

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ивановская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Александров М.В., Ушакова С.Е.

**ОРГАНИЗАЦИЯ ПРАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ
УЧАСТКОВОГО ТЕРАПЕВТА:
ВОПРОСЫ ЭКСПЕРТИЗЫ ВРЕМЕННОЙ
НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ, ДИСПАНСЕРНОЙ РАБОТЫ
И ОФОРМЛЕНИЯ ОСНОВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ДОКУМЕНТАЦИИ**

**Учебное пособие для студентов
V и VI курсов лечебного факультета**

Иваново 2018

Авторы – Александров М.В., Ушакова С.Е.

Учебное пособие посвящено вопросам организации оказания медицинской помощи населению на амбулаторно-поликлиническом этапе. В пособии представлены материалы, отражающие организационные аспекты деятельности участкового терапевта, особенности лечебно-профилактической и клинико-экспертной работы. Изложены вопросы, касающиеся деятельности лечебно-диагностических служб, отделений профилактики; осуществления клинико-экспертной работы, санаторно-курортного отбора. Большое внимание уделяется вопросам экспертизы трудоспособности, диспансерного наблюдения и оформления медицинской документации. Изложены правила оформления основных медицинских документов в практике работы участкового терапевта: медицинской карты амбулаторного пациента, талона амбулаторного пациента, листов нетрудоспособности и справок, удостоверяющих временную нетрудоспособность, справки для получения путёвки, санаторно-курортной карты, контрольной карты диспансерного наблюдения, направления на госпитализацию, экстренного извещения об инфекционном заболевании, направления на медико-социальную экспертизу. Составлено в помощь студентам V и VI курсов лечебного факультета, изучающим дисциплины «поликлиническая терапия» и «поликлиническое дело», а также проходящим производственную практику в качестве помощника участкового терапевта. Снабжено иллюстрациями с необходимыми пояснениями.

Рецензенты:

заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней ГБОУ ВПО Ивановская государственная медицинская академии МЗ России», д.м. н. Бурсиков А.В.

© М.В. Александров

ВВЕДЕНИЕ

Практическая работа в поликлинике – одна из важнейших форм профессиональной подготовки будущих врачей во время обучения в ВУЗе. Целями практической работы в ходе обучения на V и VI курсах лечебного факультета являются изучение работы врача амбулаторно-поликлинических учреждений и приобретение соответствующих навыков.

Студенты осуществляют практическую работу в качестве помощников участкового терапевта, работая под контролем преподавателей в амбулаторно-поликлинических учреждениях. График работы студента соответствует расписанию занятий на соответствующем цикле.

Основные задачи практической работы студентов на занятиях по поликлинической терапии:

1. знакомство с организацией работы и структурой поликлиники;
2. знакомство с организацией работы участкового врача-терапевта;
3. работа по первичному и повторному приёму больных совместно с участковым терапевтом, выполнение активных посещений больных под контролем участкового терапевта и преподавателей;
4. приобретение навыков оформления основных документов, заполняемых участковым терапевтом;
5. освоение навыков диагностики основных терапевтических заболеваний, решения вопросов экспертизы трудоспособности; организации лечебного процесса в амбулаторных условиях, контроля эффективности лечения;
6. приобретение навыков оформления записей в медицинских картах амбулаторного пациента в различных ситуациях.

Для выполнения поставленных задач студент работает совместно с врачом на приёме, самостоятельно активно посещает больных на дому по заданию участкового терапевта и докладывает ему о результатах посещения, участвует в диспансеризации больных терапевтического профиля. Ежедневно студент отчитывается преподавателю о проделанной работе, представляя записи в медицинских картах амбулаторных пациентов (учебных), с описанием всех обслуженных им на приёме и посещённых активно на дому пациентов.

Требования к усвоению практических умений

Студент должен **уметь оформить диагноз** в соответствии с принятой классификацией, знать критерии установления диагноза, стадии заболевания и т.д.

Студент должен **уметь оформлять основные документы**.

Студент должен **уметь выписать рецепты** на получение обычных лекарственных препаратов; препаратов, относящихся к группе сильнодействующих и токсичных веществ; а также рецептурные бланки, дающие право на получение лекарственных препаратов по системе дополнительного лекарственного обеспечения льготных категорий граждан.

Студент должен **уметь дать заключение** по общему анализу крови или мочи, биохимическому анализу крови, ЭКГ.

Перечень документов, которые студент должен уметь оформить

1. Медицинская карта амбулаторного больного (учётная форма 025/у).
2. Талон амбулаторного пациента (учётная форма 025-10/у).
3. Листок нетрудоспособности.
4. Рецептурные бланки на получение обычных лекарственных препаратов; препаратов, относящихся к группе сильнодействующих и токсичных веществ; а также рецептурные бланки, дающие право на получение лекарственных препаратов по системе дополнительного лекарственного обеспечения льготных категорий граждан.

Перечень документов, назначение и правила оформления которых должен знать студент

1. Контрольная карта диспансерного наблюдения (учётная форма 030/у).
2. Книга записи вызовов врача на дом (учётная форма 031/у).
3. Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении (учётная форма 058/у).
4. Справка для получения путёвки на санаторно-курортное лечение (учётная форма 070/у).
5. Санаторно-курортная карта (учётная форма 072/у).
6. Книга регистрации листков нетрудоспособности (учётная форма 036/у).
7. Справка о временной нетрудоспособности студентов, учащихся школ и профтехучилищ (учётная форма 095/у).
8. Направление в бюро МСЭ (учётная форма 088/у).
9. Справка для поступающих в высшие и средние учебные заведения (учётная форма 086/у).

ГЛАВА I. ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ПОЛИКЛИНИКИ И УЧАСТКОВОГО ТЕРАПЕВТА

Понятие и виды первичной медико-санитарной помощи

Первичная медико-санитарная помощь является основой системы оказания медицинской помощи и включает мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.

Организация оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам в целях приближения к их месту жительства, месту работы или обучения осуществляется по территориально-участковому принципу.

Первичная доврачебная медико-санитарная помощь оказывается фельдшерами, акушерами и другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием на фельдшерских медицинских пунктах, фельдшерско-акушерских пунктах (ФАП), здравпунктах на предприятиях и в организациях. **Первичная врачебная медико-санитарная помощь** оказывается участковыми врачами-терапевтами (пациентам в возрасте 18 лет и старше), участковыми врачами-педиатрами (пациентам моложе 18 лет) и врачами общей практики (семейными врачами). **Первичная специализированная медико-санитарная помощь** оказывается врачами-специалистами разного профиля, работающих в поликлиниках и поликлинических подразделениях медицинских организаций, в том числе оказывающих специализированную медицинскую помощь.

По форме оказания амбулаторная медицинская помощь делится на неотложную и плановую.

Неотложная медицинская помощь оказывается при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента. **Плановая медицинская помощь** оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечёт за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью.

Первичная медико-санитарная помощь оказывается амбулаторно, в том числе:

- в медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, при обращении пациента в медицинскую организацию;
- по месту жительства (пребывания) пациента – при острых заболеваниях, обострениях хронических заболеваний в случае вызова медицинского работника (вызов на дом) или при посещении им пациента с целью наблюдения за его состоянием, течением заболевания и своевременного назначения (коррекции) необходимого обследования и (или) лечения (активное посещение).

Также первичная медико-санитарная помощь оказывается в условиях дневного стационара, в том числе стационара на дому.

Первичная доврачебная и первичная врачебная медико-санитарная помощь

организуются по **участковому принципу**. Территориально-участковый принцип организации оказания первичной медико-санитарной помощи заключается в формировании групп обслуживаемого контингента по признаку проживания (пребывания) на определённой территории. Цеховой участковый принцип строится на распределении групп контингента по признаку работы (обучения) в определённых организациях и (или) их подразделениях.

Амбулаторно-поликлиническая помощь включает:

- оказание первой (доврачебной, врачебной) и неотложной помощи больным при острых заболеваниях, травмах и других неотложных состояниях;
- проведение профилактических мероприятий по предупреждению и снижению заболеваемости, выявлению ранних и скрытых форм заболеваний, социально значимых болезней и факторов риска их развития;
- диагностику и лечение различных заболеваний и состояний;
- проведение восстановительного лечения;
- клиничко-экспертную деятельность по оценке качества и эффективности лечебных и диагностических мероприятий, включая экспертизу временной нетрудоспособности;
- диспансерное наблюдение больных, в том числе отдельных категорий граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг;
- организацию дополнительной бесплатной медицинской помощи отдельным категориям граждан, в том числе обеспечение необходимыми лекарственными средствами;
- установление медицинских показаний и направление нуждающихся пациентов в учреждения государственной системы здравоохранения для получения специализированных видов медицинской помощи;
- установление медицинских показаний для санаторно-курортного лечения, в том числе отдельных категорий граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг;
- проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, вакцинопрофилактики в установленном порядке;
- осуществление санитарно-гигиенического образования, в том числе по вопросам формирования здорового образа жизни.

Медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь

Поликлиника – лечебно-профилактическое учреждение, предназначенное для оказания внебольничной (амбулаторной) квалифицированной специализированной медицинской помощи населению, проведения комплекса профилактических мероприятий, направленных на снижение заболеваемости, диспансеризации здоровых и больных.

Порядок организации деятельности поликлиники регламентирован приказом № 543н МЗ РФ от 15 мая 2012г. «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-социальной помощи взрослому населению».

Поликлиники подразделяются на: территориальные поликлиники для взрослых и детей, амбулатории, самостоятельные стоматологические поликлинические учреждения, поликлинические отделения больниц и диспансеров (фтизиатрические, кардиологические, дерматовенерологические и т.д.).

Разница между амбулаторией и территориальной поликлиникой весьма условна, основана на количественных показателях – они отличаются уровнем специализации и объёмом деятельности.

Поликлиники – учреждения, в которых осуществляется приём не менее, чем по 7 различным медицинским специальностям – терапия, хирургия, невропатология, офтальмология, оториноларингология, стоматология, кожные и инфекционные болезни и насчитывающие в составе не менее 14 врачебных должностей. Поликлиники имеют в своем составе диагностическое отделение: рентгеновский кабинет, кабинет функциональной диагностики и другие диагностические кабинеты, лабораторию, физиотерапевтическое отделение.

Амбулатории – учреждения, не осуществляющие приёмов по 7 врачебным специальностям и не располагающие, как правило, вспомогательными кабинетами.

Поликлиники, предназначенные исключительно для оказания медицинской помощи работникам промышленных, транспортных предприятий, различных организаций, могут именоваться медико-санитарной частью (какого-либо предприятия или организации). В них работают цеховые врачи-терапевты (аналог участкового принципа оказания медицинской помощи) и врачи-специалисты.

Участковый принцип организации медицинского обслуживания населения призван обеспечивать доступность и качество медицинской помощи, и является основной формой организации деятельности городской поликлиники. В медицинских организациях могут быть организованы участки:

- фельдшерский;
- терапевтический (в том числе цеховой);
- врача общей практики (семейного врача).

При формировании терапевтических участков, следует учитывать их протяжённость, удаленность от поликлиники, наличие автотранспорта. С учетом этого, численность населения на участке может несколько колебаться. Рекомендуемая численность прикрепленного населения на врачебных участках в соответствии с нормативной штатной численностью медицинского персонала составляет:

- на фельдшерском участке – 1300 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше;
- на терапевтическом участке – 1700 человек взрослого населения (для терапевтического участка, расположенного в сельской местности – 1300 человек);
- на участке врача общей практики – 1200 человек взрослого населения;
- на участке семейного врача – 1500 человек взрослого и детского населения.

Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается по направлению медицинских работников, оказывающих первичную доврачебную и первичную врачебную медико-санитарную помощь (фельдшера, участкового те-

рапевта), а также при самостоятельном обращении пациента в медицинскую организацию к соответствующему специалисту.

Организация работы поликлиники

Работа поликлиники, согласно приказу МЗ СССР от 23.09.81 г. № 1000 «О мерах по совершенствованию организации работы амбулаторно-поликлинических учреждений», организуется по сменному графику, обеспечивающему оказание медицинской помощи в течение всего дня, и также предусматривает оказание неотложной медицинской помощи в выходные и праздничные дни.

Примерная организационная структура городской поликлиники:

- 1) руководство поликлиники;
- 2) регистратура;
- 3) отделение профилактики;
- 4) лечебно-профилактические подразделения;
- 5) диагностические подразделения.

Руководство поликлиники

Работой самостоятельной поликлиники руководит главный врач, а если она входит в состав объединения – городской больницы – заведующий поликлиникой. Он несёт полную ответственность за всю лечебно-профилактическую, организационную, административно-хозяйственную и финансовую деятельность в поликлинике; проводит подбор и укомплектование поликлиники кадрами врачей, медицинских сестер, санитарок, административным и хозяйственным персоналом; планирует работу поликлиники. В обязанности главного врача входит организация и контроль за повышением квалификации медицинского персонала, вовлечение врачей в научно-исследовательскую работу, регулярный анализ деятельности всех подразделений поликлиники, состояние инфекционной и общей заболеваемости, заболеваемости с временной утратой трудоспособности. Главный врач отвечает за санитарное состояние, противопожарную безопасность здания и территории поликлиники, технику безопасности и охрану труда.

Вторым лицом в поликлинике является заместитель главного врача по клинико-экспертной работе. В отсутствие главного врача он исполняет его обязанности. Он же является председателем врачебной комиссии (ВК). Его обязанностями являются:

- контроль правильность и своевременность обследования и лечения больных в поликлинике и на дому;
- внедрение в практику работы врачей современных эффективных методов профилактики, диагностики и лечения;
- организация преемственности в обследовании и лечении больных между поликлиникой и стационарами;
- организация госпитализации больных, нуждающихся в стационарном лечении;
- организация и контроль за работой кабинета медицинской статистики;

- осуществление работы и проведение всех мероприятий для правильной организации медико-социальной экспертизы (МСЭ) и экспертизы трудоспособности, как в амбулаторных, так и в стационарных учреждениях;
- организация и проведение мероприятий по повышению квалификации врачей по вопросам временной нетрудоспособности, обеспечивает своевременное изучение всеми врачами лечебно-профилактического учреждения действующих положений, инструкций и других документов по врачебно-трудоу экспертизе;
- по представлению заведующего отделением или лечащего врача консультирует больных со сложным в отношении определения трудоспособности заболеванием, решает вопрос о дальнейшем лечении и продлении листка нетрудоспособности;
- контроль правильности экспертизы временной нетрудоспособности путём систематической выборочной проверки обоснованности выдачи и продления листов нетрудоспособности (справок).

Старшая (главная) медицинская сестра организует и контролирует работу среднего и младшего медицинского персонала поликлиники, выполнение ими своих функциональных обязанностей.

Регистратура

Регистратура – основное структурное подразделение по организации приема больных в поликлинике и на дому. Работой регистратуры руководит заведующий. Основные функции регистратуры:

- запись пациентов на приём к врачам и выдача им талонов на приём с указанием времени приёма врачом первичным больным (впервые обратившимся);
- приём вызовов врача для оказания медицинской помощи пациентам на дому (по телефону или при обращении родственников). Принимаемые вызовы регистратор заносит в «Книгу записей вызовов врача на дом», в которой указываются паспортные данные, основные жалобы больного, просьбы о вызове того или иного специалиста. Книги ведутся по каждому терапевтическому участку;
- хранение, подбор и передача медицинской документации (медицинских карт амбулаторного пациента) врачам (для приема в поликлинике и оказания помощи на дому);
- предоставление информации о графике приёма врачей, объявления о работе каждого подразделения поликлиники, сведения обо всех изменениях в работе поликлиники и др.;
- оформление листов нетрудоспособности и справок.

В регистратуре должны быть табло, позволяющие пациентам получить исчерпывающие сведения о режиме работы всех подразделений поликлиники. Быстрое обслуживание больных, обратившихся в регистратуру, зависит от рационального размещения в ней амбулаторных карт. Более всего отвечает этим требованиям система расстановки амбулаторных карт в стеллажах по участкам, а внутри них — по улицам, домам и квартирам. Очень важным элементом работы регистратуры является запись посетителей на прием к врачу, регистрация вызовов на дом, направление обратившихся в поликлинику на флюорографическое

обследование и профилактические осмотры, от организации которых зависит, в значительной степени, работа всех подразделений поликлиники, обеспечение наиболее оптимального распределения потоков посетителей, уменьшение затрат времени больных на посещение поликлиники.

Отделение профилактики

Отделения профилактики, согласно приказу МЗ СССР №770 от 30.05.1986 г., организуются в поликлиниках, обслуживающих более 30 тысяч человек. ***Основные функции*** отделения профилактики:

- участие в организации и проведении диспансеризации;
- участие в организации и проведении профилактических медицинских осмотров;
- раннее выявление заболеваний и лиц, имеющих факторы риска их развития;
- контроль и учет ежегодной диспансеризации населения;
- подготовка и передача врачам медицинской документации на больных и лиц с повышенным риском развития заболеваний для проведения дополнительного медицинского обследования, диспансерного наблюдения и проведения лечебно-оздоровительных мероприятий;
- санитарно-гигиеническое воспитание и пропаганда здорового образа жизни (борьба с курением, алкоголизмом, избыточным питанием, гиподинамией и др.).

Структура отделения профилактики

Анамнестический кабинет обеспечивает сбор анамнеза и анкетирование лиц, проходящих профилактический осмотр с выявлением имеющихся факторов риска и ранней симптоматики заболеваний по анамнестической карте.

Кабинет централизованного учета диспансерных больных обеспечивает поллицевой учет населения, обслуживаемого территориальным поликлиническим (поликлиническим отделением, амбулаторией) учреждением; определение лиц, подлежащих первичной диспансеризации в конкретных лечебно-профилактических учреждениях; учет контингентов, прикрепленных к данному ЛПУ, для проведения профилактических осмотров.

Кабинет инструментальных исследований обеспечивает проведение на доврачебном этапе функциональных (инструментальных) исследований (антропометрии, динамометрии, измерения артериального давления, внутриглазного давления, исследования остроты зрения, определения остроты слуха, регистрацию электрокардиограммы (лицам после 40 лет).

Смотровой женский кабинет осуществляет профилактические осмотры женщин с 18 лет, с целью раннего выявления гинекологических заболеваний. Работу в смотровом кабинете осуществляет акушерка.

Кабинет пропаганды здорового образа жизни организует и проводит комплекс мероприятий, направленных на санитарно-гигиеническое воспитание населения и формирование здорового образа жизни.

Лечебно-профилактические отделения

В состав лечебно-профилактического подразделения входят:

- терапевтические отделения;
- кабинеты врачей узких специальностей (офтальмологические, неврологические, кардиологические, пульмонологические и др.);
- стоматологическое отделение (кабинет) с кабинетом терапевтической стоматологии и кабинетом хирургической стоматологии;
- отделение восстановительного лечения с физиотерапевтическим отделением (кабинетом), кабинетами лечебной физкультуры, механотерапии и др.;
- процедурный кабинет;
- малые операционные и перевязочные.

Организация работы участкового терапевта

Деятельность участкового врача-терапевта регламентирована приказом Минздрава России от 7 декабря 2005 года №765 «Об организации деятельности врача-терапевта участкового». Врач-терапевт участковый относится к категории специалистов с высшим профессиональным образованием. На должность врача-терапевта участкового назначается лицо, имеющее высшее медицинское образование и документ о присвоении звания врача по соответствующей специальности («Лечебное дело» или «Педиатрия») и сертификат специалиста по специальности «Терапия»).

Участковый врач-терапевт должен обеспечить

- Своевременную квалифицированную терапевтическую помощь населению участка в поликлинике и на дому.
- Экстренную медицинскую помощь больным независимо от места жительства в случае и: непосредственного обращения при возникновении обострения состояния, травме отравлениях.
- Своевременную госпитализацию терапевтических больных с обязательным предварительным обследованием при плановой госпитализации.
- Консультацию больных в необходимых случаях заведующим терапевтическим отделением, врачами других специальностей.
- Экспертизу временной нетрудоспособности.
- Организацию и проведение комплекса мероприятий по диспансеризации взрослого населения участка (выявление, взятие на учёт, динамическое наблюдение, оздоровительные мероприятия) в соответствии с перечнем нозологических форм, подлежащих наблюдению у врача терапевта; анализ эффективности и качества диспансеризации.
- Раннее выявление, диагностику и лечение инфекционных заболеваний, немедленную госпитализацию (при наличии показаний), информирование Роспотребнадзора и врача инфекционного кабинета (при необходимости) – обо всех случаях инфекционного заболевания или подозрении на него, о пищевых или профессиональных отравлениях необходимо направить в Роспотребнадзор экстренное извещение при необходимости проведения мероприятий в очаге инфекционного заболевания.

- Систематическое повышение своей квалификации и уровня медицинских знаний участковых сестёр. Не реже 1 раза в 5 лет врач должен проходить учёбу по специальности.
- Активное и систематическое проведение санитарно-просветительной работы среди населения участка.
- Взаимодействие с медицинскими организациями государственной, муниципальной системы здравоохранения, страховыми медицинскими компаниями, иными организациями.
- Ведение медицинской документации в установленном порядке, анализ состояния здоровья прикрепленного населения и деятельности врачебного участка.
- Организацию и проведение профилактических прививок населению своего участка.

Нормы времени на одно посещение пациентом врача-специалиста в связи с заболеванием, необходимые для выполнения в амбулаторных условиях трудовых действий по оказанию медицинской помощи (в том числе затраты времени на оформление медицинской документации) регламентируются приказами Минздрава России № 290н от 2 июня 2015 года «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-педиатра участкового, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-невролога, врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога и врача-акушера-гинеколога» и № 973н от 19 декабря 2016 года «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-кардиолога, врача-эндокринолога, врача-стоматолога-терапевта»:

- врача-терапевта участкового – 15 минут;
- врача общей практики (семейного врача) – 18 минут;
- врача-невролога – 22 минуты;
- врача-оториноларинголога – 16 минут;
- врача-офтальмолога – 14 минут;
- врача-эндокринолога – 19 минут;
- врача-кардиолога – 24 минуты;
- врача-стоматолога-терапевта – 44 минуты.

В поликлинике обычно принят следующий график работы участкового терапевта: 4 часа на приеме и 3,5 часа для оказания помощи на дому (при 5-дневной рабочей неделе).

ГЛАВА II. АЛГОРИТМ РАБОТЫ УЧАСТКОВОГО ТЕРАПЕВТА ПРИ ОБСЛУЖИВАНИИ ПАЦИЕНТОВ. ПРАВИЛА ЗАПОЛНЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ АМБУЛАТОРНОГО ПАЦИЕНТА

Особенностью работы амбулаторного врача, в частности, участкового терапевта, является существенное ограничение времени общения с пациентом и возможностью его наблюдения, по сравнению с врачами, работающими в стационарах. Для обслуживания пациента на приеме участковому терапевту в среднем от-

водится 15 минут, для обслуживания пациента на дому – 20 – 30 минут. В домашних условиях труднее, чем в поликлинике или стационаре, провести обследование больных и установить предварительный диагноз, т.к. для этого приходится использовать только данные, получаемые при сборе жалоб, изучении анамнеза и физикальном обследовании. Осмотрев больного на дому на первичном вызове, участковый терапевт должен, при необходимости, назначить ему дополнительные исследования, после чего назначить явку на приём или, при необходимости, посетить его активно для оценки результатов обследования, уточнения диагноза и коррекции лечения.

За ограниченное время контакта с пациентом участковый терапевт должен выполнить ряд необходимых действий, в зависимости от цели и обстоятельств обращения пациента к врачу.

Алгоритм действий участкового терапевта при первичном приёме (вызове на дом)

1. Приветствовать пациента, при явке пациента на приём уточнить цель обращения, установить доверительные отношения с пациентом.
2. Вымыть руки согласно технике мытья рук, при необходимости надеть маску.
3. При обращении пациента по поводу ухудшения самочувствия провести сбор жалоб.
4. Собрать анамнез (анамнез заболевания, при инфекционных заболеваниях – эпиданамнез, при необходимости уточнить определённые обстоятельства из анамнеза жизни: наличие хронических заболеваний, наследственность, аллергологический анамнез, гинекологический анамнез у женщин и т.д.).
5. Провести физикальный осмотр пациента, оценить общее состояние, для чего необходимо:
 - оценить способность пациента к самостоятельному передвижению и самообслуживанию;
 - оценить психоневрологический статус (сознание, способность вступать в контакт с врачом, контролировать своё поведение);
 - осмотреть кожные покровы и видимые слизистые оболочки (оценить цвет, тургор кожных покровов, определить наличие отёков), провести термометрию (при необходимости);
 - объективно исследовать органы дыхания (определить ЧД, участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания; провести аускультацию лёгких);
 - объективно исследовать органы кровообращения (измерить АД, ЧСС, провести аускультацию сердца и сосудов).
6. При выявлении поражения какой-либо системы, необходимо провести её подробное физикальное обследование: осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию органов поражённой системы.
7. Вымыть руки после осмотра согласно технике мытья рук
8. Установить предварительный диагноз.
9. Определить необходимые методы обследования для постановки клинического диагноза в соответствии с рекомендациями и протоколами диагностики и лечения.

10. Назначить лечение в соответствии с рекомендациями, протоколами диагностики и лечения и особенностями течения заболевания у конкретного пациента.
11. Если пациент работает или учится, необходимо решить вопрос экспертизы временной нетрудоспособности, оформить и выдать соответствующий документ.
12. Назначить дату повторного осмотра на приёме или активного посещения пациента на дому.
13. Сделать запись в медицинской карте амбулаторного больного (у/ф. № 025/у).

Требования к оформлению записей в медицинской карте амбулаторного пациента

"Медицинская карта амбулаторного больного" (далее – амбулаторная карта) является основным первичным медицинским документом больного, лечащегося амбулаторно, и заполняется на всех больных при первом обращении за медицинской помощью в данное лечебное учреждение.

На каждого больного в поликлинике ведётся одна медицинская карта, независимо от того, лечится он у одного или нескольких врачей. Карты ведутся во всех учреждениях, ведущих амбулаторный прием, общих и специализированных, городских и сельских, включая фельдшерско-акушерские пункты (далее – ФАП), врачебные и фельдшерские здравпункты. Карты находятся в регистратуре по участковому принципу. Карты граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг, маркируются литерой "Л".

Медицинские карты амбулаторного больного хранятся в регистратуре: в поликлиниках – по участкам и в пределах участков по улицам, домам, квартирам; в центральных районных больницах и сельских амбулаториях – по населенным пунктам и алфавиту.

Титульный лист карты (рис. 1, 2) заполняется в регистратуре медицинского учреждения при первом обращении пациента за медицинской помощью (консультацией). На нём проставляется полное наименование медицинского учреждения. Фамилия, имя, отчество гражданина, его пол, дата рождения, адрес постоянного места жительства в РФ заполняются в соответствии с документом, удостоверяющим личность. При отсутствии у гражданина постоянного места жительства в РФ указывается адрес регистрации по месту пребывания.

В строке "Страховая медицинская организация" указывается наименование страховой компании, выдавшей полис обязательного медицинского страхования (ОМС). Вписывается номер страхового медицинского полиса ОМС в соответствии с бланком представленного полиса.

При наличии у пациента льготы проставляется код льготы. Проставляется также страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) гражданина в Пенсионном фонде РФ. В строке "Документ, удостоверяющий право на льготное обеспечение (наименование, номер, серия, дата, кем выдан)" проставляется запись в соответствии с представленными документами. В строке "Инвалидность" вписывается группа инвалидности, имеющаяся у пациента.

Для работающих или учащихся производится отметка о месте работы или учёбы, должности.

Далее карта заполняется медицинским работником (участковым врачом, врачом-специалистом, фельдшером на ФАПе, врачом общей практики).

На титульном листе указывается наличие заболевания, по которому пациент взят на диспансерное наблюдение с указанием даты постановки и снятия с учета. Вносятся сведения о выявленной лекарственной непереносимости и аллергических реакциях со слов больного.

Особое внимание должно уделяться записям на *листе заключительных (уточнённых) диагнозов* (рис. 2), куда заносятся врачами всех специальностей диагнозы, установленные при первом обращении в поликлинику в данном календарном году, независимо от того, когда был поставлен диагноз: при первом или последующих посещениях или в предыдущие годы. В случаях, когда врач не может поставить точный диагноз при первом посещении больного, на странице текущих наблюдений записывается предполагаемый диагноз, в лист для записи уточненных диагнозов вносится только дата первого посещения. Диагноз вписывается после его уточнения. Если у больного одновременно или последовательно обнаружено несколько заболеваний, этиологически не связанных друг с другом, то все они выносятся на "лист". В случае перехода болезни из одной стадии в другую (при гипертонической болезни и др.) записанный диагноз вновь повторяется с указанием новой стадии. Если при обращении больного обнаруживается заболевание, по поводу которого больной раньше в лечебное учреждение не обращался, то такое заболевание считается впервые выявленным и отмечается на "листе" знаком "+" (плюс). Острые заболевания, которые могут возникнуть у одного человека несколько раз в году (ангина, ОРЗ, абсцессы, травмы и т.д.), всякий раз при новом возникновении считаются впервые выявленными и отмечаются на "листе" знаком "+" (плюс).

Пример оформления записи в учебной карте амбулаторного пациента

Больной Н., мужчина 65 лет.

Дата

На приёме

Предъявляет жалобы на периодически возникающие боли сжимающего характера за грудиной при ходьбе в среднем темпе на расстояние до 500 м длительностью до 3 минут, не иррадиирующие, купирующиеся приёмом 1 таблетки нитроглицерина сублингвально в течение 2 - 3 минут. Боли возникают чаще в сырую и ветреную погоду. При ходьбе в быстром темпе отмечает появление одышки, проходящей через 5 мин. отдыха. Также беспокоит головная боль в теменной области, больше по утрам. Отмечает повышение АД, преимущественно в утренние часы, до 180/90 мм рт.ст.

В анамнезе – гипертоническая болезнь в течение 10 лет, стенокардия в течение 3 лет. Курил в течение 25 лет, последние 2 года не курит. Регулярно принимает изосорбита динитрат 10 мг по 1 табл. – 2 раза в день. Работает инженером в проектно бюро.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Рост 178 см, вес 92 кг. ЧД 18 в мин. В лёгких – ослабленное везикулярное дыхание. Пульс одинаковый

на обеих руках, частота 88 в мин., ритмичный. АД – 160/90 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены. Периферических отеков нет.

Диагноз. ИБС, стенокардия напряжения, II функциональный класс. Н-0 (I ФК NYHA). Гипертоническая болезнь II стадии, АГ 2 степени. Риск 4. Избыточная масса тела.

План обследования:

- 1) ЭКГ в покое,
- 2) биохимический анализ крови (креатинин, липидный спектр, сахар),
- 3) общий анализ мочи,
- 4) осмотр глазного дна,
- 5) измерение АД в динамике.

Лечение:

- 1) придерживаться гиполипидемической диеты;
- 2) перед выходом на улицу в холодную или ветреную погоду принять сублингвально таблетку нитроглицерина или использовать нитроспрей;
- 3) ацетилсалициловая кислота («аспирин-кардио») по 1 табл. в день;
- 4) аторвастатин 10 мг по 1 табл. вечером;
- 5) метопролол 25 мг – по 1 табл. 2 раза в день с интервалом в 12 часов.

Явка после завершения обследования.

Приложение № 1
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от «15» декабря 2014 г. № 834н

Наименование медицинской организации _____

Адрес _____

Код формы по ОКУД _____
Код организации по ОКПО _____
Медицинская документация
Учетная форма № 025/у
Утверждена приказом Минздрава России
от «15» декабря 2014 г. № 834н

**МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА
ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ
В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ № _____**

1. Дата заполнения медицинской карты: число _____ месяц _____ год _____
2. Фамилия, имя, отчество _____
3. Пол: муж. – 1, жен. – 2 4. Дата рождения: число _____ месяц _____ год _____
5. Место регистрации: субъект Российской Федерации _____
район _____ город _____ населенный пункт _____
улица _____ дом _____ квартира _____ тел. _____
6. Местность: городская – 1, сельская – 2
7. Полис ОМС: серия _____ № _____ 8. СНИЛС _____
9. Наименование страховой медицинской организации _____
10. Код категории льготы _____ 11. Документ _____ : серия _____ № _____
12. Заболевания, по поводу которых осуществляется диспансерное наблюдение:

Дата начала диспансерного наблюдения	Дата прекращения диспансерного наблюдения	Диагноз	Код по МКБ-10	Врач

Рис. 1. Титульный лист и вторая страница медицинской карты амбулаторного пациента.

13. Семейное положение: состоит в зарегистрированном браке – 1, не состоит в браке – 2, неизвестно – 3.
 14. Образование: профессиональное: высшее -1, среднее – 2; общее: среднее – 3, основное – 4, начальное – 5; неизвестно – 6.
 15. Занятость: работает – 1, проходит военную службу и приравненную к ней службу – 2; пенсионер(ка) – 3, студент(ка) – 4, не работает – 5, прочие – 6
 16. Инвалидность (первичная, повторная, группа, дата) _____
 17. Место работы, должность _____
 18. Изменение места работы _____
 19. Изменение места регистрации _____
 20. Лист записи заключительных (уточненных) диагнозов:

Дата (число, месяц, год)	Заключительные (уточненные) диагнозы	Установлен- ные впервые или повторно (+/-)	Врач

21. Группа крови _____ 22. Rh-фактор _____ 23. Аллергические реакции _____

Рис. 2. Вторая страница медицинской карты амбулаторного пациента (лист уточнённых диагнозов).

Все остальные записи в медицинской карте производятся лечащими врачами по установленным правилам в порядке текущих наблюдений. Здесь же записываются консультации специалистов, решения врачебных комиссий и т.д.

В соответствии с Приказом МЗ СССР № 601 от 28 июля 1987 г. «О мерах по прекращению сбора данных, не предусмотренных государственной отчётностью, и сокращению затрат времени медицинских работников на ведение документации», участковый терапевт, делая запись в амбулаторной карте, должен **подробно описывать выявленную патологию**. Таким образом, **описание нормы не является обязательным** и может быть признано целесообразным в случаях, когда имеются явные расхождения между жалобами пациента и данными объективного обследования, не подтверждающими наличие у больного признаков заболевания. Краткое описание нормы может также быть признано целесообразным в тех случаях, когда пациент обращается к врачу, не предъявляя каких-либо жалоб (например, при устройстве на работу) и врач выставляет диагноз «здоров».

Конкретная форма записи в амбулаторной карте зависит от цели и обстоятельств обращения пациента к врачу.

Записи специалистов должны содержать следующую информацию:

- дата осмотра; место осмотра (на приёме, вызов на дом); специальность врача;
- жалобы пациента;
- история развития заболевания;
- история жизни (основные моменты, имеющие отношение к данному обращению пациента к врачу);
- объективные данные (настоящее состояние больного);
- диагноз;
- тактику ведения (госпитализация, «стационар на дому» и т.д.);
- врачебные назначения (включая диагностические обследования и консультации);

- назначенная терапия с указанием выданных рецептов;
- решение вопросов экспертизы трудоспособности работающих и учащихся пациентов (номер листка нетрудоспособности или справки, сроки выдачи);
- дальнейшую тактику ведения пациента (дата повторной явки к врачу или активного посещения больного).

Первичный осмотр

Запись должна начинаться с отражения цели осмотра (устройство на работу, получение справки для посещения бассейна, наличие ухудшения самочувствия и др.). Действия по выяснению жалоб, анамнеза и проведению осмотра напрямую зависят от цели обращения к врачу.

При наличии *ухудшения самочувствия* в обязательном порядке выделяются жалобы, имеющие место на момент осмотра, и анамнестические данные.

В анамнезе отражается динамика жалоб с момента их появления до обращения к врачу, реакция на мероприятия по их устранению (приём лекарств, немедикаментозные действия).

Описание статуса преследует две цели: обосновать тяжесть состояния больного и описать патогномичные признаки заболеваний, которые позволят сформулировать диагноз.

Во всех случаях описание статуса должно начинаться с констатации *общего состояния пациента*. В зависимости от того, как врач оценит общее состояние больного, он должен будет выбрать соответствующую тактику ведения пациента и решить экспертные вопросы.

В соответствии с принятой классификацией, выделяются следующие варианты общего состояния пациента: удовлетворительное, средней тяжести, тяжёлое и крайне тяжёлое. Нередко имеется подмена понятий «тяжесть общего состояния больного» и «тяжесть течения заболевания», чего необходимо избегать. Так, например, наличие ОРЗ среднетяжёлого течения не всегда обуславливает наличие у больного состояния средней тяжести. Для ориентировочной оценки тяжести состояния больного мы предлагаем использовать следующие критерии:

- 1) наличие и выраженность нарушения основных критериев жизнедеятельности – способность к самостоятельному передвижению и самообслуживанию, общению, ориентации и контролю за своим поведением;
- 2) оценка риска развития угрожающих жизни и здоровью пациента осложнений в течение ближайшего времени (в результате возникновения данного острого заболевания или обострения хронического).

Для оценки второго параметра – риска развития угрожающих жизни и здоровью осложнений – необходимо учитывать конкретный диагноз и статистику летальных исходов и выхода на инвалидность при данном заболевании (таблица 1).

Состояние можно оценить как *удовлетворительное*, если больной самостоятельно смог встать с постели, одеться и свободно передвигается без посторонней помощи, адекватно оценивает ситуацию, легко вступает в контакт с врачом. Риск развития фатальных осложнений при этом может быть оценен как низкий, не превышающий фоновый риск в популяции. Удовлетворительное состояние, как правило, предусматривает лечение больного в амбулаторных условиях с перио-

дическими осмотрами врачом на дому при активном посещении или на приёме в поликлинике в зависимости от назначенного режима. При удовлетворительном состоянии пациента в период заболевания возможно также полное или частичное сохранение трудоспособности. Госпитализация в некоторых случаях может быть показана по социальным показаниям либо, в ряде случаев, на основании соответствующих нормативных актов (например, санитарное законодательство при наличии инфекционного заболевания).

Состояние *средней тяжести* можно констатировать в тех случаях, когда имеются умеренно выраженные ограничения по одной из категорий жизнедеятельности (например, пациент передвигается медленно, с частыми остановками, либо с использованием трости, придерживаясь за стены; на вопросы отвечает правильно, но медленно, подбирая слова либо короткими фразами и т.д.). Также среднетяжёлое состояние следует констатировать в тех случаях, когда риск фатальных осложнений превышает фоновый. В этих случаях работающие пациенты являются нетрудоспособными. Показана либо госпитализация, либо ведение по типу «стационара на дому» в зависимости от нозологической формы и социально-бытовых факторов.

Тяжёлое состояние фиксируется при наличии существенных ограничений хотя бы по одной из основных категорий жизнедеятельности (например, пациент не способен самостоятельно одеться и передвигаться без посторонней помощи, не способен общаться, дезориентирован и т.д.), а риск развития фатальных осложнений является высоким. В этих случаях показана госпитализация больного, и лишь в случаях невозможности либо отказа от госпитализации – ведение по типу стационара на дому.

Учёт риска развития осложнений в оценке тяжести состояния больного позволит избежать ряда тактических ошибок. Например, в острейшем или остром периоде инфаркта миокарда у пациента, при условии купирования или отсутствия типичного болевого синдрома, может сохраняться способность к самостоятельному передвижению, самообслуживанию, общению и т.д. Но было бы ошибкой считать, что его состояние удовлетворительное, т.к. оно является крайне нестабильным и делать прогноз относительно появления осложнений в ходе данного острого заболевания, с учётом статистики об уровне летальности, сложно. Поэтому, не смотря на удовлетворительное самочувствие больного, состояние его должно быть признано тяжёлым и транспортировка его в лечебное учреждение осуществляется строго на носилках. В то же время, наличие банального ушиба мягких тканей бедра или голени может вызвать ограничение способности к передвижению, но не должно рассматриваться как критерий среднетяжёлого состояния пострадавшего.

У пациентов, страдающих хроническими заболеваниями, часто имеют место стойкие нарушения перечисленных категорий жизнедеятельности (например, у больных, перенёсших острые нарушения мозгового кровообращения с наличием гемипарезов и моторной афазии). Для характеристики их общего состояния целесообразно употреблять термины «стабильно среднетяжёлое состояние» либо «стабильно тяжёлое состояние». В этом случае врач подчёркивает, что состояние

больного является таковым в течение длительного времени, и при отсутствии отрицательной динамики не возникает необходимости в госпитализации данных больных и оказания неотложной медицинской помощи. При решении экспертных вопросов стабильные нарушения основных категорий жизнедеятельности являются основанием для решения вопроса о признании больных инвалидами.

Следует избегать неконкретных и обтекаемых характеристик общего состояния, часто встречающихся в некоторых амбулаторных картах: «состояние больного неплохое», «состояние относительно удовлетворительное», «состояние ближе к удовлетворительному». Подобные формулировки указывают на то, что врач затрудняется с оценкой состояния больного как удовлетворительное. В этих случаях целесообразно оценить состояние больного как среднетяжёлое и выбрать соответствующую тактику его ведения. В противном случае, отсутствие конкретных формулировок может повлечь за собой неправильную оценку тяжести состояния и как следствие, выбор неадекватной тактики ведения больного.

Как уже говорилось ранее, в разделе *настоящего состояния больного* описание нормы не является обязательным. Целесообразно отражать в записи основные функциональные показатели гомеостаза (пульс, артериальное давление, частоту дыхания, температуру), часто имеющие значение для оценки состояния пациента. Также необходимо подробно описывать выявленную при физикальном обследовании патологию.

Диагноз должен вытекать из жалоб, анамнеза и данных осмотра пациента. Наиболее сложным вопросом является его формулировка при первом осмотре больного. В этом случае, при наличии сомнений или неясной ситуации, целесообразно выставить предположительный диагноз, что предполагает тактику уточнения ситуации (назначение дополнительных исследований, консультаций) либо госпитализацию для наблюдения больного в условиях стационара при наличии соответствующих показаний. При этом может быть использован синдромальный диагноз, так как он обосновывает назначение лечения и обследование.

В плане *дополнительных методов обследования* врач должен рекомендовать те исследования, проведение которых возможно в условиях поликлиники и не является прерогативой других специалистов. Количество исследований должно быть необходимым и достаточным для обоснования диагноза, излишние исследования обременительны для больного и увеличивают финансовые затраты. Недостаток обследований может помешать установить правильный диагноз. При невозможности выполнения тех или иных исследований, показанных пациенту, должна быть сделана соответствующая запись в карте.

При решении вопроса о тактике ведения больного могут иметь место показания для госпитализации. Если стационарное лечение не показано, лечение пациента проводится в амбулаторных условиях.

При остром заболевании либо обострении хронического при амбулаторном ведении больного выбирается режим, а также даются рекомендации по немедикаментозному и медикаментозному лечению. При назначении *лекарственной терапии* врач вынужден учитывать не только имеющиеся стандарты и рекомендации, но и финансовые возможности больного, наличие особенностей течения заболеваний. Лечащий врач самостоятельно определяет выбор терапии, но, в

случае несоответствия его назначений принятым рекомендациям и стандартам, обязан обосновать свои рекомендации.

В соответствии с правами пациента, после описания лечебно-диагностических мероприятий, больной должен сделать запись о том, что проинформирован о возможных нежелательных эффектах и согласен на выполнение предложенного комплекса в полном (либо частичном) объёме, скрепив запись своей подписью и зафиксировав тем самым своё информированное добровольное согласие.

Если пациент работает или учится, врач проводит *экспертизу временной нетрудоспособности*. При наличии у пациента признаков нетрудоспособности, выдаётся соответствующий документ, о чём делается отметка в карте.

Запись заканчивается назначением повторного осмотра на приёме или активного посещения на дому, если наблюдение за больным необходимо продолжить. Выбор кратности осмотров зависит от тяжести состояния больного, диагноза, выполнения дополнительных исследований и других факторов.

Таблица 1. Оценка общего состояния пациента

Оцениваемые критерии	Состояние пациента	Рекомендуемая тактика
<ul style="list-style-type: none"> • На момент осмотра непосредственной опасности для жизни больного нет. Риск развития угрожающих жизни и здоровью осложнений не превышает фоновый в сопоставимой по полу и возрасту популяции • Функции жизненно важных систем организма сохранены или нарушены незначительно. Положение пациента активное, он самостоятельно передвигается, обслуживает себя без посторонней помощи • Сознание ясное, пациент ориентирован в месте, времени и собственной личности, легко вступает в контакт с врачом 	Удовлетворительное	Лечение в амбулаторных условиях. Экстренная госпитализация только при наличии социальных или эпидемических показаний. Плановая госпитализация возможна для обследования, коррекции лечения
<ul style="list-style-type: none"> • На момент осмотра непосредственной опасности для жизни больного нет. Риск в данный момент не превышает фоновый в сопоставимой по полу и возрасту популяции, но имеется вероятность того, что он может повыситься при дальнейшем прогрессировании заболевания. Однако повышение степени риска развития осложнений в течение ближайших 24 часов можно считать маловероятным • Функции жизненно важных систем организма сохранены или нарушены незначительно. Положение пациента активное, он самостоятельно передвигается, обслуживает себя без посторонней помощи <p>Возможно также более существенное нарушение функций жизненно важных органов и систем организма. Положение пациента остаётся активным, однако имеются некоторые ограничения в способности к самостоятельному передвижению (например, пациент передвигается в более медленном темпе, вынужден часто делать остановки из-за появления одышки, сердцебиения, болей в груди)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Сознание ясное, пациент ориентирован в месте, времени и собственной личности, легко вступает в контакт с врачом <p>Возможны также некоторые сложности в общении с врачом (пациент говорит короткими фразами из-за наличия выраженной одышки)</p>	Средней тяжести	Лечение в амбулаторных условиях по типу «стационара на дому». При отсутствии положительной динамики в течение 48 – 72 часов – госпитализация.
<ul style="list-style-type: none"> • На момент осмотра непосредственной опасности для жизни больного нет. Риск в данный момент не превышает фоновый в сопоставимой по полу и возрасту популяции, но имеется вероятность того, что он может повыситься при дальнейшем прогрессировании заболевания. Повышение степени риска развития осложнений в течение ближайших 24 часов можно считать весьма вероятным 		Экстренная госпитализация
<ul style="list-style-type: none"> • На момент осмотра имеется непосредственная опасность для жизни больного в ре- 	Тяжёлое	Экстренная госпитализация

<p>зультате нарушения функций жизненно важных систем организма.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Выраженность симптомов заболевания не позволяют пациенту самому себя обслужить и передвигаться без помощи посторонних лиц или вспомогательных средств (вследствие наличия одышки, болей, неврологической симптоматики, выраженной интоксикации). Положение больного пассивное или вынужденное. Он нуждается в постороннем уходе или помощи. • Сознание ясное, пациент ориентирован в месте, времени и собственной личности, легко вступает в контакт с врачом. <p>Возможны также некоторые сложности в общении с врачом (пациент говорит короткими фразами из-за выраженной одышки, отвечает с небольшой задержкой).</p> <p>Возможно более серьёзное нарушение психической сферы. Пациент заторможен, не полностью ориентирован в месте, времени, собственной личности, с трудом вступает в контакт с врачом (отвечает односложно либо кивком головы, с большой задержкой, не всегда правильно).</p>		
<ul style="list-style-type: none"> • На момент осмотра можно констатировать настолько выраженное нарушение жизненно важных функций организма, что без экстренных и интенсивных лечебных мероприятий больной может погибнуть в течение ближайших часов или даже минут • Положение пассивное или вынужденное, возможно двигательное возбуждение, судороги. Имеются признаки шока, отёка лёгких, острой дыхательной недостаточности • Пациент заторможен, не полностью ориентирован в месте, времени, собственной личности, с трудом вступает в контакт с врачом. <p>Либо сознание нарушено от оглушения до комы, больной практически недоступен контакту</p>	Крайне тяжёлое	Неотложная помощь, включая реанимационные мероприятия, вызов реанимационной бригады СП, экстренная госпитализация

Алгоритм действий участкового терапевта при повторном осмотре пациента (активном посещении)

Целями повторного осмотра являются:

- выяснение динамики самочувствия пациента под влиянием назначенного лечения;
- интерпретация результатов исследований, назначенных пациенту при первичном осмотре;
- уточнение диагноза и формулировка клинического диагноза;
- выявление при физикальном обследовании динамики состояния больного;
- коррекция проводимого лечения с учётом данных дополнительных исследований;
- решение вопроса о продлении документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность;
- определение тактики дальнейшего ведения пациента.

При установлении факта выздоровления (достижения ремиссии при наличии хронических заболеваний) у трудоспособных пациентов фиксируется восстановление трудоспособности. Документы о временной нетрудоспособности необходимо закрыть.

При необходимости пациенту даются рекомендации по профилактике (первичной, вторичной), включая диспансерное наблюдение.

Оформление записи в медицинской карте при повторном осмотре

Описание повторного осмотра (в частности, при активном посещении больного) должно отражать динамику процесса.

Его целесообразно начать с описания изменений самочувствия больного («самочувствие улучшилось, ухудшилось или не изменилось») и далее конкретизировать ситуацию со слов больного (например, «Самочувствие улучшилось: нормализовалась температура, уменьшился насморк»). Отражается динамика процесса во времени, эффективность применяемой терапии, а также возможные нежелательные реакции на проводимое лечение.

В записи, в разделе «анамнез», также должны быть отражены все выявленные нарушения в выполнении рекомендаций по режиму, немедикаментозному и медикаментозному лечению.

При описании статуса больного следует стараться описывать динамику состояния либо её отсутствие. При записи результатов повторного осмотра вносятся динамика изменения состояния больного, данные обследования, лечения и экспертизы трудоспособности.

При наличии результатов назначенных при первичном осмотре обследований, врач должен их интерпретировать, и при выявлении отклонений от нормы, сделать соответствующую отметку в записи.

Диагноз, в зависимости от вновь выявленных данных, может быть изменён или дополнен. Режим и тактика ведения больного также могут быть пересмотрены.

ГЛАВА III. ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ

ТАЛОН АМБУЛАТОРНОГО ПАЦИЕНТА, заполняемый в медицинских учреждениях Ивановской области

"Талон амбулаторного пациента" (далее – талон) заполняется во всех лечебно-профилактических учреждениях, ведущих амбулаторный приём, при каждом обращении пациента. В талоне регистрируются данные о пациенте, работе врача и среднего медицинского персонала, заболевании (травме), диспансерном учёте, случае временной нетрудоспособности. Данные о пациенте (п.п. 1 - 11) и прочие данные (п.п. 12 - 30) заполняются медицинским работником путем обведения в кружок соответствующей позиции.

Порядок заполнения талона амбулаторного пациента

В случае, когда пациент не предъявляет полиса обязательного медицинского страхования (ОМС), в таблице под заголовком талона справа обводится цифра «1» в том случае, если предъявлен паспорт, или «2», если предъявлен другой документ, удостоверяющий личность. В таблице слева вписывается номер страхового полиса ОМС, ниже – страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) гражданина в Пенсионном фонде Российской Федерации, который формируется в Федеральном регистре лиц, имеющих право на государственную социальную помощь в виде набора социальных услуг, утвержденном Федеральным законом от 22.08.2004 N 122-ФЗ. Указывается серия и номер документа, удостоверяющего личность пациента.

Фамилия, имя, отчество пациента записываются полностью. Указываются дата рождения пациента в формате "число, месяц, год" (год рождения – полностью). Пол пациента отмечается в соответствующей позиции. Вписывается адрес регистрации места жительства по данным паспорта. Для лиц, находящихся вне места постоянного проживания, указывается также адрес временной регистрации и в соответствующей позиции – откуда прибыл гражданин: субъект РФ, государство СНГ, далее зарубежье. Социальный статус отмечается в соответствующей позиции. Для работающих (учащихся) указывается полное наименование места работы (учебного заведения). Отмечается наличие инвалидности у пациента. Если инвалидность установлена впервые в жизни, то отмечается соответствующий пункт. Проставляется группа инвалидности.

Пункты «вид заболевания», «вид помощи» и «вид оплаты данного случая оказания медицинской помощи» отмечается в соответствующей позиции по данным справочников. Если пациент направлен к врачу из другого медицинского учреждения, заполняется соответствующая строчка (направлен МУ) с указанием цели направления.

В таблице заполняется диагноз заболевания (в 1 столбце таблицы – код по МКБ – X, во 2 – признак заболевания соответствующей цифрой (пояснения под таблицей), в 3 – диагноз прописью). Четвёртый столбец – "Характер заболевания". На основании этого пункта заполняется лист заключительных (уточнённых) диагнозов медицинской карты амбулаторного больного. Отмечается один

из предлагаемых кодов. Если у пациента диагностировано острое или впервые в жизни выявленное хроническое заболевание, то отмечается пункт 1, в остальных случаях – пункт 2. Справочная таблица помещена справа от таблицы.

В случае выдачи листка нетрудоспособности или справки заполняется пункт № 8 с указанием причины временной нетрудоспособности, даты выдачи и закрытия листка. В этом пункте указывается диагноз, по поводу которого пациенту выдаётся листок нетрудоспособности. Целесообразность в его заполнении появляется в случае, если в выше расположенной таблице указывается несколько диагнозов. При выдаче листка нетрудоспособности по уходу указывается дата рождения лица, за которым будет осуществляться уход.

На обороте талона в пункте, обозначенном римской цифрой III, отмечается повод обращения. Пункт IV заполняется при наличии травмы или отравления с указанием обстоятельств их получения на производстве или в быту. В пункте V находится таблица, в которой отмечается работа врача по обслуживанию данного пациента. В соответствующих столбцах записывается дата оказания медицинской услуги, код медицинской услуги (1 – обслуживание на приёме, 2 – обслуживание вызова на дом, 5 – активное посещение на дому), специальность и код врача. Каждая встреча врача и больного фиксируется путём заполнения отдельной строчки в таблице. Пункт «Исход лечения» заполняется, когда случай признаётся законченным. При этом обозначается соответствующий исход. При направлении больного на стационарное лечение в строке, расположенной ниже, указывается учреждение госпитализации.

При выписывании льготных рецептов по программе дополнительного лекарственного обеспечения заполняются соответствующие строчки в талоне. В конце документа в соответствующей строчке ставится подпись врача.

На рис. 3 представлен талон амбулаторного пациента.

Наименование учреждения		Талон амбулаторного пациента						
1-Предъявлен только паспорт	2-Предъявлен другой документ	Признак страхования (житель Ивановской обл.-0, иногородний-1						
3-Медпомощь новорождённому	4-Документ родителя (медпомощь ребёнку)	Полис серия №						
5-В документе отсутствует отчество		СМО						
		Документ, уд. личность серия №						
		СНИЛС » »						
Ф.И.О. _____		Дата рождения _____				Жен.-1, муж.-2		
Адрес _____		Субъект РФ – 1, СНГ – 2, дальше зарубежье – 3 (____)						
(регистрация по месту пребывания)		Работающий-1, дошк. орг.-2, Учащийся (ПТУ, Техн., Инст)-3, Безработн.-4, Беженец-5,						
Место работы _____		Врем. нераб.-6, Пенсионер-7, Инвалид-8, Школьник-9, Дошкольник неорг.-10						
Категория льгот _____ (см. справочник)		Не вошли в систему ОМС-11, Военнослужащий-12, Член семьи военнослуж.-13, Бомж-14						
Группа инвалидности, установлена впервые, подтверждена 1,2,3,Д Степень (0 степень, 1степ, 2 степ, 3 степ)		Литера льгот Л (обвести букву Л, если льготник)						
Дата установки _____		Дата снятия _____				Группа состояния здоровья: 1 2 3		
Направлен МУ _____		Цель направления: 1-назначение лечения, 2-уточнение диагноза, 3-проведение обследования,						
4-экспертиза, 5-госпитализация, 6-прочие, 7-не указана цель, 8-без направления.								
1. Код МКБ	2. При-знак	3. Диагноз	4. Характ. заболев.	5. Дисп. учёт	6. Прич. снятия	7. Стац. лечение	8. Реа-бил.	Справочная таблица 4.Характер заболевания 1-Выявлено впервые в жизни 2-Ранее зарегистрированное 5.Диспансер. учёт 1 Состоит 2 Взят 3 Снят 6. Причины снятия с дисп. наблюдения 1 Выздоровление 2 Переезд 3Смерть 7.Стационарное лечение 1. круглосуточное 2. в дневном стационаре 3. в стационаре на дому 4. в стац. Дневн. пребывания 8. Реабилитация 1. Санаторно-курортное лечение 2. Прочее
			1 2	1 2 3	1 2 3	1 2 3 4	1 2	
			1 2	1 2 3	1 2 3	1 2 3 4	1 2	
			1 2	1 2 3	1 2 3	1 2 3 4	1 2	
			1 2	1 2 3	1 2 3	1 2 3 4	1 2	
			1 2	1 2 3	1 2 3	1 2 3 4	1 2	
Признак: 0-диагноз основной, 1-сопутствующий, 2-осложнения								
8-Бол. лист по заболеваемости-1, справка-2, б/л по уходу-3, б/л по карантину-4, б/л по травме-5, б/л отпуск по беременности, родам-6, б/л на сан-кур. лечение-7								
Дата выдачи _____		закрытия _____		Диагноз _____				
		пол _____		Д рожд. _____				

Рис. 3. Талон амбулаторного пациента в Ивановской области (лицевая сторона).

III. Повод обращения: лечебно-диагностический – 1, консультативный – 2, дисп. наблюдение – 3, профилактический – 4, профессиональный осмотр – 5, реабилитационный – 6, зубопротезный – 7, протезно-ортопедический – 8, прочий – 9.

IV. Вид травмы (отравления). Производственная : промышленная – 1, сельскохозяйственная – 2, строительная – 3, дорожно-транспортная – 4, прочая – 5. Не связанная с производством: бытовая – 6, уличная – 7, дорожно- трансп. – 8, школьная – 9, спортивная – 10, прочая – 11, др. транспортная – 13, получена в результате террористических действий – 14.

V. Медицинские услуги.

Дата	Код услуги	Признак выписки льготного рецепта	Специальность врача	Код врача, м/с	Дата	Код услуги	Признак выписки льготного рецепта	Специальность врача	Код врача, м/с

Законченность случая

1 – законченный,
2 – незаконченный

Исход лечения: 1-улучшение, 2-выздоровление, 3-без изменений, 4-ухудшение, 5-направлен в стационар, 6-выписан здоровым, 7-выход на инвалидность, 8-летальный исход, 9-отказ от лечения, 10-направлен в другое лечебное учреждение, 11-направлен к другому врачу, 12-неопределён исход лечения, 13-долечивание в поликлинике, 14-направлен в другое отделение, 15-длительное лечение, 16-динамическое набл., 17-направлен в дневной стационар, 18-направлен в стационар на дому, 19-справка для получен. путёвки, 20-санаторно-курортная карта.

VII. Серия, № льготных рецептов, дата выдачи _____

Учреждение госпитализации, шифр ЛПУ _____

Дополнительная информация _____

Подпись врача _____

Примечание: признак первичной выписки льготного рецепта – 1, признак повторной выписки льготного рецепта – 2.

Рис. 3 (продолжение). Талон амбулаторного пациента (оборотная сторона).

"НАПРАВЛЕНИЕ НА ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ, ОБСЛЕДОВАНИЕ, КОНСУЛЬТАЦИЮ" УЧЕТНОЙ ФОРМЫ N 057/У

"Направление на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию" (далее – Направление) выдается медицинским учреждением, осуществляющим наблюдение или приём больных. В верхнем левом углу указывается полное наименование медицинского учреждения, его адрес или штамп учреждения с указанием кода учреждения по ОГРН. В Направлении указывается полное наименование медицинского учреждения, куда направлен пациент. В п. 1 Направления вписывается номер страхового полиса ОМС. В п. 2 указывается код льготы (при её наличии). Пункты 3, 4, 5 – Ф.И.О., дата рождения, адрес постоянного места жительства – заполняются на основании паспорта или медицинской карты амбулаторного больного. В п. 6 указываются место работы и должность. В п. 7 вписывается код диагноза по МКБ. В п. 8 "Обоснование направления" указывается основная причина, послужившая поводом для госпитализации, обследования, консультации. Указывается должность медицинского работника, направившего больного, его Ф.И.О. и подпись. Направление подписывается зав. отделением с указанием Ф.И.О. и заверяется печатью учреждения.

На рис. 4 изображён бланк направления на госпитализацию.

При направлении на госпитализацию в плановом порядке зав. отделением решает вопрос о предоставлении места в соответствующем стационаре и извещает врача о времени явки больного в приёмное отделение, после чего врач извещает об этом больного и отдаёт ему направление. К направлению должны быть приложены выписка из амбулаторной карты и результаты обследований

4) больным, нуждающимся по состоянию здоровья в постороннем уходе в тех случаях, когда продолжительности листка нетрудоспособности, выданного по уходу за ними, не хватает для организации ухода.

В последнем случае одному из членов семьи по предъявлении справки может быть предоставлен отпуск без сохранения заработной платы.

На рис. 5 представлена справка врачебной комиссии.

Минздрав СССР	Код формы по ОКУД
Наименование учреждения	Код учреждения по ОКПО
	Медицинская документация
СПРАВКА	
Гр. _____	
Прошёл освидетельствование в клинико-экспертной комиссии лечебного учреждения _____	
Диагноз _____	
Заключение КЭК _____	
Председатель КЭК _____	
Члены КЭК _____	
М.П.	

Рис. 5. Справка врачебной комиссии

МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА НА АБИТУРИЕНТОВ, ПОСТУПАЮЩИХ В ВЫСШИЕ УЧЕБНЫЕ ЗАВЕДЕНИЯ, ТЕХНИКУМЫ, ПТУ, ТУ

Заполняется на абитуриентов, поступающих в ВУЗы, техникумы, средние специальные учебные заведения, профессионально-технические, технические училища; на подростков, поступающих на работу. Выдаётся врачами по месту жительства. Её назначение – подтверждение факта отсутствия у абитуриента медицинских противопоказаний для обучения в избранном учебном заведении. При подаче документов в несколько учебных заведений одновременно, в каждое из них оформляется отдельная справка. В п. 2 справки указывается наименование учебного заведения, для представления в которое она выдана.

В соответствии с перечнем необходимых документов для поступления на учёбу, с 2011 года абитуриенты не обязаны предъявлять такую справку при подаче документов в приёмную комиссию. Тем не менее, большинство приёмных комиссий ВУЗов продолжают её требовать или, при её отсутствии, отправляют абитуриентов на медицинское освидетельствование.

В п. 7 справки указываются основные перенесённые заболевания (по данным листа уточнённых диагнозов амбулаторной карты).

На обороте справка содержит отметки о заключениях врачей-специалистов о состоянии здоровья абитуриента – диагнозы (при наличии заболеваний) и годность к обучению в избранном учебном заведении. Содержатся также сведения о прививках, результатах флюорографии и лабораторных исследований.

В п. 12 даётся заключение о профессиональной пригодности абитуриента с примерной формулировкой: «Медицинских противопоказаний для обучения в(наименование учебного заведения) не имеет». Заключение подписывается

ется руководителем лечебного учреждения либо лицом, уполномоченным руководителем (председателем ВК, зав. отделением) и заверяется печатью учреждения.

На рис. 6 представлена справка формы 086/у.

Медицинская документация
Форма 086/у

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Утверждена Минздравом СССР
04.10.60 г. № 1030

наименование учреждения _____

МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА

(врачебное профессионально-консультативное заключение)
заполняется на абитуриентов, поступающих в высшие учебные заведения, техникумы, средние специальные учебные заведения, профессионально-технические, технические училища; на подростков, поступающих на работу
от «__» _____ 19__ г.

1. Выдана _____
(наименование и адрес учреждения, выдавшего справку)

2. наименование учебного заведения, работы, куда предоставляется справка

3. Фамилия, имя, отчество _____

4. Пол М Ж _____ 5. Дата рождения _____

6. Адрес места жительства _____

7. Перенесённые заболевания _____

8. Объективные данные и состояние здоровья на момент обследования:
терапевт _____
хирург _____
невропатолог _____
окулист _____
отоларинголог _____
другие специалисты _____

9. Данные рентгеновского (флюорографического) обследования _____

10. Данные лабораторных исследований _____

11. Предохранительные прививки (указать дату) _____

12. Врачебное заключение о профессиональной пригодности _____

Подпись лица, заполнившего справку _____

Подпись главного врача ЛПУ _____

Место печати _____

Рис. 6. Справка 086/у.

ГЛАВА IV. ПОРЯДОК ВЫДАЧИ ДОКУМЕНТОВ, УДОСТОВЕРЯЮЩИХ ВРЕМЕННУЮ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ ГРАЖДАН

Основные положения

Документами, удостоверяющими временную нетрудоспособность и подтверждающими временное освобождение от работы (учёбы), являются: листок нетрудоспособности, справка формы 095/у и справка произвольной формы. Они выдаются гражданам при заболеваниях и травмах, на период медицинской

реабилитации и долечивания в санатории, при необходимости ухода за больным членом семьи, на период карантина, при отпуске по беременности и родам, при протезировании в условиях протезно-ортопедического стационара.

Листок нетрудоспособности выдаётся застрахованным лицам – гражданам Российской Федерации, а также постоянно или временно проживающим на территории РФ иностранным гражданам и лицам без гражданства:

- работающим по трудовым договорам;
- государственным гражданским и муниципальным служащим;
- лицам, замещающим государственные должности РФ, государственные должности субъекта РФ, а также муниципальные должности, замещаемые на постоянной основе;
- членам производственного кооператива;
- священнослужителям;
- адвокатам, индивидуальным предпринимателям, членам крестьянских (фермерских) хозяйств, физическим лицам, не признаваемым индивидуальными предпринимателями (нотариусы, занимающиеся частной практикой, иные лица, занимающиеся в установленном законодательством РФ порядке частной практикой), членам семейных (родовых) общин коренных малочисленных народов Севера, добровольно вступившим в правоотношения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и уплачивающим за себя страховые взносы в Фонд социального страхования РФ в соответствии со статьей 4 Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством»;
- лицам, у которых заболевание или травма наступили в течение 30 календарных дней со дня прекращения работы по трудовому договору, осуществления служебной или иной деятельности;
- женщинам, уволенным в связи с ликвидацией организаций и в связи с прекращением деятельности в качестве индивидуального предпринимателя, прекращением полномочий нотариусом и прекращением статуса адвоката, у которых беременность наступила в течение 12 месяцев до признания их в установленном порядке безработными;
- гражданам, признанным безработными и состоящим на учете в государственных учреждениях службы занятости;
- застрахованным лицам из числа иностранных граждан и лиц без гражданства, временно пребывающих на территории РФ, утратившим трудоспособность вследствие несчастного случая на производстве или профессионального заболевания.

Листок нетрудоспособности является многофункциональным документом, служащим основанием для:

- 1) освобождения от работы в случае временной нетрудоспособности;
- 2) начисления пособия по временной нетрудоспособности.

Согласно Приказу № 79-ВС Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 11.01.2007 г., работающим, являющимся

внешними совместителями, выдаётся несколько листков нетрудоспособности для предъявления по основному и остальным местам работы.

Справка формы 095/у выдаётся учащимся: школьникам, учащимся ПТУ, студентам техникумов, колледжей и вузов, аспирантам и т.д. Пособие по временной нетрудоспособности по справке 095/у не начисляется.

Справка произвольной формы выдаётся военнослужащим, служащим МВД, МЧС и других ведомств, имеющих воинские или специальные звания. Кроме того, она выдаётся лицам, работающим без заключения трудового договора (по договору подряда либо договору о возмездном оказании услуг), а также лицам, нигде не работающим и не учащимся и не имеющим статуса безработных. По этой справке также не начисляется пособия по временной нетрудоспособности. Гражданам, проходящим исследования в медицинских учреждениях по направлению военных комиссариатов, следственных органов, прокуратуры и суда, также выдаётся справка произвольной формы.

Имеют право на выдачу листков нетрудоспособности (справок) лечащие врачи государственной, муниципальной и частной системы здравоохранения на основании лицензии на медицинскую деятельность, включая проведение экспертизы временной нетрудоспособности. Врачи, занимающиеся частной медицинской практикой вне учреждения здравоохранения, для получения указанной лицензии должны иметь удостоверение (свидетельство) об окончании курса повышения квалификации по экспертизе временной нетрудоспособности.

В отдельных случаях, по решению местных органов управления здравоохранением, выдача листков нетрудоспособности (справок) гражданам может быть разрешена медицинскому работнику со средним медицинским образованием (фельдшеру и зубному врачу).

Право выдачи листков нетрудоспособности (справок) имеют также лечащие врачи специализированных противотуберкулезных санаториев и (по согласованию с Министерством социальной защиты населения РФ) клиник научно-исследовательских институтов протезирования, протезостроения, медико-социальной экспертизы, Центров реабилитации, осуществляющих протезирование опорно-двигательного аппарата, и стационаров протезно-ортопедических организаций системы Минздрава России на основании лицензии на проведение экспертизы временной нетрудоспособности.

Не имеют права на выдачу документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность, медицинские работники:

- организаций скорой медицинской помощи;
- организаций переливания крови;
- приемных отделений больничных учреждений;
- бальнеологических лечебниц и грязелечебниц;
- медицинских организаций особого типа (центров профилактики, медицины катастроф, бюро судебно-медицинской экспертизы);
- учреждений здравоохранения по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

Листки нетрудоспособности и справки выдаются лечащим врачом при предъявлении документа, удостоверяющего личность пациента.

Выдача и продление документа, удостоверяющего временную нетрудоспособность, осуществляются врачом после личного осмотра и подтверждаются записью в медицинской документации, обосновывающей временное освобождение от работы. Бланки листков нетрудоспособности регистрируются в первичной медицинской документации с указанием их номера, дат выдачи листка нетрудоспособности гражданину, продления листка нетрудоспособности, выписки гражданина на работу, сведений о направлении гражданина в другую медицинскую организацию.

Листок нетрудоспособности выдаётся и закрывается, как правило, в одной медицинской организации. При направлении гражданина на лечение в другую медицинскую организацию новый листок нетрудоспособности (продолжение) выдаётся медицинской организацией, в которую направлен гражданин.

Гражданам, **находящимся вне постоянного места жительства**, листок нетрудоспособности выдается лечащим врачом, установившим факт нетрудоспособности, с разрешения главного врача лечебно-профилактического учреждения (либо его заместителя) с соответствующей записью в медицинской карте амбулаторного (стационарного) больного. При продолжении временной нетрудоспособности листок нетрудоспособности выдаётся с учётом дней, необходимых для проезда к месту жительства.

Документы, подтверждающие временную нетрудоспособность граждан в период их пребывания за границей (после легализованного перевода), по решению ВК медицинской организации, могут быть заменены на листки нетрудоспособности установленного в Российской Федерации образца.

Испорченные бланки документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность, хранятся в отдельной папке с описью, в которой указывается фамилия, имя, отчество врача, дата сдачи, номера и серии испорченных бланков. Уничтожение испорченных бланков производится по акту комиссией, созданной по приказу руководителя учреждения в конце календарного года. Корешки испорченных и использованных бланков хранятся в течение 3 лет, после чего ликвидируются.

В случае потери пациентом листка нетрудоспособности выдаётся дубликат, для получения которого пациент должен представить в лечебное учреждение, выдавшее листок нетрудоспособности, подтверждение администрации и главного бухгалтера с места работы о невыплате пособия по утерянному бланку.

Порядок выдачи листка нетрудоспособности (справки) при заболеваниях и травмах

Сроки, на которые может выдаваться листок нетрудоспособности (справки)

Лечащий врач при амбулаторном лечении пациентов выдает листок нетрудоспособности единолично и одновременно на срок до 10 календарных дней (до следующего осмотра гражданина медицинским работником) и продлевает

его в случае необходимости единолично на срок до 15 календарных дней (с учётом утвержденных Минздравом России ориентировочных сроков временной нетрудоспособности при различных заболеваниях и травмах).

Фельдшер или **зубной врач**, имеющий право выдавать листки нетрудоспособности, единолично и одновременно выдаёт его на срок до 5 дней и продлевает до 10 дней, в исключительных случаях, после консультаций с ВК ближайшего лечебно-профилактического учреждения, до 15 дней (с обязательной записью о проведении консультации в первичной медицинской документации).

При сроках временной утраты трудоспособности более 15 дней решение вопроса дальнейшего лечения и продления листка нетрудоспособности осуществляется **врачебной комиссией**, назначаемой руководителем медицинского учреждения. По решению ВК, при благоприятном трудовом прогнозе листок нетрудоспособности может быть продлён до полного восстановления трудоспособности, но на срок не более 10 месяцев, в отдельных случаях (травмы, состояния после реконструктивных операций, туберкулез) – не более 12 месяцев, с периодичностью продления комиссией не реже чем через 15 дней. Для решения вопроса о продлении листка нетрудоспособности свыше 10 (12) месяцев пациент направляется в бюро МСЭ.

При очевидном неблагоприятном трудовом прогнозе не позднее 4 месяцев с даты начала временной нетрудоспособности пациент направляется для прохождения медико-социальной экспертизы в целях оценки ограничения жизнедеятельности, а в случае отказа от прохождения медико-социальной экспертизы листок нетрудоспособности закрывается.

Порядок выдачи листка нетрудоспособности в отдельных случаях

При заболеваниях (травмах) листок нетрудоспособности выдаётся в день установления нетрудоспособности на весь период временной нетрудоспособности, включая праздничные и выходные дни. Не допускается его выдача за прошедшие дни, когда больному не был освидетельствован врачом. В исключительных случаях **листок нетрудоспособности может быть выдан за прошедший период** с разрешения врачебной комиссии. Это допустимо в тех случаях, когда заболевание возникает в вечернее или ночное время и у больного имеется талон со скорой помощи об оказании ему неотложной помощи или справка здравпункта предприятия о наличии заболевания и освобождении от работы до конца рабочей смены. Гражданам, направленным здравпунктом в лечебно-профилактическое учреждение и признанным нетрудоспособными, листок нетрудоспособности выдается с момента обращения в здравпункт.

Гражданам, обратившимся за медицинской помощью **в конце рабочего дня**, и отработавшим смену, листок нетрудоспособности, по их желанию, выдается со следующего календарного дня.

При амбулаторном лечении больных **на период проведения инвазивных методов обследования и лечения** (эндоскопические исследования с биопсией, химиотерапия по интермиттирующему методу, гемодиализ и т.д.) листок нетрудоспособности по решению врачебной комиссии может выдаваться прерывисто, на дни явки в лечебное учреждение. В этих случаях в листке нетрудо-

способности указываются дни проведения процедур, и освобождение от работы производится только на эти дни.

Гражданам, нуждающимся в лечении в специализированных лечебных учреждениях, листки нетрудоспособности выдаются в этих учреждениях. В исключительных случаях листок нетрудоспособности выдается медицинским работником при направлении гражданина в специализированную медицинскую организацию соответствующего профиля для продолжения лечения.

Нетрудоспособным гражданам, направленным на консультацию (обследование, лечение) в лечебно-профилактическое учреждение за пределы административного района, листок нетрудоспособности выдаётся с учётом числа дней, необходимых для проезда.

Гражданам, направленным по решению суда на судебно-медицинскую или судебно-психиатрическую экспертизу, признанным нетрудоспособными, листок нетрудоспособности выдается со дня поступления на экспертизу.

Порядок оформления листка нетрудоспособности

Записи в листке нетрудоспособности выполняются на русском языке печатными заглавными буквами чернилами черного цвета либо с применением печатающих устройств. Допускается использование гелевой, капиллярной или перьевой ручки. Не допускается использование шариковой ручки. Записи в листке нетрудоспособности не должны заходить за пределы границ ячеек, предусмотренных для внесения соответствующих записей, а также не должны соприкасаться с границами ячеек.

Все записи в специально отведенных ячейках проставляются, начиная с первой ячейки.

Печати медицинской организации, учреждения медико-социальной экспертизы могут выступать за пределы специально отведенного места, но не должны попадать на ячейки информационного поля бланка листка нетрудоспособности. Оттиск печати медицинской организации должен соответствовать названию, указанному в уставе медицинской организации. При оформлении листков нетрудоспособности в некоторых медицинских организациях (психиатрических, наркологических организациях, центрах по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями и др.) могут быть использованы специальные печати или штампы без указания профиля организации.

При наличии ошибок в заполнении листка нетрудоспособности он считается испорченным и взамен него выдается новый листок нетрудоспособности.

При заполнении **корешка бланка листка нетрудоспособности:**

1) в строке «первичный □» делается соответствующая отметка «V» в случае, если листок нетрудоспособности является первичным;

2) в строке «дубликат □» проставляется отметка «V» в случае, когда в связи с утерей листка нетрудоспособности, застрахованному лицу лечащим врачом и председателем ВК оформляется дубликат листка нетрудоспособности;

3) в строке «продолжение листка № □□□□□□□□□□□□» указывается номер предыдущего листка нетрудоспособности в случае, если оформляемый листок нетрудоспособности является продолжением ранее выданного листка;

4) в строке «Дата выдачи □□-□□-□□□□» указывается число, месяц, год выдачи листка нетрудоспособности;

5) в строке «ФИО» в соответствующих ячейках указывается фамилия, имя и отчество (отчество указывается при его наличии) временно нетрудоспособного гражданина в соответствии с документом, удостоверяющим личность;

6) в строке «(фамилия, инициалы врача)» указывается фамилия медицинского работника, выдавшего листок нетрудоспособности и его инициалы (с пробелом в одну ячейку);

7) в строке «№ истории болезни □□□□□□□□» проставляется номер медицинской карты амбулаторного или стационарного больного;

8) в строке «место работы – наименование организации» указывается полное или сокращенное наименование организации, либо фамилия и инициалы работодателя – физического лица (с интервалом в одну ячейку);

9) в строке «Основное □» делается отметка «V» в случае, если листок нетрудоспособности выдан для представления по основному месту работы;

10) в строке «По совместительству □ № □□□□□□□□□□» делается отметка «V» в случае, если листок нетрудоспособности выдан для представления по месту работы по внешнему совместительству и указывается номер листка нетрудоспособности, выданного для представления по основному месту работы;

в случае, если гражданин работает у одного работодателя, отметка "основное" не делается;

11) в поле «расписка получателя» ставится подпись гражданина, получившего листок нетрудоспособности.

На бланке листка нетрудоспособности заполняются:

1) строки «первичный □», «дубликат □», «продолжение листка № □□□□□□□□» заполняются в соответствии с аналогичными строками корешка;

2) в строке «наименование медицинской организации» указывается полное или сокращенное наименование лица, имеющего лицензию на медицинскую деятельность, включая работы (услуги) по экспертизе временной нетрудоспособности, которыми оказывалась медицинская помощь, и выдавался листок нетрудоспособности;

3) в строке «адрес медицинской организации» указывается адрес оказания медицинских услуг лицом, имеющим лицензию на медицинскую деятельность, включая работы (услуги) по экспертизе временной нетрудоспособности, (название городского или сельского поселения, улицы, номера дома, корпуса, квартиры (офиса), соответствующие адресам фактической выдачи листков нетрудоспособности и осуществления медицинской деятельности согласно лицензии на медицинскую деятельность. Внесение указанных данных осуществляется через интервал в одну ячейку, номер корпуса указывается через знак «/» в ячейке после номера дома, номер квартиры (офиса) указывается через пробел в одну ячейку после номера дома (например, |Б|а|р|н|а|у|л|□|С|у|х|о|в|а|□|5|/|3|□|13|);

4) в строке «Дата выдачи □□-□□-□□□□» указывается число, месяц и год выдачи листка нетрудоспособности;

5) в строке «ОГРН» указывается основной государственный регистрационный номер лица, имеющего лицензию на медицинскую деятельность, включая работы (услуги) по экспертизе временной нетрудоспособности, выдавшего листок нетрудоспособности;

6) в строке «ФИО» в соответствующих ячейках указывается фамилия, имя и отчество (отчество указывается при его наличии) временно нетрудоспособного гражданина в соответствии с документом, удостоверяющим личность;

7) в строке «Дата рождения □□-□□-□□□□» указывается дата рождения нетрудоспособного гражданина;

8) в ячейках «м □» «ж □» проставляется соответствующая отметка «V»;

9) в строке «Причина нетрудоспособности» в ячейках «код □□» указывается соответствующий двухзначный код: **01** – заболевание; **02** – травма; **03** – карантин; **04** – несчастный случай на производстве или его последствия; **05** – отпуск по беременности и родам; **06** – протезирование в стационаре; **07** – профессиональное заболевание или его обострение; **08** – долечивание в санатории; **09** – уход за больным членом семьи; **10** – иное состояние (отравление, проведение манипуляций и др.); **11** – заболевание, указанное в пункте 1 Перечня социально значимых заболеваний, утвержденного постановлением Правительства РФ от 01.12.2004 № 715 (Собрание законодательства РФ 2004, № 49, ст. 4916) (туберкулез); **12** – в случае заболевания ребёнка в возрасте до 7 лет, включённого в перечень заболеваний, определяемый Министерством здравоохранения и социального развития РФ в соответствии с частью 5 статьи 6 Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством»; **13** – ребёнок-инвалид; **14** – в случае болезни, связанной с поствакцинальным осложнением, или при злокачественном новообразовании у ребенка*; **15** – ВИЧ-инфицированный ребенок*;

10) в ячейках «доп код □□□» указывается дополнительный трехзначный код: **017** – при лечении в специализированном санатории; **018** – при санаторно-курортном лечении в связи с несчастным случаем на производстве в период временной нетрудоспособности (до направления на МСЭ); **019** – при лечении в клинике научно-исследовательского учреждения (института) курортологии, физиотерапии и реабилитации; **020** – при дополнительном отпуске по беременности и родам; **021** – при заболевании или травме, наступивших вследствие алкогольного, наркотического, токсического опьянения или действий, связанных с таким опьянением;

11) в ячейках «код изм □□» указывается соответствующий двухзначный код (из вышеперечисленных) в случае изменения причины временной нетрудоспособности;

12) в строке «место работы – наименование организации» указывается полное или сокращенное наименование организации (обособленного подразделения); фамилия и инициалы страхователя – физического лица (с интервалом в одну ячейку);

13) в строке «Основное » делается отметка «V» в случае, если листок нетрудоспособности выдан для представления по основному месту работы;

14) в строке «По совместительству № » делается отметка «V» в случае, если листок нетрудоспособности выдан для представления по месту работы по внешнему совместительству и указывается номер листка нетрудоспособности, выданного для представления по основному месту работы;

15) в строке «Состоит на учете в государственных учреждениях службы занятости » делается отметка «V» при наличии информации о том, что гражданин признан в установленном порядке безработным;

16) в строке «дата 1» проставляется дата изменения причины нетрудоспособности, предполагаемая дата родов, дата начала путевки – при направлении больных туберкулезом по путевкам в специализированные (противотуберкулезные) санатории на лечение при активной форме туберкулеза в случае, когда санаторное лечение заменяет стационарное лечение, а также на долечивание после стационарного лечения, при направлении медицинской организацией гражданина на лечение в клинику научно-исследовательского учреждения (института) курортологии, физиотерапии и реабилитации; при направлении на долечивание в специализированный санаторий (отделение) непосредственно после стационарного лечения; при направлении лиц, пострадавших в связи с тяжелым несчастным случаем на производстве, на санаторно-курортное лечение в период временной нетрудоспособности;

17) в строке «дата 2» проставляется дата окончания путевки;

18) в строке «№ путевки» указывается номер путевки;

19) в строке «ОГРН санатория или клиники НИИ» санаторно-курортным учреждением, клиникой научно-исследовательского учреждения (института) курортологии, физиотерапии и реабилитации указывается основной государственный регистрационный номер в соответствии с документом, подтверждающим государственную регистрацию медицинской организации;

20) подраздел «по уходу» заполняется в случае ухода за больным членом семьи (в том числе при карантине ребенка):

21) в строке «возраст (лет/мес.)» в первых двух ячейках указывается число полных лет больного члена семьи, за которым осуществляется уход, а в случае осуществления ухода за больным ребенком, не достигшим возраста 1 года, первые две ячейки не заполняются, а во вторых двух ячейках указывается возраст ребенка в месяцах;

22) в строке «родственная связь» указывается соответствующий двухзначный код: 38 – мать; 39 – отец; 40 – опекун; 41 – попечитель; 42 – иной родственник, фактически осуществляющий уход за больным членом семьи.

23) в строке «ФИО члена семьи, за которым осуществляется уход» указывается фамилия, имя, отчество (отчество указывается при его наличии) гражданина, за которым осуществляется уход (с пробелами в одну ячейку).

При одновременном уходе за двумя детьми в первом ряду ячеек названных строк указываются возраст, родственная связь, фамилия, имя, отчество, первого ребенка, за которым осуществляется уход, во втором ряду ячеек названных

строк указываются упомянутые данные на второго ребенка, за которым осуществляется уход. При одновременном уходе более чем за двумя детьми, когда выдается второй листок нетрудоспособности, в первом и втором ряду ячеек названных строк указывается возраст, родственная связь, фамилия, имя, отчество других детей, за которыми осуществляется уход, остальные строки (графы) листка нетрудоспособности оформляются идентично строкам (графам) первого листка нетрудоспособности;

24) в строке «Поставлена на учет в ранние сроки беременности (до 12 недель)» в ячейках «да » «нет » делается отметка «V» при наличии соответствующей информации;

25) в строке «Отметки о нарушении режима» в зависимости от вида нарушения указывается следующий двухзначный код: **23** – несоблюдение предписанного режима, самовольный уход из стационара, выезд на лечение в другой административный район без разрешения лечащего врача; **24** – несвоевременная явка на прием к врачу; **25** – выход на работу без выписки; **26** – отказ от направления в учреждение медико-социальной экспертизы; **27** – несвоевременная явка в учреждение медико-социальной экспертизы; **28** – другие нарушения;

26) в строке «Дата --» указывается дата нарушения, в поле «Подпись врача» ставится подпись лечащего врача.

Если нарушений режима не было, указанные строки не заполняются.

27) В строке «Находился в стационаре» в ячейках «С --» «по --» проставляются соответственно даты начала и окончания пребывания гражданина в стационарном лечебном учреждении, в таблице «Освобождение от работы» листка нетрудоспособности делается запись о продолжении лечения.

В случае длительного стационарного лечения и необходимости представления листка нетрудоспособности к оплате в таблице «Освобождение от работы» и строке «Находился в стационаре» указываются соответствующие сроки лечения, в строке «Иное» проставляется соответствующий двухзначный код – «продолжает болеть».

При выписке из стационара нетрудоспособному гражданину выдается новый листок нетрудоспособности, являющийся продолжением ранее выданного, при этом в строке «Находился в стационаре» указывается общая длительность лечения, а в таблице «Освобождение от работы» сроки лечения за минусом дней, указанных в ранее выданном листке нетрудоспособности».

Оформление листка нетрудоспособности при лечении в условиях «дневного стационара» осуществляется по правилам, установленным для оформления листков нетрудоспособности при амбулаторно-поликлиническом лечении.

28) В таблице «Освобождение от работы»:

- в графе «С какого числа» указываются число, месяц и год, с которого гражданин освобожден от работы;
- в графе «По какое число» указываются число, месяц и год (включительно), по которое гражданин освобожден от работы;

- При амбулаторном лечении продление листка нетрудоспособности осуществляется со дня, следующего за днем осмотра гражданина врачом. Каждое продление листка нетрудоспособности записывается в отдельные строки граф;
- в графе «Должность врача» таблицы «Освобождение от работы» указывается должность врача, а в случаях, рассматриваемых врачебной комиссией, председатель врачебной комиссии (например, |п|р|е|д|□|В|К|).
- в графах «Фамилия и инициалы врача или идентификационный номер» и «Подпись врача» таблицы «Освобождение от работы» – указывается соответственно фамилия и инициалы врача (с пробелом в одну ячейку), а в случаях, рассматриваемых врачебной комиссией, председателя врачебной комиссии или проставляется его (их) идентификационный номер (идентификационные номера) и ставится подпись (подписи). Если в таблице «освобождение от работы» остаются свободные строки, они зачёркиваются горизонтальной линией.

29) В строке «Приступить к работе» в ячейках «с □□-□□-□□□□» указывается дата восстановления трудоспособности следующим днем после осмотра и признания гражданина трудоспособным.

30) В строке «Иное: □□» указывается следующий двухзначный код: **31** – в случае, если гражданин продолжает болеть, и ему выдают новый листок нетрудоспособности (продолжение); **32** – при установлении инвалидности; **33** – при изменении группы инвалидности; **34** – в случае смерти; **35** – в случае отказа от проведения медико-социальной экспертизы; **36** – в случае, когда гражданин после выдачи или продления листка нетрудоспособности на прием не являлся, а при очередном посещении признан трудоспособным; **37** – в случае направления на долечивание непосредственно после стационарного лечения.

Вслед за двухзначным кодом, проставляемым в строке «Иное: □□», в ячейках «□□-□□-□□□□» для кодов 32, 33, 34 и 36 проставляется также дата установления, изменения группы инвалидности, дата смерти гражданина, дата явки трудоспособным.

31) В строке «Выдан листок (продолжение) №» указывается номер продолжения листка нетрудоспособности.

32) В поле «Подпись врача» ставится подпись лечащего врача.

При оформлении дубликата в графах «С какого числа» и «По какое число» таблицы «Освобождение от работы» одной строкой указывается весь период нетрудоспособности.

При оформлении листка нетрудоспособности по решению врачебной комиссии, в том числе за прошедшее время, в графах «Должность врача» и «Фамилия и инициалы врача или идентификационный номер» указываются фамилии, инициалы лечащего врача и его должность и председателя врачебной комиссии после каждого случая, рассматриваемого на врачебной комиссии.

Выдача листка нетрудоспособности в период отпуска

При наступлении временной нетрудоспособности в период отпуска без сохранения заработной платы, отпуска по беременности и родам, отпуска по уходу за ребёнком до достижения им возраста 3-х лет листок нетрудоспособности

не выдаётся. Его выдают только со дня окончания указанных отпусков в случае продолжающейся временной нетрудоспособности.

При временной нетрудоспособности лиц, находящихся в отпуске по уходу за ребенком до достижения им возраста 3-х лет, работающих на условиях неполного рабочего времени или на дому, листок нетрудоспособности выдаётся на общих основаниях.

При временной нетрудоспособности в связи с заболеванием, профессиональным заболеванием (травмой, отравлением) гражданина, наступившей в период ежегодного оплачиваемого отпуска, листок нетрудоспособности выдается в соответствии с настоящим Порядком, в том числе в период долечивания в санаторно-курортном учреждении.

Порядок направления граждан на медико-социальную экспертизу

На медико-социальную экспертизу направляются граждане, имеющие признаки стойкого ограничения жизнедеятельности и трудоспособности и нуждающиеся в социальной защите, по заключению врачебной комиссии:

- при очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе не более чем через 4 месяца временной нетрудоспособности;
- при благоприятном трудовом прогнозе в случае продолжающейся нетрудоспособности свыше 10 месяцев (в отдельных случаях: состояния после травм, реконструктивных операций, при туберкулёзе – свыше 12 месяцев), для решения вопроса о продолжении лечения или установления группы инвалидности;
- работающие инвалиды для изменения трудовой рекомендации в случае ухудшения клинического и трудового прогноза.

Право направлять граждан на медико-социальную экспертизу имеют лечащие врачи амбулаторно-поликлинических и больничных учреждений различных уровней и форм собственности с утверждением направления на МСЭ врачебной комиссией учреждения.

При направлении на медико-социальную экспертизу в соответствующей строке листка нетрудоспособности указывается дата направления, листок нетрудоспособности подписывается лечащим врачом и членами врачебной комиссии.

При установлении инвалидности срок временной нетрудоспособности завершается датой, непосредственно предшествующей дню регистрации документов в учреждении МСЭ.

При направлении на медико-социальную экспертизу (МСЭ) в листке нетрудоспособности указываются соответствующие даты в строках: «Дата направления в бюро МСЭ: □□-□□-□□□□», «Дата регистрации документов в бюро МСЭ: □□-□□-□□□□», «Освидетельствован в бюро МСЭ: □□-□□-□□□□».

В строке «Установлена/изменена группа инвалидности □» арабскими цифрами указывается группа инвалидности (1,2,3) в случае, если в результате освидетельствования в учреждении МСЭ лицу установлена, либо изменена группа инвалидности.

В поле «Подпись руководителя бюро МСЭ» ставится подпись руководителя бюро МСЭ.

Временно нетрудоспособным лицам, которым не установлена инвалидность, листок нетрудоспособности может быть выдан по решению врачебной комиссии до восстановления трудоспособности на срок не более 4 месяцев после даты регистрации документов в учреждении МСЭ, с периодичностью продления листка нетрудоспособности по решению врачебной комиссии не реже, чем через 15 дней, или повторного направления на МСЭ.

При отказе гражданина от направления на МСЭ или несвоевременной его явке на МСЭ по неуважительной причине листок нетрудоспособности не продлевается со дня отказа от направления на МСЭ или дня регистрации документов в учреждении МСЭ, сведения об этом указываются в листке нетрудоспособности и в медицинской карте амбулаторного (стационарного) больного.

Порядок выдачи листка нетрудоспособности на период санаторно-курортного лечения и медицинской реабилитации

При лечении (долечивании) в специализированном (противотуберкулезном) санатории листок нетрудоспособности оформляется (открывается) и подписывается лечащим врачом медицинской организации и председателем врачебной комиссии до отъезда гражданина на санаторное лечение (долечивание).

При впервые выявленной активной форме туберкулеза, когда санаторное лечение заменяет стационарное лечение, в графах «С какого числа» и «По какое число» таблицы «Освобождение от работы» одной строкой указываются дни пребывания в санатории с учетом дней, необходимых для проезда к месту лечения и обратно.

При направлении медицинской организацией гражданина на лечение в клинику научно-исследовательского учреждения (института) курортологии, физиотерапии и реабилитации листок нетрудоспособности оформляется (открывается) и подписывается лечащим врачом медицинской организации и председателем врачебной комиссии до отъезда гражданина на лечение в клинику научно-исследовательского учреждения (института) курортологии, физиотерапии и реабилитации. В графах «С какого числа» и «По какое число» таблицы «Освобождение от работы» одной строкой указываются дни пребывания в клинике научно-исследовательского учреждения (института) курортологии, физиотерапии и реабилитации с учетом дней, необходимых для проезда к месту лечения и обратно.

При направлении на долечивание непосредственно после стационарного лечения в листке нетрудоспособности в строке «Иное» проставляется код – «в случае направления на долечивание непосредственно после стационарного лечения». Продолжение листка нетрудоспособности оформляется в медицинской организации, направляющей гражданина на долечивание. В таблице «Освобождение от работы» в графе «С какого числа» указывается дата начала лечения. Дальнейшее оформление листка нетрудоспособности осуществляется лечащим врачом санатория (отделения): в строке «Находился в стационаре» указываются сроки пребывания в санатории, в графах «С какого числа» и «По какое число» таблицы «Освобождение от работы» одной строкой указывается срок пребывания в санатории (отделении).

При направлении лиц, пострадавших в связи с тяжелым несчастным случаем на производстве, на санаторно-курортное лечение в период временной нетрудоспособности в графах «С какого числа» и «По какое число» таблицы «Освобождение от работы» листка нетрудоспособности одной строкой указывается дата начала санаторно-курортного лечения согласно направлению врачебной комиссии; в строке «Находился в стационаре» указываются сроки пребывания в санатории.

Закрытие листка нетрудоспособности в указанных случаях производится организацией, направившей гражданина на лечение (долечивание).

При направлении больных на долечивание непосредственно после стационарного лечения в специализированные санаторно-курортные учреждения, расположенные на территории Российской Федерации, листок нетрудоспособности продлевается медицинским работником по решению врачебной комиссии специализированного санаторно-курортного учреждения на весь период долечивания, но не более чем на 24 календарных дня.

Закрытие листка нетрудоспособности производится организацией, направившей гражданина на долечивание в специализированное санаторно-курортное учреждение.

При направлении лиц, пострадавших в связи с тяжёлым несчастным случаем на производстве, на санаторно-курортное лечение в период временной нетрудоспособности (до направления на МСЭ) листок нетрудоспособности выдается на весь период лечения и проезда в соответствии с настоящим Порядком.

Закрытие листка нетрудоспособности производится организацией, направившей гражданина, пострадавшего в связи с тяжелым несчастным случаем на производстве, на санаторно-курортное лечение.

При направлении медицинскими организациями больных туберкулезом по путевкам в специализированные (противотуберкулезные) санатории на лечение при активной форме туберкулеза в случае, когда санаторное лечение заменяет стационарное лечение, а также на долечивание после стационарного лечения листок нетрудоспособности выдается по решению ВК противотуберкулезного диспансера и продлевается врачебной комиссией специализированного (противотуберкулезного) санатория на весь период лечения, долечивания и проезда в соответствии с настоящим Порядком.

В строке «дата 1» проставляется дата начала путевки – при направлении больных туберкулезом по путевкам в специализированные (противотуберкулезные) санатории на лечение при активной форме туберкулеза, а также на долечивание после стационарного лечения, при направлении лиц, пострадавших в связи с тяжелым несчастным случаем на производстве, на санаторно-курортное лечение в период временной нетрудоспособности (далее – путевка на лечение (долечивание)). В строке «дата 2» проставляется дата окончания путевки на лечение (долечивание). В строке «№ путевки» указывается номер путевки на лечение (долечивание). В строке «ОГРН санатория или клиники НИИ» санаторно-курортным учреждением, клиникой научно-исследовательского учреждения (института) курортологии, физиотерапии и реабилитации указывается основной

государственный регистрационный номер в соответствии с документом, подтверждающим государственную регистрацию медицинской организации.

Закрытие листка нетрудоспособности производится организацией, направившей гражданина на лечение (долечивание) в специализированный (противотуберкулезный) санаторий.

Порядок выдачи листка нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи, здоровым ребёнком и ребёнком - инвалидом

Листок нетрудоспособности по уходу за больным выдаётся лечащим врачом одному из членов семьи (опекуну), попечителю, иному родственнику, непосредственно осуществляющему уход.

Листок нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи **выдаётся:**

- за больным старше 15 лет, получающим лечение в амбулаторных условиях – сроком до 3 дней, по решению врачебной комиссии – до 7 дней;
- за ребенком до 7 лет при амбулаторном лечении или совместном пребывании с ребёнком в стационаре – на весь период острого заболевания или до наступления ремиссии при обострении хронического заболевания; за ребенком старше 7 лет – на срок до 15 дней, если по медицинскому заключению не требуется большего срока;
- ребенком в возрасте от 7 до 15 лет - при амбулаторном лечении или совместном пребывании одного из членов семьи (опекуна, попечителя, иного родственника) с ребенком в стационарном лечебно-профилактическом учреждении на срок до 15 дней по каждому случаю заболевания, если по медицинскому заключению не требуется большего срока;
- ребенком-инвалидом в возрасте до 15 лет - при амбулаторном лечении или совместном пребывании одного из членов семьи (опекуна, попечителя, иного родственника) с ребенком в стационарном лечебно-профилактическом учреждении – на весь период острого заболевания или обострения хронического заболевания;
- детьми в возрасте до 15 лет, инфицированными вирусом иммунодефицита человека, страдающими ожогами, – на весь период совместного пребывания с ребенком в стационарном лечебно-профилактическом учреждении;
- детьми в возрасте до 15 лет - при их болезни, связанной с поствакцинальным осложнением, злокачественными новообразованиями, включая злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственной им тканей, – на весь период амбулаторного лечения или совместного пребывания одного из членов семьи (опекуна, попечителя, иного родственника) с ребенком в стационарном лечебно-профилактическом учреждении;
- детьми в возрасте до 15 лет, проживающими в зоне отселения и зоне проживания с правом на отселение, эвакуированными и переселенными из зон отчуждения, отселения, проживания с правом на отселение, включая тех, которые на день эвакуации находились в состоянии внутриутробного развития, а также за детьми первого и последующих поколений граждан, родившимися после радиоактивного облучения одного из родителей, – на все время болезни.

При необходимости листок нетрудоспособности по уходу за больным ребенком может выдаваться попеременно разным членам семьи и родственникам в пределах сроков, установленных настоящим Порядком.

При заболевании двух детей одновременно выдается один листок нетрудоспособности по уходу за ними. При одновременном заболевании более двух детей выдается второй листок нетрудоспособности.

При заболевании второго (третьего) ребенка в период болезни первого ребенка листок нетрудоспособности, выданный по уходу за первым ребенком, продлевается до выздоровления всех детей без зачета дней, совпавших с днями освобождения от работы по уходу за первым ребенком. При этом в листке нетрудоспособности указываются даты начала и окончания заболевания, имена, возраст всех детей.

При заболевании ребенка в период, не требующий освобождения матери от работы (очередной или дополнительный отпуск, отпуск по беременности и родам, отпуск без сохранения содержания, выходные или праздничные дни и др.), листок нетрудоспособности по уходу выдается со дня, когда она должна приступить к работе, без учета дней от начала заболевания ребенка.

Листки нетрудоспособности по уходу **не выдаются**:

- за больным членом семьи старше 15 лет при стационарном лечении;
- с целью ухода за хроническими больными в период ремиссии;
- в период очередного оплачиваемого отпуска и отпуска без сохранения содержания, в период отпуска по беременности и родам; в период частично оплачиваемого отпуска по уходу за ребенком до достижения им возраста 3 лет.

Порядок выдачи листка нетрудоспособности при карантине

При временном отстранении от работы лиц, контактировавших с инфекционными больными или вследствие бактерионосительства, листки нетрудоспособности выдаются врачом-инфекционистом или, при его отсутствии, лечащим врачом. Продолжительность отстранения от работы в этих случаях определяется утверждёнными сроками изоляции лиц, перенесших инфекционные заболевания и соприкасавшихся с ними.

При карантине листок нетрудоспособности по уходу за ребенком до 7 лет или за гражданином, признанным в установленном порядке недееспособным, выдаётся лечащим врачом, наблюдающим его, одному из работающих членов семьи на весь период карантина, на основании справки эпидемиолога.

Работникам предприятий общественного питания, водоснабжения, детских учреждений при наличии у них гельминтоза листок нетрудоспособности выдается на весь период дегельминтизации.

На рис. 7 представлен листок нетрудоспособности, форма бланка которого утверждена Приказом Минздравсоцразвития РФ от 26 апреля 2011 г. № 347н (Зарегистрировано в Минюсте РФ 10 июня 2011 г. N 21026).

На рис. 8 представлена справка формы 095/у.

ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

Матричный код 001 234 567 891

первичный дубликат продолжение листа № _____
нетрудоспособности

(наименование медицинской организации) _____
(адрес медицинской организации) _____

Дата выдачи ____ - ____ - ____

Ф. И. О. _____ (фамилия, имя и отчество нетрудоспособного)

ОГРН _____ (Дата рождения) м ж

Причина нетрудоспособности код _____ доп код _____ код изм. _____

(место работы-наименование организации) _____

Основное По совместительству № _____ Состоит на учёте в государственных учреждениях службы занятости

дата 1 ____ - ____ - ____ дата 2 ____ - ____ - ____ № путевки _____ ОГРН санатория или клиники НИИ _____

по уходу _____ возраст(лет/мес.) _____ родственная связь _____ ФИО члена семьи, за которым осуществляется уход _____

Поставлена на учёт в ранние сроки беременности (до 12 недель) да нет

Отметки о нарушении режима _____ Дата ____ - ____ - ____ Подпись врача _____

Находился в стационаре: с ____ - ____ - ____ по ____ - ____ - ____

Дата направления в бюро МСЭ: ____ - ____ - ____ Освидетельствован в бюро МСЭ: ____ - ____ - ____

Дата регистрации документов в бюро МСЭ: ____ - ____ - ____

Установлена/изменена группа инвалидности Подпись руководителя бюро МСЭ _____

ОСВОБОЖДЕНИЕ ОТ РАБОТЫ

С какого числа	По какое число	Должность врача	Фамилия и инициалы врача или идентификационный номер	Подпись врача

ПРИСТУПИТЬ К РАБОТЕ

С ____ - ____ - ____ Иное: ____ - ____ - ____

Выдан листок нетрудоспособности (продолжение) № _____

Подпись врача: _____

Печать медицинской организации

ЗАПОЛНЯЕТСЯ РАБОТОДАТЕЛЕМ

(место работы-наименование организации) _____ Основное По совместительству

Регистрационный № _____ / _____ Код подчиненности _____

ИНН нетрудоспособного: _____ (при наличии) СНИЛС _____ - _____ - _____ - ____

Условия исчисления _____ Акт формы Н-1 от ____ - ____ - ____

Дата начала работы ____ - ____ - ____

Страховой стаж: ____ лет ____ мес. в т.ч. нестраховые периоды: ____ лет ____ мес.

Причитается пособие за период: с ____ - ____ - ____ по ____ - ____ - ____

Средний заработок для исчисления пособия: _____ р. ____ к. Средний дневной заработок _____ р. ____ к.

Сумма пособия: за счет средств работодателя _____ р. ____ к. за счет средств Фонда социального страхования Российской Федерации _____ р. ____ к.

ИТОГО начислено _____ р. ____ к.

Фамилия и инициалы руководителя: _____ Подпись _____

Фамилия и инициалы гл.бухгалтера: _____ Подпись _____

Печать работодателя

ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

первичный дубликат продолжение листа № _____
нетрудоспособности

001 234 567 891

Ф. И. О. _____ (фамилия, имя и отчество нетрудоспособного)

№ истории болезни _____

(место работы-наименование организации) _____

Основное По совместительству № _____

Дата выдачи ____ - ____ - ____

_____ (фамилия, инициалы врача)

_____ (расписка получателя)

заполняется врачом и остается в медицинской организации

Рис. 7. Бланк листка нетрудоспособности (лицевая сторона).

В строке «причина нетрудоспособности» в первых двух клетках указать соответствующий двузначный код:

- 01 – заболевание; 02 – травма;
03 – карантин; 04 – несчастный случай на производстве или его последствия;
05 – отпуск по беременности и родам; 06 – протезирование в стационаре;
07 – профессиональное заболевание или его обострение; 08 – долечивание в санатории;
09 – уход за больным членом семьи;
10 – иное состояние (отравление, проведение манипуляций и др.);
11 – заболевание, указанное в пункте 1 Перечня социально значимых заболеваний, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 01.12.2004 № 715 (Собрание законодательства Российской Федерации 2004, № 49, ст. 4916) (туберкулез);
12 – в случае заболевания ребенка в возрасте до 7 лет, включенного в перечень заболеваний, определяемый Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации в соответствии с частью 5 статьи 6 Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством»; 13 – ребенок-инвалид;
14 – в случае болезни, связанной с поствакцинальным осложнением, или при злокачественном новообразовании у ребенка*; 15 – ВИЧ-инфицированный ребенок*.

* Коды 14 и 15 проставляются только при согласии застрахованного лица.

В строке «Причина нетрудоспособности» вслед за двузначным кодом указать дополнительный трёхзначный код:

- 017 – при лечении в специализированном санатории;
018 – при санаторно-курортном лечении в связи с несчастным случаем на производстве в период временной нетрудоспособности (до направления на МСЭ);
019 – при лечении в клинике научно-исследовательского учреждения (института) курортологии, физиотерапии и реабилитации;
020 – при дополнительном отпуске по беременности и родам;
021 – при заболевании или травме, наступивших вследствие алкогольного, наркотического, токсического опьянения или действий, связанных с таким опьянением.

В строке «Отметки о нарушении режима» указать код:

- 23 – несоблюдение предписанного режима, самовольный уход из стационара, выезд на лечение в другой административный район без разрешения лечащего врача;
24 – несвоевременная явка на прием к врачу;
25 – выход на работу без выписки;
26 – отказ от направления в учреждение медико-социальной экспертизы;
27 – несвоевременная явка в учреждение медико-социальной экспертизы;
28 – другие нарушения.

В строке «Иное» указать код:

- 31 - продолжает болеть; 32 - установление инвалидности; 33 - изменена группа инвалидности; 34 – умер; 35 – отказ от проведения медико-социальной экспертизы;
36 – явился трудоспособным; 37 – долечивание.

В строке «Родственная связь» указать код:

- 38 – мать; 39 – отец; 40 – опекун; 41 – попечитель;
42 – иной родственник, фактически осуществляющий уход за больным членом семьи.

Рис 7 (продолжение). Информация для врача на оборотной стороне бланка листка нетрудоспособности.

<p>Минздрав СССР Наименование учреждения Форма № 095/у Утверждена Минздравом СССР 04.10.80 № 1030 Контрольный талон к справке № _</p> <p>Дата выдачи _____ Фамилия, имя, отчество _____</p> <p>Название учебного заведения _____</p> <p>Диагноз заболевания _____ Освобождён с _____ по _____ Освобождение продлено с _ по _</p> <p>Фамилия врача, выдавшего справку</p> <p>Контрольные талоны служат для учёта выданных справок</p>	<p>Минздрав СССР Наименование учреждения Код формы по ОКУД Код учреждения по ОКПО Форма № 095/у Утверждена Минздравом СССР 04.10.80 № 1030 СПРАВКА № _____</p> <p>О временной нетрудоспособности студента, учащегося техникума, профессионально-технического училища, о болезни, карантине и прочих причинах отсутствия ребёнка, посещающего школу, детское дошкольное учреждение (нужное подчеркнуть)</p> <p>Дата выдачи « _____ » _____ 19 ____ г.</p> <p>Студенту, учащемуся, ребёнку, посещающему дошкольное учреждение (нужное подчеркнуть) _____ наименование учебного заведения, дошкольного учреждения</p> <p>Фамилия, имя, отчество _____</p> <p>Дата рождения _____ Диагноз заболевания (прочие причины отсутствия) _____ Наличие контакта с инфекционными больными (да, нет, какими) _____</p> <hr/> <p>подчеркнуть, вписать Освобождён от занятий, посещений детского дошкольного учреждения</p> <p>С _____ по _____ С _____ по _____</p> <p>Должность, фамилия, подпись врача</p> <p>Приступить к учёбе с _____ М.П. _____ Должность, фамилия, подпись врача поликлиники</p>
---	---

Рис 8. Справка формы 095/У.

ГЛАВА V. ПОРЯДОК ВЫПИСКИ И ОФОРМЛЕНИЯ РЕЦЕПТОВ НА ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Порядок выписывания рецепта на обычное лекарственное средство

На все рекомендованные больному лекарственные препараты врач обязан выписать рецепты. Обычные лекарственные средства должны выписываться на рецептурных бланках формы N 107-1/у (рис. 9).

РЕЦЕПТУРНЫЙ БЛАНК*

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Наименование (штамп)
медицинской организации

Код формы по ОКУД
Код учреждения по ОКПО
Медицинская документация
Форма № 107-1/у
Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 декабря 2012 г. № 1175н

РЕЦЕПТ

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

« ___ » _____ 20__ г.

Ф.И.О. пациента _____

Возраст _____

Ф.И.О. лечащего врача _____

руб.|коп.| Rp.

руб.|коп.| Rp.

руб.|коп.| Rp.

Подпись
и личная печать лечащего врача

М.П.

Рецепт действителен в течение 2 месяцев, до 1 года (_____)
(ненужное зачеркнуть) (указать количество месяцев)

Рис. 9. Форма рецептурного бланка для выписывания обычных лекарственных средств.

Код лечебно-профилактического учреждения печатается типографским способом или ставится штамп. На рецептурных бланках частных практикующих врачей в верхнем левом углу типографским способом или штампом должен быть

указан их адрес, номер лицензии, дата выдачи, срок действия и наименование организации, выдавшей её.

Рецепт выписывается с указанием названия препарата на латинском языке, разборчиво, чётко, чернилами или шариковой ручкой. Исправления не допускаются. На одном рецептурном бланке выписывается не более 3 простых лекарственных средств. Этиловый спирт выписывается на отдельном рецептурном бланке и заверяется дополнительно печатью лечебно-профилактического учреждения "Для рецептов".

Разрешаются только принятые правилами сокращения обозначений; твердые и сыпучие вещества выписываются в граммах (0,001; 0,5; 1,0), жидкие – в миллилитрах, граммах и каплях. Способ применения указывается на русском или русском и национальном языках. Запрещается ограничиваться общими указаниями: "Внутреннее", "Известно" и т.п.

Указывается Ф.И.О. больного, его возраст, Ф.И.О. врача. Подпись врача должна быть заверена его личной печатью.

Порядок оформления рецептурных бланков на сильнодействующие, токсичные и психотропные лекарственные препараты

Для выписки лекарственных психотропных, сильнодействующих и токсичных препаратов используются бланки формы N 148-1/у-88 (рис. 10).

Код лечебно-профилактического учреждения печатается типографским способом или ставится штамп. На рецептурных бланках частных практикующих врачей в верхнем левом углу типографским способом или штампом должен быть указан их адрес, номер лицензии, дата выдачи, срок действия и наименование организации, выдавшей её.

На одном бланке разрешается выписывать только одно наименование лекарственного средства.

Разрешаются только принятые правилами сокращения обозначений; твердые и сыпучие вещества выписываются в граммах, жидкие – в миллилитрах, граммах и каплях.

Указывается полностью Ф.И.О. больного, его возраст, адрес или номер медицинской карты амбулаторного больного.

Указывается полностью Ф.И.О. врача. Подпись врача должна быть заверена его личной печатью.

Рецепты, выписанные на бланках формы N 148-1/у-88, дополнительно заверяются подписью заведующего отделением и печатью лечебно-профилактического учреждения "Для рецептов".

Состав лекарственного средства, обозначение лекарственной формы и обращение врача к фармацевтическому работнику об изготовлении и выдаче лекарственного препарата выписываются на латинском языке.

Способ применения лекарственного средства обозначается на русском или русском и национальных языках с указанием дозы, частоты, времени приёма и его длительности, а для лекарств, взаимодействующих с пищей – времени их употребления относительно приема пищи (до, вовремя, после еды).

Нельзя ограничиваться общими указаниями: "внутреннее", "известно" и т.п.

Рецепты на средства содержащие психотропные вещества списка III, сильнодействующие, ядовитые вещества, кодеинсодержащие противокашлевые препараты, анаболические гормоны действительны в течение 10 дней.

РЕЦЕПТУРНЫЙ БЛАНК

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Наименование (штамп)
медицинской организации

Код формы по ОКУД 3108805
Медицинская документация
Форма № 148-1/у-88
Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 января 2012 г. № 1145н

Серия №

РЕЦЕПТ

« » _____ 20 г.
(дата выписки рецепта)

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

Ф.И.О. пациента _____
(полностью)

Возраст _____

Адрес или № медицинской карты амбулаторного пациента _____
(истории развития ребенка) _____

Ф.И.О. лечащего врача _____
(полностью)

Руб. Коп. Rp:

.....
.....
.....
.....

Подпись и личная печать
лечащего врача

М.П.

Рецепт действителен в течение 10 дней

Рис. 10. Форма рецептурного бланка для выписывания психотропных, сильнодействующих, токсичных и кодеинсодержащих лекарственных средств.

Порядок выписывания рецептов на лекарственные средства по дополнительному лекарственному обеспечению

Рецепты на лекарственные средства для получения в аптеках бесплатно или с 50-процентной скидкой в их оплате (на льготной основе) выписываются только при амбулаторном лечении гражданам, имеющим такое право в соответствии с законодательством РФ, лечащим врачом государственного или муниципального лечебно-профилактического учреждения (далее – поликлиника).

Категории лиц, имеющих право на получение набора социальных услуг
(Приказ МЗ РФ № 328 от 29.12.2004г. «Об утверждении порядка предоставления набора социальных услуг»)

Категории лиц, имеющие право на бесплатное лечение за счёт средств федерального бюджета:

1. Герои Советского Союза, РФ, Социалистического труда; полные кавалеры орденов Славы и Трудовой Славы.
2. Участники и инвалиды Великой отечественной войны.
3. Ветераны боевых действий.
4. Лица, приравненные к участникам Великой отечественной войны.
5. Лица, награжденные знаком «Жителю блокадного Ленинграда».
6. Члены семей погибших (умерших) инвалидов и участников Великой отечественной войны и ветеранов боевых действий.
7. Инвалиды по общему заболеванию.
8. Дети – инвалиды.
9. Участники ликвидации аварии и пострадавшие вследствие аварии на Чернобыльской АЭС.

Категории лиц, имеющих право на 50% льготы за счет средств субъекта РФ, т.е. за счет средств областного бюджета:

1. Дети до 6 лет из многодетных семей.
2. Реабилитированные и репрессированные.
3. Доноры.
4. Участники трудового фронта.
5. Ветераны труда.

III. Категории граждан, имеющих право на льготное лечение за счет средств муниципального бюджета – больные 30 наиболее распространенных заболеваний:

1. Туберкулез.
2. Сахарный диабет.
3. Болезни крови.
4. Онкологические заболевания.
5. Системные заболевания соединительной ткани.
6. Бронхиальная астма.
7. СПИД и ВИЧ – инфицированные.
8. Больные, перенесшие инфаркт миокарда (первые 6 месяцев).

Самостоятельно лечащим врачом поликлиники выписываются льготные рецепты на лекарственные средства, за исключением случаев назначения:

- одному больному одномоментно 5 и более или свыше 10 лекарств в течение одного месяца;
- наркотических средств, психотропных, сильнодействующих и ядовитых веществ, анаболических гормонов;
- лекарств в случаях нетипичного течения болезни, при наличии осложнений основного заболевания и/или сочетанных заболеваний, при назначении опасных

комбинаций лекарственных средств, а также при непереносимости лекарственных средств, указываемых по международным названиям;

- специальных лекарственных препаратов: иммуномодуляторов, противоопухолевых, противотуберкулезных, противодиабетических и других лекарственных средств, влияющих на деятельность эндокринной системы. Выписывание льготных рецептов на эти препараты производится лечащим врачом на основании рекомендации врача-специалиста.

В отдельных случаях, по решению органов управления здравоохранением субъекта РФ и в порядке, право выписывания льготных рецептов на лекарственные средства в соответствии с вышеуказанными условиями предоставляется самостоятельно ведущим приём фельдшеру, акушерке и зубному врачу.

Не допускается выписывание льготных рецептов врачами стационаров, а также врачами поликлиник в период нахождения больных на стац. лечении в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 08.04.1999 N 393 "О гарантированном обеспечении граждан жизненно необходимыми и важнейшими лекарственными средствами, а также о некоторых условиях льготного обеспечения граждан лекарственными средствами".

Частнопрактикующим врачам запрещается выписывать рецепты для получения лекарственных средств на льготных условиях, за исключением работающих по договору с территориальным органом управления здравоохранением и/или фондом обязательного медицинского страхования и оказывающих медицинскую помощь льготным категориям граждан в рамках программы госгарантий.

Назначение лекарственных препаратов для льготного отпуска отражается в медицинской карте амбулаторного больного.

На одном рецептурном бланке формы 148-1/у-04 (рис. 11) разрешается выписывать одно наименование лекарственных средств, подлежащих предметно-количественному учету, для получения на льготных условиях.

Наркотические средства и психотропные вещества списка II должны выписываться льготным категориям граждан на специальных рецептурных бланках на наркотическое средство, а также дополнительно к специальному рецептурному бланку установленного образца выписывается рецепт на бланке формы N 148-1/у-04.

Срок действия льготного рецепта – до 1 месяца, за исключением рецептов на наркотические лекарственные средства - 5 дней, на содержащие психотропные вещества списка III, сильнодействующие, ядовитые вещества, анаболические гормоны – 10 дней.

Рецепт выписывается в трёх экземплярах (с использованием копировальной бумаги). На рецептурном бланке проставляется штамп (код) лечебно-профилактического учреждения, содержащий название учреждения, его адрес, телефон. Код лечебно-профилактического учреждения указывается в соответствии с Основным государственным регистрационным номером (ОГРН).

Врач вносит код категории граждан в соответствии с перечнем категорий граждан, имеющих право на ежемесячную денежную выплату и дополнительное лекарственное обеспечение, установленным Федеральным законом от 17.07.1999

№ 178-ФЗ "О государственной социальной помощи". Код нозологической формы по МКБ-10 вносится путем занесения букв и цифр. Коды источника финансирования (федеральный бюджет [1], бюджет субъекта Российской Федерации [2], муниципальный бюджет [3]) и процента оплаты (бесплатно [1], 50% [2]) указываются подчеркиванием.

Рецептурный бланк и его копии должны иметь единую серию и номер. В серию включается код субъекта Российской Федерации, в номер – номер по порядку. Обозначение серии и номера осуществляется типографским способом.

Указывается полностью фамилия, имя, отчество пациента, дата рождения; страховой номер индивидуального лицевого счета гражданина в Пенсионном фонде Российской Федерации (СНИЛС); номер страхового медицинского полиса ОМС; адрес или номер медицинской карты амбулаторного пациента. Указывается полностью фамилия, имя, отчество врача (фельдшера).

Наименование лекарственного средства выписывается на латинском языке, по международному непатентованному наименованию, с указанием дозировки и количества, разборчиво, чётко, чернилами или шариковой ручкой. На одном рецептурном бланке выписывается одно наименование лекарственного средства.

Подпись врача (фельдшера) должна быть заверена его личной печатью. Код врача (фельдшера) указывается в соответствии с установленным перечнем кодов врачей (фельдшеров), имеющих право на выписку лекарственных средств по дополнительному лекарственному обеспечению.

Подпись врача или фельдшера заверяется подписью заведующего отделением (либо председателя ВК) и печатью лечебного учреждения.

При выписке лекарственного средства по решению врачебной комиссии на обороте рецептурного бланка ставится специальная отметка (штамп).

На рецептурном бланке указываются сведения о фактически отпущенных лекарственных средствах (дата, торговое наименование, количество), которые заполняются работником аптечного учреждения. На рецептурном бланке внизу имеется линия отрыва, разделяющая рецепт и корешок. Корешок выдается больному в аптечном учреждении. На корешке делается отметка о наименовании лекарственного средства, дозировке, способе применения, и остается у больного (лица, его представляющего).

РЕЦЕПТУРНЫЙ БЛАНК

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

УТВЕРЖДЕНА
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 октября 2012 г. № 1175н

Штамп
Код
медицинской организации

Код формы по ОКУД 3108805
Форма № 148-1/у-04 (л)

Код категории граждан	Код нозологической формы (по МКБ-10)	Источник финансирования (подчеркнуть)	% оплаты (подчеркнуть)	Код лекарственного средства (заполняется в аптечной организации)				
S S S L L L . L		1 Федеральный 2 Субъект Российской Федерации 3 Муниципальный	1 Бесплатно 2 50%					

РЕЦЕПТ Серия _____ № _____ Дата выписки: 20__ г.

Ф.И.О. пациента _____ Дата рождения

СНИЛС	
№ полиса обязательного медицинского страхования	

Адрес или № медицинской карты амбулаторного
пациента _____
(истории развития ребенка)

Ф.И.О. лечащего врача _____

Руб. | Коп. | Rp:
..... | | ...D.t.d.
..... | | ...Signa:.....

(код лечащего врача)
Подпись и личная печать лечащего врача _____ М.П.

Рецепт действителен в течение 5 дней, 10 дней, 1 месяца, 3 месяцев (ненужное зачеркнуть)
----- (Заполняется специалистом аптечной организации) -----

Отпущено по рецепту:	Торговое наименование и дозировка
Дата отпуска: «__» _____ 20 г.	Количество
Приготовил:	Проверил: _____ Отпустил: _____

----- (линия отрыва) -----

Корешок рецептурного бланка	Способ применения:
Наименование лекарственного препарата:	Продолжительность _____ дней
Дозировка	Количество приемов в день: _____ раз На 1 прием _____ ед

Рис. 11. Рецептурный бланк для выписки рецептов льготным категориям граждан.

ГЛАВА VI. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ

Диспансеризация представляет собой комплекс мероприятий, включающий в себя профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, проводимых в целях оценки состояния здоровья (включая определение группы здоровья и группы диспансерного наблюдения) и осуществляемых в отношении определенных групп населения в соответствии с законодательством РФ (Ст. 46 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ГРУПП ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ

(работающих и неработающих граждан, а также обучающихся в образовательных организациях по очной форме)

Диспансеризация взрослого населения проводится путем углубленного обследования состояния здоровья граждан. Основные цели диспансеризации:

1) раннее выявление хронических неинфекционных заболеваний (состояний), являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения РФ, факторов риска их развития (повышенный уровень АД, гиперхолестеринемия, повышенный уровень глюкозы в крови, курение табака, риск пагубного потребления алкоголя, нерациональное питание, низкую физическую активность, избыточную массу тела или ожирение), а также потребления наркотических и психотропных веществ без назначения врача;

2) определение группы здоровья, необходимых профилактических, лечебных, реабилитационных и оздоровительных мероприятий для граждан с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и (или) факторами риска их развития, а также для здоровых граждан;

3) проведение профилактического консультирования граждан с выявленными хроническими заболеваниями и факторами риска их развития;

4) определение группы диспансерного наблюдения граждан с выявленными хроническими заболеваниями и иными заболеваниями (состояниями), а также граждан с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском.

Диспансеризация проводится 1 раз в 3 года в предусмотренные возрастные периоды, за исключением:

1) маммографии для женщин в возрасте от 51 года до 69 лет и исследования кала на скрытую кровь для граждан в возрасте от 49 до 73 лет, которые проводятся 1 раз в 2 года;

2) диспансеризации, проводимой ежегодно вне зависимости от возраста в отношении отдельных категорий граждан, включая:

а) инвалидов Великой Отечественной войны и инвалидов боевых действий, а также участников Великой Отечественной войны, ставших инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья или других причин (кроме лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий);

б) лиц, награжденных знаком «Жителю блокадного Ленинграда» и признанных инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других

причин (кроме лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий);

в) бывших несовершеннолетних узников концлагерей, гетто, других мест принудительного содержания, созданных фашистами и их союзниками в период второй мировой войны, признанных инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин (за исключением лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий).

Перечень осмотров врачами-специалистами (фельдшером или акушеркой), исследований и иных медицинских мероприятий, проводимых в рамках диспансеризации в зависимости от возраста и пола гражданина (объем диспансеризации), указан в табл. .

Диспансеризация граждан, указанных в подпунктах «а» - «в» проводится в объеме, предусмотренном для граждан ближайшей возрастной категории, за исключением исследований, имеющих медицинские противопоказания к ежегодному проведению в случае, если отсутствуют симптомы заболеваний или состояний (флюорография легких, маммография, мазок (соскоб) с поверхности шейки матки (наружного маточного зева) и цервикального канала на цитологическое исследование, определение простат-специфического антигена).

Гражданин проходит диспансеризацию в медицинской организации, в которой он получает первичную медико-санитарную помощь.

Необходимым предварительным условием проведения диспансеризации является получение информированного добровольного согласия гражданина (его законного представителя) на медицинское вмешательство с соблюдением требований, установленных ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Гражданин вправе отказаться от проведения диспансеризации в целом либо от отдельных видов медицинских вмешательств, входящих в объем диспансеризации.

Задачи участкового врача при проведении диспансеризации

Врач-терапевт (терапевт участковый, терапевт цехового врачебного участка, врач общей практики (семейный врач)) является ответственным за организацию и проведение диспансеризации населения терапевтического, в том числе цехового, участка (участка врача общей практики (семейного врача)), обслуживаемой территории.

Основные задачи врача-терапевта при проведении диспансеризации:

- составление списков граждан, подлежащих диспансеризации в текущем календарном году, и плана проведения диспансеризации на текущий календарный год с учётом возрастной категории граждан и проводимых обследований;
- привлечение населения, прикрепленного к терапевтическому участку, к прохождению диспансеризации, информирование о её целях и задачах, объёме проводимого обследования и графике работы подразделений медицинской организации, участвующих в проведении диспансеризации, необходимых подготовительных мероприятиях, а также повышение мотивации граждан к прохождению диспансеризации, в том числе путем проведения разъяснительных бесед на

уровне семьи;

- проведение медицинского осмотра гражданина по итогам первого и второго этапов диспансеризации,
- установление диагноза заболевания (состояния),
- определение группы здоровья, группы диспансерного наблюдения (с учетом заключений врачей-специалистов),
 - назначение необходимого лечения,
 - при наличии медицинских показаний направление
- на дополнительные диагностические исследования, не входящие в объем диспансеризации,
- для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи,
- на санаторно-курортное лечение;
 - проведение краткого профилактического консультирования, включающего рекомендации по здоровому питанию, по уровню физической активности, отказу от курения табака и пагубного потребления алкоголя;
 - направление на углубленное (индивидуальное или групповое) профилактическое консультирование в отделение (кабинет) медицинской профилактики или центр здоровья, а также в фельдшерский здравпункт или фельдшерско-акушерский пункт граждан в возрасте до 72 лет с выявленным по результатам опроса (анкетирования)
- риском пагубного потребления алкоголя и (или) потребления наркотических и психотропных веществ без назначения врача,
- ишемической болезнью сердца, цереброваскулярными заболеваниями, хронической ишемией нижних конечностей атеросклеротического генеза или болезнями, характеризующимися повышенным АД;
- граждан в возрасте 75 лет и старше с целью коррекции выявленных факторов риска и (или) профилактики старческой астении на втором этапе диспансеризации;
 - направление граждан в возрасте до 72 лет с высоким относительным и высоким и очень высоким абсолютным сердечно-сосудистым риском, и (или) ожирением, и (или) гиперхолестеринемией с уровнем общего холестерина 8 ммоль/л и более, и (или) курящих более 20 сигарет в день на углубленное (индивидуальное или групповое) профилактическое консультирование вне рамок диспансеризации;
 - информирование граждан с высоким риском развития угрожающих жизни заболеваний (состояний) или их осложнений, а также лиц, совместно с ними проживающих, о характерных проявлениях указанных заболеваний (состояний) и необходимых неотложных мероприятиях, включая своевременный вызов бригады скорой медицинской помощи;
 - участие в оформлении (ведении) медицинской документации;
 - подведение итогов диспансеризации на своем участке;
 - информирование граждан (в возрасте от 21 года и старше) о возможности медицинского освидетельствования на ВИЧ-инфекцию в соответствии с Феде-

ральным законом № 38-ФЗ с предоставлением адресов медицинских организаций, в которых возможно осуществить добровольное, в том числе анонимное, освидетельствование на ВИЧ-инфекцию.

Этапы диспансеризации

Диспансеризация проводится в два этапа.

Первый этап диспансеризации (скрининг) проводится с целью выявления у граждан признаков хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических и психотропных веществ без назначения врача, а также определения медицинских показаний к выполнению дополнительных обследований и осмотров врачами-специалистами для уточнения диагноза заболевания на втором этапе диспансеризации, и включает в себя:

1) опрос (анкетирование) 1 раз в 3 года, в целях выявления жалоб, характерных для неинфекционных заболеваний, личного анамнеза, курения, потребления алкоголя, риска потребления наркотических и психотропных веществ, характера питания, физической активности, а также в целях выявления у граждан в возрасте 75 лет и старше риска падений, жалоб, характерных для остеопороза, депрессии, сердечной недостаточности, некоррегированных нарушений слуха и зрения;

2) антропометрию (измерение роста стоя, массы тела, окружности талии), расчет индекса массы тела 1 раз в 3 года;

3) измерение артериального давления 1 раз в 3 года;

4) определение уровня общего холестерина в крови (допускается использование экспресс-метода) (для граждан в возрасте до 85 лет 1 раз в 3 года);

5) определение уровня глюкозы в крови натощак (допускается использование экспресс-метода) 1 раз в 3 года;

6) определение относительного сердечно-сосудистого риска у граждан в возрасте от 21 года до 39 лет включительно, и абсолютного сердечно-сосудистого риска у граждан в возрасте от 42 до 63 лет включительно, не имеющих заболеваний, связанных с атеросклерозом, сахарного диабета второго типа и хронических болезней почек, 1 раз в 3 года;

7) проведение индивидуального профилактического консультирования в отделении (кабинете) медицинской профилактики (центре здоровья, фельдшерском здравпункте или фельдшерско-акушерском пункте) для граждан в возрасте до 72 лет с высоким относительным и высоким и очень высоким абсолютным сердечно-сосудистым риском, и (или) ожирением, и (или) гиперхолестеринемией с уровнем общего холестерина 8 ммоль/л и более, и (или) курящих более 20 сигарет в день; направление указанных граждан на углубленное (индивидуальное или групповое) профилактическое консультирование вне рамок диспансеризации;

8) электрокардиографию в покое (для мужчин в возрасте 36 лет и старше, для женщин в возрасте 45 лет и старше 1 раз в 3 года);

9) осмотр фельдшером (акушеркой), взятие с использованием щетки цитологической цервикальной мазка (соскоба) с поверхности шейки матки (наружного маточного зева) и цервикального канала на цитологическое исследование (далее

- мазок с шейки матки), цитологическое исследование мазка с шейки матки (для женщин в возрасте от 30 до 60 лет 1 раз в 3 года);

10) флюорографию легких 1 раз в 3 года (флюорография лёгких не проводится, если гражданину в течение предшествующего календарного года проводилась флюорография, рентгенография (рентгеноскопия) или компьютерная томография органов грудной клетки);

11) маммографию обеих молочных желез в двух проекциях (для женщин в возрасте 39 - 48 лет 1 раз в 3 года и в возрасте 50 - 70 лет 1 раз в 2 года) (не проводится, если в течение предшествующих 12 месяцев проводилась маммография или компьютерная томография молочных желез);

12) исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим методом (для граждан в возрасте от 49 до 73 лет 1 раз в 2 года);

13) определение простат-специфического антигена (ПСА) в крови (для мужчин в возрасте 45 лет и 51 года);

14) измерение внутриглазного давления 1 раз в 3 года (для граждан в возрасте от 60 лет и старше);

15) приём врачом-терапевтом по завершении исследований первого этапа диспансеризации, проводимых с периодичностью 1 раз в 3 года, включающий установление диагноза, определение группы здоровья, группы диспансерного наблюдения, проведение краткого профилактического консультирования, включая рекомендации по здоровому питанию, уровню физической активности, отказу от курения табака и пагубного потребления алкоголя, определение медицинских показаний для обследований и консультаций в рамках второго этапа диспансеризации;

16) приём врачом-терапевтом по завершении исследований первого этапа диспансеризации, проводимых с периодичностью 1 раз в 2 года при наличии выявленных патологических изменений, включающий определение в соответствии с выявленными изменениями медицинских показаний для обследований и консультаций в рамках второго этапа диспансеризации.

Обследования и манипуляции, указанные в пунктах 1 – 14, проводятся в отделении (кабинете) медицинской профилактики.

Второй этап диспансеризации проводится с целью дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния) и включает в себя:

1) осмотр неврологом (при наличии впервые выявленных указаний или подозрений на ранее перенесённое острое нарушение мозгового кровообращения для граждан, не находящихся по этому поводу под диспансерным наблюдением, а также в случаях выявления по результатам анкетирования нарушений двигательной функции, когнитивных нарушений и подозрений на депрессию у граждан в возрасте 75 лет и старше, не находящихся по этому поводу под диспансерным наблюдением);

2) дуплексное сканирование брахицефальных артерий (для мужчин в возрасте от 45 до 72 лет и женщин в возрасте от 54 до 72 лет при наличии комбинации трех факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний: повышенный уровень артериального давления, гиперхолестеринемия, избыточ-

ная масса тела или ожирение, а также по направлению врачом-неврологом при впервые выявленном указании или подозрении на ранее перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения для граждан в возрасте 75 - 90 лет, не находящихся по этому поводу под диспансерным наблюдением);

3) осмотр хирургом или урологом (для мужчин в возрасте 45 лет и 51 года при повышении уровня простат-специфического антигена в крови более 1 нг/мл);

4) осмотр хирургом или колопроктологом, включая проведение ректороманоскопии (при положительном анализе кала на скрытую кровь, для граждан в возрасте от 49 лет и старше при отягощенной наследственности по семейному аденоматозу, онкологическим заболеваниям колоректальной области, при выявлении других медицинских показаний по результатам анкетирования, а также по назначению терапевта, уролога, акушера-гинеколога в случаях выявления симптомов онкологических заболеваний колоректальной области);

5) колоноскопию (для граждан в случае подозрения на онкологическое заболевание толстой кишки по назначению хирурга или колопроктолога);

6) спирометрию (для граждан с подозрением на хроническое бронхо-лёгочное заболевание по результатам анкетирования, курящих по направлению терапевта);

7) осмотр акушером-гинекологом (для женщин в возрасте от 30 до 69 лет включительно с выявленными патологическими изменениями по результатам цитологического исследования мазка с шейки матки и (или) маммографии);

8) осмотр оториноларингологом (для граждан в возрасте 75 лет и старше при наличии медицинских показаний по результатам анкетирования или осмотра терапевта);

9) осмотр офтальмологом (для граждан в возрасте 60 лет и старше, имеющих повышенное внутриглазное давление, и для граждан в возрасте 75 лет и старше, имеющих снижение остроты зрения, не поддающееся очковой коррекции, выявленное по результатам анкетирования);

10) проведение индивидуального или группового (школы для пациентов) углубленного профилактического консультирования в отделении (кабинете) медицинской профилактики (центре здоровья, фельдшерском здравпункте или фельдшерско-акушерском пункте) для граждан:

а) в возрасте до 72 лет с выявленной ишемической болезнью сердца, цереброваскулярными заболеваниями, хронической ишемией нижних конечностей атеросклеротического генеза или болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением;

б) с выявленным по результатам опроса (анкетирования) риском пагубного потребления алкоголя и (или) потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача;

в) для всех граждан в возрасте 75 лет и старше в целях коррекции выявленных факторов риска и (или) профилактики старческой астении;

11) приём врачом-терапевтом, по завершении исследований второго этапа диспансеризации, включающий установление (уточнение) диагноза, определение (уточнение) группы здоровья, определение группы диспансерного наблюдения (с

учетом заключений врачей-специалистов), а также направление граждан при наличии медицинских показаний на дополнительное обследование, не входящее в объем диспансеризации, для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, на санаторно-курортное лечение (при проведении на втором этапе только углубленного профилактического консультирования прием (осмотр) врачом-терапевтом на втором этапе диспансеризации не проводится).

При наличии у гражданина документально подтвержденных результатов осмотров врачами-специалистами или исследований, входящих в объем диспансеризации, которые выполнялись в течение 12 месяцев, предшествующих месяцу проведения диспансеризации, решение о необходимости повторного осмотра, исследования или мероприятия в рамках диспансеризации принимается индивидуально с учётом имеющихся результатов обследования и состояния здоровья гражданина.

При выявлении у гражданина в процессе первого и (или) второго этапа диспансеризации медицинских показаний к проведению осмотров врачами-специалистами, исследований и мероприятий, не входящих в объем диспансеризации, они назначаются и выполняются с учётом положений порядков оказания медицинской помощи по профилю выявленного или предполагаемого заболевания (состояния) и стандартов медицинской помощи, утвержденных в соответствии с ч. 2 ст. 37 Федерального закона № 323-ФЗ, а также клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, разработанных и утвержденных в соответствии с ч. 2 ст. 76 ФЗ № 323-ФЗ.

На основе сведений о прохождении гражданином диспансеризации медицинским работником отделения (кабинета) медицинской профилактики заполняется карта учёта диспансеризации, которая подшивается в медицинскую карту амбулаторного пациента.

Результаты исследований, проводимых с периодичностью 1 раз в 2 года, учитываются в карте учёта диспансеризации при совпадении года их проведения с исследованиями, проводимыми 1 раз в 3 года (совпадения происходят 1 раз в 6 лет). Остальные исследования, проводимые с периодичностью 1 раз в 2 года, учитываются отдельно в карте учета диспансеризации.

Результаты исследований и осмотров, входящих в объем диспансеризации, вносятся в медицинскую карту амбулаторного пациента с пометкой «Диспансеризация».

Группы здоровья

Для определения по результатам диспансеризации группы здоровья гражданина и планирования тактики его медицинского наблюдения используются следующие критерии:

I группа здоровья – граждане, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, отсутствуют факторы риска развития таких заболеваний или имеются указанные факторы риска при низком или среднем абсолютном сердечно-сосудистом риске и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний).

Таким гражданам в рамках первого этапа диспансеризации проводится краткое профилактическое консультирование врачом-терапевтом, включающее рекомендации по здоровому питанию, уровню физической активности, отказу от курения табака и пагубного потребления алкоголя, а лицам с высоким относительным сердечно-сосудистым риском дополнительно в отделении (кабинете) медицинской профилактики (центре здоровья, фельдшерском здравпункте или фельдшерско-акушерском пункте) проводится индивидуальное профилактическое консультирование.

II группа здоровья – граждане, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, но имеются факторы риска развития таких заболеваний при высоком или очень высоком абсолютном сердечно-сосудистом риске, а также граждане, у которых выявлено ожирение и (или) гиперхолестеринемия с уровнем общего холестерина 8 ммоль/л и более, и (или) лица, курящие более 20 сигарет в день, и (или) лица с выявленным риском пагубного потребления алкоголя и (или) риском потребления наркотических и психотропных веществ без назначения врача, и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний).

Таким гражданам в рамках первого этапа диспансеризации проводится краткое профилактическое консультирование врачом-терапевтом. Лицам с высоким или очень высоким абсолютным сердечно-сосудистым риском, и (или) курящим более 20 сигарет в день, и (или) у которых выявлено ожирение, и (или) гиперхолестеринемия, с уровнем общего холестерина 8 ммоль/л и более, проводится индивидуальное профилактическое консультирование в отделении (кабинете) медицинской профилактики, центре здоровья, фельдшерском здравпункте или фельдшерско-акушерском пункте. Гражданам с выявленным риском пагубного потребления алкоголя и (или) риском потребления наркотических и психотропных веществ без назначения врача на втором этапе диспансеризации проводится углубленное (индивидуальное или групповое) профилактическое консультирование. Гражданам II группы здоровья при наличии медицинских показаний врачом-терапевтом назначаются лекарственные препараты для медицинского применения в целях фармакологической коррекции выявленных факторов риска. Граждане II группы здоровья с высоким или очень высоким абсолютным сердечно-сосудистым риском подлежат диспансерному наблюдению врачом (фельдшером) отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья, а также фельдшером фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта, за исключением пациентов с уровнем общего холестерина 8 ммоль/л и более, которые подлежат диспансерному наблюдению врачом-терапевтом.

IIIа группа здоровья – граждане, имеющие хронические неинфекционные заболевания, требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, а также граждане с подозрением на наличие этих заболеваний (состояний), нуждающиеся в дополнительном обследовании (по результатам дополнительного обследования группа здоровья гражданина может быть изменена);

IIIб группа здоровья – граждане, не имеющие хронические неинфекционные заболевания, но требующие установления диспансерного наблюдения или

оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи по поводу иных заболеваний, а также граждане с подозрением на наличие этих заболеваний, нуждающиеся в дополнительном обследовании.

Граждане с IIIа и IIIб группами здоровья подлежат диспансерному наблюдению врачом-терапевтом, врачами-специалистами с проведением лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий.

Гражданам IIIа и IIIб группы здоровья, имеющим факторы риска развития хронических неинфекционных заболеваний, в рамках первого этапа диспансеризации проводится краткое профилактическое консультирование врачом-терапевтом. В рамках второго этапа диспансеризации гражданам в возрасте до 72 лет с выявленной ишемической болезнью сердца, цереброваскулярными заболеваниями, хронической ишемией нижних конечностей атеросклеротического генеза или болезнями, характеризующимися повышенным АД, и всем гражданам в возрасте 75 лет и старше в целях коррекции выявленных факторов риска и (или) профилактики старческой астении проводится углубленное (индивидуальное или групповое) профилактическое консультирование в отделении (кабинете) медицинской профилактики, центре здоровья, фельдшерском здравпункте или фельдшерско-акушерском пункте. При наличии медицинских показаний врачом-терапевтом назначаются лекарственные препараты для медицинского применения в целях фармакологической коррекции выявленных факторов риска.

Критерии эффективности диспансеризации

Основные критерии эффективности диспансеризации взрослого населения:

1) охват диспансеризацией населения, подлежащего диспансеризации в текущем году (плановое значение – не менее 63 %);

2) охват индивидуальным профилактическим консультированием на первом этапе диспансеризации граждан, имеющих высокий относительный и высокий и очень высокий абсолютный сердечно-сосудистый риск, не менее 90 % от общего их числа;

3) охват углубленным (индивидуальным или групповым) профилактическим консультированием на втором этапе диспансеризации граждан в возрасте до 72 лет с впервые выявленной ишемической болезнью сердца, цереброваскулярными заболеваниями или болезнями, характеризующимися повышенным АД, не менее 70 % от общего их числа;

4) охват углубленным (индивидуальным или групповым) профилактическим консультированием на втором этапе диспансеризации граждан в возрасте до 72 лет, имеющих риск пагубного потребления алкоголя и (или) риск потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, не менее 70 % от общего их числа;

5) охват углубленным (индивидуальным или групповым) профилактическим консультированием на втором этапе диспансеризации граждан в возрасте 75 лет и старше не менее 70 % от общего их числа;

6) охват граждан с впервые выявленными болезнями системы кровообращения, высоким и очень высоким абсолютным сердечно-сосудистым риском диспансерным наблюдением, не менее 80 % от общего их числа.

Первый этап диспансеризации считается завершённым и подлежит оплате в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в случае выполнения не менее 85% от объёма исследований первого этапа диспансеризации, проводимых с периодичностью 1 раз в 3 года, установленного для данного возраста и пола гражданина, при этом обязательным является проведение анкетирования и осмотра врача-терапевта. В случае если число осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий, выполненных ранее и учитываемых при диспансеризации, превышает 15% от объёма диспансеризации, установленного для соответствующего возраста и пола гражданина, а общий объём выполненных в рамках диспансеризации и учтенных осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий составляет 85% и более от объёма диспансеризации, первый этап диспансеризации отражается в отчёте о проведении диспансеризации как завершённый случай, при этом оплате подлежат только выполненные осмотры (исследования, мероприятия).

В случае выполнения в рамках первого этапа диспансеризации менее 85% от объёма диспансеризации, установленного для данного возраста и пола гражданина, но при этом выполненные осмотры, исследования и иные медицинские мероприятия составляют 85% и более от объёма обследования, установленного для профилактического медицинского осмотра, такие случаи учитываются как проведенный гражданину профилактический медицинский осмотр.

Второй этап диспансеризации считается законченным в случае выполнения осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий, необходимость проведения которых определена по результатам первого и второго этапов диспансеризации. При определении по результатам первого этапа диспансеризации показаний к проведению на втором этапе только углубленного профилактического консультирования второй этап диспансеризации считается завершённым при его выполнении, при этом осмотр врачом-терапевтом на втором этапе диспансеризации не проводится.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ФАКТОРОВ РИСКА И ДРУГИХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ И ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПОВЫШАЮЩИХ ВЕРОЯТНОСТЬ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Повышенный уровень артериального давления (АД) – систолическое АД ≥ 140 мм рт.ст., диастолическое АД ≥ 90 мм рт.ст. либо проведение гипотензивной терапии. К числу граждан, имеющих данный фактор риска, относятся граждане, имеющие гипертоническую болезнь или симптоматические артериальные гипертензии (кодируется по МКБ-10 кодами I10 - I15), а также граждане с повышенным АД при отсутствии диагноза гипертонической болезни или симптоматической артериальной гипертензии (кодируется по МКБ-10 кодом R03.0).

Гиперхолестеринемия – уровень общего холестерина ≥ 5 ммоль/л (код по МКБ-10 E78).

Гипергликемия – уровень глюкозы плазмы натощак $\geq 6,1$ ммоль/л и (код по МКБ-10 R73.9) либо наличие сахарного диабета, в том числе в случае, если в ре-

зультате эффективной терапии достигнута нормогликемия.

Курение табака – ежедневное выкуривание по крайней мере одной сигареты и более (кодируется по МКБ-10 кодом Z72.0).

Нерациональное питание – избыточное потребление пищи, жиров, углеводов, потребление поваренной соли более 5 граммов в сутки (досаливание приготовленной пищи, частое употребление солений, консервов, колбасных изделий), недостаточное потребление фруктов и овощей (менее 400 граммов или менее 4 - 6 порций в сутки). Определяется с помощью опроса (анкетирования), предусмотренного настоящим Порядком (кодируется по МКБ-10 кодом Z72.4).

Избыточная масса тела – индекс массы тела 25 – 29,9 кг/м² и более (кодируется по МКБ-10 кодом R63.5).

Ожирение – индекс массы тела 30 кг/м² и более (код по МКБ-10 кодом E66).

Низкая физическая активность – ходьба в умеренном или быстром темпе менее 30 минут в день (кодируется по МКБ-10 кодом Z72.3).

Риск пагубного потребления алкоголя (код по МКБ-10 Z72.1) и риск потребления наркотических и психотропных веществ без назначения врача (кодируется по МКБ-10 кодом Z72.2) определяются с помощью опроса (анкетирования).

Отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям определяется при наличии инфаркта миокарда (код по МКБ-10 Z82.4) и (или) мозгового инсульта (код по МКБ-10 Z82.3) у близких родственников (матери или родных сестер в возрасте до 65 лет или у отца, родных братьев в возрасте до 55 лет).

Отягощенная наследственность по злокачественным новообразованиям – наличие у близких родственников в молодом или среднем возрасте или в нескольких поколениях злокачественные новообразования (код по МКБ-10 Z80).

Отягощенная наследственность по хроническим болезням нижних дыхательных путей – наличие у близких родственников в молодом или среднем возрасте (кодируется по МКБ-10 кодом Z82.5).

Отягощенная наследственность по сахарному диабету – наличие у близких родственников в молодом или среднем возрасте (код по МКБ-10 Z83.3).

Относительный сердечно-сосудистый риск устанавливается у граждан в возрасте от 21 до 39 лет, абсолютный сердечно-сосудистый риск устанавливается у граждан в возрасте от 42 до 63 лет при отсутствии у гражданина выявленных заболеваний, связанных с атеросклерозом. У граждан в возрасте старше 65 лет и у граждан, имеющих сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет второго типа и хроническое заболевание почек, уровень абсолютного сердечно-сосудистого риска является очень высоким и по шкале сердечно-сосудистого риска не рассчитывается.

ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ

В соответствии с ч. 5 ст. 46 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан РФ", диспансерное наблюдение представляет собой динамическое наблюдение за состоянием здоровья лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, в целях своевременного выявления, предупреждения развития осложнений,

обострений заболеваний, иных патологических состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации указанных лиц.

Диспансерное наблюдение осуществляется в отношении граждан, страдающих отдельными видами хронических заболеваний или имеющих высокий риск их развития, а также в отношении граждан, находящихся в восстановительном периоде после перенесенных тяжёлых острых заболеваний (состояний).

Диспансерное наблюдение за гражданами, страдающими хроническими неинфекционными заболеваниями, являющимися основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения РФ, а также имеющими основные факторы риска развития таких заболеваний (повышенный уровень АД, дислипидемия, повышенный уровень глюкозы в крови, курение табака, пагубное потребление алкоголя, нерациональное питание, низкая физическая активность, избыточная масса тела и ожирение), входит в часть комплекса мероприятий по проведению диспансеризации и профилактических медицинских осмотров населения.

Диспансерное наблюдение осуществляют следующие медицинские работники медицинской организации, где гражданин получает первичную медико-санитарную помощь:

- 1) врач-терапевт (терапевт участковый, терапевт цехового врачебного участка, врач общей практики (семейный врач));
- 2) врачи-специалисты (по профилю заболевания гражданина);
- 3) врач (фельдшер) отделения (кабинета) медицинской профилактики;
- 4) врач (фельдшер) центра здоровья;
- 5) фельдшер фельдшерско-акушерского пункта (фельдшерского здравпункта) в случае возложения на него руководителем медицинской организации отдельных функций лечащего врача, в том числе по проведению диспансерного наблюдения.

Наличие оснований для проведения диспансерного наблюдения, группа диспансерного наблюдения, его длительность, периодичность диспансерных осмотров, объём обследования, профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий определяются врачом (фельдшером) в соответствии с порядками оказания медицинской помощи по отдельным её профилям, заболеваниям или состояниям (группам заболеваний) и стандартами медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии со ст. 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", а также клиническими рекомендациями (протоколами лечения), разрабатываемыми и утверждаемыми медицинскими профессиональными некоммерческими организациями, с учетом состояния здоровья гражданина, стадии, степени выраженности и индивидуальных особенностей течения заболевания (состояния).

При проведении диспансерного наблюдения медицинским работником, учитываются рекомендации врача-специалиста по профилю заболевания (состояния) гражданина, содержащиеся в его медицинской документации. Перечень заболеваний, по поводу которых осуществляется диспансерное наблюдение участковым терапевтом, представлен в табл. 1.

Таблица 1

ПЕРЕЧЕНЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ (СОСТОЯНИЙ), ПРИ НАЛИЧИИ КОТОРЫХ
УСТАНОВЛИВАЕТСЯ ГРУППА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ТЕРАПЕВТОМ

N	Заболевание, по поводу которого проводится диспансерное наблюдение	Периодичность осмотров	Длительность диспансерного наблюдения	Примечания
1	Хроническая ИБС без жизнеугрожающих нарушений ритма, ХСН не более II ФК	2 раза в год	Пожизненно	Консультация кардиолога по медицинским показаниям
2	Состояние после перенесенного инфаркта миокарда по прошествии более 12 месяцев, при отсутствии или при наличии стенокардии I - II ФК со стабильным течением, ХСН не более II ФК	2 раза в год	Пожизненно	Консультация кардиолога по медицинским показаниям
3	Стенокардия напряжения I – II ФК со стабильным течением у лиц трудоспособного возраста	2 - 4 раза в год	Пожизненно	Консультация кардиолога по медицинским показаниям
4	Стенокардия напряжения I – IV ФК со стабильным течением у лиц пенсионного возраста	2 - 4 раза в год	Пожизненно	Консультация кардиолога по медицинским показаниям
5	Артериальная гипертензия 1 – 3 степени у лиц с контролируемым артериальным давлением на фоне приема гипотензивных лекарственных препаратов	2 раза в год	Пожизненно	Консультация кардиолога по медицинским показаниям
6	Легочная гипертензия I - II функционального класса со стабильным течением	1 - 2 раза в год	Пожизненно	Консультация кардиолога по медицинским показаниям
7	Состояние после перенесенного неосложненного хирургического и рентгенэндоваскулярного лечения сердечно-сосудистых заболеваний по прошествии 6 месяцев от даты операции	2 раза в течение первых 6 месяцев, далее - 1 - 2 раза в год	По рекомендации кардиолога, сердечно-сосудистого хирурга, врача по эндоваскулярным диагностике и лечению	Консультация кардиолога, сердечно-сосудистого хирурга, врача по эндоваскулярным диагностике и лечению по медицинским показаниям
8	Состояние после перенесенного осложненного хирургического и рентгенэндоваскулярного лечения сердечно-сосудистых заболеваний по прошествии более 12 месяцев от даты операции	2 раза в течение первых 6 месяцев, далее - 2 раза в год	По рекомендации кардиолога, сердечно-сосудистого хирурга, врача по эндоваскулярным диагностике и лечению	Консультация кардиолога, сердечно-сосудистого хирурга, врача по эндоваскулярным диагностике и лечению по медицинским показаниям

9	ХСН I - III ФК, стабильное состояние	1 - 2 раза в год	Пожизненно	Консультация кардиолога по показаниям
10	Мерцание и (или) трепетание предсердий (пароксизмальная и персистирующая формы на фоне эффективной профилактической антиаритмической терапии)	2 раза в год	Пожизненно	Консультация кардиолога по медицинским показаниям
11	Мерцание и (или) трепетание предсердий (пароксизмальная, персистирующая и постоянная формы с эффективным контролем ЧСС на фоне приема лекарственных препаратов)	2 раза в год	Пожизненно	Консультация кардиолога по медицинским показаниям
12	Предсердная и желудочковая экстрасистолия, наджелудочковые и желудочковые тахикардии на фоне эффективной профилактической антиаритмической терапии	2 раза в год	Пожизненно	Консультация кардиолога по медицинским показаниям
13	Эзофагит (эозинофильный, химический, лекарственный)	1 раз в 6 месяцев	В течение 3 лет с момента последнего обострения	Консультация гастроэнтеролога 1 раз в год
14	Гастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом (без цилиндроклеточной метаплазии - пищевода Баррета)	1 раз в 6 месяцев	В течение 3 лет с момента последнего обострения	Консультация гастроэнтеролога 1 раз в год
15	Язвенная болезнь желудка, неосложненное течение	1 раз в год	В течение 5 лет с момента последнего обострения	Консультация онколога по медицинским показаниям
16	Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки	1 раз в год	В течение 5 лет с момента последнего обострения	Консультация гастроэнтеролога 1 раз в год
17	Хронический атрофический фундальный и мультифокальный гастрит	1 раз в год	Пожизненно	Консультация гастроэнтеролога 1 раз в год, онколога по показаниям
18	Полипы (полипоз) желудка	1 раз в год	Пожизненно	Консультация гастроэнтеролога 1 раз в год, онколога по медицинским показаниям
19	Дивертикулярная болезнь кишечника, легкое течение	1 раз в 6 месяцев, при отсутствии рецидива в течение 3 лет - 1 раз в год или в 2 года	Пожизненно	Консультация гастроэнтеролога, колопроктолога по медицинским показаниям

20	Полипоз кишечника, семейный полипоз толстой кишки, синдром Гартнера, синдромы Пейца-Егерса, Турко	По рекомендации онколога	Пожизненно	Консультация онколога 1 раз в год, гастроэнтеролога по медицинским показаниям
21	Состояние после резекции желудка (по прошествии более 2 лет после операции)	1 раз в год	Пожизненно	Консультация онколога по прошествии 10 лет после операции или по медицинским показаниям
22	Рубцовая стриктура пищевода, не требующая оперативного лечения	По рекомендации онколога	Пожизненно	Консультация онколога 1 раз в 3 года
23	Рецидивирующий и хронический бронхиты	По рекомендации пульмонолога	По рекомендации пульмонолога	Консультация пульмонолога, онколога по медицинским показаниям
24	Хроническая обструктивная болезнь легких нетяжелого течения без осложнений, в стабильном состоянии	По рекомендации пульмонолога	По рекомендации пульмонолога	Консультация пульмонолога 1 раз в год
25	Посттуберкулезные и постпневмонические изменения в легких без дыхательной недостаточности	По рекомендации пульмонолога	По рекомендации пульмонолога	Консультация пульмонолога 1 раз в течение первого года наблюдения, в последующем по показаниям
26	Состояние после перенесенного плеврита	По рекомендации пульмонолога	По рекомендации пульмонолога	Консультация пульмонолога 1 раз в течение первого года наблюдения, в последующем по показаниям
27	Бронхиальная астма (контролируемая на фоне приема лекарственных препаратов)	2 раза в год	Пожизненно	Консультация пульмонолога или аллерголога-иммунолога 1 раз в год
28	Пациенты, перенесшие острую почечную недостаточность, в стабильном состоянии, с хронической почечной недостаточностью 1 стадии	4 раза в год	По рекомендации нефролога	Консультация нефролога 1 раз в год с определением тактики диспансерного наблюдения
29	Пациенты, страдающие хронической болезнью почек (независимо от ее причины и стадии), в стабильном состоянии с хронической почечной недостаточностью 1 стадии	4 раза в год	Пожизненно	Консультация нефролога 1 раз в год с определением тактики диспансерного наблюдения
30	Пациенты, относящиеся к группам риска поражения почек	не реже 1 раза в год	По рекомендации нефролога	Консультация нефролога по медицинским показаниям с определением тактики диспансерного наблюдения

31	Остеопороз первичный	1 раз в год или по рекомендации акушера-гинеколога, эндокринолога, ревматолога	Пожизненно	Консультация акушера-гинеколога (для женщин с остеопорозом, развившимся в течение 3 лет после наступления менопаузы), эндокринолога, ревматолога по медицинским показаниям
32	Инсулиннезависимый сахарный диабет (2 тип)	1 раз в 3 месяца	Пожизненно	Консультация эндокринолога по показаниям
33	Инсулинзависимый сахарный диабет (2 тип) с подобранной дозой инсулина и стабильным течением	1 раз в 3 месяца	Пожизненно	Консультация эндокринолога 1 раз в 12 месяцев
34	Последствия перенесенных острых нарушений мозгового кровообращения со стабильным течением по прошествии 6 месяцев после острого периода	1 - 2 раза в 6 месяцев	Пожизненно	Консультация невролога 1 - 2 раза в год
35	Деменции, иные состояния, сопровождающиеся когнитивными нарушениями, со стабильным течением	1 - 2 раза в год или по рекомендации невролога	По рекомендации невролога	Консультация невролога 1 - 2 раза в год
36	Последствия легких черепно-мозговых травм, не сопровождавшихся нейрохирургическим вмешательством, со стабильным течением по прошествии 6 месяцев после травмы	1 - 2 раза в год или по рекомендации невролога	До выздоровления	Консультация невролога 1 раз в год
37	Последствия травмы нервной системы, сопровождавшейся нейрохирургическим вмешательством, со стабильным течением по истечении 6 месяцев после операции	1 - 2 раза в 6 месяцев или по рекомендации невролога	По рекомендации невролога, нейрохирурга	Консультация невролога 1 - 2 раза в год
38	Стеноз внутренней сонной артерии от 40 до 70%	2 раза в год	Пожизненно	Консультация сосудистого хирурга, врача по эндоваскулярным диагностике и лечению (при стенозе внутренней сонной артерии 70 % и более)

В случае если гражданин определен в группу диспансерного наблюдения врачом-специалистом по профилю заболевания гражданина, и такой специалист отсутствует в медицинской организации, в которой гражданин получает первичную медико-санитарную помощь, врач-терапевт направляет гражданина для проведения диспансерного наблюдения врачом-специалистом в другую меди-

цинскую организацию, оказывающую первичную специализированную медико-санитарную помощь по профилю заболевания гражданина.

Врач (фельдшер) отделения (кабинета) медицинской профилактики осуществляет диспансерное наблюдение за гражданами, отнесенными по результатам диспансеризации (профилактического осмотра) к III группе состояния здоровья, а также за гражданами, отнесенными ко II группе состояния здоровья, и имеющими высокий или очень высокий суммарный сердечно-сосудистый риск.

Медицинский работник при проведении диспансерного наблюдения:

- 1) ведет учет граждан, находящихся под диспансерным наблюдением;
- 2) информирует гражданина о порядке, объеме и периодичности диспансерного наблюдения;
- 3) организует и осуществляет проведение диспансерных приемов (осмотров, консультаций), обследования, профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий;
- 4) в случае невозможности посещения гражданином, подлежащим диспансерному наблюдению, медицинской организации в связи с тяжестью состояния или нарушением двигательных функций организует проведение диспансерного приема (осмотра, консультации) на дому.

Диспансерный приём (осмотр) медицинским работником включает:

- 1) оценку состояния гражданина, сбор жалоб и анамнеза, физикальное обследование;
- 2) назначение и оценку лабораторных и инструментальных исследований;
- 3) установление или уточнение диагноза заболевания (состояния);
- 4) проведение краткого профилактического консультирования;
- 5) назначение по медицинским показаниям профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий, в том числе направление гражданина в медицинскую организацию, оказывающую специализированную (высокотехнологичную) медицинскую помощь, на санаторно-курортное лечение, в отделение (кабинет) медицинской профилактики или центр здоровья для проведения углубленного индивидуального профилактического консультирования и (или) группового профилактического консультирования (школа пациента);
- 6) разъяснение гражданину с высоким риском развития угрожающего жизни заболевания (состояния) или его осложнения, а также лицам, совместно с ним проживающим, правил действий при их развитии и необходимости своевременного вызова скорой медицинской помощи.

Врач (фельдшер) отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья также осуществляет коррекцию факторов риска развития хронических инфекционных заболеваний (курение табака, избыточная масса тела или ожирение, низкая физическая активность, нерациональное питание, пагубное потребление алкоголя).

Основаниями для прекращения диспансерного наблюдения являются:

- 1) выздоровление или достижение стойкой компенсации физиологических функций после перенесенного острого заболевания (состояния, травмы, отравления);
- 2) достижение стойкой компенсации физиологических функций или стойкой ремиссии хронического заболевания (состояния);

3) устранение факторов риска и снижение степени риска развития хронических неинфекционных заболеваний и их осложнений до умеренного или низкого уровня.

Сведения о диспансерном наблюдении вносятся в медицинскую документацию гражданина, а также в учетную форму N 030/у «Контрольная карта диспансерного наблюдения», (за исключением случаев, когда законодательством Российской Федерации предусмотрено заполнение специальных карт диспансерного наблюдения за больными отдельными заболеваниями).

Врач-терапевт, фельдшер фельдшерско-акушерского пункта или здравпункта осуществляет учет и анализ результатов проведения диспансерного наблюдения обслуживаемого населения на основании сведений, содержащихся в контрольных картах диспансерного наблюдения.

Заместитель руководителя (иное уполномоченное должностное лицо) медицинской организации организует обобщение и проводит анализ результатов диспансерного наблюдения населения, находящегося на медицинском обслуживании в медицинской организации, в целях оптимизации планирования и повышения эффективности диспансерного наблюдения.

Критериями эффективности диспансерного наблюдения являются:

1) уменьшение числа случаев и количества дней временной нетрудоспособности граждан, находящихся под диспансерным наблюдением;

2) уменьшение числа госпитализаций граждан, находящихся под диспансерным наблюдением, в том числе по экстренным медицинским показаниям, по поводу обострений и осложнений заболеваний;

3) отсутствие увеличения или сокращение числа случаев инвалидности граждан, находящихся под диспансерным наблюдением;

4) снижение показателей смертности, в том числе смертности вне медицинских организаций, граждан, находящихся под диспансерным наблюдением;

5) уменьшение частоты обострений хронических заболеваний у граждан, находящихся под диспансерным наблюдением;

6) снижение числа вызовов скорой медицинской помощи и госпитализаций по экстренным медицинским показаниям среди взрослого населения, находящегося под диспансерным наблюдением.

Алгоритм действий участкового терапевта при взятии пациента на диспансерное наблюдение

Диспансерное наблюдение представляет собой динамическое наблюдение, в том числе необходимое обследование, за состоянием здоровья лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, перенёсших некоторые острые заболевания (пневмония, ангина и др.) в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации указанных лиц (ст. 46 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан РФ»).

Диспансерное наблюдение осуществляется в отношении граждан, страдающих отдельными видами (или их сочетаниями) хронических заболеваний или

имеющих высокий риск их развития, а также в отношении граждан, находящихся в восстановительном периоде после перенесенных острых заболеваний.

Диспансерный приём (осмотр, консультация) врачом (фельдшером) включает:

- оценку состояния пациента, сбор жалоб и анамнеза, физикальное обследование;
- назначение и оценку лабораторных и инструментальных исследований;
- установление или уточнение диагноза заболевания (состояния);
- проведение краткого профилактического консультирования;
- назначение по медицинским показаниям профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий, в том числе направление гражданина в медицинскую организацию, оказывающую специализированную (высокотехнологичную) медицинскую помощь, на санаторно-курортное лечение, в отделение (кабинет) медицинской профилактики или центр здоровья для проведения углублённого индивидуального профилактического консультирования и (или) группового профилактического консультирования (школа пациента).

Основаниями для прекращения диспансерного наблюдения являются:

- 1) выздоровление или достижение стойкой компенсации физиологических функций после перенесённого острого заболевания (состояния);
- 2) достижение стойкой компенсации физиологических функций или стойкой ремиссии хронического заболевания (состояния);
- 3) устранение (коррекция) факторов риска и снижение степени риска развития хронических заболеваний и их осложнений до умеренного или низкого уровня.

В случае отказа пациента от диспансерного наблюдения оформляется письменный отказ.

Основными критериями эффективности диспансерного наблюдения являются:

- 1) уменьшение числа случаев и количества дней временной нетрудоспособности граждан, находящихся под диспансерным наблюдением;
- 2) уменьшение числа госпитализаций граждан, находящихся под диспансерным наблюдением, в том числе по экстренным медицинским показаниям, по поводу обострений и осложнений заболеваний;
- 3) отсутствие увеличения или сокращение числа случаев инвалидности граждан, находящихся под диспансерным наблюдением;
- 4) снижение показателей предотвратимой смертности граждан, находящихся под диспансерным наблюдением;
- 5) уменьшение частоты обострений хронических заболеваний у граждан, находящихся под диспансерным наблюдением;
- 6) снижение числа вызовов скорой медицинской помощи и госпитализаций по экстренным медицинским показаниям среди взрослого населения, находящегося под диспансерным наблюдением.

Лица, отнесенные к третьей группе здоровья, берутся на диспансерный учёт участковым врачом или врачом-специалистом. При взятии больного на диспансерный учёт, на него заводится Контрольная карта диспансерного наблюдения (уч. ф. 030/у), которая хранится у врача, осуществляющего диспансерное наблюдение за больным. Сведения о диспансерном наблюдении вносятся в медицинскую карту амбулаторного больного (форма №025/у) и в Контрольную карту диспансерного наблюдения (форма №030/у-04).

Наблюдение за лицами, отнесенными к 3 группе (хронические больные), осуществляется на основе плана лечебно-оздоровительных мероприятий, который предусматривает: число диспансерных явок к врачу в течение отчетного периода; консультации врачей-специалистов; диагностические исследования; медикаментозное и противорецидивное лечение; физиотерапевтические процедуры; лечебную физкультуру; диетическое питание, санаторно-курортное лечение; санацию очагов инфекции; реабилитационные мероприятия; рациональное трудоустройство и т. д.

При взятии пациента под диспансерное наблюдение в карте пишется вводный эпикриз с описанием особенностей течения заболевания у данного пациента. Вводный эпикриз заканчивается планом диспансерного наблюдения на предстоящий год с указанием кратности осмотра пациента участковым терапевтом и, при необходимости, врачами других специальностей, выполнения лабораторных и инструментальных исследований, проведения оздоровительных мероприятий, включая курсы противорецидивной терапии (рис. 12).

В конце года на каждого диспансеризуемого заполняется этапный эпикриз, который отражает следующие моменты: исходное состояние больного; проведенные лечебно-оздоровительные мероприятия; динамика течения заболевания; итоговая оценка состояния здоровья (улучшение, ухудшение, без изменений).

29. Диспансерное наблюдение

Дата _____	
Жалобы и динамика состояния _____	

Проводимые лечебно-профилактические мероприятия _____	

Диагноз основного заболевания: _____	код по МКБ-10 _____
Осложнения: _____	
Сопутствующие заболевания _____	код по МКБ-10 _____
	код по МКБ-10 _____
Внешняя причина при травмах (отравлениях) _____	код по МКБ-10 _____
Рекомендации и дата следующего диспансерного осмотра, консультации _____	

Врач _____	

Рис. 12. Страницы амбулаторной карты для записи данных диспансерных осмотров.

КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

"Контрольная карта диспансерного наблюдения" уч.ф.030/у заполняется поликлиническими учреждениями, кроме специализированных (противотуберкулезных, онкологических, психоневрологических и наркологических), для которых утверждены специальные карты диспансерного наблюдения.

Карта заполняется на всех больных, взятых под диспансерное наблюдение по поводу заболеваний. Диагноз заболевания указывается в правом верхнем углу Карты, отмечаются дата установления диагноза, код по МКБ и способ его выяв-

ления: при обращении за лечением, при профилактическом осмотре; отмечаются сопутствующие заболевания. Там же проставляется код льготы.

Карта используется для контроля за посещениями больных в соответствии с индивидуальным планом диспансерного наблюдения, для чего в пункте 13 отмечаются даты назначенной и фактической явки больного к врачу. В пункт 14 вписываются сведения об изменении диагноза, о сопутствующих заболеваниях, возникающих осложнениях, в пункт 15 - о проводимых мероприятиях.

На рис. 13 представлена контрольная карта диспансерного наблюдения.

Министерство здравоохранения и социального развития
 (наименование медицинского учреждения)

Приложение 5 к
 Приказу Минздравсоцразвития РФ от 15.12.2014 № 834н
 Медицинская документация
 Форма № 030/у
 утверждена Приказом Минздрава РФ от 15 декабря 2014 г. N 834н

Код ОГРН

(адрес)

КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА диспансерного наблюдения

Фамилия врача _____ 1. Диагноз заболевания, по поводу которого пациент подлежит диспансерному наблюдению _____

Специальность врача _____

Дата взятия на учет _____ 2. Диагноз установлен впервые в жизни – 1, повторно – 2. _____ (дата)

Дата снятия с учета _____ 3. Код по МКБ _____

Причина прекращения наблюдения: _____ 4. Сопутствующие заболевания _____

выздоровление – 1, выбытие из района _____ 5. Заболевание выявлено: _____

обслуживания – 2, смерть - 3. _____ 1 – при обращении за лечением, 2 – при профилактическом осмотре

6. Код категории льготы

7. Фамилия, имя, отчество _____

8. Пол М/Ж _____ 9. Число, месяц, год рождения _____

10. Место регистрации: субъект РФ _____, район _____, город _____, ул. _____ д. __, кв. __.

11. Место работы (учебы, дошкольное учреждение), профессия (должность) _____

12. Контроль посещений

		Даты явок									
Назначено явиться											
Явился											
		Даты явок									
Назначено явиться											
Явился											

Оборотная сторона ф. № 030/у

13. Сведения об изменении диагноза, сопутствующих заболеваниях, осложнениях

Дата	Формулировка диагноза	Код по МКБ-10	ФИО врача

14. Лечебно-профилактические мероприятия (направление на консультацию, в дневной стационар, госпитализацию, на санаторно-курортное лечение, трудоустройство, перевод на инвалидность)

№ п/п	Дата начала	Дата окончания	Мероприятия	ФИО врача

Подпись врача

Рис. 12. Контрольная карта диспансерного наблюдения (оборотная сторона).

Карты хранятся в картотеке у врача, наблюдающего больных, взятых под диспансерное наблюдение, желательно по месяцам назначений явки к врачу (в целом или по нозологическим формам заболеваний), что облегчает контроль систематичности посещений и позволяет принимать меры к привлечению больных, пропустивших срок явки на диспансерный осмотр. Карта используется для составления отчетной формы государственного статистического наблюдения № 12 "Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения", контроля выполнения плана индивидуального диспансерного наблюдения.

ГЛАВА VII. ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ОТБОРА В РАБОТЕ УЧАСТКОВОГО ТЕРАПЕВТА

Порядок медицинского отбора и направления на санаторно-курортное лечение взрослых (кроме больных туберкулёзом) регламентируется приказами Минздрава России №328 от 29.12.04, ред. от 24.05.10 «Об утверждении порядка набора социальных услуг отдельным категориям граждан» и № 281н от 05.05.2016. «Об утверждении перечней медицинских показаний для санаторно-курортного лечения»).

Медицинский отбор и направление больных на санаторно-курортное лечение осуществляют лечащий врач и заведующий отделением. Медицинский отбор и направление на санаторно-курортное лечение граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, осуществляют лечащий врач и врачебная комиссия лечебно-профилактического учреждения по месту жительства.

Лечащий врач определяет показания для санаторно-курортного лечения и отсутствие противопоказаний для его осуществления на основании объективного обследования, результатов лабораторно-инструментального обследования и проведённого лечения. При решении вопроса о выборе курорта, следует учитывать наличие сопутствующих заболеваний, контрастность климатических условий, особенности природных лечебных факторов, условия поездки на курорт и т.д. Желательно рекомендовать лечение в рядом расположенных санаторно-курортных учреждениях.

При наличии медицинских показаний и отсутствии противопоказаний для санаторно-курортного лечения, больному выдаётся справка (уч. формы № 070/у), для получения путёвки, о чём делается запись в амбулаторной карте больного.

При получении путёвки больной должен не ранее чем за 2 месяца до начала срока её действия явиться к лечащему врачу, для проведения необходимого обследования, результаты которого заносятся в санаторно-курортную карту (уч. формы № 072/у). Обязательное обследование включает:

- клинический анализ крови;
- общий анализ мочи;
- ЭКГ;
- флюорографию органов грудной клетки;

- при направлении на санаторно-курортное лечение женщин по поводу любого заболевания обязательно заключение гинеколога, беременные предоставляют обменную карту.

В зависимости от основного и наличия сопутствующих заболеваний перечень обследований может быть дополнен:

- при заболеваниях органов пищеварения – их рентгенологическое исследование (если с момента предыдущего прошло не более 6 месяцев), либо эндоскопическое исследование, УЗИ;

- при заболеваниях органов дыхания – исследования ФВД, газового состава крови;

- ЭХОКГ, исследование глазного дна, аллергологические пробы и т.д. по показаниям;

- при наличии в анамнезе у больного психоневрологических расстройств – справка-заключение психоневролога;

- при наличии сопутствующих заболеваний - заключение соответствующих специалистов.

Общие противопоказания для санаторно-курортного лечения:

1. острые заболевания и обострения хронических заболеваний;
2. инфекционные, венерические болезни до окончания срока изоляции;
3. психические заболевания, нарушающие способность контролировать своё поведение;
4. алкоголизм, наркомания;
5. туберкулез в активной фазе (кроме специализированных фтизиатрических санаториев);
6. болезни крови;
7. онкологические заболевания (после радикального лечения возможно направление в местные санатории только для климатотерапии с исключением бальнеогрязевых, тепловых процедур);
8. эхинококк любой локализации;
9. кровотечения часто рецидивирующие или обильные;
10. беременность – с 26 недель на климатические и во все сроки на бальнеологические курорты;
11. больные, требующие постоянного ухода и стационарного лечения.

ИНСТРУКЦИЯ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ФОРМЫ N 070/У "СПРАВКА ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПУТЕВКИ"

Справка для получения путевки носит предварительный информационный характер, не заменяет санаторно-курортной карты и не дает права поступления в СКО на санаторно-курортное лечение, которое может быть предоставлено и в амбулаторном виде.

Справка для получения путевки заполняется лечащими врачами амбулаторных лечебно-профилактических учреждений.

Затемненное поле справки для получения путевки (пп. 6 - 13) заполняется и маркируется литерой "Л" в организационно-методическом кабинете только гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг.

На титульном листе справки для получения путевки проставляется полное наименование лечебно-профилактического учреждения в соответствии с документом регистрационного учета.

Фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес постоянного места жительства в РФ заполняются в соответствии с документом, удостоверяющим личность гражданина.

В пункте "Идентификационный номер в системе ОМС" указывается идентификационный номер в соответствии с бланком представленного полиса ОМС, где на серию и номер полиса определяется по двенадцать знаков.

В пункте "Регион проживания" указывается код субъекта РФ, в котором проживает больной, в соответствии с перечнем субъектов РФ, находящимся на оборотной стороне справки для получения путевки.

Пункт "Ближайший регион" заполняется только в случае проживания больного на территории, находящейся вблизи границы другого субъекта Российской Федерации, с указанием кода этого субъекта Российской Федерации.

В пунктах "Климат в месте проживания" и "Климатические факторы в месте проживания" указываются цифровые коды в соответствии с перечнем климатов в месте проживания, приводимым на оборотной стороне справки для получения путевки.

Пункт "Код льготы" заполняется в соответствии с главой 2 Федерального закона от 17 июля 1999 г. N 178-ФЗ "О государственной социальной помощи". Перечень категорий граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг, с указанием кодов приводится на оборотной стороне справки для получения путевки. Указанный пункт заполняется путем проставления нулей до первой значимой цифры.

В пункте "Документ, удостоверяющий право на получение набора социальных услуг" делается запись по реквизитам представленного документа (номер, серия, дата).

В пункте "Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС)" указывается страховой номер индивидуального лицевого счета по документу, удостоверяющему право на получение набора социальных услуг.

В пункте "№ истории болезни или амбулаторной карты" указывается номер учета данных документов, установленный лечебно-профилактическим учреждением.

Пункт "Диагноз" заполняется в соответствии с МКБ-10 (Международная классификация болезней) по сведениям медицинской документации о формах, стадиях, характере течения болезни.

В пункте "Заболевание, для лечения которого направляется в санаторий" указывается диагноз заболевания, для лечения которого больной направляется в санаторий.

В пункте "Основное заболевание или заболевание, являющееся причиной инвалидности" указывается диагноз основного заболевания, а для инвалидов и детей-инвалидов – диагноз заболевания, являющегося причиной инвалидности.

В пункте "Сопутствующие заболевания" указываются диагнозы сопутствующих заболеваний.

В пункте "Рекомендуемое лечение" лечащий врач делает отметку в соответствии с медицинскими показаниями.

Пункты "Предпочтительное место лечения" и "Рекомендуемые сезоны лечения" не обязательны для заполнения.

Справка заверяется подписями лечащего врача, заведующего отделением или председателя ВК и круглой печатью лечебно-профилактического учреждения.

Справка выдаётся при наличии показаний и отсутствии противопоказаний к санаторно-курортному лечению. Для получения путёвки работающие граждане представляют справку в профсоюзную организацию по месту работы, не работающие – в территориальные органы социальной защиты населения. Выданная справка действительна в течение 6 месяцев.

На рис. 14 представлена справка для получения путёвки на санаторно-курортное лечение (лицевая и обратная стороны).

ИНСТРУКЦИЯ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ФОРМЫ N 072/У "САНАТОРНО-КУРОРТНАЯ КАРТА"

Санаторно-курортная карта выдается лечащим врачом амбулаторных лечебно-профилактических учреждений при предъявлении пациентом путевки на санаторно-курортное лечение, которое может быть предоставлено и в амбулаторном виде. Бланк санаторно-курортной карты состоит из санаторно-курортной карты и обратного талона.

Затемненное поле санаторно-курортной карты (пункты 8 - 11) заполняется и маркируется литерой "Л" в организационно-методическом кабинете только гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг. На титульном листе санаторно-курортной карты проставляется полное наименование лечебно-профилактического учреждения в соответствии с документом регистрационного учета.

Фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес постоянного места жительства в РФ заполняются в соответствии с документом, удостоверяющим личность гражданина. В пункте "N истории болезни или амбулаторной карты" указывается номер учета данных документов. В пункте "Идентификационный номер в системе ОМС" по страховому медицинскому полису ОМС указывается идентификационный номер в соответствии с бланком представленного полиса. Пункт "Код льготы" заполняется в соответствии с главой 2 Федерального закона от 17 июля 1999 г. N 178-ФЗ "О государственной социальной помощи". Перечень категорий граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг, с указанием кодов приводится на обратной стороне справки для получения путевки. Указанный пункт заполняется путем проставления нулей до первой значимой цифры.

приложение № 11
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от « 15 » декабря 2014 № 834н

Наименование медицинской организации _____

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Адрес _____

Медицинская документация
Форма № 070/у
Утверждена приказом Минздрава России
от « 15 » декабря 2014 г. № 834н

Справка № _____
для получения путевки на санаторно-курортное лечение*
«__» _____ 20__ года

Настоящая справка не заменяет санаторно-курортной карты и не дает права на санаторно-курортное лечение

1. Фамилия, имя, отчество _____

2. Пол 1. Мужской 2. Женский 3. Дата рождения _____

4. Место регистрации _____

5. Идентификационный номер в системе ОМС _____

6. Субъект Российской Федерации 7. Ближайший субъект Российской Федерации
(код субъекта Российской Федерации) (код ближайшего субъекта Российской Федерации к месту проживания)

8. Климат в месте проживания 9. Климатические факторы в месте проживания

10. Код льготы 11. Сопровождение**

12. Документ, удостоверяющий право на получение набора социальных услуг
Номер _____ Серия _____ Дата выдачи _____

13. СНИЛС _____

14. № медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях /№ медицинской карты стационарного больного _____

15. Диагноз заболевания, для лечения которого направляется в санаторно-курортную организацию _____ код по МКБ-10 _____

16. Связано ли с заболеваниями или последствиями травм спинного и головного мозга: 1 – да, 2 - нет

17. Заболевание, являющееся причиной инвалидности _____ код по МКБ-10 _____

18. Сопутствующие заболевания _____ код по МКБ-10 _____
_____ код по МКБ-10 _____

Противопоказания для санаторно-курортного лечения отсутствуют

19. Рекомендуемое лечение

1. В условиях пребывания в санаторно-курортной организации 2. Амбулаторно

20. Предпочтительное место лечения

(указать один или несколько курортов, на которых предпочтительно лечение)

21. Рекомендуемые сезоны лечения: Зима Весна Лето Осень

22. Лечащий врач (врач-специалист) _____

23. Заведующий отделением (председатель врачебной комиссии) _____

МП

* Справка действительна в течение 12 месяцев.

** Заполняется, если больной относится к гражданам, имеющим ограничение способности к трудовой деятельности III степени, и к детям-инвалидам.

Рис. 14. Справка для получения путёвки на санаторно-курортное лечение (лицевая сторона)

Код	Перечень климатов в месте проживания	Код	Перечень климатических факторов в месте проживания
1	Влажный субтропический	1	Горный
2	Континентальный умеренных широт	2	Климат полупустынь
3	Морской	3	Климат пустынь
4	Муссонный умеренных широт	4	Лесной
5	Переходный морской - континентальный	5	Лесостепной
6	Резко континентальный умеренный	6	Морской
7	Средиземноморский	7	Предгорный
8	Субарктический	8	Приморский
9	Сухой субтропический	9	Степной

Код субъектов Российской Федерации

Код	Субъект Российской Федерации	Код	Субъект Российской Федерации	Код	Субъект Российской Федерации
01	Республика Адыгея	30	Астраханская область	59	Пермский край
02	Республика Башкортостан	31	Белгородская область	60	Псковская область
03	Республика Бурятия	32	Брянская область	61	Ростовская область
04	Республика Алтай	33	Владимирская область	62	Рязанская область
05	Республика Дагестан	34	Волгоградская область	63	Самарская область
06	Республика Ингушетия	35	Вологодская область	64	Саратовская область
07	Кабардино-Балкарская республика	36	Воронежская область	65	Сахалинская область
08	Республика Калмыкия	37	Ивановская область	66	Свердловская область
09	Карачаево-Черкесская республика	38	Иркутская область	67	Смоленская область
10	Республика Карелия	39	Калининградская область	68	Тамбовская область
11	Республика Коми	40	Калужская область	69	Тверская область
12	Республика Марий Эл	41	Камчатский край	70	Томская область
13	Республика Мордовия	42	Кемеровская область	71	Тульская область
14	Республика Саха (Якутия)	43	Кировская область	72	Тюменская область
15	Республика Северная Осетия - Алания	44	Костромская область	73	Ульяновская область
16	Республика Татарстан	45	Курганская область	74	Челябинская область
17	Республика Тыва	46	Курская область	75	Забайкальский край
18	Удмуртская республика	47	Ленинградская область	76	Ярославская область
19	Республика Хакасия	48	Липецкая область	77	г. Москва
20	Чеченская республика	49	Магаданская область	78	г. Санкт-Петербург
21	Чувашская республика	50	Московская область	79	Еврейская автономная область
22	Алтайский край	51	Мурманская область	80	Ненецкий авт. округ
23	Краснодарский край	52	Нижегородская область	81	Республика Крым
24	Красноярский край	53	Новгородская область	82	г. Севастополь
25	Приморский край	54	Новосибирская область	83	Ханты-Мансийский авт. округ
26	Ставропольский край	55	Омская область	84	Чукотский авт. округ
27	Хабаровский край	56	Оренбургская область	85	Ямало-Ненецкий авт. округ
28	Амурская область	57	Орловская область		
29	Архангельская область	58	Пензенская область		

Код	Перечень категорий граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг*	Код	Перечень категорий граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг*
01	Инвалиды войны		действующих фронтов, на прифронтовых участках железных и автомобильных дорог, а также члены экипажей судов транспортного флота, интернированных в начале ВОВ в портах других государств
02	Участники Великой Отечественной войны (далее - ВОВ)		
03	Ветераны боевых действий		
04	Военнослужащие, проходившие военную службу в воинских частях, учреждениях, военно-учебных заведениях, не входивших в состав действующей армии, в период с 22 июня 1941 года по 3 сентября 1945 года не менее 6 месяцев, военнослужащие, награжденные орденами или медалями СССР за службу в указанный период	07	Члены семей погибших (умерших) инвалидов войны, участников ВОВ и ветеранов боевых действий, члены семей погибших в ВОВ лиц из числа личного состава групп самозащиты объектовых и аварийных команд местной ПВО, а также члены семей погибших работников госпиталей и больниц города Ленинграда
05	Лица, награжденные знаком «Жителю блокадного Ленинграда»	08	Инвалиды
06	Лица, работавшие в период ВОВ на объектах противовоздушной обороны (далее – ПВО), местной ПВО, на строительстве оборонительных сооружений, военно-морских баз, аэродромов и других военных объектов в пределах тыловых границ действующих фронтов, операционных зон	09	Дети-инвалиды

Рис. 14 (продолжение). Справка для получения путёвки на санаторно-курортное лечение (оборотная сторона).

В пункте "Документ, удостоверяющий право на получение набора социальных услуг" делается запись по реквизитам представленного документа (номер, серия, дата). В пункте "Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС)" указывается страховой номер индивидуального лицевого счета по документу, удостоверяющему право на получение набора социальных услуг. Пункт "Сопровождение" заполняется в случае, если больной относится к гражданам, имеющим ограничение способности к трудовой деятельности III степени.

Пункты "Место работы, учебы" и "Занимаемая должность, профессия" заполняются со слов больного. Пункт "Жалобы, длительность заболевания, анамнез, предшествующее лечение, в том числе санаторно-курортное лечение" заполняется на основании медицинской документации и со слов больного. Пункт "Данные клинического, лабораторного, рентгенологического и других исследований" заполняется на основании медицинских документов с обязательным указанием даты проведения исследования. Пункт "Диагноз" заполняется в соответствии с МКБ-10 по сведениям медицинской документации о формах, стадиях, характере течения болезни. В подпункте "Заболевание, для лечения которого направляется в санаторий" указывается диагноз заболевания, для лечения которого больной направляется в санаторий. В подпункте "Основное заболевание или заболевание, являющееся причиной инвалидности" указывается диагноз основного заболевания, а для инвалидов – диагноз заболевания, являющегося причиной инвалидности. В подпункте "Сопутствующие заболевания" указываются диагнозы сопутствующих заболеваний.

Пункт "Диагноз при выписке из санатория" заполняется в соответствии с МКБ-10 по сведениям медицинской документации санаторно-курортной организации о формах, стадиях, характере течения заболевания. В подпункте "Основное заболевание или заболевание, являющееся причиной инвалидности" указывается диагноз основного заболевания, а для инвалидов – диагноз заболевания, являющегося причиной инвалидности.

В пункте "Проведено лечение" указываются сведения санаторной книжки. Если виды лечения или количество процедур не отвечали соответствующему рекомендованному стандарту санаторно-курортной помощи, лечащий врач делает отметку с указанием причин в пункте "Причины отклонения от стандарта санаторно-курортной помощи". В пункте "Эпикриз" указываются сведения о полученном больным лечении в санаторно-курортной организации и его состоянии на момент выписки на основании данных санаторной книжки, медицинской документации и объективного состояния больного. Пункты "Результаты лечения", "Наличие обострений, потребовавших отмены процедур" и "Рекомендации по дальнейшему лечению" заполняются на основании данных, указанных в пункте "Эпикриз".

Обратный талон заверяется подписями лечащего врача, главного врача и круглой печатью санаторно-курортной организации.

На рис. 15 представлена санаторно-курортная карта.

15. Жалобы, длительность заболевания, анамнез, предшествующее лечение, в том числе санаторно-курортное _____

16. Данные клинического, лабораторного, рентгенологического и других исследований (даты) _____

17. Диагноз:

17.1. Основного заболевания _____ код по МКБ-10 _____

17.2. Сопутствующие заболевания: _____ код по МКБ-10 _____

_____ код по МКБ-10 _____

_____ код по МКБ-10 _____

17.3. Заболевание, явившееся причиной инвалидности _____ код по МКБ-10 _____

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

18. Название санаторно-курортной организации _____

19. Лечение:

1. В условиях пребывания в санаторно-курортной организации 2. Амбулаторно

20. Продолжительность курса лечения _____ дней.

21. Путевка №

22. Фамилия, имя, отчество и подпись лица, заполнившего карту _____

23. Заведующий отделением (председатель врачебной комиссии)* _____

МП

* для лиц, имеющих право на получение набора социальных услуг

Карта действительна при условии четкого заполнения всех граф, фамилий, подписей, наличия печати. Срок действия Карты 12 месяцев.

линия отреза

7. Проведено лечение _____

(виды лечения, количество процедур, их переносимость)

8. Эпикриз (включая данные обследования) _____

9. Результаты лечения: значительное улучшение улучшение без перемен ухудшение

10. Наличие обострений потребовавших отмену процедур 1. Да 2. Нет

11. Рекомендации по дальнейшему лечению: _____

12. Лечащий врач _____

13. Главный врач санаторно-курортной организации _____

МП

Рис. 15 (продолжение). Санаторно-курортная карта (оборотная сторона).

ГЛАВА VIII. ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКАЯ РАБОТА УЧАСТКОВОГО ТЕРАПЕВТА

В повседневной практической деятельности участковый терапевт во время амбулаторного приёма или посещения больного на дому может встретиться с инфекционным заболеванием или заподозрить его, так как подавляющее большинство больных обращаются в первую очередь к терапевту поликлиники по месту жительства. Большинство инфекционных заболеваний, таких как острые кишечные инфекции, острый вирусный гепатит, менингококковая инфекция, корь, дифтерия, СПИД и другие диктует необходимость как можно более быстрой диагностики, поскольку они представляют эпидемиологическую опасность для окружающих, а для самого заболевшего опасны в плане тяжести течения и исходов. Всё это требует от врача-терапевта не только достаточных знаний клинических проявлений инфекционных заболеваний, но и умения собирать эпидемиологический анамнез.

Врач-терапевт должен хорошо знать показания к госпитализации при инфекционных заболеваниях, а также возможности лечения и наблюдения инфекционных больных вне на дому. К решению этого вопроса участковый терапевт и врач-инфекционист поликлиники подходят с учётом клиники, эпидемиологических показаний и социального фактора (жилищно-бытовые условия, возможность обеспечить адекватный уход и лечение на дому). Участковый терапевт работает в тесной связи с врачом-инфекционистом. Врач-инфекционист оказывает консультативную и методическую помощь участковому терапевту по обследованию больных, подозреваемых на инфекционное заболевание, в поликлинике и на дому; назначению лечебно-профилактических мероприятий и решению вопроса о госпитализации, а также помощь по диспансеризации реконвалесцентов, больных с хроническими инфекционными заболеваниями, бактерио- и паразитоносителей.

ЭКСТРЕННОЕ ИЗВЕЩЕНИЕ ОБ ИНФЕКЦИОННОМ ЗАБОЛЕВАНИИ, ПИЩЕВОМ, ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ ОТРАВЛЕНИИ

Экстренное извещение органов Роспотребнадзора (прежнее название – санитарно-эпидемического надзора) об инфекционном заболевании, пищевом, профессиональном отравлении формы 058/у (далее – экстренное извещение) служит для уведомления органов Роспотребнадзора о наличии у амбулаторного больного установленного или предполагаемого диагноза острого инфекционного заболевания либо пищевого отравления. При этом извещать органы Роспотребнадзора необходимо только о тех инфекционных заболеваниях, при которых предусмотрены противоэпидемические мероприятия в очаге и наблюдение за лицами, находившимися в контакте с больным. Поэтому не требуется заполнения экстренного извещения при установлении таких диагнозов, как ОРЗ, грипп, пневмония, ангина.

Экстренное извещение обязан заполнить врач, установивший или предполагающий наличие инфекционного заболевания или пищевого отравления, с обязательным указанием в нём лиц, находившихся в контакте с заболевшим, мест их

работы или учёбы. В течение 2 часов с момента установления диагноза врач по телефону обязан известить органы Роспотребнадзора о наличии соответствующего случая инфекционного заболевания либо пищевого отравления и решить вопрос о предоставлении спецтранспорта из отдела госпитализации инфекционных больных при наличии показаний для госпитализации. При этом в бланке извещения указывается фамилия работника учреждения Роспотребнадзора, принявшего телефонограмму. Бланк экстренного извещения сдаётся врачом в кабинет инфекционных заболеваний поликлиники и в течение 12 часов с курьером доставляется в учреждение Роспотребнадзора.

На рис. 16 представлен бланк экстренного извещения.

Форма № 058/у
Утверждена Министерством здравоохранения СССР
04.10.80 №1030

ЭКСТРЕННОЕ ИЗВЕЩЕНИЕ

об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении,
необычной реакции на прививку

1. Диагноз _____
подтверждён лабораторно: да, нет (подчеркнуть)
2. Ф.И.О. _____
3. Пол _____
4. Возраст (для детей до 14 лет – дата рождения) _____
5. Адрес: населённый пункт _____
дом _____ кв. _____ (индивидуальная, коммунальная, общежитие)
6. Наименование места работы (учёбы, детского учреждения), группа, класс _____
- 6 а. Кем направлен _____
- 6 б. Диагноз _____
7. Даты: заболевания _____
первичного обращения (выявления) _____
установления диагноза _____
последнего посещения детского учреждения, школы _____

Оборотная сторона

- госпитализации _____
8. Место госпитализации _____
 9. Если отравление – указать, где оно произошло, чем отравлен пострадавший _____
 - 10 Проведённые первичные противоэпидемические мероприятия и дополнительные сведения _____

-
11. Дата и час первичной сигнализации (по телефону и пр.) в СЭС _____
Фамилия сообщившего _____
Кто принял сообщение _____
 12. Дата и час отсылки извещения _____
Подпись пославшего извещение _____

Регистрационный № _____ в журнале ф. 60 санэпидстанции _____
Подпись получившего извещение _____

Рис 16 Экстренное извещение органов Роспотребнадзора.

ЗАДАНИЯ ДЛЯ ПРОВЕРКИ УСВОЕНИЯ МАТЕРИАЛА

Выберите один правильный ответ

1. ЦЕЛЬЮ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ

- 1) хронических заболеваний
- 2) несчастных случаев
- 3) производственных травм
- 4) острых заболеваний
- 5) обострений хронических заболеваний и развития осложнений

2. В ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ РЕГИСТРАТУРЫ ВХОДИТ

- 1) оказание неотложной помощи обратившимся
- 2) распределение потока больных в поликлинике
- 3) выдача направлений на обследование
- 4) оформление документов по диспансеризации
- 5) ведение статистической отчетности

3. ЛИЦА, НЕ ИМЕЮЩИЕ ХРОНИЧЕСКИХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, НО С НАЛИЧИЕМ ФАКТОРОВ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ДАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ВХОДЯТ В ГРУППУ ЗДОРОВЬЯ ПО ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

- 1) 1
- 2) 2
- 3) 3
- 4) 4
- 5) 5

4. НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫЙ ФАКТОР, ВЛИЯЮЩИЙ НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА

- 1) состояние окружающей среды и наличие производственных вредностей
- 2) вторичная профилактика
- 3) организация медицинской помощи
- 4) образ жизни
- 5) страна проживания

5. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ИНФЕКЦИОННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ НА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ ОФОРМЛЯЕТСЯ УЧЁТНАЯ ФОРМА № :

- 1) 070/у
- 2) 058/у
- 3) 030/у
- 4) 031/у
- 5) 095-1/у

6. ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ВЫЯВЛЕНИЯ ЛИЦ ГРУППЫ РИСКА ПО ВОЗНИКНОВЕНИЮ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) учёт обращаемости
- 2) учёт случаев временной нетрудоспособности

- 3) проведение профосмотров
- 4) учёт случаев стойкой нетрудоспособности
- 5) учёт случаев выхода на инвалидность

7. К МЕРАМ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ОТНОСИТСЯ

- 1) санация очагов хронической инфекции
- 2) противорецидивное лечение
- 3) гигиеническое воспитание населения
- 4) лечение заболевания в период обострения
- 5) рациональное трудоустройство после оформления инвалидности

8. НОРМАТИВНОЕ КОЛИЧЕСТВО НАСЕЛЕНИЯ НА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ

- 1) 1000 человек
- 2) 1700 человек
- 3) 2500 человек
- 4) 5000 человек
- 5) 1500 человек

9. НА ПОЛУЧЕНИЕ НАБОРА ЛЬГОТНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ НЕ ИМЕЮТ ПРАВА

- 1) участники и инвалиды ВОВ
- 2) инвалиды по общему заболеванию
- 3) дети инвалиды
- 4) пенсионеры по возрасту
- 5) ветераны боевых действий

10. ЧАСТОТА ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА В РАМКАХ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

- 1) 2 раза в год
- 2) 1 раз в 3 года
- 3) 1 раз в 2 года
- 4) 1 раз в 4 года
- 5) 3 раза в год

11. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ НАСЕЛЕНИЯ ПРОВОДИТСЯ

- 1) в один этап
- 2) в три этапа
- 3) в четыре этапа
- 4) в два этапа
- 5) не делится на этапы

12. КОЛИЧЕСТВО ГРУПП СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ

- 1) 5
- 2) 4
- 3) 3
- 4) 2
- 5) 6

13. В МЕДИЦИНСКУЮ ГРУППУ ПОВЫШЕННОГО РИСКА ПО ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ВХОДЯТ ПАЦИЕНТЫ СТРАДАЮЩИЕ

- 1) ХОБЛ
- 2) гипертонической болезнью
- 3) хроническим тонзиллитом
- 4) хроническим гайморитом
- 5) бронхиальной астмой

14. ИНФОРМАЦИЯ О ПРОВЕДЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА И ЕГО РЕЗУЛЬТАТЫ ВНОСЯТСЯ В

- 1) паспорт здоровья
- 2) медицинскую карту амбулаторного пациента
- 3) маршрутную карту
- 4) карту учета диспансеризации
- 5) контрольную карту диспансерного наблюдения

15. МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ, ИМЕЕТ УЧЕТНУЮ ФОРМУ №

- 1) 025/у
- 2) 148/у
- 3) 072/у
- 4) 030/у
- 5) 058/у

16. К ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫМ ОТНОСЯТСЯ

- 1) хронические больные с частыми обострениями
- 2) лица с факторами риска развития хронических заболеваний
- 3) лица с хроническими заболеваниями в стадии ремиссии в течение 1 года
- 4) лица с хроническими заболеваниями в стадии ремиссии в течение 2 лет
- 5) лица с хроническими заболеваниями в стадии ремиссии в течение 5 лет

17. ЗА ОРГАНИЗАЦИЮ И ПРОВЕДЕНИЕ ДИСПАНСЕРНОГО ОСМОТРА ОТВЕЧАЕТ

- 1) участковый врач
- 2) заведующий отделением профилактики
- 3) главный врач поликлиники
- 4) председатель врачебной комиссии ЛПУ
- 5) заведующий терапевтическим отделением

18. ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫЕ ЛИЦА ВХОДЯТ В ГРУППУ ДИСПАНСЕРНОГО УЧЁТА

- 1) Д I
- 2) Д II
- 3) Д III
- 4) Д IV
- 5) Д V

19. В III ГРУППУ ДИСПАНСЕРНОГО УЧЁТА ВХОДЯТ ЛИЦА ИМЕЮЩИЕ

- 1) факторы риска развития заболеваний
- 2) острые заболевания в анамнезе
- 3) профессиональные вредности по месту работы
- 4) хронические заболевания, нуждающиеся в регулярном наблюдении и лечении
- 5) курящие и злоупотребляющие алкоголем

20. КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ХРАНИТСЯ

- 1) в регистратуре
- 2) в кабинете профилактики
- 3) в кабинете лечащего врача
- 4) на руках у пациента
- 5) в кабинете статистики

Эталоны ответов на тестовые задания

Вопрос	Ответ	Вопрос	Ответ
1	5	11	4
2	2	12	3
3	2	13	1
4	4	14	1
5	2	15	1
6	3	16	1
7	3	17	1
8	2	18	2
9	4	19	4
10	2	20	3

Объясните особенности оформления листка нетрудоспособности в указанных в заданиях ситуациях

Задача № 1

Пациентка К., находившаяся на листке нетрудоспособности в связи с гриппом, должна была явиться к врачу 18 августа, но она пришла 22 августа, так как уезжала из города. Врач при осмотре признал её нетрудоспособной, диагностировав очаговую пневмонию.

ОСОБЕННОСТИ ОФОРМЛЕНИЯ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ?

Задача № 2

Пациент С., 45 лет, находившийся на больничном листе в связи с обострением гипертонической болезни, должен был явиться к врачу 20 сентября. Вышел на работу без разрешения врача 20 сентября, а 25 сентября больной пришёл на приём в поликлинику, и участковый терапевт признал его трудоспособным.

ОСОБЕННОСТИ ОФОРМЛЕНИЯ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ?

Задача № 3

Пациентка Р., 42 лет, направлена участковым врачом на МСЭ 1 октября. Однако она явилась в экспертную комиссию только 15 октября. Врачи бюро МСЭ установили больной III гр. инвалидности.

ОСОБЕННОСТИ ОФОРМЛЕНИЯ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ?

Задача № 4

Гражданин Л. оформил отпуск без сохранения заработной платы с 10.11 по 16.11, а 12.11 заболел ОРЗ.

ВЫДАЕТСЯ ЛИ ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ?

Задача № 5

Пациент И., 49 лет лечился амбулаторно с диагнозом: "Обострение хронического бронхита". Имеет больничный лист. Отмечает ухудшение состояния 29.01, на приём к врачу явился с сильным запахом алкоголя, походка шаткая, речь невнятная.

КАК ОФОРМИТЬ ЛИСТ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ?

Задача № 6

Пациент С., 38 лет, инженер-конструктор. Обратился в поликлинику 10 сентября в 18 час, после окончания своей работы. Врач диагностировал фолликулярную ангину.

КАК ОФОРМИТЬ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К СИТУАЦИОННЫМ ЗАДАЧАМ

Задача № 1

В строке «отметка о нарушении режима» листка нетрудоспособности указать код «24» - несвоевременная явка на прием к врачу и дату нарушения – 18 августа. Листок нетрудоспособности необходимо продлить с 22 августа, так как врач диагностировал очаговую пневмонию.

Задача № 2

В строке «отметка о нарушении режима» листка нетрудоспособности указать код «25» - выход на работу без выписки и дату - 20 сентября. Листок нетрудоспособности не продлевается. В графе «Приступить к работе» ничего не пишется. В графе «Иное» указать код «36» - явился трудоспособным и прописывается дата – 25 сентября.

Задача № 3

В строке «отметка о нарушении режима» листка нетрудоспособности указать код «27» - несвоевременная явка в учреждение медико-социальной экспертизы и дату - 1 октября. Зачёта пропущенных по неуважительной причине дней в листке нетрудоспособности не производится. В строке «Иное» указать код «32» - установлена инвалидность и дата 15 октября.

Задача № 4

При заболевании во время отпуска без сохранения заработной платы листок нетрудоспособности не выдается. Если временная нетрудоспособность сохраняется и дальше, то листок нетрудоспособности выдается со следующего дня после окончания отпуска, т.е. с 17 ноября.

Задача № 5

Провести освидетельствование на состояние алкогольного опьянения. В строке «Отметка о нарушении режима» указать код «28» - другие нарушения (алкогольное опьянение). Листок нетрудоспособности продлевается.

Задача № 6

Следует выдать листок нетрудоспособности 10 сентября, а освободить от работы с 11 сентября, так как пациент обратился после окончания рабочего дня.