

*Ш. М. ...
...
...*



1 МК
2020

С. 102

ПРАВИТЕЛЬСТВО АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

РАСПОРЯЖЕНИЕ

от 31 декабря 2019 года № 766-рд

г. Архангельск

О внесении изменений в распоряжение министерства
здравоохранения Архангельской области
от 12 апреля 2016 года № 179-рд

В целях совершенствования организации проведения дистанционного телемедицинского консультирования в медицинских организациях Архангельской области:

1. Внести в порядок проведения дистанционного телемедицинского консультирования в медицинских организациях на территории Архангельской области, утвержденный распоряжением министерства здравоохранения Архангельской области от 12 апреля 2016 года № 179-рд «Об организации проведения дистанционного телемедицинского консультирования в медицинских организациях на территории Архангельской области» (далее – Порядок) следующие изменения:

1) пункт 1.1. раздела I Порядка изложить в следующей редакции:
«1.1. Телемедицинское консультирование осуществляется в соответствии с Порядком организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 ноября 2017 года № 965н;

2) пункт 2.6. раздела II Порядка изложить в следующей редакции:
«Консультации (консилиумы врачей) с применением телемедицинских технологий в экстренной форме осуществляются в сроки от 30 минут до 2 часов с момента поступления запроса на проведение консультации (консилиума врачей) в МО Исполнителя и от 3 до 24 часов с момента поступления запроса при проведении ТМК (консилиума врачей) с применением телемедицинских технологий в неотложной форме.

Сроки при проведении плановых ТМК (консилиумов врачей) – с момента поступления запроса на проведение ТМК (консилиума врачей) и медицинской документации составляют до 7 дней (увеличение срока проведения ТМК в плановом порядке возможно при необходимости проведения дополнительных диагностических, в т.ч. гистологических исследований);

21.12.2019

3) в Приложении № 1 к Порядку строку «Заявка направляется в» дополнить фразой «для консультации амбулаторного/стационарного пациента»;

4) в Приложении № 1 к Порядку строку «Цель консультации» дополнить фразой «Проведение консилиума»;

2. Подпункт 2 пункта 1 распоряжения министерства здравоохранения Архангельской области от 12 апреля 2016 года № 179-рд «Об организации проведения дистанционного телемедицинского консультирования в медицинских организациях на территории Архангельской области» исключить.

3. Контроль за исполнением настоящего распоряжения возложить на заместителя министра – начальника управления организации здравоохранения министерства здравоохранения Архангельской области Т.В. Русинову.

4. Настоящее распоряжение вступает в силу со дня подписания и распространяет свое действие на правоотношения, возникшие с 1 января 2020 года.

Министр



А.А. Каршунов

Направление на телемедицинскую консультацию

Направление № _____ от « _____ » _____ 20 ____ г.

Наименование МО Заказчика _____

Личные данные пациента				Полис ОМС	
Фамилия				СМО	
Имя				Серия	
Отчество				Номер	
Дата рождения				Дата выдачи	
Пол					
СНИЛС					
Документ, удостоверяющий личность					
Тип документа					
Серия					
Номер					
Дата выдачи					
Личные данные законного представителя пациента (при необходимости)				Полис ОМС законного представителя пациента (при необходимости)	
Фамилия				СМО	
Имя				Серия	
Отчество				Номер	
Дата рождения				Дата выдачи	

Адрес регистрации _____

Адрес проживания _____

Заявка направляется в _____ для консультации амбулаторного/стационарного пациента
Наименование МО Исполнителя

Профиль (специальность) врача-консультанта: _____

Диагноз направления: _____

Код МКБ _____

Цель консультации (подчеркнуть нужное) Диагностика заболевания, Уточнение диагноза и лечения, Определение тактики ведения пациента, Госпитализация, Проведение консилиума, Иное (указать) - _____

Вид консультации (подчеркнуть нужное) первичная / повторная; экстренная / неотложная / плановая

Вопросы врачу-консультанту: _____

Лечащий врач отделения _____ / _____
 телефон: _____

Заместитель главного врача / Заведующий отделением _____ / _____
 телефон: _____

Ф.И.О. ответственного лица, передавшего заявку, телефон: _____

Заявка отправлена: от « _____ » _____ 20 ____ г.

Форма заключения по телемедицинской консультации

Заявка № _____ дата « ____ » _____ 20__ г. время: ____ час. ____ мин.

Наименование МО Заказчика _____

Входящий номер заявки _____ дата « ____ » _____ 20__ г. время: ____ час. ____ мин.

Наименование МО Исполнителя _____

Личные данные пациента				Полис ОМС	
Фамилия				СМО	
Имя				Серия	
Отчество				Номер	
Дата рождения				Дата выдачи	
Пол					
СНИЛС					
Личные данные законного представителя пациента (при необходимости)				Полис ОМС законного представителя пациента (при необходимости)	
Фамилия				СМО	
Имя				Серия	
Отчество				Номер	
Дата рождения				Дата выдачи	

№	ФИО врача-консультанта	Профиль (специальность) врача-консультанта
1		
2		
3		

Вид консультации (подчеркнуть нужное) первичная / повторная; экстренная / неотложная / плановая

Заключение (диагноз): _____

Рекомендации по диагностике и лечению: _____

Необходимость госпитализации (подчеркнуть нужное) нет; планово; экстренно (мед. эвакуация)

Указать наименование ГМО: _____

Дата « ____ » _____ 20__ г.

Подписи врачей консультантов/членов консилиума:

Врач-консультант _____ / _____ /

Врач-консультант _____ / _____ /

Врач-консультант _____ / _____ /

Форма отчета по проведению телемедицинского консультирования

За период с _____ по _____ 20__ года

Наименование МО Исполнителя		
Количество проведенных ТМК		
- из них		
	срочные	
	плановые	
	экстренные	
- из них		
	первичные	
	повторные	
- из них		
	для стационарных пациентов	
	для амбулаторных пациентов	
- из них		
	дети	
	беременные	