**Государственное автономное учреждение Республики Саха (Якутия)**

**«Якутская республиканская офтальмологическая клиническая больница»**

**(ГАУ РС (Я) «ЯРОКБ»)**

 **П Р И К А З**

**«\_02\_»\_\_\_02\_\_2017\_ г. г. Якутск № \_01-04/ОД-24\_**

**Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной**

**медицинской помощи с применением специализированной**

**информационной системы в ГАУ РС(Я) «Якутская республиканская офтальмологическая клиническая больница»**

 В соответствии с частью 8 статьи 34 Федерального закона от 21 ноября 2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2013, № 48, ст. 6165) и подпунктом 5.2.29 Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 19 июня 2012 г. №608 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, № 26, ст. 3526; 2014, № 37, ст.4969), приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2014 г. №930н «Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы», Постановления Правительства РФ от 19.12.2016 г. N 1403 "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов", Постановления Правительства Республики Саха (Якутия) от 27.12.2016 г. №476 «Об утверждении Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Саха (Якутия) на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов», **приказываю:**

1. Утвердить прилагаемый Порядок организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы в ГАУ РС(Я) «ЯРОКБ», согласно приложению 1.
2. Утвердить направление на госпитализацию для оказания высокотехнологичной медицинской помощи, согласно приложению 2.
3. Утвердить протокол заседания врачебной комиссии по отбору больных на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, согласно приложению 3.
4. Утвердить перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащий в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи раздела I, II приложения к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год , утвержденных Постановлением Правительства РФ от 19.12.2016 г. N1403, согласно приложению.
5. Утвердить форму согласия на обработку персональных данных, согласно приложению 4.
6. Утвердить выписку из протокола решения врачебной комиссии, согласно приложению 5.
7. Утвердить заключение главного внештатного офтальмолога МЗ РС (Я), приложение №6.

8. Утвердить форму 057/у -04 утвержденную Приказом МЗ и СР РФ от 22.11.2004 г. как приложение №7, данного приказа.

9. Медицинскому персоналу при направлении пациента в федеральные учреждения, оказывающей высокотехнологичную медицинскую помощь руководствоваться перечнем видов и кодом вида высокотехнологичной медицинской помощи, содержащий в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи раздела I, II приложения к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год , утвержденных Постановлением Правительства РФ от 19.12.2016 г. N1403.

 10.Заведующим офтальмологическим отделением Е.К.Захаровой клинико-диагностическим отделением В.М.Аржаковой:

 10.1.руководствоваться данным порядком, осуществлять контроль за оформлением документов и довести данный приказ до медицинского персонала**;**

 10.2**.** при направлении на оказание высокотехнологичной медицинской помощи в федеральные учреждения применять перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, согласно приложению к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 19.12.2016 г. N1403.

 10.3. при направлении на оказание высокотехнологичной медицинской помощи в ГАУ РС(Я) «ЯРОКБ» применять перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, согласно приложению к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов (перечень I и II).

 11. И.о заведующей ОМО Уваровой Н.Д.:

 11.1 . Проинформировать офтальмологов других ЛПУ г. Якутска и РС(Я);

 11.2. Разместить информацию на сайте и стенде ГАУ РС(Я) «ЯРОКБ».

 12. Врачу методисту Никифоровой Н.А.:

 12.1.Обеспечить и контролировать работу в специализированной Информационно-аналитической системе Министерства здравоохранения Российской Федерации «Подсистема мониторинга реализации государственного задания по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи за счет средств федерального бюджета» .

 11.2. Формирование ежеквартального отчета об оказании ВМП ежеквартально в МЗ РС(Я) в срок до 5 числа месяца, следующего за отчетным периодом, отчетности по реализации задания в соответствии с формами, установленными Министерством здравоохранения Российской Федерации.

 13. Заместителю главного врача по КЭР И.И. Гаврильевой, заместителю главного

врача по медицинской части Н.Е. Литвинцевой руководствоваться и осуществлять кон-

 троль за оформлением документов.

 14. Считать утратившим силу приказ ГАУ РС(Я) «ЯРОКБ» № 01-04/ОД-121 от 21.03.2016 года.

 15.Контроль за исполнением данного приказа оставляю за собой.

Главный врач: А.Н.Назаров

Приложение №1

 к приказу ГАУ РС(Я) «ЯРОКБ»

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_ г. №\_\_\_\_\_

**Порядок**

**организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи**

**с применением специализированной информационной системы**

**I. Организация оказания высокотехнологичной медицинской помощи в ГАУ РС(Я) «Якутская республиканская офтальмологическая клиническая больница»**

1. Настоящий Порядок устанавливает правила организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы в ГАУ РС(Я) «Якутская республиканская офтальмологическая клиническая больница» (далее ЯРОКБ), оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь.
2. Высокотехнологичная медицинская помощь, являющаяся частью специализированной медицинской помощи, включает в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов генной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники1.
3. Высокотехнологичная медицинская помощь оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи.
4. Высокотехнологичная медицинская помощь оказывается в следующих условиях:
5. Стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

5. Высокотехнологичная медицинская помощь оказывается в соответствии с
перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, установленным
программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи , который включает в себя:

1. Перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, финансовое обеспечение, которых осуществляется за счет субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования;
2. Перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств, предоставляемых федеральному бюджету из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования в виде иных межбюджетных трансфертов в соответствии с федеральным законом о бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на очередной финансовый год и на плановый период, согласно приложению 1.
3. Высокотехнологичная медицинская помощь по перечню видов, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказывается медицинскими организациями, включенными в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, согласно приложению 2.
4. Высокотехнологичная медицинская помощь по перечню видов, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказывается:
5. Федеральными государственными учреждениями, перечень которых утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии с частью 6 статьи 34 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
6. Медицинскими организациями, перечень которых утверждается уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации (далее - перечень медицинских организаций) в соответствии с частью 7 статьи 34 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

 8.Уполномоченный орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации представляет в Министерство здравоохранения Российской Федерации перечень медицинских организаций в срок до 20 декабря года, предшествующего отчетному.

 9.Федеральный фонд обязательного медицинского страхования на основании сведений территориальных фондов обязательного медицинского страхования представляет в Министерство здравоохранения Российской Федерации перечень медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования и оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, в срок до 10 декабря года, предшествующего отчетному.

10. Министерство здравоохранения Российской Федерации формирует
в специализированной информационной системе перечень медицинских
организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь в
соответствии с пунктами 4-6 настоящего Порядка, в срок до 30 декабря года,
предшествующего отчетному.

**П. Направление на оказание высокотехнологичной медицинской помощи**

1. Медицинские показания к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи определяет лечащий врач медицинской организации, в которой пациент проходит диагностику и лечение в рамках оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи и (или) специализированной медицинской помощи, с учетом права на выбор медицинской организации.
2. Медицинскими показаниями для направления на оказание высокотехнологичной медицинской помощи является наличие у пациента заболевания и (или) состояния, требующих применения высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи.

 13.При наличии медицинских показаний к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи лечащий врач медицинской организации, в которой пациент проходит диагностику и лечение в рамках оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи и (или) специализированной медицинской помощи (далее - направляющая медицинская организация) консультирует пациента у **главного внештатного офтальмолога**, за его подписью оформляет **заключение** главного внештатного офтальмолога, при направлении в федеральные медицинские учреждения оформляется **направление форма 057/у**, **направление на госпитализацию** для оказания высокотехнологичной медицинской помощи на бланке направляющей медицинской организации, которое должно быть написано разборчиво от руки или в печатном виде, заверено личной подписью лечащего врача, личной подписью руководителя медицинской организации (уполномоченного лица), печатью лечащего врача, печатью направляющей медицинской организации и содержать следующие сведения:

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента, дату его рождения, адрес регистрации по месту жительства (пребывания);
2. Номер полиса обязательного медицинского страхования и название страховой медицинской организации (при наличии);
3. Страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования (при наличии);
4. Код диагноза основного заболевания по МКБ-10,диагноз направившей организации;
5. Сведения о выдаче листка нетрудоспособности медицинской организацией;
6. Профиль, наименование вида высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, показанного пациенту;
7. Наименование медицинской организации, в которую направляется пациент для оказания высокотехнологичной медицинской помощи;
8. Данные лабораторных и диагностических исследований (ФЛГ, кровь на RW, кал на яйца глист, общий анализ крови и мочи, анализ крови биохимический, группа крови, резус-фактор, исследование сыворотки крови на С-реактивный белок, R-графия пазух носа, расшифровка описания и интерпретация данных ЭКГ, ИФА на вирусный гепатит В и С, исследование времени свертывания крови и времени кровотечения, консультации оториноларинголога, стоматолога, терапевта с пометкой об отсутствии противопоказаний к оперативному лечению, консультация других специалистов при наличии соматических заболеваний;
9. Фамилия, имя, отчество (при наличии) и должность лечащего врача, контактный телефон (при наличии), электронный адрес (при наличии), личная печать врача.

14. К направлению на госпитализацию для оказания высокотехнологичной медицинской помощи прилагаются следующие документы пациента:

1. Выписка из медицинской документации, заверенная личной **подписью лечащего врача, личной подписью руководителя** (уполномоченного лица) направляющей медицинской организации, содержащая диагноз заболевания (состояния), код диагноза по МКБ-10, сведения о состоянии здоровья пациента, результаты лабораторных, инструментальных и других видов исследований, подтверждающих установленный диагноз и необходимость оказания высокотехнологичной медицинской помощи.
2. Копии следующих документов пациента:

а) документ, удостоверяющий личность пациента (основным документом, удостоверяющим личность гражданина Российской Федерации на территории Российской Федерации, является паспорт;

-документом, удостоверяющим личность лица, трудящегося по найму, занятого или работающего в любом качестве на борту морского судна (за исключением военного корабля), морского судна рыбопромыслового флота, а также судна смешанного (река - море) плавания, используемых для целей торгового мореплавания, является удостоверение личности моряка;

-документом, удостоверяющим личность военнослужащего Российской Федерации, является удостоверение личности военнослужащего Российской Федерации;

-документами, удостоверяющими личность иностранного гражданина в Российской Федерации, являются паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина;

-документом, удостоверяющим личность лица, ходатайствующего о признании беженцем, является свидетельство о рассмотрении ходатайства о признании беженцем по существу, а документом, удостоверяющим личность лица, признанного беженцем, является удостоверение беженца .

-Документами, удостоверяющими личность лица без гражданства в Российской Федерации, являются:

документ, выданный иностранным государством и признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства;

разрешение на временное проживание;

вид на жительство;

иные документы, предусмотренные федеральным законом или признаваемые в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документов, удостоверяющих личность лица без гражданства );

б) свидетельство о рождении пациента (для детей в возрасте до 14 лет);

в) полис обязательного медицинского страхования пациента (при наличии);

г) страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования
(при наличии);

14.3. Согласие на обработку персональных данных пациента и (или) его законного представителя.

15. Направляющая медицинская организация представляет комплект документов, предусмотренных пунктами 13 и 14 настоящего Порядка, в течение 2 рабочих дней, в том числе посредством специализированной информационной системы, почтовой и (или) электронной связи:

15.1. В медицинскую организацию, включенную в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, в случае оказания высокотехнологичной медицинской помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования (далее - принимающая медицинская организация);

15.2. В «Единый центр поддержки и сопровождения пациентов» (далее - ЕЦПиСП) в случае оказания высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования.

1. Пациент (его законный представитель) вправе самостоятельно представить оформленный комплект документов в ЕЦПиСП (в случае оказания высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования), или в принимающую медицинскую организацию (в случае оказания высокотехнологичной медицинской помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования).
2. При направлении пациента в принимающую медицинскую организацию оформление на пациента талона на оказание высокотехнологичной медицинской помощи (далее - Талон на оказание ВМП) с применением специализированной информационной системы обеспечивает принимающая медицинская организация с прикреплением комплекта документов, предусмотренных пунктами 13 и 14 настоящего Порядка.
3. При направлении пациента на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, оформление Талона на оказание ВМП с применением специализированной информационной системы обеспечивает ЕЦПиСП с прикреплением комплекта документов, предусмотренных 13 и 14 настоящего Порядка и заключения Комиссии органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения по отбору пациентов для оказания высокотехнологичной медицинской помощи (далее - Комиссия ОУЗ).
4. Срок подготовки решения Комиссии ОУЗ о подтверждении наличия (об отсутствии) медицинских показаний для направления пациента в принимающую медицинскую организацию для оказания высокотехнологичной медицинской помощи, не должен превышать десяти рабочих дней со дня поступления в ЕЦПиСП комплекта документов, предусмотренных пунктами 13 и 14 настоящего Порядка.
5. Решение Комиссии ОУЗ оформляется протоколом, содержащим следующие сведения:
6. Основание создания Комиссии ОУЗ (реквизиты нормативного правового акта);
7. Состав Комиссии ОУЗ;
8. Данные пациента в соответствии с документом, удостоверяющим личность (фамилия, имя, отчество, дата рождения, данные о месте жительства, (пребывания));
9. Диагноз заболевания (состояния);
10. Заключение Комиссии ОУЗ, содержащее следующую информацию:

а) о подтверждении наличия медицинских показаний для направления пациента в медицинскую организацию для оказания высокотехнологичной медицинской помощи, диагноз заболевания (состояния), код диагноза по МКБ-10,код вида высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии с перечнем видов оказания высокотехнологичной медицинской помощи, наименование медицинской организации, в которую пациент направляется для оказания высокотехнологичной медицинской помощи;

б) об отсутствии медицинских показаний для направления пациента
в медицинскую организацию для оказания высокотехнологичной медицинской помощи и рекомендациями по дальнейшему медицинскому наблюдению и (или) лечению пациента по профилю его заболевания;

в) о необходимости проведения дополнительного обследования (с указанием необходимого объема дополнительного обследования), диагноз заболевания (состояния), код диагноза по МКБ-10, наименование медицинской организации, в которую рекомендуется направить пациента для дополнительного обследования.

1. Протокол решения Комиссии ОУЗ оформляется в двух экземплярах, один экземпляр подлежит хранению в течение 10 лет в ОУЗ.
2. Выписка из протокола решения Комиссии ОУЗ направляется в направляющую медицинскую организацию, в том числе посредством почтовой и (или) электронной связи, а также выдается на руки пациенту (его законному представителю) по письменному заявлению или направляется пациенту (его законному представителю) посредством почтовой и (или) электронной связи.

19. Основанием для госпитализации пациента в принимающую медицинскую организацию и медицинские организации, предусмотренные в пункте 5 настоящего Порядка (далее - медицинские организации, оказывающие высокотехнологичную медицинскую помощь), является решение врачебной комиссии медицинской организации в которую направлен пациент по отбору пациентов на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, на основании заключения главного внештатного офтальмолога (далее – Врачебная комиссия медицинской организации, оказывающей высокотехнологичную медицинскую помощь).

19.1. Врачебная комиссия медицинской организации, оказывающей
высокотехнологичную медицинскую помощь, формируется руководителем
медицинской организации, оказывающей высокотехнологичную медицинскую помощь .

1. Председателем Врачебной комиссии медицинской организации, оказывающей высокотехнологичную медицинскую помощь, является руководитель медицинской организации, оказывающей высокотехнологичную медицинскую помощь или один из его заместителей.
2. Врачебная комиссии медицинской организации, оказывающей высокотехнологичную медицинскую помощь, ее состав и порядок работы утверждаются приказом руководителя медицинской организации, оказывающей высокотехнологичную медицинскую помощь.

19.2. Врачебная комиссия медицинской организации, оказывающей
высокотехнологичную медицинскую помощь, выносит решение о наличии
(об отсутствии) медицинских показаний для госпитализации пациента с учетом оказываемых медицинской организацией видов высокотехнологичной медицинской помощи в срок, не превышающий 2 рабочих дней со дня оформления на пациента Талона на оказание ВМП (за исключением случаев оказания скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи).

19.3. Решение Врачебной комиссии медицинской организации, оказывающей высокотехнологичную медицинскую помощь, оформляется протоколом, содержащим следующие сведения:

1. состав Врачебной комиссии медицинской организации, оказывающей высокотехнологичную медицинскую помощь;
2. данные пациента в соответствии с документом, удостоверяющим личность (фамилия, имя, отчество, дата рождения, данные о месте жительства (пребывания));
3. диагноз заболевания (состояния);
4. заключение Врачебной комиссии медицинской организации, оказывающей высокотехнологичную медицинскую помощь, содержащее следующую информацию:

а) о наличии медицинских показаний пациента в медицинскую организацию, оказывающую высокотехнологичную медицинскую помощь, диагноз заболевания (состояния), код диагноза по МКБ-10, код вида высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи;

6) об отсутствии медицинских показаний для госпитализации пациента
в медицинскую организацию, оказывающую высокотехнологичную медицинскую помощь с рекомендациями по дальнейшему медицинскому наблюдению (или) лечению пациента по профилю его заболевания;

в) о необходимости проведения дополнительного обследования (с указанием необходимого объема дополнительного обследования), диагноз заболевания (состояния), код диагноза по МКБ-10, с указанием медицинской организации, в которую рекомендовано направить пациента для дополнительного обследования;

г) о наличии медицинских показаний для направления пациента
в медицинскую организацию для оказания специализированной медицинской
помощи с указанием диагноза заболевания (состояния), кода диагноза по МКБ-10,медицинской организации, в которую рекомендовано направить пациента.

20. Выписка из протокола Врачебной комиссии медицинской организации, оказывающей высокотехнологичную медицинскую помощь, в течение двух рабочих дней (не позднее срока планируемой госпитализации) отсылается посредством специализированной информационной системы в направляющую медицинскую организацию и (или) ЕЦПиСП, который оформил Талон на оказание ВМП, а также выдается на руки пациенту (его законному представителю) по письменному заявлению или направляется пациенту (его законному представителю) посредством почтовой и (или) электронной связи.

1. По результатам оказания высокотехнологичной медицинской помощи медицинские организации дают рекомендации по дальнейшему наблюдению и (или) лечению и медицинской реабилитации с оформлением соответствующих записей в медицинской документации пациента.
2. Направление пациентов из числа граждан Российской Федерации, медико-санитарное обеспечение которых в соответствии с законодательством Российской Федерации относится к ведению Федерального медико-биологического агентства (далее - ФМБА России), в подведомственные ФМБА России федеральные медицинские организации для оказания высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется ФМБА России.
3. Направление пациентов из числа военнослужащих и лиц, приравненных к по медицинскому обеспечению к военнослужащим, в медицинские организации, оказывающие высокотехнологичную медицинскую помощь, осуществляется в соответствии со статьей 25 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Приложение № 2 к приказу ГАУ РС(Я) «ЯРОКБ»

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_г. №\_\_\_\_\_\_

Направление на госпитализацию для оказания высокотехнологичной медицинской помощи

(направление заполняется в печатном виде)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование федерального медицинского учреждения, куда направлен пациент)

1.Фамилия,имя,отчество\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.Адрес регистрации по месту жительства\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4.Страховое свидетельство (СНИЛС)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5.Страховая медицинская компания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № страхового медицинского полиса\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6.Место работы и должность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7.Категория льготы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8.Код диагноза основного заболевания, МКБ-10\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9.Диагноз направившей медицинской организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10.Сведения о выдаче листка нетрудоспособности медицинской организацией (№ листка нетрудоспособности, с какого по какое число выдан)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

11.Профиль Офтальмология\_

12.Наименование вида ВМП в соответствии с перечнем видов ВМП\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

13. Наименование медицинской организации, в которую направляется пациент для оказания ВМП\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Лечащий врач:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 (личная печать врача) (фамилия.имя.отчество)

Главный врач:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_Назаров А.Н.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 (фамилия.имя.отчество)

М.П.

Дата направления: «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_\_г.

Приложение № 2 к приказу ГАУ РС(Я) «ЯРОКБ»

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_г. №\_\_\_\_\_\_

Направление на госпитализацию для оказания высокотехнологичной медицинской помощи

(направление заполняется в печатном виде)

Государственное автономное учреждение РС (Я) «Якутская республиканская офтальмологическая клиническая больница»

(наименование медицинского учреждения, куда направлен пациент)

1.Фамилия,имя,отчество\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.Адрес регистрации по месту жительства\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4.Страховое свидетельство (СНИЛС)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5.Страховая медицинская компания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № страхового медицинского полиса\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6.Место работы и должность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7.Категория льготы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8.Код диагноза основного заболевания, МКБ-10\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9.Диагноз направившей медицинской организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10.Сведения о выдаче листка нетрудоспособности медицинской организацией (№ листка нетрудоспособности, с какого по какое число выдан)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

11.Профиль Офтальмология\_

12.Наименование вида ВМП в соответствии с перечнем видов ВМП

 Комплексное хирургическое лечение глаукомы, включая микроинвазивную энергетическую оптико-реконструктивную и лазерную хирургию, имплантацию различных видов дренажей.

13. Наименование медицинской организации, в которую направляется пациент для оказания ВМП\_\_\_\_ГАУ РС(Я) «ЯРОКБ»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Лечащий врач:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 (личная печать врача) (фамилия.имя.отчество)

Главный врач:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_А.Н.Назаров\_\_\_\_\_\_\_\_/

 (фамилия.имя.отчество)

М.П.

Дата направления: «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_\_г.

Приложение № 3 к приказу ГАУ РС(Я) «ЯРОКБ»

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_\_г. №\_\_\_\_\_\_

**ПРЕДСТАВЛЕНИЕ НА ВК ГАУ РС(Я)«ЯРОКБ» от «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_г.**

Прошу врачебную комиссию разрешить пациенту :

Фамилия , имя , отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Пол \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Социальный статус \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место работы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Профессия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Характеристика случая экспертизы**: выдачу первичного Л/Н -1, продление Л/Н-2, закрыть Л/Н-3, госпитализировать пациента-4, направить на консультацию-5, заменить справку на Л/Н-6, выдать Л/Н задним числом- 7,заменить испорченный Л/Н – 8, **направить на спец. лечение\_( на оказание ВМП) в ГАУ РС(Я) «ЯРОКБ»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - 9,

другое \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 10.

**Причина: по заболеванию взрослого -1**, по уходу за ребенком – 2, по уходу за взрослым -3, по санаторно-курортному лечению-4, по реабилитации-5, в связи с отпуском по беременности и родам-6, для направления на спец. лечении-7, в связи с переводом на другую работу-8, в связи с карантином – 9, по протезированию - 10, другие случаи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ -** 11.

ЛПУ (по направлению **) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_код\_\_\_\_\_\_

**№ листка нетрудоспособности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Количество дней нетрудоспособности \_\_\_\_\_дней, первичный Л/Н с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_г. по \_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_г**

**Диагноз основной:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Код (МКБ -10) \_\_\_\_\_\_ .**

Сопутствующий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_код (МКБ-10) \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Зав. поликлиникой :** В.М. Аржакова

 **Лечащий врач:**

**ПРОТОКОЛ решения ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ ГАУ РС(Я) «ЯРОКБ»**

 **№ \_\_\_\_\_\_от «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201 \_\_\_г.**

**С историей болезни, анамнезом ознакомлены**.

Предмет экспертизы: **амбулаторная карта -1,** история болезни -2, другое -3.

Выявлено при экспертизе : отклонения от стандартов : да -1, нет -2, не использовались -3

Дефекты , нарушения , ошибки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заключение экспертов:**

1 – разрешить выдачу (продление) Л/Н с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_г \_\_\_по \_\_\_\_\_\_201\_\_г.

2 – продлить Л/Н с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дней ,с \_\_\_\_\_\_\_\_201 \_\_г. по \_\_\_\_\_\_\_201\_\_г.

3 – закрыть Л/Н с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

4 – госпитализировать пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

5 – направить на консультацию в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

6- заменить справку произ. формы № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ на Л/Н задним числом с \_\_\_\_\_\_\_\_\_,

7- в виде исключения разрешено выдать Л/Н задним числом с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

8- заменить испорченный Л/Н № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**9- направить на спец. лечение в ГАУ РС(Я) «ЯРОКБ» для оказания (показано ВМП, отсутствие показаний к ВМП, дообследование, показано СМП) *(подчеркнуть),* № группа ВМП\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

10 – другое \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Отказано ( в продлении , выдаче и т.д.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Причина \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заключительный диагноз ВК: основной\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сопутствующий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код \_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Председатель ВК :**  И.И. Гаврильева

  **Зам. председателя ВК:** Н.Е.Литвинцева

 **Члены :** Т.М.Попова

 **Секретарь** Н.А.Никифорова

Приложение № 4 к приказу ГАУ РС(Я) «ЯРОКБ»

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_\_г. №\_\_\_\_\_\_

**Форма согласия на обработку персональных данных**

 В Министерство здравоохранения

 Республики Саха (Якутия)

Заявление о согласии на обработку персональных данных

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество (при наличии)

даю согласие органу исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения Республики Саха (Якутия) на обработку и использование данных, содержащихся в настоящем заявлении, с целью организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

1. Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(число, месяц, год)

1. Пол \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(женский, мужской - указать нужное)

1. Документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)

1. Адрес регистрации по месту жительства\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(почтовый адрес)

1. Адрес фактического проживания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(почтовый адрес фактического проживания, контактный телефон)

1. Наименование страховой медицинской организации, серия и номер полиса страхового медицинского обязательного страхования граждан пациента (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) (при наличии)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Сведения о законном представителе \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(почтовый адрес места жительства, пребывания, фактического проживания, телефон)

1. Дата рождения законного представителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(число, месяц, год)

1. Документ, удостоверяющий личность законного представителя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)

1. Документ, подтверждающий полномочия законного представителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)

Примечание: пункты с 8 по 11 заполняются в том случае, если заявление заполняет законный представитель гражданина Российской Федерации.

Об ответственности за достоверность представленных сведений предупрежден (предупреждена).

(нужное подчеркнуть)

На передачу лично мне сведений о дате госпитализации и иных данных по телефонам, указанным в заявлении согласен (согласна).Срок действия Заявления - один год с даты подписания.

(нужное подчеркнуть)

Подпись пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Данные, указанные в заявлении, соответствуют представленным документам.Заявление и документы пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_зарегистрированы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (№ Талона на оказание ВМП )

Принял \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата приема заявления) ( подпись специалиста)

 ----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

 (линия отреза)

**Расписка-уведомление**

Заявление и документы пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(№ Талона на оказание ВМП )

Принял \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата приема заявления) ( подпись специалиста)

Приложение № 5 к приказу ГАУ РС(Я) «ЯРОКБ»

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_\_г. №\_\_\_\_\_\_

--

**ВЫПИСКА №\_\_\_\_**

**из протокола решения Врачебной комиссии**

**ГАУ РС(Я) «Якутская республиканская офтальмологическая клиническая больница»**

от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201 \_\_ г.

Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Место работы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Должность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Диагноз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заключение комиссии: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Председатель комиссии: И.И.Гаврильева

 Зам.председателя комиссии: Н.Е.Литвинцева

 Члены комиссии: Т.П. Попова

 Секретарь Н.А.Никифорова

Приложение № 6 к приказу ГАУ РС(Я) «ЯРОКБ»

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_\_г. №\_\_\_\_\_\_

**Заключение главного внештатного офтальмолога МЗ РС (Я)**

С историей болезни, анамнезом ознакомлена.

**Фамилия, имя , отчество** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Пол \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место работы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Профессия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Характеристика случая экспертизы**:

направить на лечение (**ВМП, СМП, консультация**) (подчеркнуть)

**Причина:** по заболеванию взрослого -1, другие случаи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2.

ЛПУ (по направлению **)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Врач (Ф.И.О.) направившего ЛПУ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_код\_\_\_\_\_\_

**Диагноз основной: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**№ группы ВМП\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_код вида ВМП\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Код (МКБ -10) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Сопутствующий** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Код (МКБ-10)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Главный внештатный офтальмолог МЗ РС (Я): Е.К. Захарова**

Приложение №7

 к приказу ГАУ РС(Я) «ЯРОКБ»

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_ г. №\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Министерство здравоохранения и социального развитияРоссийской Федерации |  | Приложение 5к Приказу Минздравсоцразвития РФот 22.11.2004 № 255 |
|  |
| (наименование медицинского учреждения) |  |  |
|  |  | Медицинская документация |
|  |  | Форма № 057/у-04 |  |  |
|  |  | утверждена Приказом Минздравсоцразвития Россииот 22.11.2004 № 255 |
| (адрес) |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код ОГРН |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**НАПРАВЛЕНИЕ
на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию**

(нужное подчеркнуть)

(наименование медицинского учреждения, куда направлен пациент)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Номер страхового полиса ОМС |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 2. Код льготы |  |  |  |

3. Фамилия, имя, отчество

4. Дата рождения

5. Адрес постоянного места жительства

6. Место работы, должность

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 7. Код диагноза по МКБ |  |  |  |  |  |  |

8. Обоснование направления

Должность медицинского работника, направившего больного

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (подпись) |  | (Ф.И.О.) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Заведующий отделением |  |  |  |
|  | (подпись) |  | (Ф.И.О.) |
| “ |  | ” |  |  |  |  г. |