

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КРЫМ  
«РЕСПУБЛИКАНСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ  
БОЛЬНИЦА ИМ. Н.А. СЕМАШКО»**

**ПРИКАЗ**

22.05.2022

г. Симферополь

№ 462

**Об утверждении Порядка госпитализации и выписки больных стационара  
ГБУЗ РК «РКБ им.Н.А.Семашко»**

В соответствии с Федеральным Законом Российской Федерации от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.05.2017г. №203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи», от 07.06.2019г. №381н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности», приказа ГБУЗ РК «РКБ им.Н.А.Семашко» от 23.12.2019г. №1051 «Об организации и проведении внутреннего контроля качества и безопасности деятельности в ГБУЗ РК «РКБ им.Н.А.Семашко»

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить Порядок госпитализации и выписки больных стационара ГБУЗ РК «РКБ им.Н.А.Семашко» (приложение №1).
2. Заведующим структурными подразделениями, отделениями, поликлиниками:
  - 2.1. Ознакомить сотрудников вверенных подразделений с настоящим приказом под личную роспись.
  - 2.2. Обеспечить наличие данного приказа в «Папке заведующего отделением», «Папке старшей медицинской сестры», «Папке пациента».
3. Приказ вступает в силу с момента его издания.
4. Контроль за исполнением данного приказа возложить на начальника управления по клинико-экспертной работе Колисниченко А.И.

Главный врач

А.И.Остапенко

Н.Б.Загребельная  
Ю.А.Семёнова  
373-460

УТВЕРЖДЕНО  
приказом ГБУЗ РК  
«РКБ им.Н.А.Семашко»  
от 22.05.2022 № 462

**ПОРЯДОК  
ГОСПИТАЛИЗАЦИИ И ВЫПИСКИ БОЛЬНЫХ В СТАЦИОНАРЕ  
ГБУЗ РК «РКБ им.Н.А.СЕМАШКО»**

**I. Прием больных в стационар.**

1. Плановая стационарная специализированная, в т.ч. высокотехнологичная медицинская помощь больным оказывается в ГБУЗ РК «РКБ им.Н.А.Семашко» (далее – больница) в специализированных отделениях в соответствии с профильным «Положением об отделении», на основании утвержденных порядков, штатных нормативов, стандартов оснащения и оказания профильной специализированной медицинской помощи.

2. Госпитализация граждан в больницу для оказания стационарной (в т.ч. высокотехнологичной) медицинской помощи осуществляется в соответствии с действующим законодательством в сфере здравоохранения, постановлениями Правительства РФ, приказами федеральных органов исполнительной власти в сфере здравоохранения, программой Государственных гарантий оказания медицинской помощи гражданам Российской Федерации и Республики Крым, Уставом больницы, настоящим Порядком.

3. Для получения специализированной стационарной медицинской помощи в плановой форме выбор медицинской организации осуществляется по направлению специалиста амбулаторного звена, врача. В случае, если в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи принимают участие несколько медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по соответствующему профилю, лечащий врач обязан проинформировать гражданина о возможности выбора медицинской организации с учетом выполнения условий оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

4. В стационар больницы госпитализируются пациенты, требующие квалифицированного обследования, лечения и круглосуточного наблюдения медицинским персоналом в специализированных стационарных условиях в соответствии с утвержденными порядками организации специализированной помощи, согласно действующей маршрутизации пациентов данного профиля.

5. Показания для госпитализации в профильные отделения определяются приказами МЗ РФ, МЗ РК, регламентирующими порядок организации и оказания специализированной медицинской помощи населению.

6. Плановая госпитализация пациентов за счет средств ОМС осуществляется при предъявлении полиса ОМС.

7. Иностранным гражданам, временно пребывающим или проживающим в РФ, медицинская помощь оказывается в соответствии с Правилами оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории РФ, утвержденными постановлением Правительства РФ от 06.03.2013г. №186 «Об утверждении Правил оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории РФ».

8. Иностранцы граждане госпитализируются в плановом порядке после заключения договора о порядке предоставления платных услуг.

9. Экстренная медицинская помощь оказывается в больнице безотлагательно и бесплатно.

Отсутствие страхового полиса, направления и документов, удостоверяющих личность пациента, не является причиной отказа от оказания экстренной помощи, в т.ч. госпитализации по экстренным показаниям.

Отказ в оказании медицинской помощи в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и взимание платы за ее оказание в больнице не допускаются.

10. Госпитализация осуществляется:

- по направлениям медицинских организаций (далее – МО) ф.№057/у-4 «Направление на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию» (далее – Направление) городов и районов Республики Крым, других МО Российской Федерации, республиканских МО, военкоматов;

- по направлению скорой медицинской помощи (далее – СМП) на основании «Сопроводительного листа станции (отделения) скорой медицинской помощи» ф.№114/у (далее – СЛ);

- путем перевода пациентов из других МО по линии ГБУЗ РК «Крымский республиканский центр медицины катастроф и скорой медицинской помощи»;

- в случае самостоятельного обращения пациентов в больницу при наличии показаний для госпитализации (после осмотра дежурного врача приемного отделения).

11. Госпитализация пациентов планируется через консультативные поликлиники и проводится приемными отделениями больницы. Учет плановой госпитализации ведется у профильных специалистов в поликлинике.

12. Пациенты, обратившиеся в поликлиники больницы и имеющие Направление могут предварительно записаться на консультацию в регистратуре:

- при личном посещении (при предъявлении Направления);
- по телефону (с предъявлением Направления в день приема);
- при наличии технической возможности – посредством сети «Интернет».

13. Прием пациентов в поликлиниках осуществляется с обязательным оформлением «Медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» (ф.№025/у) (далее – Амбулаторная карта). Карта хранится в регистратуре поликлиники.

14. При наличии Направления пациент получает талон в регистратуре и направляется к профильному специалисту, который осматривает его, устанавливает диагноз, определяет показания для плановой госпитализации, её дату, необходимый объем догоспитального обследования, в т.ч. консультации смежных специалистов (который должен быть проведен в МО по месту жительства), в соответствии с утвержденными протоколами и маршрутами по конкретной нозологии.

15. Срок ожидания плановой госпитализации для оказания специализированной (кроме высокотехнологичной) медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационаров не должен превышать сроки, установленные Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Крым.

16. Абсолютные показания к госпитализации:

- угроза жизни больного, в т.ч. при острой (экстренной) хирургической патологии;

- состояние больного, требующее неотложных лечебно-диагностических мероприятий и (или) круглосуточного наблюдения.

17. Общие критерии отбора больных для плановой госпитализации в круглосуточный стационар:

- невозможность проведения лечебных мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях;

- невозможность проведения диагностических мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях;

- состояние больного, требующее круглосуточного наблюдения в связи с возможностью развития осложнений основного заболевания, угрожающих жизни больного;

- необходимость постоянного врачебного наблюдения;

- необходимость круглосуточного выполнения лечебных процедур;

- осложненная беременность и роды;

- неэффективность амбулаторного лечения.

18. Прием пациентов на плановую госпитализацию в больницу осуществляется приемными отделениями (основным, СП ДЦ, СП ПЦ, СП КД, СП МОЦ) в назначенные дни с 8.00 до 16.00.

Пациентам необходимо иметь при себе:

- направление;

- ксерокопию паспорта или другого документа, удостоверяющего личность;

- ксерокопию полиса обязательного медицинского страхования (ДМС, договора о предоставлении платных услуг);

- ксерокопию СНИЛСа;

- выписку из истории болезни (амбулаторной карты), которая должна содержать сведения об анамнезе и динамике заболевания, проведенном обследовании, лечении, его результатах о продолжительности временной нетрудоспособности на догоспитальном этапе (с учетом рекомендаций врачей консультантов поликлиник больницы).

19. В назначенный день плановой госпитализации пациенты обращаются непосредственно в приемное отделение соответствующего СП по структурной принадлежности отделения.

20. При наличии показаний для экстренной госпитализации пациент с консультативного приёма в поликлинике госпитализируется в профильное отделение, через приёмное отделение, в установленном порядке. Все случаи экстренной госпитализации заведующий поликлиникой согласовывает с заместителем главного врача по амбулаторно-поликлинической работе и заведующим профильным отделением.

21. Если тяжесть состояния больного или диагностические возможности не позволяют провести необходимые диагностические мероприятия в поликлинике, пациент доставляется в основное приемное отделение, где одновременно проводится соответствующий объем диагностических и лечебных мероприятий, принимается окончательное решение о госпитализации больного в профильное отделение больницы либо другой МО, определяется порядок транспортировки. Каждый такой случай согласовывается заведующим поликлиникой с заведующим приемным отделением.

22. При обращении пациента в поликлинику без направления (самообращение) или без соответствующего догоспитального обследования, он осматривается врачом-специалистом поликлиники. Врач устанавливает предварительный диагноз, определяет необходимый объем диагностических мероприятий и консультаций смежных специалистов. Госпитализация данных пациентов осуществляется в соответствии с установленным порядком, после проведенного дообследования.

23. После завершения консультативного осмотра в поликлинике, пациенту выдается «Консультативное заключение специалиста».

24. Учитывая крайне ограниченные территориальные возможности основного приемного отделения, поток поступающих «плановых» и «экстренных» больных разграничен, их прием и оформление проводятся в отдельных помещениях с соблюдением необходимого взаимодействия.

## **25. Маршрут госпитализации пациентов в СП ДЦ:**

25.1. В терапевтическое отделение СП ДЦ при наличии показаний госпитализируются пациенты следующих категорий:

- прикрепленное территориальное население участка обслуживания поликлиники СП ДЦ (в т.ч. прикрепленные сотрудники больницы);
- государственные служащие I-IV категории, прикрепленные к обслуживанию поликлиники СП ДЦ;
- пациенты из других МО Крыма, имеющие Направление.

Участковый терапевт планирует дату госпитализации, которую согласовывает с заведующим поликлиникой и заведующим терапевтическим отделением, обеспечивает выполнение необходимого объема догоспитального обследования.

25.2. В случае необходимости плановой или экстренной госпитализации в другие отделения больницы, пациенты, по показаниям, консультируются профильными специалистами поликлиник больницы и направляются в стационар в установленном порядке.

25.3.В назначенный день пациент с Направлением, обращается в приемное отделение СП ДЦ (в случае госпитализации в терапевтическое отделение) или в другое приемное отделение больницы (в случае госпитализации в другие отделения), где в установленном порядке оформляется ф.№003/у (далее – история болезни). Факт госпитализации фиксируется в ф.№001/у соответствующего СП.

25.4.В нерабочее время вопрос о госпитализации больных в терапевтическое отделение СП ДЦ решается дежурным врачом основного приемного отделения.

## **26. Маршрут госпитализации пациентов в СП КД:**

26.1.Пациенты, имеющие Направление и обратившиеся в СП КД в плановом порядке для консультативной помощи осматриваются врачом-кардиологом поликлиники СП КД, который принимает решение о дате плановой госпитализации в отделения СП КД.

26.2.При наличии показаний для экстренной госпитализации пациент осматривается врачом-кардиологом поликлиники СП КД и (или) дежурным врачом СП КД, после чего госпитализируется в соответствующее отделение. Функции дежурного врача приемного отделения выполняет дежурный врач-кардиолог СП КД, при необходимости привлекается дежурный врач-анестезиолог этого подразделения.

26.3.Больные с ОКС госпитализируются в соответствии с утвержденным маршрутом.

26.4.При обращении пациентов без направления (самообращение) и/или без догоспитального обследования, врач-кардиолог поликлиники СП КД (или дежурный врач-кардиолог основного приемного отделения больницы) осматривает пациента, проводит необходимый объем диагностических исследований, с учетом тяжести состояния больного, устанавливает предварительный диагноз, после чего принимает решение о дальнейшем месте лечения, дает соответствующие рекомендации. При наличии экстренных показаний пациент госпитализируется.

26.5.Если пациент самостоятельно обратился в приемное отделение СП КД, оказание необходимой помощи проводится в приемном отделении СП КД и фиксируется в журнале ф.№001/у этого подразделения.

26.6.В случае отказа больного от госпитализации в приемном отделении, данная информация вносится в журнал ф.№001/у. Письменный отказ установленного образца, оформленный пациентом или его законным представителем, вклеивается в амбулаторную карту приемного отделения.

## **27. Маршрут госпитализации пациентов в СП ПЦ.**

27.1.Пациентки, обратившиеся в СП ПЦ в плановом порядке при наличии Направления осматриваются врачом консультативно-диагностической поликлиники, который принимает решение о дате плановой госпитализации.

27.2.При наличии показаний для экстренной госпитализации, после осмотра врача консультативно-диагностической поликлиники, пациентка направляется в стационар.

27.3. При самостоятельном обращении пациентки без направления и/или соответствующего догоспитального обследования, врач консультативно-диагностической поликлиники осматривает её, проводит возможный объем диагностических исследований (с учетом степени тяжести состояния пациентки), устанавливает диагноз, после чего принимает решение о дальнейшем месте лечения и дает рекомендации. При наличии показаний пациентка госпитализируется в отделения СП ПЦ в плановом или экстренном порядке.

27.4. О случаях госпитализации, предусмотренных п.п. 27.2 и 27.3. информируется заведующий СП ПЦ.

27.5. В нерабочее время вопрос о госпитализации женщин в отделения СП ПЦ решается дежурным врачом, который вызывается в приемное отделение из отделения по профилю.

27.6. При госпитализации пациентки в гинекологическое отделение в приемном отделении СП ПЦ дежурная акушерка оформляет ф. №003/у «Медицинская карта стационарного больного» или ф. №003-1/у «Медицинская карта прерывания беременности», которые регистрируются в ф. №001/у, измеряет рост, вес, температуру, проводит осмотр на педикулез и санитарную обработку, после чего пациентка направляется в отделение.

27.7. При госпитализации беременных в акушерское отделение дежурная акушерка приемного отделения оформляет ф. №096/у «История родов», которая регистрируется в «Журнале учета приема беременных, рожениц и родильниц» (ф. №002/у), измеряет рост, вес, температуру, акушерские параметры таза, проводит осмотр на педикулез и санитарную обработку после чего пациентка направляется в отделение.

## **28. Маршрут госпитализации пациентов в СП МОЦ.**

28.1. Госпитализация плановых и экстренных больных в отделения СП МОЦ осуществляется в приемном отделении СП МОЦ.

Медицинская карта стационарного больного регистрируется в «Журнале учета приема больных и отказов в госпитализации» (ф. 001/у).

29. Решение о госпитализации пациентов:

- в диагностически сложных случаях;
- в конфликтных и спорных ситуациях (в т.ч. в случае отказа пациента, либо его законных представителей лечиться в условиях стационара по месту жительства, либо настоятельном желании лечиться в условиях стационарных отделений больницы);
- в других сложных случаях организационного порядка – принимает дежурный врач приёмного отделения совместно с заведующим приёмным отделением СП МОЦ и заведующим СМ МОЦ.

Во внерабочее время это решение принимает дежурный врач основного приемного отделения, выполняющий функцию дежурного администратора.

30. Плановая госпитализация военнослужащих (в т.ч. срочной службы) проводится в установленном порядке при наличии Направления из воинской части, госпиталя и договора с больницей об оказании соответствующих его вида услуг.

31. Плановая госпитализация пациентов, прикрепленных к ведомственным МО (поликлиника ФСБ, МВД, МЧС и т.д.), проводится в установленном порядке при наличии Направления из указанной МО и договора с больницей об оказании соответствующего вида услуг.

32. Госпитализация лиц, направляемых комиссией Объединенного городского и Республиканского военкоматов, проводится в установленном порядке при наличии Направления и бланка «Акта» установленного образца.

33. Порядок госпитализации в больницу лиц, в отношении которых осуществляется государственная охрана, определяется соответствующим приказом.

34. В случае экстренной госпитализации больных по линии ГБУЗ РК «Крымский республиканский центр медицины катастроф и скорой медицинской помощи» в любое из отделений больницы врач (фельдшер) бригады скорой медицинской помощи, доставивший пациента, должен сдать заполненный СЛ дежурному врачу приемного отделения (дежурному врачу СП), который вносит его в Историю болезни.

35. В случае самообращения больного в основное приемное отделение или приемные отделения СП, при наличии показаний для госпитализации, ф.№003/у оформляется дежурным врачом приемного отделения, который делает запись об осмотре, указывает предварительный диагноз, вносит осмотры консультантов, объем проведенных в приемном отделении обследований и лечебных мероприятий, а также результаты достационарного обследования и лечения (при наличии их на руках у пациента).

36. Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства в приемном отделении является дача гражданином (или его законным представителем) письменного информированного добровольного согласия (отказа) на медицинское вмешательство, на основании предоставленной дежурным врачом в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

В случае плановой госпитализации – первичный осмотр и запись его в истории болезни проводит лечащий врач профильного отделения.

37. Медицинское вмешательство без согласия гражданина (или его законного представителя) допускается:

1) если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека, а его состояние не позволяет выразить свою волю и отсутствуют законные представители;

2) в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих;

3) в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами;

4) в отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния (преступления);

38. Решение о медицинском вмешательстве без согласия гражданина (или его законного представителя) принимается консилиумом врачей (в состав которого могут входить заведующий и дежурный врач приемного отделения, заведующий и дежурный врач профильного отделения).

39. Дежурный врач оформляет информированное добровольное согласие (отказ) на все виды лечебно-диагностических мероприятий, проводимые в приемном отделении, ИДС на обработку персональных данных, ИДС на врачебную тайну.

40. В случае отказа в госпитализации больным, обратившимся в приемные отделения больницы, дежурный врач приемного отделения проводит необходимый объем лечебно-диагностических мероприятий и делает запись в соответствующей графе ф. №001/у.

Причинами отказа в госпитализации могут быть:

- отсутствие медицинских показаний к госпитализации в целом или в МО III уровня оказания медицинской помощи (в т.ч. и с учетом утвержденных маршрутов по специализированному профилю медицинской помощи);
- наличие противопоказаний (инфекционные болезни, острые психические расстройства и т.д.);
- наличие показаний для госпитализации больного в другую МО, отсутствие профильного отделения в структуре больницы.

41. В случае наличия показаний для госпитализации, но при отказе больного, дежурный врач приемного отделения должен разъяснить ему (его законным представителям) риск возможных последствий и осложнений, связанных с отказом, оформить письменный отказ от госпитализации в утвержденной в больнице форме «Отказа», заверить подписью больного (или его законных представителей) и сделать запись в соответствующей графе журнала ф. №001/у. Бланк «Отказа» вносится в первичную медицинскую документацию, заполняемую в приемном отделении. Несмотря на отказ от госпитализации, дежурный врач обязан оказать больному необходимую медицинскую помощь, дать соответствующие рекомендации относительно дальнейшей тактики обследования, лечения и наблюдения.

42. Во всех случаях отказа от госпитализации больному на руки выдается справка утвержденного образца о факте обращения (отражающая дату и время обращения, состояние на момент осмотра в приемном отделении, результаты проведенных исследований и консультативных осмотров, диагноз, объем оказанной медицинской помощи, причина отказа, рекомендации относительно дальнейшего обследования, наблюдения, лечения), заверенная подписью дежурного врача с указанием его ФИО и личной печатью.

43. В случае госпитализации пациентов через приемные отделения, дежурной медицинской сестрой оформляется ф. №003/у и заполняются разделы №№1-16 титульного листа. Паспортная часть заполняется на основании паспорта или другого документа (с его указанием), удостоверяющего личность больного. Кроме того, в медицинской карте должны быть указаны вес, рост, температура тела, артериальное давление, результаты осмотра на педикулез, чесотку, сведения о наличии ценных вещей (при необходимости).

44. При оформлении Истории болезни в нее обязательно вклеиваются ф.№114/у, ф.№057/у, копии паспорта, СНИЛСа, полиса ОМС (ДМС, договора об оказании платных услуг).

45. Если пациент доставлен в больницу родственниками/сопровождающими лицами без сознания или с выраженным нарушением витальных функций, препятствующих непосредственному контакту с ним, либо при отсутствии документов, удостоверяющих личность, полиса ОМС (ДМС), СНИЛСа – паспортная часть ф.№003/у заполняется со слов родственников (сопровождающих), при этом делается отметка «Со слов родственников или сопровождавшего больного лица». Указываются паспортные данные родственников/сопровождающих лиц и контактные телефоны. В таком случае лечащий врач профильного отделения обязан провести идентификацию пациента в соответствии с установленным в больнице порядком.

46. При невозможности получения сведений о больном и отсутствии у пациента документов, удостоверяющих личность, в Истории болезни делается запись «неизвестный», при первичном осмотре, в дневниковой записи детально описываются внешние, в т.ч. особые приметы одежды и вещи больного. Если пациента доставили посторонние лица – их паспортные данные и контактные телефоны. Данные о «неизвестном» сообщаются в районный отдел полиции дежурным терапевтом приемного отделения в установленном порядке.

47. Сведения о госпитализированном больном регистрируются в ф.№001/у в соответствии с требованиями по ее заполнению. С учетом территориальной разобщенности СП и отсутствия возможности ведения единой ф.№001/у – в каждом СП ведется свой Журнал ф.№001/у: – в основном приемном отделении ф.№001/у; СП КД – ф.№001/у/К; СП ДЦ – ф.№0001/у/Д; СП ПЦ – ф.№001/у/П; СП МОЦ – ф.№001/у/О.

48. Вопрос о необходимости санитарной обработки больного в приемном отделении решает дежурный врач приемного отделения. Санитарная обработка проводится под руководством дежурной медицинской сестры приемного отделения, о чем делается отметка в Истории болезни.

49. При поступлении в приемное отделение пациента, у которого на момент обращения подозревается инфекционное заболевание, он изолируется, вызывается консультант-инфекционист, в случае подтверждения диагноза дежурная медицинская сестра заполняет «Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку» (ф. №058/у), которое регистрируется и подается в установленном порядке.

Вещи больного, одежда персонала, помещение приемного отделения подлежат санитарной обработке в соответствии с действующими нормативными документами.

50. У всех потерпевших, доставленных в приемное отделение с травмами криминального и производственного характера, обязательно должны быть взяты анализы на содержание в крови алкоголя, наркотических и психотропных веществ, согласно порядка освидетельствования, регламентированного в соответствующем приказе. Обследование организует дежурный врач приемного отделения.

51. В случае обращения в приемные отделения пациентов, пострадавших в результате криминальных ситуаций, дежурный врач приемного отделения подает телефонограмму-извещение в районные отделы полиции в установленном порядке согласно действующему приказу.

52. Дежурный врач приемного отделения определяет вид транспортировки больного из приемного отделения в отделение стационара и вносит в запись первичного осмотра в истории болезни. Дежурная медицинская сестра приемного отделения обеспечивает транспортировку госпитализированных больных в отделения стационара. С учетом тяжести состояния (самостоятельно, на каталке, кресле-каталке, санитарным автотранспортом) сопровождает их и передает дежурному врачу (медицинской сестре) отделения.

53. Документы, личные и ценные вещи больных, поступающих через приемное отделение без сознания или с выраженными нарушениями витальных функций, сдаются на хранение в комнату хранения вещей приемного отделения с записью в истории болезни (и в соответствующем журнале), заверенной дежурным медицинским персоналом приемного отделения.

54. В случае, если при доставке пациента в приемные отделения бригадой скорой медицинской помощи или путем самообращения наступила его смерть, она констатируется дежурным врачом приемного отделения. Обо всех случаях немедленно информируется заведующий СП, заместитель главного врача больницы по медицинской части, хирургической помощи. Телефонограмма направляется в районный отдел полиции.

55. При поступлении больных в больницу путем перевода по линии ГБУЗ РК «Крымский республиканский центр медицины катастроф и скорой медицинской помощи» они доставляются в приемные отделения. Пациенты, находящиеся в крайне тяжелом состоянии в отдельных случаях могут быть госпитализированы непосредственно в отделения анестезиологии-реанимации, минуя приемное отделение.

Лечащий (дежурный) врач любого из отделений, принимающий такого больного, обязан проконтролировать наличие соответствующих сопроводительных медицинских документов (направления, копии паспорта, полиса и СНИЛСа, выписного эпикриза из МО, откуда доставлен больной) и наличие в Истории болезни записи профильных специалистов бригады ГБУЗ РК «Крымский республиканский центр медицины катастроф и скорой медицинской помощи», доставивших пациента. История болезни оформляется в установленном порядке приемным отделением, регистрируется в ф. №001/у и передается в отделение.

56. Дежурный персонал отделений стационара обеспечивает соблюдение принципов лечебно-охранительного режима, проведение дополнительной санитарной обработки (при необходимости), своевременное размещение пациента в палате, организацию и проведение соответствующих лечебно-диагностических мероприятий.

57. Прием плановых и экстренных больных в профильном отделении стационара осуществляется дежурной постовой медицинской сестрой, которая при поступлении пациента в отделение:

- сверяет данные паспорта полиса ОМС (ДМС, договора о предоставлении платных услуг), СНИЛСа на титульном листе Истории болезни с представленными оригиналами указанных документов, контролирует наличие их ксерокопий, а также наличие Направления (СЛ) и вносит их в историю болезни;

- знакомит пациента с Правилами внутреннего распорядка для пациентов и посетителей в ГБУЗ РК «РКБ им.Н.А.Семашко», информации, находящейся в «Папке пациента»;

- регистрирует историю болезни в «Журнале движения больных в отделении»;

- заполняет ф.№066/у «Статистическая карта, выбывшего из медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях» (с п. 1 по 17), оформляет температурный лист, лист назначений (ФИО, № палаты);

- проводит осмотр на педикулез, чесотку, в случае необходимости - дополнительную санитарную обработку;

- измеряет рост, вес, температуру и вносит указанные данные в Историю болезни (если соответствующие измерения не проводились в приемном отделении);

- после осмотра врача и определения плана обследования организует сбор и доставку анализов в лабораторию, проводит необходимую подготовку к диагностическим инструментальным исследованиям и выполняет другие назначения согласно листа назначений и своих должностных инструкций.

58. При необходимости дополнительная санитарная обработка поступающих пациентов проводится непосредственно в отделении.

59. В отдельных случаях документы и ценные вещи больных, находящихся в тяжелом состоянии, могут быть переданы на хранение старшей медсестре отделения (или сестре хозяйке) с оформлением соответствующей записи в Истории болезни и «Тетради учета хранения документов и ценных вещей больных», заверенной подписью больного (или его доверенного лица), лечащего врача и старшей медсестры (сестры хозяйки).

60. При госпитализации плановых больных в рабочее время, первичный осмотр пациентов проводится лечащим врачом (во вне рабочее время – дежурным врачом) в день госпитализации, о чем делается запись совместного осмотра в Истории болезни, заверенная подписями указанных лиц.

61. Лечащий врач:

- выясняет причину и сроки временной нетрудоспособности пациента за последние 12 мес., сведения об отпусках и контролирует заполнение пациентом листа страхового (экспертного) анамнеза (для работающих больных), проводит сбор жалоб, анамнеза;

- осматривает пациента, устанавливает предварительный диагноз;

- знакомит пациента с предварительно установленным диагнозом, планом обследования, лечения, возможными осложнениями в процессе их проведения и оформляет утвержденные формы «Согласия» («Отказа») на медицинское вмешательство, на обработку персональных данных (в случае его отсутствия), на

предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, заверенные подписью пациента (или его доверенного лица);

- в случае проведения дополнительных лечебно-диагностических манипуляций, операции, необходимость в которых возникла в период пребывания больного в стационаре, дополнительно отдельно письменное «Согласие» («Отказ») установленной формы на каждую конкретную манипуляцию (операцию), заверенное подписью пациента (его законного представителя);

- при планировании проведения гемотрансфузии, анестезии, оперативного вмешательства лечащий врач/врач анестезиолог разъясняет пациенту (его законным представителем) необходимость и порядок их проведения, пользу и риск указанных операций (манипуляций), оформляет соответствующее «Согласие» («Отказ») пациента (его доверенного лица) установленной формы, заверенные подписью больного (или его доверенного лица);

- ведет первичную учетную медицинскую документацию в соответствии с требованиями по ее заполнению.

62. Заведующий профильным отделением (в нерабочее время – дежурный врач отделения) обязаны организовать оповещение родственников пациента о его госпитализации в следующих случаях:

- госпитализации в больницу ребенка до 18-ти лет без сопровождения родных;
- госпитализации больного, доставленного в больницу бригадой СМП вследствие несчастного случая, внезапного (острого) заболевания;
- госпитализации больного, находящегося без сознания;
- госпитализации больного в состоянии, угрожающем жизни;
- необходимости в переводе больного в другое лечебное учреждение;
- смерти больного.

63. Сообщение о факте госпитализации пациента осуществляется по телефону (при наличии контактного номера) или путем направления телеграммы, подписанной заведующим отделением и заверенной заместителем главного врача по медицинской части, хирургической помощи по адресу, указанному в паспорте больного, либо по иному адресу (при наличии адреса родственников или сведений об их проживании, полученных от пациента). Сведения о факте госпитализации «неизвестных» направляются дежурным врачом в районный отдел полиции в установленном порядке.

64. При отсутствии указанной информации телеграмма направляется в адрес главного врача (заведующего) городской/районной поликлиники по месту прописки пациента (или по предполагаемому адресу - в случае отсутствия документов).

65. Сведения об оповещении о факте госпитализации больного вносятся в историю болезни пациента лечащим врачом.

66. Переводы больных между отделениями внутри СП КД, СП ДЦ, СП ПЦ, СП МОЦ и других отделений больницы осуществляются по согласованию с заведующими отделениями и заведующими СП.

## II. Выписка больных из стационара.

1. Выписка больного из стационара проводится лечащим врачом по согласованию с заведующим отделением после завершения курса лечения в случае:

- достижения положительных результатов лечения согласно протоколов (стандартов) оказания специализированной помощи в отделении соответствующего профиля;
- наличия показаний для направления больного для обследования и лечения в другие специализированные МО (в т.ч. по линии ВМП, СМП);
- наличия показаний для перевода больного на долечивание или реабилитацию в стационар другой МО (в том числе по месту жительства);
- наличия показаний для продолжения лечения и наблюдения в амбулаторных условиях;
- досрочно – при нарушении больничного режима (если выписка не угрожает жизни и здоровью пациента), по настоянию больного (с письменным оформлением отказа в установленной форме);
- в случае смерти больного.

2. Лечащий врач обязан предварительно подготовить больного к выписке, дать ему необходимые лечебно-профилактические рекомендации относительно режима труда, отдыха, диеты, амбулаторного наблюдения и лечения, выдать «Выписку из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного» (ф. № 027/у) или направить ее в поликлинику по месту жительства через канцелярию больницы, а также оформить в установленном порядке и выдать документы, удостоверяющие временную нетрудоспособность.

3. Вид документа, удостоверяющего временную нетрудоспособность и порядок его выдачи определяются действующими приказами по ЭВН.

4. Лицам, направленным в стационар по линии РВК, выдается на руки выписка. «Акт» утвержденного образца заполняется и направляется в адрес РВК по почте через канцелярию больницы в установленном порядке.

5. Выписка больного до окончания лечения, по требованию самого пациента (или его законного представителя), проводится на основании его письменного отказа от дальнейшего лечения, оформленного в установленном порядке. Лечащий врач обязан проинформировать пациента (его законного представителя) о возможных осложнениях и последствиях такого решения. Отказ от дальнейшего лечения вклеивается в медицинскую карту стационарного больного. В заключительной дневниковой записи и в выписном эпикризе делаются соответствующие записи. Выписка такого пациента согласовывается лечащим врачом с заведующим профильного отделения, а при необходимости, с курирующим заместителем главного врача.

6. Выписка больного из отделения за грубое нарушение правил больничного режима проводится лечащим врачом совместно с заведующим отделением, с предварительным информированием о таком случае заведующего СП и/или курирующего заместителя главного врача. В медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, делается соответствующая запись. При этом обязательно учитывается состояние больного,

динамика течения его заболевания и возможность продолжения лечения в амбулаторных или стационарных условиях по месту жительства. В истории болезни, выписке (ф.№027/у) и документах, удостоверяющих временную нетрудоспособность, делается соответствующая отметка. Возможные причины досрочной выписки определены в «Правилах внутреннего распорядка для пациентов и посетителей».

7. Старшая медицинская сестра отделения должна подготовить соответствующую документацию и заранее известить родственников больного о времени его выписки, если он не может по каким-либо причинам сделать это самостоятельно.

8. При выписке (смерти) больного или переводе его для дальнейшего лечения в другую МО лечащий врач оформляет выписной (а в случае смерти – посмертный) эпикриз. На основании данных медицинской карты заполняется ф.№066/у, которая вместе с историей болезни сдается в день выписки (перевода, смерти) в кабинет медицинской статистики.

9. Перевод пациента в другую медицинскую организацию или внутри больницы осуществляется в соответствии с приказом ГБУЗ РК «РКБ им.Н.А.Семашко» от 05.03.2020г. №215 «Организация перевода пациента в рамках одной медицинской организации и трансфер в другие медицинские организации из ГБУЗ РК «РКБ им.Н.А.Семашко».

10. В случае смерти больного в приемном отделении, дежурный врач приемного отделения обязан зафиксировать в истории болезни обстоятельства обращения (доставки) пациента, его состояние, оказанный объем медицинской помощи, проведенные реанимационные мероприятия, факт констатации смерти, заключительный диагноз.

Факт констатации смерти и оформление соответствующего «Акта» оформляет врач, оказывающий реанимационные мероприятия и констатировавший смерть.

11. В случае смерти больного в отделении круглосуточного стационара лечащий врач (в выходные и праздничные дни, в нерабочее время – дежурный врач отделения), врач-анестезиолог-реаниматолог (при пребывании пациента в отделении анестезиологии-реаниматологии) обязан:

- передать рапорт в основное приемное отделение (отделение, дата и время смерти, ФИО, номер истории болезни, диагноз);

- известить родственников больного (доверенного лица) в течение 2-х часов с момента констатации смерти по контактными телефонам (адресу), отразить это в истории болезни;

- оформить посмертный эпикриз, в котором указывается дата, предварительный диагноз и динамику состояния больного за время пребывания в стационаре, объем проведенных лечебно-диагностических мероприятий, консультации смежных специалистов, коррекция лечения, подробно описывается начало, возможные причины и дальнейшее развитие ухудшения состояния, дополнительно проведенные лечебно-диагностические мероприятия, в т.ч. реанимационные, обстоятельства при которых наступила смерть больного, заключительный клинический диагноз, код по МКБ-Х, указывает перечень вопросов, на который следует обратить внимание при проведении патологоанатомического вскрытия;

– оформить историю болезни (ф.№003/у, ф.№003-1/у, ф.№096/у) и организовать доставку из отделения тела умершего в патологоанатомическое отделение или бюро СМЭ не ранее, чем через 2 часа после констатации смерти в соответствии с требованиями «Порядка проведения патологоанатомического вскрытия», утвержденного соответствующим приказом по больнице.

12. После проведения патологоанатомического или судебно-медицинского вскрытия родственникам больного при предъявлении его паспорта выдается на руки «Медицинское свидетельство о смерти» (ф.№106/у-08), которое оформляется врачом – патологоанатомом (судебным медиком) или лечащим врачом (при отсутствии вскрытия) в установленном порядке в соответствии с существующей инструкцией и действующим приказом по больнице.

13. Вся информация о поступивших, переведенных и выписанных больных ежедневно отражается в ф.007/у «Листок ежедневного учета движения больных и коечного фонда стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении» и передается в кабинет статистики.

14. После завершения стационарного лечения и выписки больного информация о нем вносится в соответствующие разделы ф.001/у (медицинским статистиком – для больных, выписанных из стационарных отделений основной территории больницы, старшими медицинскими сестрами в СП КД, СП ДЦ, СП ПЦ, СП МОЦ).

### **15. Порядок выписки из СП ПЦ:**

15.1. При выписке пациентки из гинекологического отделения, ей выдается «Выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного» (ф.№027/у).

15.2. При выписке родильницы и новорожденного из акушерского отделения лечащий врач вносит соответствующую отметку в «Историю родов» (ф.№096/у) и «Обменную карту родильного дома, родильного отделения больницы (сведения женской консультации о беременной)» (талон №2 ф.№113/у), которая передается родильницей в женскую консультацию по месту жительства.

15.3. Сведения о новорожденном в день выписки по телефону передаются в детскую поликлинику по месту жительства родильницы, о чем делается соответствующая запись журнале переданных телефонограмм.

15.4. В случае осложненных родов информация о новорожденном и родильнице в день выписки по телефону передается ответственным лицом в детскую поликлинику (по месту жительства) и женскую консультацию (по месту наблюдения женщины во время беременности).

15.5. Лечащим врачом заполняется и выдается родителям новорожденного талон №3 ф.№113/у «Сведения родильного дома, родильного отделения о новорожденном», а так же «Медицинское свидетельство о рождении» (ф.№103/у-8). Запись о выдаче, номер свидетельства, дата выдачи и подпись родителя, получившего документ, вносится в «Карту развития новорожденного» (ф.№097/у).

15.6. Документы, удостоверяющие временную нетрудоспособность пациенток, выдаются в установленном порядке.

15.7.В случае смерти пациенток, женщин вследствие акушерских осложнений беременности, родов или послеродового периода:

- вскрытие тел умерших проводится в централизованном патологоанатомическом отделении ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко» главным внештатным патологоанатомом МЗ РК (в его отсутствие – дублером) в установленном порядке;

- «Медицинское свидетельство о смерти» (ф.№106/у-08) заполняется патологоанатомом в день вскрытия с учетом результатов вскрытия, данных медицинской документации («Медицинская карта стационарного больного» (ф.№003/у), «Медицинская карта прерывания беременности» (ф.№003-1/у), «История родов» (ф.№096/у)). После вскрытия патологоанатомом делаются соответствующие отметки в графах указанных медицинских документов и «Медицинское свидетельство о смерти» выдается родственникам на руки.

15.8.В случае мертворождения или смерти новорожденного в перинатальном периоде:

15.8.1.Вскрытие плодов и умерших новорожденных проводится в централизованном патологоанатомическом отделении ГБУЗ РК «Республиканская детская клиническая больница».

15.8.2.«Медицинское свидетельство о перинатальной смерти» (ф.№106-2/у-08) заполняется патологоанатомом в день вскрытия с учетом данных медицинской документации: «История родов» (ф.№096/у), «Карта развития новорожденного» (ф.№097/у).

15.8.3.После вскрытия и заполнения свидетельство передается в СП ПЦ. Номер свидетельства и причина, которая указана в ф.№106-2/у-08, вносится лечащим врачом в «Карту развития новорожденного» (ф.№097/у), а в случае мертворождения – в «Историю родов» (ф.№096/у) в соответствующие графы.

16.В случае мертворождения или смерти новорожденного в первые 168 часов после рождения:

16.1.Решение о проведении вскрытия принимается главным врачом при отсутствии – заместителем по медицинской части с соответствующей резолюцией на заявлении и на «Истории родов»;

16.2.Родителям выдается «Медицинское свидетельство о перинатальной смерти» (ф.№106-2/у-08), которое заполняется лечащим врачом на основании данных медицинской документации.

17.Регистрация в органах ЗАГСа в случае мертворождения или смерти новорожденного (независимо от вскрытия) проводится в 3-х дневный срок, ответственным лицом, назначенным приказом по больнице:

17.1.В случае мертворождения регистрация проводится на основании «Медицинского свидетельства о перинатальной смерти» (ф.№106-2/у-08).

17.2.В случае смерти ребенка на 1-й неделе жизни регистрация проводится на основании медицинского свидетельства о рождении (ф.103/у-08), затем, как умершего – на основании врачебного свидетельства о перинатальной смерти (ф.№106-2/у-08).

18.Тела умерших в СП ПЦ, подлежащих судебно медицинскому вскрытию, направляются в ГБУЗ «Бюро СМЭ» в установленном порядке.

19. В случае отказа матери от ребенка:

19.1. Заведующим СП ПЦ в присутствии юриста больницы заполняется «Акт об оставлении ребенка, в родильном доме (отделении), или ином лечебно-профилактическом учреждении (утвержден приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 17.02.2015г. №101 «Об утверждении Порядка формирования, ведения и использования государственного банка данных о детях, оставшихся без попечения родителей»). Акт заполняется в 4-х экземплярах – строго по утвержденной инструкции. Один экземпляр акта остается в СП ПЦ в «Карте развития новорожденного» ф.№097/у; второй – вместе с заявлением матери об отказе от ребенка; третий – в городской отдел по делам несовершеннолетних, четвертый – вместе с «Выпиской из карты новорожденного» (форма №097-1/у) передается в учреждение, в которое переводится ребенок из СП ПЦ.

19.2. «Акт» регистрируется заведующим СП ПЦ в «Журнале первичного учета детей, оставшихся без попечения родителей», форма которого утверждена приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 17.02.2015г. №101 «Об утверждении Порядка формирования, ведения и использования государственного банка данных о детях, оставшихся без попечения родителей».

19.3. «Медицинское свидетельство о рождении» (ф.№103/у-08) заполняется лечащим врачом, о чем им вносится запись в «Карту развития новорожденного» (ф.№097/у), в которую клеивается письменный отказ матери от ребенка (родителей, или родственников), установленного образца.

19.4. Регистрация в органах ЗАГСа факта рождения ребенка, оставленного в СП ПЦ, осуществляется ответственным лицом СП ПЦ.

19.5. Ребенок находится в СП ПЦ до перевода в другое лечебное учреждение, где он будет временно находиться до момента помещения его в государственное детское учреждение.