



ПРАВИТЕЛЬСТВО СЕВАСТОПОЛЯ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА СЕВАСТОПОЛЯ

П Р И К А З

«24» 09 2021

№ 909

Об утверждении Порядка направления пациентов для получения высокотехнологичной медицинской помощи

В соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации», во исполнение приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.10.2019 № 824н «Об утверждении порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения» в целях улучшения оказания гражданам Российской Федерации, проживающим на территории города Севастополя, высокотехнологичной медицинской помощи

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Признать утратившим силу:
 - приказ Департамента здравоохранения города Севастополя от 05.05.2015 № 98 «О внедрении Порядка направления пациентов для получения высокотехнологичной медицинской помощи»,
 - приказ Департамента здравоохранения города Севастополя от 31.01.2017 № 78 «О внедрении Правил направления пациентов для получения высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования в медицинских организациях города Севастополя».
2. Создать комиссию Департамента здравоохранения города Севастополя (далее – Департамент) по отбору и направлению пациентов в медицинские организации для получения высокотехнологичной медицинской помощи (далее – Комиссия) в составе:
Председатель Комиссии:
Островская А.В. – начальник Управления организации медицинской помощи Департамента;

Заместитель председателя:

Манькова М.И – заместитель начальника Управления – начальник отдела организации медицинской помощи взрослому населению Управления организации медицинской помощи Департамента;

Секретарь Комиссии:

Дьякова Ю.В. – ведущий техник отдела учета и отчетности медицинских профилактических мероприятий Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Севастополя (далее - ГБУЗС) «Медицинский информационно-аналитический центр»;

Члены Комиссии:

Малич Н.Л. – начальник отдела ведомственного контроля качества медицинской деятельности Департамента;

Шайнер Н.Б. – заместитель начальника Управления – начальник отдела организации педиатрической и акушерско-гинекологической помощи Управления организации медицинской помощи Департамента.

2.1 Заседания Комиссии проводить регулярно по необходимости.

3. Утвердить Порядок организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи (далее – ВМП) по разделу 1, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования (далее – ОМС) согласно Приложению № 2 к настоящему приказу.

4. Утвердить Порядок организации оказания ВМП по разделу 2, не включенной в базовую программу ОМС, согласно Приложению № 3 к настоящему приказу.

5. Главным врачам ГБУЗС «Городская больница №1 им. Н. И. Пирогова», ГБУЗС «Городская больница № 5 – «Центр охраны здоровья матери и ребенка», ГБУЗС «Городская больница № 9», ГБУЗС «Севастопольский городской онкологический диспансер им. А.А. Задорожного», ГБУЗС «Городская больница № 4», ГБУЗС «Севастопольский противотуберкулезный диспансер», ГБУЗС «Кожно-венерологический диспансер», ГБУЗС «Стоматологическая поликлиника № 1», ГБУЗС «Севастопольская детская стоматологическая поликлиника» обеспечить направление пациентов, нуждающихся в оказании ВМП в соответствии с Порядками, утвержденными Приложением № 2 и Приложением № 3 к настоящему приказу.

6. Обеспечить направление статистической документации – форма № 67-МО-ОУЗ в ГБУЗС «Медицинский информационно-аналитический центр» (далее – ГБУЗС «МИАЦ»), согласно приказу Департамента здравоохранения города Севастополя от 01.04.2015 №305 «О внедрении Форм статистического учета и отчетности, используемых при организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы, порядка их заполнения и сроках предоставления».

Квартальная – не позднее 5 числа, следующего за отчетным периодом;

Годовая – не позднее 15 января, следующего за отчетным годом.

7. Директору ГБУЗС «МИАЦ» обеспечить:

7.1 Экспертизу медицинской документации пациентов, направленных на оказание ВМП в соответствии с Порядками, утвержденными Приложением № 2 и Приложением № 3 к настоящему приказу.

7.2 Оказание методической помощи медицинским организациям при направлении пациентов на ВМП.

7.3 Контроль за движением пациентов при направлении их на оказание ВМП в соответствии с Порядком.

8. Настоящий приказ опубликовать на официальном сайте Департамента.

9. Контроль за исполнением данного приказа возложить на первого заместителя директора Департамента здравоохранения города Севастополя Солдатову А.В.

Директор Департамента здравоохранения
города Севастополя –
член Правительства Севастополя

A large, stylized handwritten signature in black ink, likely belonging to V.S. Denisov, is positioned over the official title of the Director of the Department of Healthcare of the City of Sevastopol.

В.С. Денисов

Приложение №1
к приказу Департамента
здравоохранения города
Севастополя
От 24.09 2021 № 909

ПОЛОЖЕНИЕ

о комиссии по отбору и направлению пациентов в медицинские организации для получения высокотехнологичной медицинской помощи

1. Настоящее Положение о комиссии по отбору и направлению пациентов в медицинские организации для получения высокотехнологичной медицинской помощи (далее – Положение), устанавливает порядок деятельности комиссии по отбору пациентов для оказания ВМП (далее – Комиссия), по направлению пациентов в медицинские организации для оказания ВМП с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения.

2. Комиссия осуществляет свою деятельность в соответствии с Порядком организации оказания ВМП с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, утвержденным Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.10.2019 №824н «Об утверждении порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения» (далее – Порядок), и настоящим Положением.

3. Комиссию возглавляет председатель Комиссии. В случае отсутствия председателя, его функции исполняет заместитель председателя Комиссии.

4. Заседания Комиссии проводятся регулярно по необходимости.

5. Заседания считаются правомочными, если на них присутствовало не менее половины лиц, входящих в состав Комиссии.

6. Лица, входящие в состав Комиссии, участвуют в его заседании без права замены.

7. В случае невозможности присутствия на заседании Комиссии лицо, входящее в состав Комиссии, имеет право заблаговременно представить свое мнение по рассматриваемым вопросам в письменной форме. В этом случае, оно оглашается на заседании Комиссии и приобщается к решению Комиссии.

8. На заседания Комиссии при необходимости могут приглашаться представители 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), не входящие в состав Комиссии, а также главные внештатные специалисты Департамента здравоохранения города Севастополя по соответствующему профилю (по согласованию).

9. Решения Комиссии принимаются простым большинством голосов либо на основании единогласного мнения присутствующих на заседании лиц, входящих в состав Комиссии.

В случае равенства голосов решающим является голос председательствующего на заседании Комиссии.

10. Функции Комиссии:

10.1 прием и рассмотрение комплекта документов, предусмотренных Порядком организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи – раздел 1, включенной в базовую программу ОМС согласно Приложению №2 к данному приказу, и Порядком организации оказания ВМП – раздел 2, не включенной в базовую программу ОМС согласно Приложению №3 к данному приказу (далее - комплект документов);

10.2 принятие решения о подтверждении наличия (об отсутствии) медицинских показаний для направления пациента в выбранную медицинскую организацию для оказания ВМП (далее - принимающая медицинская организация) в соответствии с Порядком;

10.3 ведение учета пациентов, направленных на оказание ВМП с соблюдением требований законодательства Российской Федерации о персональных данных;

10.4 уведомление пациентов (их законных представителей) о решении, принятом Комиссией.

11. Решение Комиссии оформляется протоколом, который должен содержать следующую информацию:

11.1 реквизиты нормативного правового акта о создании Комиссии;

11.2 состав Комиссии;

11.3 сведения о пациенте в соответствии с документом, удостоверяющим личность (фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения, данные о месте жительства (пребывания);

11.4 диагноз заболевания (состояния);

11.5 заключение Комиссии, содержащее следующую информацию:

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

11.5.2 об отсутствии медицинских показаний для направления пациента в медицинскую организацию для оказания ВМП и рекомендации по дальнейшему медицинскому наблюдению и (или) лечению пациента по профилю его заболевания;

11.5.3 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.

12. Срок подготовки решения Комиссии о подтверждении наличия (об отсутствии) медицинских показаний для направления пациента в принимающую медицинскую организацию для оказания ВМП не должен

превышать десяти рабочих дней со дня поступления в Департамент здравоохранения города Севастополя комплекта документов.

13. Протокол решения Комиссии оформляется в двух экземплярах, один экземпляр подлежит хранению в течение 10 лет в Департаменте здравоохранения города Севастополя.

14. Выписка из протокола решения Комиссии 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.

**Порядок
организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи –
раздел 1, включенной в базовую программу обязательного медицинского
страхования**

При оказании медицинской помощи, медицинские показания к оказанию ВМП 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 медицинской организации.

Наличие медицинских показаний к оказанию ВМП подтверждается решением врачебной комиссии указанной медицинской организации, которое оформляется протоколом и вносится в медицинскую документацию пациента.

Медицинскими показаниями для направления на оказание ВМП является наличие у пациента заболевания и (или) состояния, требующих применения ВМП в соответствии с перечнем видов ВМП, в четком соответствии с перечнем – РАЗДЕЛ 1 - установленным программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

При наличии медицинских показаний к оказанию ВМП 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 медицинской организации (далее – направляющая медицинская организация) в течение трех рабочих дней:

- направляет медицинскую документацию в выбранную медицинскую организацию или ответственному специалисту, организовывающему работу компонента «Телемедицинских консультаций» подсистемы федеральной электронной регистратуры единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (далее – система «Телемедицинских консультаций»), с целью проведения консультаций с врачами выбранной медицинской организации и согласования даты госпитализации, восстановительного лечения,

- оформляет пакет документов:

1. направление форма 057/у-04,
2. направление на оказание ВМП (раздел 1) согласно Приложению № 1 к данному Порядку,

3. выписка из протокола врачебной комиссии направляющей медицинской организации,

4. выписка из медицинской документации пациента форма 027/у,

5. заключение главного внештатного специалиста Департамента здравоохранения г. Севастополя,

6. заявление пациента на оказание ВМП, согласно Приложению № 1 к данному Порядку,

7. заявление о согласии (несогласии) на обработку персональных данных, согласно Приложению № 1 к данному Порядку,

8. ксерокопии паспорта пациента,

8.1 для детей в возрасте до 14 лет свидетельство о рождении пациента. В случае обращения от имени пациента законного представителя пациента (доверенного лица):

а) в письменном заявлении и согласии на обработку персональных данных дополнительно указываются сведения о законном представителе (доверенном лице)

б) дополнительно к письменному обращению пациента прилагается ксерокопия паспорта законного представителя пациента (доверенного лица) и копия документа, подтверждающего полномочия законного представителя пациента, или заверенная в установленном законодательством Российской Федерации порядке, доверенность на имя доверенного лица пациента.

9. ксерокопия СНИЛС пациента,

10. ксерокопия полиса ОМС,

11. сведения, касающиеся личных данных пациента в протоколе, выписке из протокола Департамента здравоохранения города Севастополя,

- передает оформленные документы в комиссию по отбору и направлению пациентов в медицинские организации для получения ВМП Департамента здравоохранения города Севастополя с целью согласования лечения в рамках 1 раздела ВМП за средства ОМС,

- после оформления и вынесения решения комиссии по отбору и направлению пациентов в медицинские организации для получения ВМП Департамента здравоохранения города Севастополя, медицинская документация передается пациенту для госпитализации в выбранную медицинскую организацию в соответствии с согласованной датой. Сроки исполнения Порядка направления медицинской документации не более 14 календарных дней.

Приложение №1
к Порядку организации
оказания ВМП – раздел 1,
включенной в базовую
программу ОМС

Угловой штамп с реквизитами

направляющей медицинской организации

Направление на ВМП Раздел 1

Ф.И.О. пациента _____

Дата рождения _____

Адрес _____

Полис ОМС № _____

Страховая медицинская организация _____

СНИЛС _____

Основной диагноз _____

Код по МКБ-10 _____

Раздел ВМП _____

Профиль ВМП _____

Код вида ВМП _____

Рекомендовано направить в _____

Лечащий врач _____

(ФИО, должность, подпись, печать)

(контактный телефон, электронный адрес)

Главный врач _____

(подпись)

(расшифровка подписи)

М.П.

(наименование медицинского учреждения)

(адрес)

Код ОГРН

[illegible]

Медицинская документация
Форма № 057/у-04 _____
утверждена Приказом Минздравсоцразвития России
от 22.11.2004 № 255

на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию
(нужное подчеркнуть)

(наименование медицинского учреждения, куда направлен пациент)

1. Номер страхового полиса ОМС

[illegible]

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.)

66 33 1.

М.П.

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 027/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 N 1030

(наименование учреждения)

ВЫПИСКА
из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного
(подчеркнуть)

В _____
(название и адрес учреждения, куда направляется выписка)

1. Фамилия, имя, отчество больного _____

2. Дата рождения _____

3. Домашний адрес _____

4. Место работы и род занятий _____

5. Даты: а) по амбулатории: заболевания _____
направления в стационар _____
б) по стационару: поступления _____
выбытия _____

6. Полный диагноз (основное заболевание, сопутствующее осложнение) _____

7. Краткий анамнез, диагностические исследования, течение болезни,
проведенное лечение, состояние при направлении, при выписке

Лечебные и трудовые рекомендации: _____

" " _____ г.

Лечащий врач _____

В Департамент здравоохранения
города Севастополя

Фамилия (Именительный падеж)

Имя (Именительный падеж)

Отчество (Именительный падеж)

Адрес регистрации: г. Севастополь

Документ, удостоверяющий
личность: паспорт гражданина РФ

Серия, номер

Контактный телефон:

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу оказать мне (моему ребенку) _____
высокотехнологичную/специализированную медицинскую помощь.

Почтовый адрес для направления письменных ответов и уведомлений:

Дата _____

Подпись _____

В _____
(наименование органа исполнительной власти
_____ субъекта Российской Федерации
_____ в сфере здравоохранения, медицинской организации *)

ЗАЯВЛЕНИЕ
о согласии (несогласии) на обработку персональных данных

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии))
даю (не даю) согласие (нужное подчеркнуть)

_____ (наименование органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения,
медицинской организации)
на обработку и использование данных, содержащихся в настоящем заявлении, с целью
организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

1. Дата рождения _____
(число, месяц, год)

2. Пол _____
(женский, мужской – указать нужное)

3. Документ, удостоверяющий личность _____
(наименование, номер и серия,
_____ кем и когда выдан)

4. Адрес регистрации по месту жительства (пребывания) _____
(почтовый адрес по месту жительства (пребывания))

5. Адрес фактического проживания _____
(почтовый адрес фактического проживания, контактный телефон)

6. Серия, № полиса обязательного медицинского страхования (при наличии), наименование
страховой медицинской организации, осуществляющей деятельность в сфере обязательного
медицинского страхования (при наличии) _____

7. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) (при наличии) _____

* Медицинская организация, включенная в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность
в сфере обязательного медицинского страхования.

8. Сведения о законном представителе

(фамилия, имя, отчество)

(адрес регистрации по месту жительства (пребывания), почтовый адрес фактического проживания, телефон)

9. Дата рождения законного представителя

(число, месяц, год)

10. Документ, удостоверяющий личность законного представителя

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

11. Документ, подтверждающий полномочия законного представителя

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

Примечание. Пункты 8 – 11 настоящего заявления заполняются в случае, если заявление заполняет законный представитель гражданина Российской Федерации.

На передачу лично мне сведений о дате госпитализации и иных данных по телефонам, указанным в настоящем заявлении, согласен (согласна).

(нужное подчеркнуть)

Данные, указанные в заявлении, соответствуют указанным в представленных документах.

Заявление и документы гражданина (гражданки)

зарегистрированы

(№ Талона на оказание ВМП)

Принял

(Ф.И.О. специалиста)

(дата приема заявления)

(подпись специалиста)

----- (линия отреза) -----

Расписка-уведомление

Заявление и документы гражданина (гражданки)

(№ Талона на оказание ВМП)

Принял

(Ф.И.О. специалиста)

(дата приема заявления)

(подпись специалиста)

Протокол ВМП раздел I № _____
решения комиссии Департамент здравоохранения города Севастополя
по отбору и направлению пациентов в федеральные медицинские организации для оказания высокотехнологичной медицинской помощи
от « _____ » _____ 20__ г.

Комиссия Департамента здравоохранения города Севастополя по отбору и направлению пациентов в медицинские организации для оказания высокотехнологичной медицинской помощи, утвержденная приказом от «24» сентября 2021г. №909 «Об утверждении Порядка направления пациентов для получения высокотехнологичной медицинской помощи», пришла к следующему заключению:

ФИО _____

Дата рождения: _____

Домашний адрес: г. Севастополь, ул. _____

(код категории льготы * _____)

Социальная группа _____

Талон №2 – выдан/не выдан _____

Диагноз заболевания (состояния): _____

ЗАКЛЮЧЕНИЕ КОМИССИИ

1. Направление пациента (-ки) для оказания ВМП раздел I показано/не показано
(не нужно вычеркнуть)

2. Код диагноза по МКБ-10: _____

3. Раздел ВМП раздел I _____

4. Профиль ВМП раздел I: _____

5. Наименование медицинской организации направившей пациента _____

6. Наименование медицинской организации, оказывающей ВМП: _____

7. Порядок направления _____ планово _____
(экстренно/планово)

8. Направить медицинские документы на заочную консультацию. _____

9. Направить на очную консультацию. _____

Рекомендации комиссии в случае отсутствия у пациента (-ки) медицинских показаний для направления в медицинскую организацию для оказания ВМП (проведение дополнительного обследования (с указанием необходимого объема обследования, диагноза, кода диагноза по МКБ-X, наименование медицинской организации в которую направляется пациент), направление в медицинскую организацию для оказания высокотехнологичной медицинской помощи и др.): _____

Председатель комиссии:
(заместитель председателя)

Члены комиссии:

начальник отдела:

начальник отдела:

Секретарь комиссии:

Островская А.В.
(ФИО)

Манькова М.И.
(ФИО)

Малич Н.Л.
(ФИО)

Шайнер Н.Б.
(ФИО)

Дьякова Ю.В.
(ФИО)

Выписка из протокола ВМП раздел I № _____

Решения комиссии Департамент здравоохранения города Севастополя по отбору и направлению пациентов в медицинские организации для оказания высокотехнологичной медицинской помощи

от «_____» _____ 20__ г.

Комиссия Департамента здравоохранения города Севастополя по отбору и направлению пациентов в медицинские организации для оказания высокотехнологичной медицинской помощи, утвержденная приказом от «24» сентября 2021г. №909 «Об утверждении Порядка направления пациентов для получения высокотехнологичной медицинской помощи», пришла к следующему заключению:

ФИО

Дата рождения:

Домашний адрес: г. Севастополь, ул.

Диагноз заболевания (состояния):

ЗАКЛЮЧЕНИЕ КОМИССИИ

1. Направление пациента (-ки) для **оказания ВМП раздел I показано/не показано**
(не нужное вычеркнуть)
2. Код диагноза по МКБ-10:
3. **Профиль ВМП раздел I:**
4. Наименование медицинского учреждения, в которое направляется пациент (-ка) для оказания ВМП раздел I:

5. Порядок направления _____ планово _____
(экстренно/планово)

Рекомендации комиссии в случае отсутствия у пациента (-ки) медицинских показаний для направления в медицинскую организацию для оказания ВМП (проведение дополнительного обследования (с указанием необходимого объема обследования, диагноза, кода диагноза по МКБ-Х, наименование медицинской организации в которую направляется пациент): _____

Секретарь комиссии:

Дьякова Ю.В.
(ФИО)

Порядок
организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи -
раздел 2, не включенной в базовую программу ОМС.

При оказании медицинской помощи, медицинские показания к оказанию ВМП 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 медицинскую организацию.

Наличие медицинских показаний к оказанию ВМП подтверждается решением врачебной комиссии указанной медицинской организации, которое оформляется протоколом и вносится в медицинскую документацию пациента.

Медицинскими показаниями для направления на оказание ВМП является наличие у пациента заболевания и (или) состояния, требующих применения ВМП в соответствии с перечнем видов ВМП, в четком соответствии с перечнем – РАЗДЕЛ 2 - установленным программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

При наличии медицинских показаний к оказанию ВМП 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 медицинскую организацию (далее – направляющая медицинская организация) в течение трех рабочих дней:

- направляет медицинскую документацию на цифровом носителе и в распечатанном экземпляре в Департамент здравоохранения города Севастополя, а именно:

1. направление форма 057/у-04,
2. направление на оказание ВМП (раздел 2) согласно Приложению № 1 к данному Порядку,
3. выписка из протокола врачебной комиссии направляющей медицинской организации,
4. выписка из медицинской документации пациента форма 027/у,

5. заключение главного внештатного специалиста Департамента здравоохранения города Севастополя,

6. заявление пациента на оказание ВМП, согласно Приложению № 1 к данному Порядку,

7. заявление о согласии (несогласии) на обработку персональных данных, согласно Приложению № 1 к данному Порядку,

8. результаты лабораторных, инструментальных и других видов исследований, включая электронный вид рентген снимков, МРТ, КТ, коронарографии, подтверждающие установленный диагноз

9. ксерокопии паспорта пациента,

9.1 для детей в возрасте до 14 лет свидетельство о рождении пациента. В случае обращения от имени пациента законного представителя пациента (доверенного лица):

а) в письменном заявлении и согласии на обработку персональных данных дополнительно указываются сведения о законном представителе (доверенном лице)

б) дополнительно к письменному обращению пациента прилагается ксерокопия паспорта законного представителя пациента (доверенного лица) и копия документа, подтверждающего полномочия законного представителя пациента, или заверенная в установленном законодательством Российской Федерации порядке, доверенность на имя доверенного лица пациента.

10. ксерокопия СНИЛС пациента,

11. ксерокопия полиса ОМС,

12. заполненные сведения, касающиеся личных данных пациента в протоколе, выписке из протокола Департамента здравоохранения города Севастополя,

- передает оформленные документы в комиссию по отбору и направлению пациентов в медицинские организации для получения ВМП Департамента здравоохранения города Севастополя с целью согласования лечения в рамках 2 раздела ВМП,

- после оформления и вынесения решения комиссии по отбору и направлению пациентов в медицинские организации для получения ВМП Департамента здравоохранения города Севастополя, медицинская документация вносится в подсистему мониторинга реализации государственного задания по оказанию ВМП за счет средств федерального бюджета единой государственной информационной системы. здравоохранения. Сроки исполнения Порядка направления медицинской документации не более 30 календарных дней.

Приложение №1
к Порядку организации
оказания ВМП – раздел 2,
не включенной в базовую
программу ОМС

*Угловой штамп с реквизитами
направляющей медицинской организации*

Направление на ВМП Раздел 2

Ф.И.О. пациента _____

Дата рождения _____

Адрес _____

Полис ОМС № _____

Страховая медицинская организация _____

СНИЛС _____

Основной диагноз _____

Код по МКБ-10 _____

Раздел ВМП _____

Профиль ВМП _____

Код вида ВМП _____

Рекомендовано направить в _____

Лечащий врач _____

(ФИО, должность, подпись, печать)

(контактный телефон, электронный адрес)

Главный врач _____

(подпись)

(расшифровка подписи)

М.П.

Министерство здравоохранения и социального развития
Российской Федерации

Приложение 5
к Приказу Минздравсоцразвития РФ
от 22.11.2004 № 255

(наименование медицинского учреждения)

(адрес)

Код ОГРН

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

Медицинская документация
Форма № 057/у-04
утверждена Приказом Минздравсоцразвития России
от 22.11.2004 № 255

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.

М.П.

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 027/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 N 1030

(наименование учреждения)

ВЫПИСКА
из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного
(подчеркнуть)

В _____
(название и адрес учреждения, куда направляется выписка)

1. Фамилия, имя, отчество больного _____

2. Дата рождения _____

3. Домашний адрес _____

4. Место работы и род занятий _____

5. Даты: а) по амбулатории: заболевания _____
направления в стационар _____

б) по стационару: поступления _____
выбытия _____

6. Полный диагноз (основное заболевание, сопутствующее осложнение) _____

7. Краткий анамнез, диагностические исследования, течение болезни,
проведенное лечение, состояние при направлении, при выписке

Лечебные и трудовые рекомендации: _____

" " _____ г.

Лечащий врач _____

В Департамент здравоохранения
города Севастополя

Фамилия (Именительный падеж)

Имя (Именительный падеж)

Отчество (Именительный падеж)

Адрес регистрации: г. Севастополь

Документ, удостоверяющий
личность: паспорт гражданина РФ

Серия, номер

Контактный телефон:

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу оказать мне (моему ребенку) _____
высокотехнологичную/специализированную медицинскую помощь.
Почтовый адрес для направления письменных ответов и уведомлений:

Дата _____

Подпись _____

В _____
(наименование органа исполнительной власти
_____ субъекта Российской Федерации
_____ в сфере здравоохранения, медицинской организации *)

ЗАЯВЛЕНИЕ
о согласии (несогласии) на обработку персональных данных

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии))
даю (не даю) согласие (нужное подчеркнуть)

_____ (наименование органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения,
медицинской организации)
на обработку и использование данных, содержащихся в настоящем заявлении, с целью
организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

1. Дата рождения _____
(число, месяц, год)

2. Пол _____
(женский, мужской – указать нужное)

3. Документ, удостоверяющий личность _____
(наименование, номер и серия,
_____ кем и когда выдан)

4. Адрес регистрации по месту жительства (пребывания)

(почтовый адрес по месту жительства (пребывания))

5. Адрес фактического проживания _____
(почтовый адрес фактического проживания, контактный телефон)

6. Серия, № полиса обязательного медицинского страхования (при наличии), наименование
страховой медицинской организации, осуществляющей деятельность в сфере обязательного
медицинского страхования (при наличии) _____

7. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) (при наличии)

* Медицинская организация, включенная в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность
в сфере обязательного медицинского страхования.

8. Сведения о законном представителе

(фамилия, имя, отчество)

(адрес регистрации по месту жительства (пребывания), почтовый адрес фактического проживания, телефон)

9. Дата рождения законного представителя _____

(число, месяц, год)

10. Документ, удостоверяющий личность законного представителя

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

11. Документ, подтверждающий полномочия законного представителя _____

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

Примечание. Пункты 8 – 11 настоящего заявления заполняются в случае, если заявление заполняет законный представитель гражданина Российской Федерации.

На передачу лично мне сведений о дате госпитализации и иных данных по телефонам, указанным в настоящем заявлении, согласен (согласна).

(нужное подчеркнуть)

Данные, указанные в заявлении, соответствуют указанным в представленных документах.

Заявление и документы гражданина (гражданки) _____

зарегистрированы _____

(№ Талона на оказание ВМП)

Принял

(Ф.И.О. специалиста)

(дата приема заявления)

(подпись специалиста)

----- (линия отреза) -----

Расписка-уведомление

Заявление и документы гражданина (гражданки) _____

(№ Талона на оказание ВМП)

Принял

(Ф.И.О. специалиста)

(дата приема заявления)

(подпись специалиста)

Протокол ВМП раздел II № _____
решения комиссии Департамент здравоохранения города Севастополя
по отбору и направлению пациентов в федеральные медицинские организации для оказания высокотехнологичной
медицинской помощи

от « _____ » _____ 202__ г.

Комиссия Департамента здравоохранения города Севастополя по отбору и направлению пациентов в медицинские организации для оказания высокотехнологичной медицинской помощи, утвержденная приказом от «24» сентября 2021г. №909 «Об утверждении Порядка направления пациентов для получения высокотехнологичной медицинской помощи», пришла к следующему заключению:

ФИО _____

Дата рождения: _____

Домашний адрес: г. Севастополь, ул. _____

_____ (код категории льготы * _____)

Социальная группа _____

Талон №2 – выдан/не выдан _____

Диагноз заболевания (состояния): _____

ЗАКЛЮЧЕНИЕ КОМИССИИ

1. Направление пациента (-ки) для оказания **ВМП раздел 2** показано/не показано
(не нужное вычеркнуть)

2. Код диагноза по МКБ-10: _____

3. Раздел **ВМП раздел II**

4. Профиль **ВМП раздел II:** _____

5. Наименование медицинской организации направившей пациента _____

6. Наименование медицинской организации, оказывающей ВМП: _____

7. Порядок направления _____ **ПЛАНОВО** _____
(экстренно/планово)

8. Направить медицинские документы на заочную консультацию.

9. Направить на очную консультацию.

Рекомендации комиссии в случае отсутствия у пациента (-ки) медицинских показаний для направления в медицинскую организацию для оказания ВМП (проведение дополнительного обследования (с указанием необходимого объема обследования, диагноза, кода диагноза по МКБ-Х, наименование медицинской организации в которую направляется пациент), направление в медицинскую организацию для оказания высокотехнологичной медицинской помощи и др.):

Председатель комиссии:
(заместитель председателя)

Члены комиссии:

начальник отдела:

начальник отдела:

Секретарь комиссии:

Островская А.В.
(ФИО)

Манькова М.И.
(ФИО)

Малич Н.Л.
(ФИО)

Шайнер Н.Б.
(ФИО)

Дьякова Ю.В.
(ФИО)

Выписка из протокола ВМП раздел II № _____

Решения комиссии Департамент здравоохранения города Севастополя по отбору и направлению пациентов в медицинские организации для оказания высокотехнологичной медицинской помощи

от «_____» _____ 202__ г.

Комиссия Департамента здравоохранения города Севастополя по отбору и направлению пациентов в медицинские организации для оказания высокотехнологичной медицинской помощи, утвержденная приказом от «24» сентября 2021г. №909 «Об утверждении Порядка направления пациентов для получения высокотехнологичной медицинской помощи», пришла к следующему заключению:

ФИО

Дата рождения:

Домашний адрес: г. Севастополь, ул.

Диагноз заболевания (состояния):

ЗАКЛЮЧЕНИЕ КОМИССИИ

1. Направление пациента (-ки) для **оказания ВМП раздел II показано/не показано**
(не нужно вычеркнуть)
2. Код диагноза по МКБ-10:
3. **Профиль ВМП раздел II:**
4. Наименование медицинского учреждения, в которое направляется пациент (-ка) для оказания ВМП раздел II:

5. Порядок направления _____ планово _____
(экстренно/планово)

Рекомендации комиссии в случае отсутствия у пациента (-ки) медицинских показаний для направления в медицинскую организацию для оказания ВМП (проведение дополнительного обследования (с указанием необходимого объема обследования, диагноза, кода диагноза по МКБ-Х, наименование медицинской организации в которую направляется пациент):

Секретарь комиссии:

Дьякова Ю.В.
(ФИО)