



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АЛТАЙСКОГО КРАЯ

П Р И К А З

14 августа 2018

г. Барнаул

№ 245

Об установлении порядка взаимодействия медицинских организаций при направлении пациентов в другие медицинские организации

В соответствии с постановлением Правительства Алтайского края от 08.11.2017 № 397 «Об утверждении Положения об установлении случаев и порядка организации оказания первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи медицинскими работниками медицинских организаций вне таких медицинских организаций, а также в иных медицинских организациях» п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить:

порядок взаимодействия медицинских организаций при направлении пациентов в другие медицинские организации (приложение 1);

состав территориальной рабочей группы по урегулированию спорных вопросов при осуществлении межучрежденческих расчетов (приложение 2).

2. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на временно исполняющего обязанности заместителя министра здравоохранения Алтайского края Гордеева К.В.

Временно исполняющий
обязанности министра

И.В. Долгова

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

УТВЕРЖДЕН
приказом Министерства здраво-
охранения Алтайского края
от 14.08 2018 № 245

ПОРЯДОК
взаимодействия медицинских организаций при направлении пациентов в
другие медицинские организации

1. Настоящий порядок регулирует взаимодействие медицинских организаций при направлении пациентов в другие медицинские организации.

2. Лечащий врач медицинской организации, к которой пациент прикреплен для оказания первичной медико-санитарной помощи, либо лечащий врач медицинской организации, где пациент в текущий момент получает специализированную медицинскую помощь в условиях круглосуточного стационара на основании медицинских показаний определяет виды и объемы медицинских услуг, в том числе консультативных и диагностических, необходимых пациенту для оказания медицинской помощи в иных медицинских организациях, и выдает направление по учетной форме № 057/у-04, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22.11.2004 № 255 «О порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг».

3. К направлению прилагается выписка из медицинской карты стационарного (амбулаторного) больного, оформленная по учетной форме № 027/у, утвержденной приказом Министерства здравоохранения СССР от 04.10.1980 № 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения», содержащая сведения о развитии и течении заболевания, проведенном ранее лечении, данные лабораторного, рентгенологического и других видов исследований с указанием даты их проведения.

4. По результатам консультации или диагностического обследования в день проведения составляется протокол (приложения 1 – 6).

4.1. В случае проведения диагностического обследования, форма протокола которого не установлена настоящим порядком, составляется протокол, содержащий:

наименование медицинской организации, в которой проводилось диагностическое обследование;

наименование медицинской организации, выдавшей направление на диагностическое обследование;

дату и время проведения диагностического обследования;

фамилию, имя, отчество (при наличии) пациента, дату его рождения;
технологические характеристики проведенного диагностического
обследования;

подробное описание результатов проведенного диагностического
обследования;

заключение по результатам диагностического обследования;

фамилию, имя и отчество (при наличии) медицинского работника,
выполнившего обследование и проводившего анализ результатов
диагностического обследования.

4.2. К протоколу прилагаются функционально-диагностические
кривые, графики, снимки, изображения, полученные при проведении
диагностического обследования.

4.3 Протокол оформляется в двух экземплярах, один из которых
направляется в медицинскую организацию, направившую пациента, а второй
остается в медицинской организации, проводившей консультацию или
диагностическое обследование.

5. Взаимодействие медицинских организаций при направлении
пациентов в другие медицинские организации осуществляется на
договорной основе.

6. Наличие договора (соглашения) является основанием для
формирования реестра пациентов, которым оказаны консультативно-
диагностические услуги в отчетном периоде, с целью осуществления
расчетов между медицинскими организациями, осуществляемых в
соответствии с действующим Тарифным соглашением в системе
обязательного медицинского страхования Алтайского края.

7. Оказанные дополнительные консультативно-диагностические
услуги, которые отсутствуют в направлении, но являются необходимыми для
решения задач, указанных в цели направления, и при этом соответствуют
порядкам оказания и стандартам медицинской помощи, учитываются при
формировании реестра с целью осуществления расчетов между
медицинскими организациями при согласовании с медицинской
организацией, выдавшей направление, либо при определении
целесообразности проведения указанных консультативно-диагностических
услуг врачом-экспертом страховой медицинской организации из числа
осуществляющих обязательное медицинское страхование на территории
Алтайского края, выдавшей полис обязательного медицинского страхования
пациенту, которому были оказаны консультативно-диагностические услуги.

8. В случае неурегулирования спора по осуществлению
межучрежденческих расчетов в порядке, установленном действующим
Тарифным соглашением в системе обязательного медицинского страхования
Алтайского края, медицинские организации обращаются в территориальную
рабочую группу для окончательного урегулирования спорных вопросов по
адресу: 656049, г. Барнаул, просп. Красноармейский, д. 72, тел.: 63-29-79,
график работы: пн-чт 08.30 - 17.30, пт 08.30 - 16.15, перерыв: 13.00 - 13.45.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

УТВЕРЖДЕН

приказом Министерства здраво-
охранения Алтайского края
от 14.08 2018 № 245

СОСТАВ

территориальной рабочей группы по урегулированию спорных вопросов при осуществлении межучрежденческих расчетов

1. Представитель Территориального фонда обязательного медицинского страхования Алтайского края (по согласованию) – председатель.

2. Представитель страховой медицинской организации из числа осуществляющих обязательное медицинское страхование на территории Алтайского края, выдавшей полис обязательного медицинского страхования пациенту, которому были оказаны консультативно-диагностические услуги, являющиеся предметом спорных вопросов при осуществлении межучрежденческих расчетов (по согласованию).

3. Представитель медицинской организации, к которой пациент, которому были оказаны консультативно-диагностические услуги, прикреплен для оказания первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, либо медицинской организации, где пациент в момент оказания консультативно-диагностических услуг получал специализированную медицинскую помощь в условиях круглосуточного стационара (по согласованию).

4. Представитель медицинской организации, в которой были оказаны консультативно-диагностические услуги (по согласованию).

5. Специалист отдела по работе с обращениями граждан и контролю качества Министерства здравоохранения Алтайского края (по согласованию).

6. Главные штатные и внештатные специалисты Министерства здравоохранения Алтайского края в соответствии с видом консультативно-диагностических услуг и профилем заболевания, в связи с которым пациенту были оказаны консультативно-диагностические услуги (по согласованию).

ПРИЛОЖЕНИЕ 1
к порядку взаимодействия медицинских организаций при направлении пациентов в другие медицинские организации

ПРОТОКОЛ КОНСУЛЬТАТИВНОГО ПРИЕМА ВРАЧА-СПЕЦИАЛИСТА

_____ (указать специальность, ФИО врача)

« ___ » _____ 201__ г.

Названия полей	Значения полей
ФИО пациента	
Адрес	
Дата рождения	
Жалобы	
Анамнез жизни	
Анамнез заболевания	
Данные объективного обследования	
Данные дополнительных исследований	
Диагноз	
Рекомендации по лечению	
Рекомендации по здоровому образу жизни	

Врач

(подпись)

ПРИЛОЖЕНИЕ 1
к порядку взаимодействия медицинских организаций при направлении пациентов в другие медицинские организации

ПРОТОКОЛ КОНСУЛЬТАТИВНОГО ПРИЕМА ВРАЧА-СПЕЦИАЛИСТА

(указать специальность, ФИО врача)

« ___ » _____ 201__ г.

Названия полей	Значения полей
ФИО пациента	
Адрес	
Дата рождения	
Жалобы	
Анамнез жизни	
Анамнез заболевания	
Данные объективного обследования	
Данные дополнительных исследований	
Диагноз	
Рекомендации по лечению	
Рекомендации по здоровому образу жизни	

Врач

(подпись)

ПРИЛОЖЕНИЕ 2
к порядку взаимодействия медицинских организаций при направлении пациентов в другие медицинские организации

ПРОТОКОЛ МАММОГРАФИИ № _____

ФИО пациента _____

Возраст _____

На (цифровых) /скрининговых, диагностических/ ММГ в 2-х проекциях _____,
(указать день цикла).

Тип строения молочной железы _____;

Кожа не изменена, утолщена до _____ в _____, втянута в _____;

Соски выражены, уплощены, втянуты (слева, справа), без деформаций _____;

Субареолярные зоны _____;

Железистая ткань распределена равномерно, неравномерно, уплотнена _____;

Фиброзный компонент выражен, не выражен, деформирован (локально, диффузно) _____;

Млечные протоки: не визуализируются, подчеркнуты, расширены _____;

Кальцинаты не визуализируются, визуализируются (тип, количество, размер, локализация) _____;

Очаговые образования: не выявлены, выявлены (форма, контуры, плотность, размеры, локализация) _____;

Наличие дополнительных сосудов вблизи, наличие перестройки прилежащей ткани _____;

Подмышечные лимфоузлы не выявлены, выявлены (форма, размеры, количество, локализация, предполагаемая структура) _____

В сравнении с предыдущими ММГ от _____

Заключение с определением категории BI-RADS:

Рекомендации в отношении дополнительных исследований, консультаций специалистов, сроков следующего обследования: _____

ЭЭД: _____ мкЗв

Врач

(подпись)

« ____ » _____ 201__ г.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2
к порядку взаимодействия медицинских организаций при направлении пациентов в другие медицинские организации

ПРОТОКОЛ МАММОГРАФИИ № _____

ФИО пациента _____

Возраст _____

На (цифровых) /скрининговых, диагностических/ ММГ в 2-х проекциях _____,
(указать день цикла).

Тип строения молочной железы _____;

Кожа не изменена, утолщена до _____ в _____, втянута в _____;

Соски выражены, уплощены, втянуты (слева, справа), без деформаций _____;

Субареолярные зоны _____;

Железистая ткань распределена равномерно, неравномерно, уплотнена _____;

Фиброзный компонент выражен, не выражен, деформирован (локально, диффузно) _____;

Млечные протоки: не визуализируются, подчеркнуты, расширены _____;

Кальцинаты не визуализируются, визуализируются (тип, количество, размер, локализация) _____;

Очаговые образования: не выявлены, выявлены (форма, контуры, плотность, размеры, локализация) _____;

Наличие дополнительных сосудов вблизи, наличие перестройки прилегающей ткани _____;

Подмышечные лимфоузлы не выявлены, выявлены (форма, размеры, количество, локализация, предполагаемая структура) _____

В сравнении с предыдущими ММГ от _____

Заключение с определением категории BI-RADS:

Рекомендации в отношении дополнительных исследований, консультаций специалистов, сроков следующего обследования: _____

ЭЭД: _____ мкЗв

Врач

(подпись)

« ____ » _____ 201__ г.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3
к порядку взаимодействия медицинских организаций при направлении пациентов в другие медицинские организации

ПРОТОКОЛ
УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ № _____

(указать ФИО врача)

Ф.И.О. пациента _____
Возраст _____ лет;
Осмотр в первую фазу МЦ, вторую фазу МЦ, осмотр в менопаузу _____ лет
Визуализация тканей железы: хорошая _____, затруднена (указать причину) _____

Тип строения молочной железы: смешанный, преимущественно железистый, преимущественно жировой

Кожа: не изменена, утолщена до _____

Подкожно-жировая клетчатка: не изменена _____, изменена за счет _____

Ретромаммарная жировая клетчатка: не изменена _____, изменена за счет _____

Железистый комплекс: распределен равномерно _____, неравномерно _____

Эхогенность: по возрасту _____, повышена _____

Млечные протоки: не расширены _____, расширены м/долевые _____ мм, главные _____ мм, (возрастная норма 2,5 мм.)

Очаговые изменения: не выявлены _____, выявлены (форма, контуры, размеры, локализация) _____

Соски, параареолярная зона: не изменены _____, изменены за счет _____

Регионарные зоны лимфооттока: без особенностей _____, выявлены (форма, размеры, количество, локализация, кортико-мозговая дифференциация) _____

Заключение с определением категории BI-RADS:

Врач

(подпись)

« ____ » _____ 201 ____ г.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4
к порядку взаимодействия медицинских организаций при направлении пациентов в другие медицинские организации

**ПРОТОКОЛ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ
ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ № _____**

(указать ФИО врача)

Ф.И.О. пациента _____

Возраст _____ лет;

Расположение: щитовидная железа расположена: традиционно (2-3 см. выше ключиц), частично загрудинно (нижние полюса), загрудинно.

Анатомическая форма:

классическая (2 доли и перешеек)
одна доля, правая, левая
участки тиреоидной ткани
щитовидная железа не лоцируется
лоцируется перешеек

Контуры:

ровные, неровные, четкие, нечеткие
капсула не изменена, дифференцируется отчетливо, не отчетливо
капсула изменена

Размеры:

Правая доля толщина _____ мм, ширина _____ мм, длинник _____ мм, объем _____ см³
Левая доля толщина _____ мм, ширина _____ мм, длинник _____ мм, объем _____ см³
Общий объем _____ см³. Перешеек толщина _____ мм

Эхогенность паренхимы:

нормальная, понижена, смешанная
степень изменения эхогенности незначительная, умеренная, значительно выраженная
распространенность локальная, диффузная

Эхоструктура паренхимы:

без особенностей (эхооднородная мелкозернистая), неоднородная (мелкоочаговая), неоднородная (крупноочаговая), неоднородная с кальцификатами, степень неоднородности незначительная, умеренная, значительно выраженная
распространенность неоднородности локальная, диффузная

Объемные образования:

не выявлены
выявлены одиночные объемные образования, множественные объемные образования одной морфологической природы, множественные объемные образования различной морфологической природы, в количестве _____
расположение внутриорганный, с выходом за пределы органа

Локализация образования:

справа, слева, в области перешейка, в нижнем полюсе, в верхнем полюсе, в средней трети

по задней поверхности, по передней поверхности

Эхогенность образования:

пониженная, средняя, анэхогенная, смешанная, повышенная, однородная, неоднородная, труднодифференцируемая

Эхоструктура образования:

кистозная (жидкостная), солидно-кистозная, солидная
с четко, нечетко дифференцированной капсулой

Заключение: _____

Врач

(подпись)

«__» _____ 201__ г.

ПРИЛОЖЕНИЕ 5
к порядку взаимодействия медицинских организаций при направлении пациентов в другие медицинские организации

ПРОТОКОЛ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ
БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ПОЧЕК № _____

(указать ФИО врача)

Ф.И.О. пациента _____

Возраст _____ лет;

ПЕЧЕНЬ:

размеры: норма, увеличены, уменьшены

Вертикальные размеры долей: правой _____ мм, левой _____ мм, хвостатой _____ мм

КВР (косо-вертикальный размер правой доли печени) _____ мм

контуры: ровные, неровные

капсула: дифференцируется, не дифференцируется, утолщена

паренхима: эхоструктура: однородная, неоднородная (диффузно, локально)

эхогенность паренхимы: норма, повышена, снижена

Очаговые образования: нет/ есть

Воротная вена _____ мм

Брюшная аорта _____ мм

Печеночные вены первого порядка _____ мм

Сосудистый рисунок: обычный, обеднен, усилен

Нижняя полая вена _____ мм

ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ:

форма: _____

размеры: _____ мм

стенки: норма, утолщены _____ мм

внутрипросветные образования (есть / нет)

имеют акустическую тень (да / нет) _____

смещаются (да / нет) _____

ЖЕЛЧНЫЕ ПРОТОКИ:

общий желчный проток _____ мм (норма, расширен)

внутрипеченочные желчные протоки расширены, не расширены

дополнительные образования (есть / нет) _____

ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА:

Головка _____ мм, тело _____ мм, хвост _____ мм

размеры: норма, увеличены, уменьшены

контур: ровный, неровный, четкий, нечеткий

эхоструктура: однородная, неоднородная (диффузно, локально)

эхогенность: норма, повышена, снижена, смешанная

вирсунгов проток _____ мм, не расширен, расширен

образования: есть / нет _____

СЕЛЕЗЕНКА:

размеры _____ х _____ мм (норма, увеличена)

Селезеночный индекс _____ см²

структура: однородная, неоднородная (диффузно, локально)

селезеночная вена в воротах _____ мм, не расширена, расширена

ЖЕЛУДОК, ТОНКАЯ, ОБОДОЧНАЯ, ПРЯМАЯ КИШКА:

патологический симптом «пораженного полого органа», внутрипросветное депонирование жидкости выявлено, не выявлено

Заключение:

Врач

«__» _____ 201__ г.

(подпись)

ПРИЛОЖЕНИЕ 6
к порядку взаимодействия медицинских организаций при направлении пациентов в другие медицинские организации

ПРОТОКОЛ КОЛЬПОСКОПИИ № _____

(указать ФИО врача)

Ф.И.О. пациента _____

Адрес: _____

Дата рождения _____

Обследование:

Направлена для исключения патологии шейки матки.

Показания для исследования: цитологические изменения/ визуальные изменения/ ПВИ/ выявленные ранее кольпоскопические изменения/ постлечебный мониторинг.

Репродуктивная функция выполнена / не реализована.

Дата последней менструации _____ менопауза _____ лет.

ИППП – отрицает. ВПЧ – не обследована/выявлен/не выявлен.

ДЭК шейки матки в анамнезе/ не проводилось.

Аллергоанамнез не отягощен (или _____)

Исследование проведено на аппарате: кольпоскоп медицинский _____

Местное обезболивание: нет / да

Информированное добровольное согласие на проведение вмешательства получено. По результатам предварительных обследований противопоказаний для проведения вмешательства не выявлено.

Стенки влагалища без особенностей/ пролабируют/ с папилломами.

КС: адекватная /неадекватная (затрудненный осмотр по причине: воспаление, кровотечение, рубцы).

Стык эпителиев: виден/виден частично/ не виден.

Шейка матки: цилиндрическая/коническая.

Размер: нормальная /гипертрофирована.

Наружный зев: щелевидный/ округлый/ неправильной формы/ точечный/ полная атрезия / кратерообразный/ с полиповидными выпячиваниями.

Цвет: бледно-розовый/ ярко-красный/ цианотичный/ с петехиальными элементами/ со следами ДЭК.

Рубцовая деформация: нет/ есть.

Поверхность: гладкая/ шероховатая/ с мелкими сосочками; блестящая/ тусклая.

Эктопия (Эк): не определяется/ есть – небольшая/ обширная.

Зона трансформации: 1 типа/ 2 типа/ 3 типа.

Атрофия эпителия: есть – легкая/ выраженная /нет.

Децидиоз: нет /есть - полиповидный/ опухолевидный.

Открытые железы (ОЖ): нет/ есть – нормальные/ с ороговением.

Закрытые железы (ЗЖ): нет/ есть – единичные/множественные/ КРЖ (крупные, средние, мелкие) / КРЖ с адаптационной сосудистой гипертрофией.

Кератоз (лейкоплакия): нет/ есть – тонкий/ толстый.

Пунктация (П): нет/ есть – нежная/ грубая.

Мозаика (М): нет/ есть – нежная/ грубая.

Эндометриоз: нет/ есть – точечный/ линейный.

Выполнено:

1. Цитологический мазок с шейки матки и цервикального канала – СТЕКЛО 1.
2. Цитологический мазок из цервикального канала – СТЕКЛО 2.

Диагноз:

Удовлетворительная кольпоскопическая картина.

Неудовлетворительная кольпоскопическая картина. Хронический цервицит/ Вагинальная атрофия/ Полип шейки матки/ Синдром коагулированной шейки матки/ Эндометриоз шейки матки/ Децидуальная реакция.

Аномальная кольпоскопическая картина 1 типа.

Аномальная кольпоскопическая картина 2 типа.

Susp. с-г colli uteri.

Подозрение на инвазию.

Рекомендации:

Противовоспалительное лечение.

Хромокольпоскопия после противовоспалительного лечения.

Биопсия шейки матки при изменении цитологического мазка с шейки матки.

При удовлетворительных результатах мазка с шейки матки возможно диспансерное наблюдение с контролем через 1 год/ 6 месяцев.

Обследование на ИППП, в т.ч. на ВПЧ высокоонкогенных типов - методом ПЦР.

Лечение шейки матки методом радиоволновой хирургии и диатермокоагуляции после результатов дополнительных методов исследования.

Консультация онколога.

Врач

(подпись)

«__» _____ 201__ г.