический процесс	Результаты экспертной оценки						УКЛ
	своевременность		полнота		обоснованность		
	да	нет	да	нет	да	нет	
Обследование							
Консультации							
Специфическое лечение							
Ингаляции, эндобронхиальные вливания							
ИПП, ИПТ							
Хирургическое лечение							
Длительность пребывания в стационаре согласно стандарта							
Ведение мед. документации							

Зав. отделением \_\_\_\_\_ подпись

в) по результатам экспертизы заведующий отделением принимает решение и представляет на заседание медико-экономической комиссии данные о:

- дифференциальной оплате труда работников;
- поощрениях и штрафных санкциях.

г) в конце квартала заведующий отделением представляет заместителю главного врача по КЭР:

- журнал экспертной оценки качества лечения 1-го уровня;
- средний УКЛ отделения 1-го уровня.

Ежеквартально на основании журнала экспертной оценки качества лечения больных в отделении проводится оценка результатов и объема экспертизы качества медицинской помощи, фиксируется по форме и сдается заместителю главного врача по клинико-экспертной работе (таблица №3).

Таблица №3

**Сводная информация об объемах и результатах оценки качества  
медицинской помощи в \_\_\_\_\_ отделении  
за \_\_\_\_\_ квартал**

Ф.И.О. врача	Количество случаев, подвергнутых оценке		Выявлено нарушений		Структура выявленных нарушений						УКЛ	
	Абс.	%	Абс.	%	Обследования		Лечения		Ведения документ ации			
					Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%		

**Заведующие отделениями лучевой диагностики, функциональной диагностики, эндоскопического отделения** осуществляют текущий контроль 5% врачебных заключений (по первичным медицинским документам) в течение месяца, в ходе указанного контроля заведующими отделениями при необходимости проводятся контрольные повторные диагностические исследования, особое внимание уделяется случаям с диагностической сложной патологией.

**В клинично-диагностической и бактериологической лабораториях** контроль качества выполняется по гематологическим, биохимическим и иммуноферментным методам с использованием контрольных фирменных материалов и обязательное участие в Федеральной системе внешней оценки качества.

**Старшие медицинские сестры** ежемесячно осуществляют контроль в соответствии с требованиями:

- за ведением медицинской документации;
- за организацией работы в сфере обращения с лекарственными средствами;
- за соблюдением санитарно - эпидемиологического и санитарно - гигиенического режимов;
- за соблюдением лечебно - охранительного режима;
- за соблюдением технологии сестринских манипуляций;
- за соблюдением технологии забора материала для лабораторных исследований;
- за проведением обучения среднего и младшего медицинского персонала в отделениях;
- за уровнем знаний среднего медицинского персонала по вопросам инфекционной безопасности;
- за предстерилизационной обработкой медицинского инструментария;
- организует контроль за работой младшего медицинского персонала.

## **VI. ВТОРОЙ УРОВЕНЬ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

**Экспертами II уровня контроля качества медицинской помощи** являются заместители главного врача по медицинской части, по клиничко - экспертной работе, работе со страховыми компаниями и экспертизе временной нетрудоспособности, заместитель главного врача по поликлинической работе.

### **ТЕКУЩАЯ ЭКСПЕРТИЗА**

#### **ЦЕЛЬ:**

- обеспечение лечебно-диагностического процесса согласно региональных стандартов ведения больных в ГБУЗ СК «ККПТД»;
- своевременная и адекватная коррекция лечебно-диагностического процесса;
- улучшение качества лечебно-диагностического процесса путем обсуждения на примере конкретных больных распределения ответственности специалистов в обеспечении своевременной и адекватной медицинской помощи;
- улучшения качества ведения медицинской документации путем обсуждения на конкретных примерах.

#### **ЗАДАЧИ:**

- контроль госпитализации и обоснованности пребывания туберкулезного больного в стационаре;
- выявление и обсуждение дефектов обследования и лечения туберкулезных больных;
- коллегиальная оценка состояния и своевременная коррекция лечебно-диагностических мероприятий тяжелым больным;
- экспертиза качества оформления документации обсуждаемых больных.

**Заместители главного врача по медицинской части, клиничко - экспертной работе, работе со страховыми компаниями и экспертизе временной**

**нетрудоспособности, заместитель главного врача по поликлинической работе текущую экспертизу осуществляют при:**

- обсуждении вновь поступивших и тяжелых больных;
  - разборе тяжелых больных;
  - разборе трудных случаев диагностики;
  - хирургическом разборе больных, идущих на операцию;
  - плановых обходах в курируемых отделениях.
  - направления больных на установку клапанного бронхоблокатора;
  - контроля проведения специфического лечения на амбулаторном этапе туберкулезных больных;
  - ежедневного разбора трудных случаев диагностики на амбулаторном этапе;
  - контроля эффективности лечения туберкулезных больных.
  - анализа медицинской документации по выполнению стандартов лечения туберкулезных больных;
  - продления листка нетрудоспособности 15 дней и выше;
  - направления больного на медико-социальную экспертизу;
  - анализа историй болезни по выполнению режимов противотуберкулезной химиотерапии;
  - выписке справок по допуску к работе, на оформление академического отпуска.
2. Контроль качества медицинской помощи осуществляется на основе:
- анализа медицинской документации больного (амбулаторной карты, истории болезни);
  - личного осмотра больного;
  - при обходах отделений;
  - Оценка качества оказания медицинской помощи фиксируется в истории болезни или амбулаторной карте туберкулезного больного.

## **ЭКСПЕРТИЗА ЗАКОНЧЕННЫХ СЛУЧАЕВ**

### **ЦЕЛЬ:**

- выявление дефектов, диагностических и лечебных ошибок, повлекших за собой снижение УКЛ по отделению;
- оценка качества каждого врача;
- повышение ответственности каждого врача путем использования коэффициентов стимулирующего характера при материальных выплатах (распределениях КТУ).

### **ЗАДАЧИ:**

- оценка организации лечебно-диагностического процесса в отделениях;
- анализ профессиональной деятельности каждого врача.

**Обязательному экспертному контролю в стационаре подлежат случаи:**

- с удлинёнными или укороченными сроками лечения туберкулеза;
- внутрибольничного инфицирования;
- удлинёнными сроками пребывания на листке нетрудоспособности;
- с расхождением диагноза;
- с обострением или рецидивом туберкулезного процесса;
- сопровождающимся жалобами пациентов.

**Обязательному экспертному контролю в поликлинике подлежат случаи:**

- с удлинёнными сроками обследования пациентов;
- с удлинёнными сроками пребывания на листке нетрудоспособности;
- отказа в госпитализации;
- отрыва от контролируемого противотуберкулезного лечения;
- некачественного обследования или лечения по месту жительства.

**Экспертизу качества оказания медицинской помощи** по законченному случаю стационарного или амбулаторного больного ежеквартально проводят не менее 30% законченных случаев, анализируются следующие моменты:

- интенсивность и качество обследования;
- интенсивность и качество лечебно-диагностического процесса;
- верификация диагноза, обоснованность и сроки лечения;
- качество оформления медицинской документации (в том числе вопросы экспертизы временной нетрудоспособности);
- анализ качества обследования и лечения проводится по единой методике расчета УКЛ (таблицы 1 и 2) регистрируется в «Журнале экспертной оценки качества лечения больных 2-го уровня»

**Журнал экспертной оценки качества лечения  
больных в диспансере (2й уровень)**

Ф.И.О боль- ног	Диа- гноз	Дата экспе- рти- зы	Замечания по			Длит ель ность лечен ия	Ф.И.О врача	УКЛ 1 урове нь	УКЛ 2 урове нь
			Пол- ноц. обсле д-е	Пол- нота лече- ния	ведение докуме нтации				

в) при наличии дефектов заполняется карта экспертной оценки качества медицинской помощи, которая вклеивается в медицинскую документацию:

**Карта экспертной оценки качества медицинской помощи  
(2-й уровень)**

Отделение \_\_\_\_\_

Дата проведения \_\_\_\_\_

Ф.И.О. больного \_\_\_\_\_

Составляющие лечебно-	Результаты экспертной оценки	УКЛ
-----------------------	------------------------------	-----

диагностический процесс	своевременность		полнота		обоснованность	
	да	нет	да	нет	да	нет
Обследование						
Консультации						
Специфическое лечение						
Ингаляции, эндобронхиальные вливания						
ИПП, ИПТ						
Хирургическое лечение						
Длительность пребывания в стационаре согласно стандарта						
Ведение мед. документации						

Эксперт \_\_\_\_\_ подпись

- при отсутствии дефектов в медицинской документации УКЛ 2-го уровня не проставляется;

Заместители главного врача по результатам экспертизы к 23-25 числу каждого месяца и к 30 числу последнего месяца квартала

а) представляет на заседание медико-экономической комиссии данные:

- средний УКЛ по отделениям;
- все случаи снижения УКЛ 2-го уровня;
- спорные и конфликтные случаи, требующие коллегиального обсуждения.

б) выносят решение:

- об индивидуальном материальном стимулировании заведующих отделениями, врачей, старших сестер, работающих без дефектов;
- о лишении стимулирующих выплат заведующих отделениями, врачей, старших сестер, работающих с наибольшим количеством дефектов.

## **УП. ТРЕТИЙ УРОВЕНЬ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Третьим уровнем контроля качества медицинской помощи является заседание ВК или ее подкомиссии.

1. Врачебная комиссия и подкомиссии путем совместных обсуждений:

- оценивают качество лечебно-диагностического процесса;
- выявляют дефекты, врачебные ошибки, оказывающие негативные воздействия на процесс оказания медицинской помощи туберкулезным больным.

2. Анализ летальности проводится подкомиссией врачебной комиссии по изучению летальных исходов.

3. Третьим уровнем внутреннего контроля качества медицинской помощи является заседание подкомиссии ВК по контролю качества медицинской помощи.

- Председатель подкомиссии ВК по контролю качества медицинской помощи по результатам внутренней экспертизы качества медицинской помощи совместно с заведующими отделениями проводит анализ всех протоколов с выявленными дефектами. Анализирует клинико-экспертные ошибки при экспертизе качества медицинской помощи

4. Разбор случаев внутрибольничного инфицирования и осложнений проводится подкомиссией врачебной комиссии по профилактике внутрибольничных инфекций.

### **VIII. ЭТАПЫ ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ.**

1. На этапе сбора информации о пациенте экспертной оценке подлежат лабораторные и инструментальные исследования, консультации специалистов в течение всего срока пребывания пациента на лечении (объем, качество, своевременность и обоснованность оказанной пациенту медицинской помощи), оформление первичной медицинской документации.

**Дефекты оформления первичной медицинской документации включают:**

- дефекты оформления первичной медицинской документации, препятствующие проведению экспертизы качества медицинской помощи (невозможность оценить динамику состояния здоровья больного, объем, характер и условия предоставления медицинской помощи);
- отсутствие в первичной документации: информированного добровольного согласия больного на медицинское вмешательство или отказа от медицинского вмешательства и (или) письменного согласия на лечение, в установленных законодательством Российской Федерации случаях;
- наличие признаков фальсификации медицинской документации (дописки, исправления, «вклейки», полное переоформление истории болезни, с умышленным искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания).

**Ошибки сбора информации оказывают негативное влияние на:**

- процесс оказания медицинской помощи в случаях, когда они затрудняют оказание медицинской помощи или являются причиной дефектов последующих этапов процесса оказания медицинской помощи (главным образом ошибок диагноза и лечения);
- оценку процесса оказания медицинской помощи, если они затрудняют или делают невозможной экспертную оценку правильности выполнения последующих этапов процесса оказания медицинской помощи (постановки диагноза и лечения пациента);
- необоснованном использовании методов лабораторной и инструментальной диагностики, - назначении консультаций специалистов, удлинении (сокращении) сроков лечения пациента.

2. **На этапе постановки диагноза** экспертной оценке подлежат формулировка, содержание, время постановки клинического и заключительного диагнозов.

**Клинический диагноз** - диагноз, который утверждается ЦВКК, или устанавливается на основании клинико-рентгенологического, гистологического, бактериологического обследований.

**Заключительный диагноз** - диагноз, который формулируется при завершении обследования, лечения больного при выписке из учреждения или смертью.

**Дефекты этапа постановки диагноза в основном влияют на:**

- процесс оказания медицинской помощи (на этапы лечения пациента и преемственности), так как неправильная постановка диагноза оказывает негативное влияние на лечение пациента в тех случаях, когда оно было необходимо, но не проводилось либо проводилось, без показаний;

3. **На этапе лечения пациента** экспертной оценке подлежат обоснованность, достаточность, своевременность, правильность применения и описания примененных способов и методов лечения (хирургических, медикаментозных и др.).

Ошибки лечения, выражающиеся в отсутствии необходимой информации о проводимом лечении, оказывают негативное влияние на оценку процесса оказания помощи (этапа лечения). В некоторых случаях ошибки лечения могут затруднять процесс оказания помощи, например, постановку диагноза на следующем этапе медицинской помощи.

**Дефекты этапа лечения пациента влияют на:**

- состояние пациента в случаях, когда вследствие неправильного или несвоевременно назначенного лечения сохраняется или повышается риск прогрессирования имеющегося у пациента туберкулезного процесса;

Если дефекты этапа лечения пациента приводят к развитию осложнений, прогрессированию туберкулезного процесса, потребовавших дополнительных диагностических и (или) лечебных мероприятий, удлинению сроков лечения, в экспертном заключении необходимо отметить их негативное влияние на все соответствующие виды диагностики, лечения и т.д.

В ряде случаев дефекты лечения пациента могут оказать непосредственное негативное влияние на процесс оказания медицинской помощи. Дефекты лечения, выражающиеся в отсутствии необходимой информации о проводимом лечении, оказывают влияние на оценку оказания помощи.

4. **На этапе преемственности** подлежат анализу: обоснованность места и длительности лечения, обоснованность и своевременность перевода на другой этап лечения, информационные сведения о проведенных исследованиях и лечении на данном этапе и рекомендации для следующего этапа.



## **ПОЛОЖЕНИЕ О ПОРЯДКЕ ПРОВЕДЕНИЯ КОНСИЛИУМОВ**

### **I. ОБЩЕЕ ПОЛОЖЕНИЕ**

Эффективность работы системы здравоохранения определяется рядом интегральных показателей, одним из которых является показатель смертности. Имеются объективные трудности в постановке правильного диагноза, организации консультативной помощи, определении оптимальной тактики ведения больных. Эти проблемы призван решать консилиум.

Консилиум – это совещание врачей одной или разных специальностей, которое созывается для коллегиального обсуждения состояния здоровья обследуемого, установления диагноза, определения прогноза течения болезни, принятия решений по всем наиболее актуальным и значимым вопросам тактики обследования и лечения больного, включая целесообразность направления его в специализированные диагностические и лечебные подразделения, разрешения конфликтных ситуаций, возникающих в процессе и по результатам оказания медицинской помощи. Консилиум обеспечивает единый подход к оказанию медицинской помощи в сложных клинических ситуациях.

Для больных ГБУЗ СК «ККПТД» консилиум организуется заместителем главного врача по медицинской части по заявке заведующего отделением.

Консилиумы проводятся в случаях, представляющих трудности в лечебно-диагностическом плане, когда консультация одним специалистом не дала положительного эффекта.

**II. ЦЕЛЬ.** Цель создания консилиума состоит в обеспечении своевременного и качественного оказания помощи пациентам с различной патологией

Основаниями для проведения врачебного консилиума являются:

- ухудшение состояния здоровья пациента независимо от оказания ему медицинской помощи;
- тяжелое состояние пациента;
- сложные случаи заболевания;
- затяжное течение заболевания;
- необходимость определения прогноза течения заболевания;

- необходимость перевода пациента с учетом тяжести состояния в другую организацию здравоохранения для продолжения оказания медицинской помощи;
- разрешение конфликтных ситуаций между врачом и пациентом (или его законным представителем), возникших в процессе оказания медицинской помощи, нарушение пациентом больничного режима;
- иных случаях, предусмотренных законодательством РФ.

### **III. ЗАДАЧИ .** Основными задачами консилиума являются:

- постановка развернутого окончательного диагноза в трудных для диагностики случаях, определение оптимальных и достаточных методов диагностики;
- определение лечебной тактики ведения больных;
- решение конкретных проблем организации лечебно-диагностического процесса у больных, включая непосредственное участие членов консилиума в инвазивных диагностических процедурах и оперативных вмешательствах;
- определение путей и способов реабилитации пациентов после завершения стационарного лечения.

### **IV. ПОРЯДОК РАБОТЫ**

Консилиум созывается в сложных случаях заболевания по инициативе заведующего отделением, по заявке лечащего врача, по просьбе больной или ее родственников. Заочное проведение консилиума не практикуется. Для решения специальных юридических вопросов, связанных с пониманием характера болезни или выбором метода лечения, на консилиум кроме врачей приглашаются компетентные представители соответствующих специальностей.

Для проведения консилиума привлекаются специалисты более высокой квалификации или специалисты другого профиля, сотрудники соответствующих кафедр, либо специалисты краевых лечебных учреждений. Предложение о составе и времени проведения консилиума вносится заведующим отделением (дежурным врачом) заместителю главного врача по медицинской части.

Определение конкретного состава специалистов для участия в консилиуме, в том числе повторном, сроков его проведения возлагается на заместителя главного врача по медицинской части.

В неотложном порядке консилиум созывается по мере необходимости. При этом количество членов консилиума, принявших участие в его работе, не регламентируется. Вопрос о созыве консилиума в неотложном порядке решается заведующим отделением по инициативе лечащего врача.

В протоколе обязательно указывается: фамилии врачей, включенных в состав консилиума; сведений о причинах проведения консилиума врачей; констатация течения заболевания пациента и состояние пациента на момент проведения консилиума врачей; интерпретация клинических данных, лабораторных, инструментальных и иных методов исследования.

Решения консилиума принимаются на основе консенсуса. В случае, когда кто-либо из участников консилиума не согласен с заключением, принятым большинством членов консилиума, он имеет право сделать запись в истории болезни с изложением своего особого мнения и обязательной подробной аргументацией.

Решение консилиума включает:

- формулировку полного диагноза
- определение прогноза
- перечисление мероприятий тактики медицинского обследования и лечения
- определение необходимости направления в специализированные отделения или другую медицинскую организацию для обеспечения преемственности оказания медицинской помощи.

Консилиум проводится в присутствии лечащего врача (дежурного врача), а при необходимости - заведующего отделением.

Ответственность за организацию созыва консилиума возлагается на заведующего отделением.

Ответственность за организацию и проведение консилиума возлагается на заместителя главного врача по медицинской части.

При необходимости проведения повторного консилиума назначается дата и время его проведения.

Решение о применении методов диагностики и лечения, содержащихся в заключение консилиума, принимается лечащим врачом. В случае несогласия лечащего врача с заключением консилиума окончательное решение принимается главным врачом или его заместителем по медицинской части.

В случаях, когда рекомендации консилиума не могут быть выполнены по каким-либо причинам (отсутствие соответствующих лекарственных препаратов, технических средств), заведующий отделением в обязательном порядке ставится об этом в известность руководителя консилиума и согласовывает с ним возможные изменения в назначенное лечение с внесением соответствующей записи в медицинскую карту больного.

В случаях, когда консилиум выносит заключение о необходимости перевода пациента в другую медицинскую организацию, ответственность за

организацию перевода возлагается на заместителя главного врача по медицинской части.

## **VI. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ**

Ответственность за вынесенное заключение и адекватность назначенного лечения возлагается на членов консилиум в порядке установленном и действующим законодательством Российской Федерации. В случае отказа пациента от выполнения решений консилиума его информируют о возможных негативных последствиях и предупреждают о том, что полная ответственность за возможный неблагоприятный исход с этого момента ложится на него. Больной делает собственноручную запись в медицинских документах о принятом им решении.

**Карта экспертной оценки качества медицинской помощи  
(1-й уровень)**

Отделение \_\_\_\_\_  
Дата проведения \_\_\_\_\_  
№ карты стационарного (амбулаторного) больного \_\_\_\_\_  
Ф.И.О. больного \_\_\_\_\_

Составляющие лечебно-диагностический процесс	Результаты экспертной оценки						УКЛ
	своевременность		полнота		обоснованность		
	да	нет	да	нет	да	нет	
Обследование							
Консультации							
Специфическое лечение							
Ингаляции, эндобронхиальные вливания							
ИПП, ИПТ							
Хирургическое лечение							
Длительность пребывания в стационаре согласно стандарта							
Ведение мед. документации							

Зав. отделением \_\_\_\_\_ подпись

**Карта экспертной оценки качества медицинской помощи  
(2-й уровень)**

Отделение \_\_\_\_\_  
Дата проведения \_\_\_\_\_  
№ карты стационарного (амбулаторного) больного \_\_\_\_\_  
Ф.И.О. больного \_\_\_\_\_

Составляющие лечебно-диагностический процесс	Результаты экспертной оценки						УКЛ
	своевременность		полнота		обоснованность		
	да	нет	да	нет	да	нет	
Обследование							
Консультации							
Специфическое лечение							
Ингаляции, эндобронхиальные вливания							
ИПП, ИПТ							
Хирургическое лечение							
Длительность пребывания в стационаре согласно стандарта							
Ведение мед. документации							

Эксперт \_\_\_\_\_ подпись

**ПОЛОЖЕНИЕ**  
**о ведении медицинской карты стационарного больного и медицинской**  
**карты амбулаторного больного**

**I. Правила ведения медицинской карты больного (истории болезни),**  
**форма 003/у.**

История болезни является основным юридическим документом, ведется в электронном виде, в системе КСАМу.

**1. Заполнение лицевой стороны истории болезни.**

- При поступлении больного сотрудники приемного отделения в электронном виде заполняют паспортные данные, место работы, направительный диагноз.
- Данные о группе крови, резус-факторе, непереносимости лекарственных средств заносятся лечащим врачом при первичном осмотре больного, за исключением тех случаев, когда это невозможно.
- При определении группы крови и резус-фактора в стационаре сведения выносятся после получения результатов с подписью лечащего врача и датой определения группы крови и резус-фактора.
- Диагноз направившего учреждения (пункт 8) заполняется сотрудником приемного отделения, с отражением кода заболевания по МКБ10.
- Диагноз при поступлении (пункт 9) заполняется лечащим врачом после проведенного первичного осмотра, он должен соответствовать предварительному диагнозу, с отражением кода заболевания по МКБ10.
- Клинический диагноз (пункт 10) заполняется для впервые выявленных больных туберкулезом после решения ЦВКК, для больных из контингентов – в течение трех рабочих дней. Для нетуберкулезных больных – после комплекса клинико-биохимических, рентгенологических или гистологических обследований согласно региональных стандартов. Отражается код заболевания по МКБ10.
- Заключительный диагноз (пункт 11) заполняется при выписке больного из стационара. Отражается код заболевания по МКБ10.
- Диагноз заполняется в развернутом виде, четко, без сокращений.
- Диагноз должен включать лекарственную устойчивость к противотуберкулезным препаратам (если имеется), все осложнения и сопутствующую патологию, имеющие клиническое значение.
- Хирургические операции, методы обезболивания, гемотрансфузии (пункт 13) заполняются лечащим врачом после проведенных манипуляций.
- В других видах лечения (пункт 14) заполняются лечащим врачом сведения о проведенной иммунодиагностике (реакция Манту с 2ТЕ, ДСТ).

- В отметке о выдаче листка нетрудоспособности (пункт 15) лечащий врач заполняет краткие сведения об экспертизе временной нетрудоспособности в день поступления больного в стационар.

- Особые отметки (пункт 19) заполняются лечащим врачом в день поступления, где отражаются сведения о вирусных гепатитах, осмотре на педикулез и онкопатологию, чесотке, отхождении члеников тениид. С апреля по октябрь включительно отражаются сведения о крымской геморрагической лихорадке.

## **2. Приемный статус.**

- Первичный осмотр в рабочее время должен проводиться совместно с заведующим отделением.

- Плановый больной должен быть осмотрен лечащим или дежурным врачом в течение трех часов от момента поступления в стационар.

- Экстренный больной осматривается дежурным врачом или лечащим врачом сразу после поступления в стационар.

- Плановым больным первичный осмотр записывается в течение текущего рабочего дня.

- Экстренным больным первичный осмотр записывается сразу после осмотра больного.

- Запись должна содержать дату и время первичного осмотра.

- Жалобы и анамнез настоящего заболевания записывается с указанием патологических изменений и данных, непосредственно относящихся к заболеванию. В анамнезе должны отражаться сведения о прохождении флюорографического обследования, туберкулезном контакте, наличии лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза к противотуберкулезным препаратам, проведенных курсах противотуберкулезной терапии.

Для детей должны содержаться сведения об иммунизации против туберкулеза вакциной БЦЖ, данные о туберкулинодиагностике.

- Обязательно указываются данные страхового анамнеза по установленной форме:

Экспертный анамнез: больной работает \_\_\_\_\_ (указать профессию),

до поступления: л/н не было (подчеркнуть),

временно нетрудоспособен с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_, номер л/н \_\_\_\_\_, всего \_\_\_\_\_ дней, л/н выдан с отметкой «к труду, продолжает болеть» (подчеркнуть).

Имеет группу инвалидности \_\_\_\_\_. Отказывается от л/н \_\_\_\_\_ (подпись больного).

- Данные первичного осмотра заполняются по всем органам и системам доступным к осмотру. Выявленные патологические изменения описываются детально и подробно.

- В конце приемного статуса для впервые выявленных больных с туберкулезным процессом и диагностических больных формулируется предварительный диагноз.

- Для туберкулезных больных из контингента может формулироваться клинический диагноз.

- Приводится план обследования согласно региональным стандартам.

- Назначается план лечения с указанием режимов химиотерапии для туберкулезных больных.

### **3. Информационное согласие.**

- Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информационное добровольное согласие больного.
- В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении решает консилиум. При невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий врач с заведующим отделением (два дежурных врача) с последующим уведомлением администрации учреждения.
- Согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законном порядке недееспособными, дают их законные представители. При отсутствии законных представителей решение о медицинском вмешательстве принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий врач с заведующим отделением (два дежурных врача) с последующим уведомлением администрации учреждения и законных представителей.
- Информация для больного предоставляется в доступной для него форме. Больной информируется о характере имеющейся у него патологии, методах и целях его обследования и лечения, возможном риске, побочных эффектах и ожидаемых результатах.
- Все информационные согласия оформляются на соответствующих бланках и вклеиваются в историю болезни.

### **4. Дневники.**

- Ведение врачом дневников должно осуществляться не реже двух раз в неделю. Первый дневник должен соответствовать дате первичного осмотра.
- Больным, находящимся в тяжелом состоянии, запись делается ежедневно, при необходимости запись делается несколько раз день.
- В дневниках отражаются динамика в состоянии больного, динамика данных объективного осмотра, лабораторных анализов и рентгенологического обследования. Отражается коррекция лечения и обследования.
- Заведующий отделением осматривает поступивших плановых больных в день поступления или в первые трое суток с момента госпитализации. Тяжелые больные и больные в состоянии средней тяжести должны быть осмотрены заведующим отделением в первые сутки с момента госпитализации.
- Плановые обходы заведующим отделением проводятся 1 раз в месяц. Записи должны отражать динамику объективного осмотра, лабораторных анализов и рентгенологического обследования, а также рекомендации в проведении обследования и лечения.
- Больных закончивших лечение, заведующий отделением осматривает в последние 3-5 дней перед выпиской. Запись должна содержать обоснование выписки больного из стационара с рекомендациями дальнейшего ведения.
- Запись консультантов должна содержать дату и время осмотра, специальность и фамилию консультанта, описание патологических изменений, диагноз и рекомендации по дальнейшему ведению больного.
- Записи консилиумов ведутся максимально подробно с учетом мнения всех членов консилиума. Рекомендации консилиума обязательны для выполнения.



Если по каким-либо причинам выполнить их невозможно, лечащий врач обязан поставить в известность председателя консилиума и сделать запись в истории болезни.

- При поступлении больного в реанимационное отделение принимающий врач записывает представление о больном с указанием либо диагноза, либо имеющегося симптомокомплекса.

- В реанимационном отделении дневники записывают дежурные врачи этого отделения не реже трех раз в сутки. Записи в дневниках должны отражать динамику состояния больного и важнейших показателей жизнедеятельности организма.

- Заведующий реанимационным отделением осматривает больных ежедневно.

- Лечащий врач профильного отделения записывает дневники больным, находящимся в реанимационном отделении, ежедневно; заведующий профильным отделением осматривает больных не реже двух раз в неделю.

- Дежурный врач профильного отделения записывает дневники два раза в сутки.

### **5. Форма 011/у.**

- Вместо листа назначения в реанимационном отделении ведется официальная форма 011/у, где кроме основных параметров жизнедеятельности, фиксируются все врачебные назначения.

- Записи о трансфузиях биологических жидкостей, введении наркотических средств и сильнодействующих препаратов производит медсестра, выполнившая данное назначение. Записи осуществляются по правилам, регламентируемым ведомственными приказами, и заверяются лечащим врачом.

- При переводе больного из реанимационного отделения оформляется переводной эпикриз.

- Лечащий врач профильного отделения осматривает больного не позже чем через час после поступления из реанимационного отделения и записывает краткое клиническое представление о больном. Запись должна содержать дату и время осмотра.

### **6. Этапный эпикриз.**

- Этапный эпикриз должен отражать динамику представлений о больном, динамику клинико-рентгенологических и бактериологических исследований, сведения о проводимом лечении, дальнейшую тактику ведения больного и прогноз.

- Этапный эпикриз для больных туберкулезом оформляется один раз в три месяца, для нетуберкулезных больных – один раз в две недели, как один из обходов заведующего отделением.

### **7. Лист назначений.**

- Лист назначений является составной частью истории болезни.

- Лечащий врач записывает назначения четко, подробно, указывает дату назначения и отмены.

- При выписке больного из стационара лечащий врач производит отмену всех лекарственных средств.

- Медицинская сестра осуществляет снятие записей в день назначения, удостоверяет это своей подписью.

- В случаях, когда препарат приобретен самим больным, рядом с записью о назначении делается пометка «свой».

### **8. Температурный лист.**

- Температурный лист ведется медицинской сестрой. Динамика температуры производится два раза в день, при необходимости – чаще.

- При получении больным противотуберкулезных препаратов в температурном листе производится запись этих препаратов с суточной дозировкой и удостоверяется это подписью медицинской сестры.

- Для усиления контроля приема противотуберкулезных препаратов медицинская сестра производит подсчет принятых доз 1 раз в десять дней по нарастающему итогу и при выписке из отделения. При выписке выносятся суммарные дозы всех противотуберкулезных препаратов принятых больным в стационаре.

### **9. Выписной эпикриз.**

- Выписной эпикриз должен содержать:

- историю настоящей госпитализации;

- характер и результаты проведенных обследований и лечения;

- динамику симптомов;

- сведения о временной и стойкой утрате трудоспособности;

- рекомендации по дальнейшему ведению больного.

- Выписной эпикриз подписывается лечащим врачом и заведующим отделением с расшифровкой подписей.

- Выписной эпикриз для нетуберкулезных больных оформляется в двух экземплярах, один из которых выдается на руки больному. Туберкулезным больным – в одном экземпляре. Для предоставления в туберкулезный кабинет с целью продолжения контролируемого специфического лечения на руки больному выдается справка по разработанному образцу:

- При проведении гистологического исследования биопсийного материала больному на руки выдается копия протокола исследования.

### **10. Посмертный эпикриз.**

- В случае смерти больного в истории болезни заполняется посмертный эпикриз, который содержит:

- краткую историю болезни;

- представления о больном врачей, лечивших пациента;

- динамику наблюдения;

- характер проведенных диагностических процедур и лечения;

- причину и обстоятельства наступления летального исхода;

- развернутый клинический посмертный диагноз.

- Если смерть наступила до осмотра врача профильного отделения (например, больной поступил в выходные или праздничные дни), посмертный эпикриз оформляется дежурным врачом и врачом профильного отделения.

- После проведенного патологоанатомического исследования в историю болезни вносится краткий протокол исследования с подробным патологоанатомическим диагнозом и эпикризом.

### **11. Лист нетрудоспособности и другие документы.**

- При выписке из стационара пациенту оформляется лист нетрудоспособности в соответствии с Приказом Минздравсоцразвития № 624н (в редакции приказа Минздравсоцразвития № 31н). Больным длительно находящимся в стационаре листок нетрудоспособности выдается по решению врачебной комиссии ежемесячно, по требованию – каждые 15 дней.
- При оформлении больного на МСЭ в истории болезни записывается обоснование направления по установленному образцу.

### **12. Хранение документов.**

- История болезни может быть выдана из архива по запросу суда, органов следствия и прокуратуры с разрешения администрации больницы.
- По желанию больного с разрешения администрации с истории болезни и отдельных видов обследования могут сниматься копии, которые заверяются печатью учреждения.
- По запросу больного с разрешения администрации ему на руки для консультаций могут быть выданы стекла, блоки биопсийного материала и рентгеновские снимки.
- История болезни в архиве хранится 25 лет. Решение о целесообразности дальнейшего хранения или уничтожения историй болезни решает администрация по истечении этого срока.

## **II. Особенности ведения хирургических историй болезни**

### **1. Предоперационный эпикриз.**

- В предоперационном эпикризе обосновывается необходимость планового и экстренного операционного вмешательства.
- Отражаются:
  - диагноз по основному и сопутствующим заболеваниям;
  - степень выраженности функциональных нарушений;
  - абсолютные или относительные противопоказания к операции;
  - иная существенная информация.
- Предоперационный эпикриз оформляется после хирургического разбора у заместителя главного врача по медицинской части.

### **2. Информационное согласие.**

- Согласие больного на операцию должно быть информированным, т.е. больному разъясняется:
  - необходимость операционного вмешательства;
  - характер планируемой операции;
  - возможные наиболее часто встречающиеся осложнения.
- Больным в присутствии лечащего врача заполняется информационное согласие на выполнение операции.

### **3. Осмотр анестезиолога и протокол анестезии.**

- Осмотр анестезиолога и протокол анестезии

### **III. Правила заполнения амбулаторной карты (форма 025/у)**

Амбулаторная карта должна содержать следующие разделы:

1. Индивидуальный номер карты
2. Информированное согласие на предоставление персональных данных (152-ФЗ), информированное согласие на медицинское вмешательство (323-ФЗ)
3. Паспортная часть
4. Анамнез жизни
5. Лист уточненных диагнозов
6. Годовой эпикриз, план обследования и лечебно-оздоровительные мероприятия на следующий год

**В первичной медицинской документации фиксируются:**

Жалобы пациента

Анамнез заболевания, анамнез жизни, сведения о непереносимости ЛС

Экспертный анамнез

Сведения о контакте с больными туберкулезом с указанием сведений о ЛЧ

Объективные данные

Диагноз заболевания по МКБ-10, степень тяжести осложнений, степень функциональных нарушений

Необходимые обследования и консультации

Лабораторно-диагностические исследования, контроль за лабораторными показателями

Лечебно-оздоровительные мероприятия

При назначении лекарственных средств указывается результаты объективного осмотра пациента лечащим врачом, обоснование назначения ЛС, наименование препарата (МНН), дозировка, разовая доза, способ и кратность применения, длительность курса.

При следующих посещениях врач отражает динамику заболевания, эффективность проводимого лечения.

Признаки временной нетрудоспособности определяются лечащим врачом на основании:

Оценки состояния здоровья

Характера и условий труда

Социальных факторов

ГБУЗ СК «Краевой клинический противотуберкулезный диспансер»

## ИНФОРМАЦИОННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество пациента или законного представителя)

\_\_\_\_\_ года рождения

Зарегистрированный по адресу \_\_\_\_\_

находясь на лечении в \_\_\_\_\_

(наименование отделения)

уполномочиваю врачей \_\_\_\_\_

(ф.и.о.)

назначать мне лечение и процедуры, а медицинских сестер выполнять их.

Мне разъяснены и понятны суть моего заболевания и опасности связанные с дальнейшим развитием моего заболевания в случае отказа от медицинской помощи.

Мне разъяснена опасность моего туберкулезного заболевания для окружающих.

Мне разъяснено, что:

- курс лечения активного туберкулеза должен быть длительным и непрерывным;
- если лечение прекращается раньше срока или препараты принимаются нерегулярно, то лечение будет неэффективным, развивается устойчивость к противотуберкулезным препаратам;
- без лечения туберкулез является прогрессирующим заболеванием, грозит смертельным исходом;
- прием лекарственных средств производится в стационаре в присутствии медицинских работников;
- употребление алкоголя и наркотических средств в период лечения запрещено;
- необходимо резко сократить или бросить курить.

Мне разъяснено, что при назначении препаратов резервного ряда, курс лечения должен быть не менее шести месяцев и приём их производится только в стационаре.

Мне ясно, что во время лечения, некоторые противотуберкулезные препараты могут вызвать побочные явления, о которых необходимо сообщить лечащему врачу.

Мне разъяснено, что:

- лечение сопутствующих заболеваний проводится в общей лечебной сети;
- лечение сопутствующих заболеваний (не туберкулезных) в противотуберкулезном диспансере проводится по платным услугам.

Мне разъяснено, что:

- при нетуберкулезной патологии я могу получить медицинскую помощь в других специализированных центрах края.

Я уполномочиваю лечащего врача и медицинских сестер выполнять любую процедуру и вмешательство, которое потребуется при лечении моего заболевания.

**Я обязуюсь:**

- не скрывать и поставить в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною известных травмах, операциях, заболеваниях,

- принимаемых лекарственных средствах, сообщать правильные сведения о моей наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;
- строжайшим образом выполнять требования и рекомендации лечащего врача;
  - противотуберкулезные препараты принимать в присутствии медицинской сестры;
  - покидать отделение только с разрешения медицинского персонала (заведующего отделением, лечащего врача, дежурного врача);
  - соблюдать режим в отделении;
  - соблюдать чистоту, тишину и порядок в палате, отделении и территории;
  - не употреблять спиртные напитки, наркотические средства;
  - курить только в отведенных для этого местах, вне отделения;
  - **соблюдать режим по предупреждению распространения туберкулезной инфекции – использовать индивидуальные средства защиты: маски, респираторы;**
  - участвовать в трудотерапии (добровольно работать на территории, отделении, палате).

Отстранение от трудотерапии решает лечащий врач.

- **Я разрешаю** представить информацию о состоянии моего здоровья, наличии заболевания, включая сведения о результатах обследования, диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ следующим лицам:

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

В соответствии со статьей 22 «Информация о состоянии здоровья» ФЗ 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», мне, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнений моего заболевания.

Я ознакомлен (на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены и мною поняты, добровольно даю свое согласие на обследование и лечение.

Я удостоверяю, что текст моего информационного согласия прочитан, мне понятно назначение данного документа. Полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

Пациент \_\_\_\_\_

(подпись пациента или Ф.И.О. реквизиты документа, подтверждающие право представлять интересы пациента, дата)

Лечащий врач \_\_\_\_\_ (подпись)

" " \_\_\_\_\_ г. (дата оформления)

ГБУЗ СК «Краевой клинический противотуберкулезный диспансер»

**ИНФОРМАЦИОННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ЛЕЧЕБНУЮ  
(ДИАГНОСТИЧЕСКУЮ) МАНИПУЛЯЦИЮ**

В соответствии со статьей 20 «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства» ФЗ 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»,

Я, \_\_\_\_\_  
(ф.и.о.)

находясь на лечении в \_\_\_\_\_  
(наименование отделения ГБУЗ СК «ККПТД»)

уполномочиваю врача \_\_\_\_\_  
(ф.и.о.)

назначать мне манипуляцию (процедуру): фибробронхоскопию, клапанную бронхоблокацию, плевральную пункцию, спинномозговую пункцию, наложении пневмоперитонеума, наложение пневмоторакса, катетеризацию центральной вены (**подчеркнуть**).

Мне разъяснены и понятны суть данной манипуляции (процедуры).

Мне ясно, что во время указанной манипуляции (процедуры) или после неё могут развиваться осложнения, что может потребовать дополнительных вмешательств (лечения).

Я уполномочиваю врачей выполнить данную процедуру, которая требуется для эффективности моего лечения.

Полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

Пациент \_\_\_\_\_

(подпись пациента или Ф.И.О. реквизиты документа, подтверждающие право представлять интересы пациента, дата)

Лечащий врач \_\_\_\_\_ (подпись, Ф.И.О., дата)

ГБУЗ СК «Краевой клинический противотуберкулезный диспансер»

**ИНФОРМАЦИОННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА КОНСУЛЬТАЦИЮ  
ВРАЧА-НАРКОЛОГА**

В соответствии со статьей 20 «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства» ФЗ 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»,

Я, \_\_\_\_\_  
( ф.и.о.)

находясь на лечении в \_\_\_\_\_  
(наименование отделения ГБУЗ СК «ККПТД»)

уполномочиваю врача \_\_\_\_\_  
(ф.и.о.)

в доступной для меня форме проинформировать о наличии у меня такого сопутствующего заболевания как: \_\_\_\_\_ и о тех опасных для здоровья и жизни последствиях, которые могут возникнуть в случае употребления \_\_\_\_\_ на фоне лечения противотуберкулезными препаратами.

Я обязуюсь не употреблять алкоголь, наркотики и строго соблюдать все рекомендации лечащего врача. В случае нарушения режима я не буду иметь претензий к персоналу учреждения.

Пациент (законный представитель) \_\_\_\_\_  
Ф.И.О. \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

Врач нарколог \_\_\_\_\_  
Ф,И,О, \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года



ГБУЗ СК «Краевой клинический противотуберкулезный диспансер»

**ОТКАЗ ОТ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПОМОЩИ**

В соответствии со статьей 20 «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства» Ф3 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» я, \_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)

пациент ГУЗ ККПТД или законный представитель

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. законного представителя, реквизиты документов)

отказываюсь от проведения лечения в условиях ГУЗ «ККПТД»

Мне разъяснены возможные последствия отказа в связи с прерванным специфическим лечением. Я не буду иметь претензий к учреждению в случае прогрессирования моего заболевания или развившихся осложнений.

Пациент (законный представитель)

\_\_\_\_\_ Ф.И.О.

\_\_\_\_\_ подпись

Лечащий врач

\_\_\_\_\_ Ф.И.О.

\_\_\_\_\_ подпись

**От подписи бланка добровольного информированного согласия на отказ от проведения медицинского вмешательства отказался (отказалась):**

Лечащий врач

\_\_\_\_\_ Ф.И.О.

\_\_\_\_\_ подпись

Заведующий отделением

\_\_\_\_\_ Ф.И.О.

\_\_\_\_\_ подпись

**В выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время**

Дежурные врачи

\_\_\_\_\_ должность, Ф,И,О.

\_\_\_\_\_ подпись

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

ГБУЗ СК «Краевой клинический противотуберкулезный диспансер»

### ОТКАЗ ОТ ЛЕЧЕНИЯ У ВРАЧА-НАРКОЛОГА

В соответствии со статьей 20 «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства» ФЗ 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» я, пациент ГБУЗ СК «ККПТД» или законный представитель

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. пациента)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. законного представителя, реквизиты документов)

#### Отказываюсь от лечения у врача-нарколога.

Мне разъяснено врачом–наркологом об установлении факта употребления \_\_\_\_\_ и о тех опасных для здоровья и жизни последствиях, которые могут возникнуть на фоне лечения противотуберкулезными препаратами.

В доступной для меня форме получил полные и всесторонние разъяснения, включая исчерпывающие ответы на заданные мной вопросы о необходимости проведения лечения и возможные последствия отказа. Я обязуюсь не употреблять \_\_\_\_\_ и строго выполнять все рекомендации лечащего врача.

При последующих нарушениях режима трезвости, которые могут привести к прогрессированию моего основного заболевания претензий к медперсоналу учреждения иметь не буду.

Пациент (законный представитель) \_\_\_\_\_

Ф.И.О.

\_\_\_\_\_ подпись

Врач нарколог \_\_\_\_\_

Ф.И.О.

\_\_\_\_\_ подпись

ГБУЗ СК «Краевой клинический противотуберкулезный диспансер»

**ОТКАЗ ОТ МЕДИЦИНСКОЙ МАНИПУЛЯЦИИ (ПРОЦЕДУРЫ)**

В соответствии со статьей 20 «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства» ФЗ 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» я, \_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)

пациент ГУЗ ККПТД или законный представитель

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. законного представителя, реквизиты документов)

отказываюсь от проведения медицинской манипуляции (процедуры)

\_\_\_\_\_  
(название медицинского вмешательства)

Мне разъяснены возможные последствия отказа от проведения данного вмешательства. Я не буду иметь претензий к учреждению в случае прогрессирования моего заболевания или развившихся осложнений.

Пациент (законный представитель) \_\_\_\_\_

Ф.И.О.

\_\_\_\_\_   
подпись

Лечащий врач \_\_\_\_\_

Ф.И.О.

\_\_\_\_\_   
подпись

**От подписи бланка добровольного информированного согласия на отказ от проведения медицинского вмешательства отказался (отказалась):**

Лечащий врач \_\_\_\_\_

Ф.И.О.

\_\_\_\_\_   
подпись

Заведующий отделением \_\_\_\_\_

Ф.И.О.

\_\_\_\_\_   
подпись

**В выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время**

Дежурные врачи \_\_\_\_\_

должность, Ф,И,О.

\_\_\_\_\_   
подпись

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года



ГБУЗ СК «Краевой клинический противотуберкулезный диспансер»

**ОТКАЗ ОТ РЕАНИМАЦИОННО-АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ**

На основании ст. 33 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан я,

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. пациента, или законного представителя, реквизиты документов)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. законного представителя, реквизиты документов)

отказываюсь от госпитализации в ОАРИТ

Мне разъяснены возможные последствия отказа.

Я не буду иметь претензий к учреждению в случае прогрессирования моего заболевания или развившихся осложнений.

Пациент (законный представитель) \_\_\_\_\_ (подпись, Ф.И.О., дата)

Лечащий врач \_\_\_\_\_ (подпись, Ф.И.О., дата)

**От подписи бланка на отказ от госпитализации отказался (отказалась):**

Лечащий врач \_\_\_\_\_ должность, И.О.Ф. \_\_\_\_\_ подпись

Заведующий отделением \_\_\_\_\_ И.О.Ф. \_\_\_\_\_ подпись

**В выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время**

Дежурный врач \_\_\_\_\_ должность, И.О.Ф. \_\_\_\_\_ подпись

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПЕРЕЛИВАНИЕ КОМПОНЕНТОВ КРОВИ

Мне, \_\_\_\_\_  
Ф.И.О пациента

разъяснено состояние моего здоровья, и что в процессе лечения могут возникнуть показания к переливанию составных частей донорской крови (в дальнейшем – гемокомпоненты).

Мне было разъяснено, что донорская кровь исследуется с помощью специальных тест-систем на наличие в ней антител к вирусу гепатита С, антител к вирусу иммунодефицита человека 1 и 2, антитела к возбудителю сифилиса, антиген вируса гепатита В, аланинаминотрансферазу и билирубин, то есть донорская кровь проходит обязательное обследование для исключения в ней возбудителей таких заболеваний, как гепатит В и С, сифилис, СПИД. Кроме того, гемокомпонент проходит обследование на определение группы крови по системе АВО, Келл и Резус, для обеспечения его максимального совпадения с кровью больного.

Однако при переливании мне компонентов донорской крови в редких случаях могут быть перенесены болезнетворные микроорганизмы (гепатита, ВИЧ, сифилиса и некоторые другие), которые на сегодняшний день не могут быть выявлены в донорской крови в объективной ограниченности знаний и возможностей медицинской науки.

Мне разъяснено, что возникновение неблагоприятных последствий при переливании гемокомпонентов может наступать примерно в 5% случаев (примерно у 1 из 20 человек). Эти неблагоприятные последствия могут наступить, несмотря на контроль при отборе людей, сдающих кровь или её составные части для переливания другим людям (донорам), лабораторном исследовании гемокомпонентов и все другие возможные меры профилактики, предусмотренные действующими нормативными документами в силу объективной ограниченности знаний и возможностей медицинской науки.

Я понимаю, что в ходе переливания гемокомпонентов могут возникнуть неожиданные обстоятельства, требующие дополнительных исследований, манипуляций и процедур. Я доверяю лечащему врачу и его помощникам (в дальнейшем – медицинские работники) принять соответствующие решения в соответствии с их профессиональным суждением и выполнить любые медицинские действия, которые они сочтут необходимыми для улучшения моего здоровья.

Я подтверждаю, что сообщил (а) медицинским работникам всю информацию, связанную с моим здоровьем, физическом и психическом состоянии. Содержание метода переливания гемокомпонентов, связанный с ним риск, возможные осложнения, а также альтернативы предлагаемому методу (использование кровезаменителей, препаратов железа и лекарственных препаратов, усиливающих образование крови в организме, препаратов для парентерального питания) мне известны. Я имел (а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил (а), исчерпывающие ответы, понял (а) всю представленную информацию о преимуществе и недостатках переливания гемокомпонентов.

Я предупрежден (предупреждена), что в ряде случаев могут потребоваться повторные переливания составных частей донорской крови, и даю свое согласие на это.

Я подтверждаю своей подписью, прочитал (а) и понял (а) всё изложенное и даю информированное и добровольное согласие на переливание мне гемокомпонентов.

/ \_\_\_\_\_ /  
подпись Ф.И.О пациента

Лечащий врач \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
подпись Ф.И.О

Дата \_\_\_\_\_

**РЕШЕНИЕ О МЕДИЦИНСКОМ ВМЕШАТЕЛЬСТВЕ БЕЗ СОГЛАСИЯ  
ГРАЖДАНИНА ИЛИ ИНОГО ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ**

В соответствии со статьей 20 «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства» ФЗ 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», п 9. медицинское вмешательство без согласия гражданина, учитывая, что \_\_\_\_\_ состояние \_\_\_\_\_ гражданина

не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни, вопрос о медицинском вмешательстве, тактике лечения, объема обследования в интересах гражданина решает консилиум, или непосредственно лечащий врач и заведующий отделением, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время — лечащий (дежурный) врач и ответственный дежурный врач. (Нужное подчеркнуть)

Дополнительная информация:

Консилиум врачей в составе:

Должность, Ф.И.О. и подпись \_\_\_\_\_

Должность, Ф.И.О. и подпись \_\_\_\_\_

Должность, Ф.И.О. и подпись \_\_\_\_\_

Лечащий врач \_\_\_\_\_  
должность, И.О.Ф. \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

Заведующий отделением \_\_\_\_\_  
И.О.Ф. \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

**В выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время**

Дежурные врачи \_\_\_\_\_  
должность, И.О.Ф. \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
должность, И.О.Ф. \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

**РЕШЕНИЕ НА АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО  
ВМЕШАТЕЛЬСТВА БЕЗ СОГЛАСИЯ ГРАЖДАНИНА ИЛИ ИНОГО ЗАКОННОГО  
ПРЕДСТАВИТЕЛЯ**

В соответствии со статьей 20 «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства» ФЗ 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», п 9. медицинское вмешательство без согласия гражданина, учитывая, что \_\_\_\_\_ состояние \_\_\_\_\_ гражданина

не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни, вопрос о медицинском вмешательстве, тактике лечения, объема обследования в интересах гражданина решает консилиум, или непосредственно лечащий врач и заведующий отделением, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время — лечащий (дежурный) врач и ответственный дежурный врач. (Нужное подчеркнуть)

Дополнительная информация:

\_\_\_\_\_

Консилиум врачей в составе:

Должность, Ф.И.О. и подпись \_\_\_\_\_

Должность, Ф.И.О. и подпись \_\_\_\_\_

Должность, Ф.И.О. и подпись \_\_\_\_\_

Лечащий врач \_\_\_\_\_  
должность, И.О.Ф. \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

Заведующий отделением \_\_\_\_\_  
И.О.Ф. \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

**В выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время**

Дежурные врачи \_\_\_\_\_  
должность, И.О.Ф. \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
должность, И.О.Ф. \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года



**РЕШЕНИЕ НА ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО,  
В Т.Ч. ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ И ЕЕ КОМПОНЕНТОВ БЕЗ СОГЛАСИЯ  
ГРАЖДАНИНА ИЛИ ИНОГО ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ**

В соответствии со статьей 20 «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства» ФЗ 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», п 9. медицинское вмешательство без согласия гражданина, учитывая, что \_\_\_\_\_ состояние \_\_\_\_\_ гражданина

не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни, вопрос о медицинском вмешательстве, тактике лечения, объема обследования в интересах гражданина решает консилиум, или непосредственно лечащий врач и заведующий отделением, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время — лечащий (дежурный) врач и ответственный дежурный врач. (Нужное подчеркнуть)

Дополнительная информация:

\_\_\_\_\_

Консилиум врачей в составе:

Должность, Ф.И.О. и подпись \_\_\_\_\_

Должность, Ф.И.О. и подпись \_\_\_\_\_

Должность, Ф.И.О. и подпись \_\_\_\_\_

Лечащий врач \_\_\_\_\_

должность, И.О.Ф.

подпись

Заведующий отделением \_\_\_\_\_

И.О.Ф.

подпись

**В выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время**

Дежурные врачи \_\_\_\_\_

должность, И.О.Ф.

подпись

\_\_\_\_\_

должность, И.О.Ф.

подпись

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

## ОТКАЗ ПАЦИЕНТА НА ОПЕРАЦИЮ ПЕРЕЛИВАНИЯ КОМПОНЕНТОВ КРОВИ

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

в связи с моим личным или религиозным убеждением я требую, чтобы во время госпитализации у меня не применялись ни кровь, ни препараты крови, даже, если, по мнению моего лечащего врача, консультантов больницы такое лечение будет необходимо, чтобы сохранить мою жизнь или способствовать моему выздоровлению. Поэтому я снимаю всякую ответственность с \_\_\_\_\_ лечащего \_\_\_\_\_ врача

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество)  
Консультантов больницы и ее персонала, какие бы неблагоприятные и нежелательные следствия и результаты не возникли бы из-за моего отказа разрешить применение крови или препаратов крови. Я полностью понимаю возможные последствия такого отказа, вплоть до летального исхода.

Дата

Свидетель \_\_\_\_\_  
Ф.И.О.

\_\_\_\_\_  
подпись

Пациент \_\_\_\_\_  
Ф.И.О.

\_\_\_\_\_  
подпись

**ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ  
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ИЛИ ОТКАЗА ОТ НИХ**

1. Я, нижеподписавшийся(аяся) \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество)

настоящим подтверждаю то, что проинформирован(а) врачом:

а) о том, что профилактическая прививка - это введение в организм человека медицинского иммунобиологического препарата для создания специфической невосприимчивости к инфекционным болезням;

б) о необходимости проведения профилактической прививки, возможных поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее;

в) о медицинской помощи при проведении профилактических прививок, включающей обязательный медицинский осмотр перед проведением прививки (а при необходимости – медицинское обследование), который входит в Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и предоставляется в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения бесплатно;

г) о выполнении предписаний медицинских работников.

2. Я проинформирован(а) о том, что в соответствии с пунктом 2 статьи 5 Федерального закона от 17 сентября 1998 г. N 157-ФЗ (ред. От 31.12 2014г., с изм. От 19.12. 2016г.) "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней" отсутствие профилактических прививок влечет: запрет для граждан на выезд в страны, пребывание в которых в соответствии с международными медико-санитарными правилами либо международными договорами Российской Федерации требует конкретных профилактических прививок;

временный отказ в приеме граждан в образовательные и оздоровительные учреждения в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий;

отказ в приеме граждан на работы или отстранение граждан от работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями (Постановление Правительства Российской Федерации от 15 июля 1999 г. N 825 "Об утверждении перечня работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями и требует обязательного проведения профилактических прививок").

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

Получив полную информацию о необходимости проведения профилактической прививки \_\_\_\_\_,  
(название прививки)

возможных прививочных реакциях и поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и:

добровольно соглашаюсь на проведение прививки \_\_\_\_\_  
(название прививки)

добровольно отказываюсь от проведения прививки \_\_\_\_\_  
(название прививки)

Я, нижеподписавшийся(аяся) \_\_\_\_\_  
Ф.И.О. \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

Врач \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_  
Ф.И.О. \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ  
НА АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ  
МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА**

Я \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество — полностью)  
\_\_\_\_\_ года рождения, проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_

Этот раздел бланка заполняется только законным представителем лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан: Я, паспорт: \_\_\_\_\_, выдан: \_\_\_\_\_ являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина — полностью, год рождения)

находясь на лечении (обследовании) в отделении \_\_\_\_\_  
(название отделения, номер палаты)

добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому):

(название вида обезболивания, возможность изменения анестезиологической тактики)

— Я уведомлен (уведомлена) о необходимости поставить в известность врача обо всех проблемах связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищи, бытовой химии, пыльцы цветов; обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, анестезиологических пособиях; об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я уведомлен (уведомлена) о необходимости сообщить правдивые сведения о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

— Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время его проведения;

— Я предупрежден (предупреждена) о факторах риска и понимаю, что проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства сопряжено с риском нарушений со стороны сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью, и иного неблагоприятного исхода.

— Мне разъяснено и я осознаю, что во время анестезиологического пособия могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае, я согласна (согласен) на то, что вид и тактика анестезиологического пособия может быть изменена врачами по их усмотрению.

— Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства в предложенном объеме.

О последствиях и связанных с ними риском информирован (информирована) врачом анестезиологом-реаниматологом:

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество врача анестезиолога-реаниматолога)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года. Подпись пациента (законного представителя) \_\_\_\_\_

Расписался в моем присутствии:

Врач \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_  
(Должность, ФИО)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ  
на проведение обследования на ВИЧ-инфекцию**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_ года рождения, настоящим подтверждаю, что на основании предоставленной мне информации, свободно и без принуждения, отдавая отчет о последствиях обследования, принял решение пройти тестирование на антитела к вирусу иммунодефицита человека (ВИЧ). Для этой цели я соглашаюсь сдать анализ крови объемом 5 мл.

Я подтверждаю, что мне разъяснено, почему важно пройти тестирование на ВИЧ, как проводится тест и какие последствия может иметь тестирование на ВИЧ.

Я проинформирован о том, что:

тестирование на ВИЧ можно пройти в государственных и муниципальных медицинских организациях, тестирование может быть добровольным анонимным (когда не нужно сообщать свое имя и персональные данные) или конфиденциальным (в этом случае тестирование проводится по документу, удостоверяющему личность);

присутствие антител к ВИЧ является доказательством наличия ВИЧ-инфекции. Но существует период "серонегативного окна" (промежуток времени между заражением ВИЧ и появлением антител к ВИЧ, наличие которых можно определить лабораторным способом). В течение этого периода человек уже заражен и может заразить других, но при исследовании крови антитела к ВИЧ не обнаруживаются, этот период обычно составляет 3 месяца;

ВИЧ инфекция передается только тремя путями:

при сексуальных контактах без презерватива;

через кровь, при медицинских или немедицинских процедурах. Чаще всего заражение этим путем происходит при использовании нестерильного инструментария для употребления наркотиков;

от инфицированной ВИЧ матери к ребенку во время беременности, родов и при грудном вскармливании.

Заражение ВИЧ в быту при рукопожатиях, пользовании общей посудой, бассейном, туалетом, а также при укусах насекомых не происходит.

В настоящее время в России существует бесплатное лечение для всех нуждающихся инфицированных ВИЧ, для его получения нужно обратиться в территориальный центр СПИД. Лечение существенно продляет и улучшает качество жизни при ВИЧ-инфекции. ВИЧ-инфицированным беременным женщинам важно вовремя начать принимать специальные лекарства для предотвращения заражения будущего ребенка.

Защитить себя от заражения ВИЧ-инфекцией можно отказавшись от незащищенных половых контактов и употребления наркотиков. Для любых процедур, связанных с нарушением целостности кожных покровов или слизистых, использовать только стерильные инструменты.

Результаты тестирования на ВИЧ сообщает консультант при послетестовом консультировании. Сообщение по телефону запрещено.

По всем вопросам, связанным с ВИЧ-инфекцией, можно обратиться в государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ставропольского края «Ставропольский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» по адресу: г. Ставрополь, ул. Ленина, 434. тел. 8 (8652) 56-64-88, 58-04-53, 58-23-27

Подпись

Дата

**Информированное добровольное согласие на выполнение инвазивного исследования, операции, лечебно-диагностических манипуляций, медикаментозного лечения** (нужное подчеркнуть)

I. Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьей 20 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ.

1. Мне (Ф.И.О. пациента или его законного представителя) \_\_\_\_\_ в доступной и понятной форме разъяснено состояние моего здоровья и характер необходимых диагностических и лечебных мероприятий, которые будут проводиться при диагностике, лечении моего заболевания. Мне понятно, что отсрочка или отказ от выбранного метода лечения приведут к стойким, а возможно и необратимым изменением в организме, следовательно, неблагоприятно повлияют на мое здоровье, вплоть до удлинения ориентировочных сроков временной нетрудоспособности либо преждевременного выхода на инвалидность или смертельного исхода. По этому поводу вопросов к медицинскому персоналу не имею, т. к. понимаю свой прогноз при отказе от оказания медицинской помощи.

2. Настоящим Я доверяю Лечащему врачу \_\_\_\_\_ (фамилия, инициалы врача)

(в дальнейшем Врач) и его коллегам выполнить следующие:

2.1. Медикаментозное лечение \_\_\_\_\_ (нужное вписать)

\_\_\_\_\_  
(Подпись пациента)

2.2. Лечебно диагностическое исследования \_\_\_\_\_ (нужное вписать)

\_\_\_\_\_  
(Подпись пациента)

2.3. Оперативное вмешательство \_\_\_\_\_ (Подпись пациента)

2.3.1. При выборе **Врачом хирургического метода лечения**: Я осознаю, что проведение операции связано с риском, что во время нее могут возникнуть непредвиденные обстоятельства, которые в силу объективных причин, потребуют изменения доведенного до моего сведения плана операции. При необходимости дополнительного объема хирургического вмешательства в этих случаях доверяю определять его оперирующим врачам.

Я так же поставлен в известность, что в после операционным периоде возможны различные осложнения, варьирующие от незначительных до опасных для жизни состояний (вплоть до смертельного исхода), которые не связаны с действиями врачей, в результате чего могут быть изменены ранее намеченные план и срок лечения.

2.3.2. В связи с тем, что операция, преследующая цель получения наиболее благоприятного результата, проводится на патологически измененных тканях моего организма, понимаю, что гарантий к абсолютному выздоровлению дано быть не может и для достижения стойкого положительного эффекта потребуются последующие этапы лечения, возможно повторные операции.

2.4. Я согласен (на) на переливание донорской крови и ее компонентов в процессе лечения, операции или послеоперационном периоде, если возникает такая необходимость. Мне представлена полная информация о данном методе заместительной терапии.

Подпись пациента \_\_\_\_\_

Я поставил (ла) в известность Врача о наличии у меня сопутствующих заболеваний, перенесенных ранее операциях, аллергическом статусе гемотрансфузии, длительном приеме лекарственных препаратов и вредных привычках, наличие психических и наследственных заболеваний.

4. Мне известны содержание указанных выше медицинских действий, связанных с ними риск, возможные осложнения и последствия, включая побочное действие лекарственных препаратов, возможная утрата трудоспособности и смерть. Я хорошо понял (ла) все разъяснения врача. Мне известно так же, что при несоблюдении мной лечебных предписаний или правил внутреннего распорядка лечебного учреждения лечащий Врач в соответствии с законом вправе отказаться от наблюдения и лечения пациента.

5. Я понимаю, что в ходе выполнения указанных выше медицинских действий может возникнуть необходимость другого вмешательства, исследования, операции и анестезиологического пособия, лекарственной терапии, не указанных в пункте 2. Я доверяю Врачу и его ассистентам принять соответствующее решение в соответствии с их профессиональным суждением и выполнить любые медицинские действия, которые Врач сочтет необходимым для улучшения моего состояния.

Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено мне Врачом, оно полностью мне понятно, что Я и удостоверяю своей подписью.

Подпись пациента \_\_\_\_\_ Дата « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года.

**II. Если пациент не может подписать документ вследствие тяжести своего физического состояния или является несовершеннолетним, не достигшим 15 лет, согласие представлено законным представителем пациента (ближайший родственник, опекун)**

**Ф.И.О.** \_\_\_\_\_

**Подпись Врача (Ф.И.О.)** \_\_\_\_\_

Ввиду отсутствия законного представителя и невозможность больным выразить, свое волеизлияние, решение о необходимости производства неотложной (экстренной) медицинской помощи: \_\_\_\_\_ в соответствии с

(наименование медицинской помощи)

требованиями ст. 48 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» принимается консилиумом в составе:

1.

\_\_\_\_\_

(фамилия, инициалы, должность, подпись)

2.

\_\_\_\_\_

(фамилия, инициалы, должность, подпись)

3.

\_\_\_\_\_

(фамилия, инициалы, должность, подпись)

**III. От проведения указанных в пункте 2 части 1, настоящего документа**

\_\_\_\_\_ (наименование мероприятий)

отказываюсь, что и удостоверяю своей подписью. Мне разъяснена возможность наступления следующих последствий \_\_\_\_\_

а также: поздняя или неправильная диагностика заболевания, нетрудоспособность, смерть.

Подпись пациента или (его законного представителя) \_\_\_\_\_

**Форма**  
**выписного эпикриза в хирургических отделениях ГБУЗ СК «ККПТД»**

**ГБУЗ Ставропольского края**  
**Краевой клинический противотуберкулёзный диспансер**  
**355000, Ставрополь, ул. Достоевского, 56**  
**Тел.: 8 8652 28 83 60**

**Наименование отделения**

1. номер стационарной карты;
2. Ф.И.О. пациента;
3. год рождения;
4. сроки нахождения в стационаре;
5. жалобы при поступлении;
6. анамнез заболевания;
7. объективный статус при поступлении;
8. данные обследования с датами:
  - рентгенологические обследования в динамике (1-е и последнее) с описанием и заключением рентгенолога;
  - исследование патологического материала на МБТ всеми методами (люминисцентная микроскопия, ПЦР, Бактек, посев на твердые среды) в динамике;
  - кровь на гепатиты В, С, ВИЧ;
  - биохимические исследования крови (при нормальных анализах – последний);
  - анализы крови в динамике (1-й и последний);
  - анализы мочи (при нормальных анализах – последний; при патологии – 1-й и последний);
  - ЭКГ – заключение;
  - ФБС – заключение;
  - ФГДС – заключение;
  - консультации специалистов;
  - выполнено оперативное вмешательство (дата, вид операции), номер гистологического заключения с описанием полной гистологической картины;
9. течение послеоперационного периода (без осложнений; если да, то какие)
  - заживление раны
  - дата снятия швов;
10. проведенное лечение;
11. состояние пациента при выписке;
12. эффект от лечения;



13. клинический прогноз;
14. трудовой прогноз;
15. общая сумма дозовой нагрузки при рентгенологическом исследовании;
16. экспертный анамнез;
17. **заключительный клинический диагноз:**

- **основной:** при неспецифических процессах должна быть указана клиническая форма заболевания, вид оперативного вмешательства или другой процедуры, дата её проведения.

**В отношении больных, которым проведено хирургическое вмешательство по поводу туберкулеза, рекомендуется:**

- а) лицам, у которых после операции в легких не осталось никаких изменений туберкулезного характера, следует ставить диагноз «Состояние после оперативного вмешательства (указать характер и дату вмешательства) по поводу той или иной формы туберкулеза»;
- б) если в оставшейся легочной ткани, или в другом органе сохранились те или иные туберкулезные изменения, учитывается данная форма туберкулеза, указывается характер и дата вмешательства по поводу той или иной формы туберкулеза.

- **сопутствующий**

- **осложнения**

18. рекомендации.