### Бюджетное учреждение здравоохранения Орловской области

### «Орловский психоневрологический диспансер»

 «\_\_01\_» \_\_\_08\_\_\_\_\_\_­­­\_2017г Приказ - ОД № \_49\_\_\_\_

О создании телемедицинских консультаций в БУЗ Орловской области «Орловский психоневрологический диспансер».

В соответствии с Приказом №742 от 01.08.2013г Департамента здравоохранения Орловской области в целях совершенствования качества оказания психиатрической помощи населению Орловской области приказываю:

1. Создать в БУЗ Орловской области «Орловский психоневрологический диспансер» телемедицинский консультативный центр (ТМКЦ)
2. Использовать для создания ТМКЦ имеющиеся комплекты АРМ2, размещенные в кабинете №14 и врачебном кабинете отделения скорой психиатрической помощи.
3. Для осуществления возможности экстренных консультаций в круглосуточном режиме работы ТМКЦ возложить врачей психиатров бригады скорой психиатрической помощи – Ровенский Владислав Иванович, Косарынов Владимир Иванович, Оганов Александр Сергеевич, Никулин Валерий Павлович, Сызранцев Сергей Сергеевич.
4. Врачи психиатры бригады скорой психиатрической помощи должны ознакомиться с Регламентом проведения телемедицинских консультаций в Орловской области.
5. Функции регистрации консультаций, согласование времени проведения, оповещения врачей возложить на медсестру (фельдшера по приему вызовов) -Некрашевич М.Г., Соколенко А.Г., Кривонос А.И., Щекотихина О.В., Сидорин С.В. – телефон 8 4862 71-35-03
6. Приложение 2 к Приказу №142 «Регламент проведения ТМК в Орловской области» и бланки протоколов (Приложение 4) хранятся у медсестры (фельдшера по приему вызовов) в отдельной папке, полученная информация, заключение ТМК хранятся в медицинской карте пациента, медицинская карта хранится в регистратуре БУЗ «ОПНД».
7. В рабочее время (с 10.00 до 12.00) прием заявок и осуществление плановых телемедицинских консультаций возложить на Председателя Врачебной комиссии БУЗ Орловской области «ОПНД» Астахову О.А. (тел. 8 4862 71-35-02), а в ее отсутствие на заместителя Председателя ВК Хотееву Т.В. (8 4862 71-35-07)
8. При необходимости привлекать для телемедицинских консультаций других специалистов: детских психиатров, детских психотерапевтов, психиатров, психотерапевтов, психологов.
9. Общее руководство по работе ТМКЦ возложить на заместителя главного врача по медицинской части Астахову О.А. (телефон 71-35-02), за организационно-методическое обеспечение – заведующего ОМКО Маркина О.Н., за техническое сопровождение программистов Красова В.О., Боева А.Е.
10. Информацию о работе ТМКЦ разместить на сайте БУЗ Орловской области «Орловский психоневрологический диспансер» - ответственная заместитель главного врача по медчасти Астахова О.А.
11. Отчет о проводимых ТМК (приложение 5) составляет и отправляет в ТМЦ ОКБ дежурная медсестра (фельдшер) по приему и передаче вызовов БСПП до 5 числа каждого месяца – ответственный Сидорин Сергей Васильевич, в его отсутствие Некрашевич М.Г.

Главный врач Силаев О.А.

 Приложение №1 к Приказу №\_49\_\_\_ от « \_01\_\_ »\_08\_\_2017г

 «Утверждаю»

 Главный врач БУЗ Орловской

 Области «Орловский

 психоневрологический диспансер»

 Силаев О.А. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

РЕГЛАМЕНТ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ КОНСУЛЬТАЦИЙ В БУЗ «ОПНД»

1. Цели создания телемедицинского медицинского консультативного центра

- повышение эффективности работы кабинета психиатра ЦРБ Орловской области за счет использования врачебной квалификации и опыта врачей-психиатров БУЗ «ОПНД» для постановки диагноза, выбора методов и средств лечения и реабилитации

- совершенствование и развитие непрерывного образования в области медицины, включая курсы и тренинги

- снижение и рационализация расходов населения и страховых медицинских фондов на высококвалифицированные медицинские консультации

- интеграция БУЗ Орловской области «ОПНД» в Российскую систему учреждений телемедицины

1. ТЕЛЕМЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ВКЛЮЧАЕТ

- проведение телемедицинских консультаций пациентов, представленных районным психиатром ЦРБ Орловской области

- организационно-методическая поддержка и необходимое обучение районных психиатров ЦРБ Орловской области

1. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ КОНСУЛЬТАЦИЙ

- определение (подтверждение) диагноза

- определение (подтверждение) тактики лечения

- оказание медицинской и реабилитационной помощи при значительном удалении пациента от областного медицинского психиатрического учреждения

- поиск альтернативного пути решения клинической задачи

- получение дополнительных знаний и умений по данной клинической проблеме

1. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ЭКСТРЕННОЙ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

- в случаях экстренной и неотложной психиатрической помощи пациенту (ст.29 а,б,в Федерального закона №3185-1-ФЗ от 02.07.1992г с изм и доп.)

1. КВАЛИФИКАЦИОННЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К КОНСУЛЬТАНТАМ И УЧАСТНИКАМ ПРОЦЕССА ТМК, ООТВЕТСТВЕННОСТЬ УЧАСТНИКОВ ТМК
2. - для осуществления плановой ТМК привлекаются члены врачебной комиссии БУЗ «ОПНД» Астахова О.А.- к.м.н., врач-психиатр высшей врачебной категории, Хотеева Т.В. врач-психиатр высшей врачебной категории, Маркин О.Н. врач-психиатр высшей врачебной категории, Кабин А.В. врач-психотерапевт высшей врачебной категории, Жорес А.М врач-психиатр высшей врачебной категории. Для осуществления экстренной ТМК привлекается дежурный врач-психиатр бригады скорой психиатрической помощи (Ровенский Владислав Иванович, Косарынов Владимир Иванович, Оганов Александр Сергеевич, Никулин Валерий Павлович, Сызранцев Сергей Сергеевич). Все специалисты имеют действующие сертификаты специалиста по специальности психиатрия, психотерапия.

- решение о необходимости и сроках проведения ТМК принимается районным врачом психиатром ЦРБ и согласовывается с заместителем главного врача по медицинской части ЦРБ.

- Телемедицинская консультация проводится в присутствии лечащего врача, главного врача, заместителя главного врача по медицинской части ЦРБ (лица его замещающего согласно приказу по учреждению).

- ответственность за вынесенное заключение и адекватность назначенного лечения возлагается на членов телеконсилиума. В случае, когда кто-либо из участников телеконсилиума не согласен с заключением, принятом большинством, он вносит мотивированную запись в протокол ТМК.

- заключение и рекомендации вносятся в амбулаторную карту амбулаторного пациента и включают в себя

- дату и время проведения ТМК, сведения о консультантах с указанием фамилии, имени, отчества, специальности, занимаемой должности, при наличии квалификационной категории, ученого звания, ученой степени.

- установленный или предполагаемый диагноз

- рекомендации по дальнейшему лечению, реабилитации, в том числе и необходимые дополнительные диагностические мероприятия

- фиксируется дата повторной ТМК если таковая требуется.

1. Решение о применении методов диагностики и лечения, содержащихся в заключении, принимается лечащим врачом.
2. Ответственность за изменения состояния пациента, наступившие из-за выполнения/невыполнения рекомендаций консультантов, несет лечащий врач.
3. В случае несогласия лечащего врача с заключением консультантов (консилиума) окончательное решение принимается главным врачом или его заместителем по медицинской части ЦРБ либо иного медицинского учреждения.
4. В случае, когда рекомендации консультанта (консилиума) заведующий отделением в обязательном порядке информирует консультанта для внесения возможных изменений в назначенном обследовании или лечении и вносит соответствующую запись в медицинскую карту.

Приложение №2 к Приказу №\_49\_\_\_ от « \_01\_\_ »\_\_\_08\_\_\_2017г

 «Утверждаю»

 Главный врач БУЗ Орловской

 Области «Орловский

 психоневрологический диспансер»

 Силаев О.А. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОВЕДЕНИЮ ТМК
1. Перед проведением ТМК врач должен дать пациенту четкие и вразумительные пояснения, касающиеся его необходимости или желательности, а также возможностей и ограничений ТМК
2. Врач обязан получить письменное согласие пациента на отправку по телекоммуникационным каналам информации о состоянии его здоровья
3. Технический персонал, обрабатывающий и пересылающий информацию в ТМС, должен давать подписку о выполнении норм, требований и правил организационного и технического характера, касающихся защиты обрабатываемой информации, а также о её неразглашении
4. При пересылке медицинской информации необходимо заботится о соблюдении врачебной тайны, вся информация о пациенте пересылается только в анонимном виде, со всех изображений медицинских заключений «стирается» с помощью графического редактора персональная информация (фамилия, имя, отчество, номер амбулаторной карты и т.д.)
5. Все персональные компьютеры должны иметь только авторизированный доступ (пароль), папки и локальные диски с информацией должны быть закрыты для доступа по локальной сети.

2.1. ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ КОНСУЛЬТАЦИЙ

1. Запрос на проведение сеанса удаленного консультирования по электронному адресу opnd\_orel@mail.ru. Секретарь главного врача передает запрос Председателю врачебной комиссии БУЗ «ОПНД» в распечатанном виде
2. Подготовка данных пациента в виде организованных файлов (организация сканированного изображения)
3. Обеспечение доступа консультантов к медицинской информации пациента, изучение данных,
4. Направление рекомендаций по дополнительным информационно-медицинским данным
5. Назначение даты, времени ТМК – сообщение лечащему врачу и главному врачу Медицинской организации, оповещение консультантов – ответственный Председатель врачебной комиссии БУЗ «ОПНД»
6. Отправление медицинского заключения факсовым либо электронным, либо почтовым отправлением (по запросу лечащего врача)

3.1. ФОРМА ОПИСАНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Запрос на ТМК должен содержать

1. Регистрационный номер
2. Дата заполнения
3. Фамилия, имя, отчество специалиста, подготовившего данные по клиническому случаю
4. Профиль ТМК – предварительная, простая
5. Цель консультации (уточнение диагноза, выбор тактики лечения, осмотр для изменения принудительных мер медицинского характера, перевод пациента из одной группы наблюдения в другую)
6. Общие сведения о пациенте: ФИО, дата рождения, адрес регистрации и проживания, пол, профессия
7. Состояние пациента: жалобы, настоящее состояние, анамнез жизни, анамнез заболевания, семейный анамнез
8. Описание органов и систем (сердечно-сосудистая, нервная, опорно-двигательная, желудочно-кишечная, урогенитальная и т.д.)
9. Дополнительные сведения о пациенте (аллергоанамнез, социальный статус и т.п.)
10. Данные общих методов обследования (результаты лабораторных исследований, ЭЭГ т .д.)
11. Данные специальных методов обследования
12. Диагноз (предварительный диагноз)
13. Получаемое в данный момент лечение (у всех специалистов)
14. Список присоединенных файлов с результатами обследований и др. информацией
15. ФИО лечащего врача и ФИО заместителя главного врача по медицинской части, контактные телефоны (сотовый, стационарный).

Приложение №3 к Приказу №\_49\_\_\_ от « \_01\_\_ »\_\_\_08\_\_\_\_\_\_\_2017г

 «Утверждаю»

 Главный врач БУЗ Орловской

 Области «Орловский

 психоневрологический диспансер»

 Силаев О.А. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Медицинская организация наименование, адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Зарегистрирован по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Проживаю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Паспорт серия номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Выдавший орган \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Законный представитель фио \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Паспорт серия номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Документ, подтверждающий полномочия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Настоящим подтверждаю, что в соответствии со ст. 19 Федерального закона РФ от 21.11.11г №323-ФЗ согласно моей воле, в доступной для меня форме проинформирован(-а) о необходимости телемедицинской консультацию. Я получил(-а) полные и всесторонние разъяснения, включая исчерпывающие ответы об условиях, цели и задачах проведения телемедицинской консультации. Даю добровольное согласие на проведение телемедицинской консультации, осознаю риски, связанные с возможной утечкой информации, в соответствии со ст.20 ФЗ РФ №323 от 21.11.11г, осознаю, что полученные заключения будут иметь рекомендательный характер, и будут осуществляться по решению моего лечащего врача. Не возражаю против передачи данных о моей болезни, записи ТМК на электронные носители и демонстрации лицам с медицинским образованием – исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны. В соответствии с ФЗ РФ №152 от 27.07.2006г даю свое согласие на учет, хранение, обработку моих персональных данных, медицинская организация вправе предоставлять их в другие медицинские организации. Срок хранения персональных данных соответствует сороку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет. Настоящее согласие дано мной

 «\_\_\_\_ »\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года и действует бессрочно. В случае получения письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных медицинская организация обязана: прекратить обработку, по истечении срока хранения моих персональных данных уничтожить (стереть) все мои персональные данные без уведомления меня об этом.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_телефон

Приложение №4 к Приказу №\_49\_\_\_ от « \_01\_\_ »\_\_\_08\_\_\_\_2017г

 «Утверждаю»

 Главный врач БУЗ Орловской

 Области «Орловский

 психоневрологический диспансер»

 Силаев О.А. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ПРОТОКОЛ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКОЙ ВРАЧЕБНОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

Дата проведения телемедицинской консультации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пациент ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Представлен врачом фио, специальность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пациент находится на амбулаторном наблюдении, лечении с\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года

Жалобы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Анамнез заболевания\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дополнительные сведения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Данные объективного осмотра \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Данные обследований \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Диагноз, шифр \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Рекомендации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Врачебная комиссия № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г

1. ФИО, подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. ФИО, подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ФИО, подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение №5 к Приказу №\_\_\_\_ от « \_\_\_ »\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2017г

 «Утверждаю»

 Главный врач БУЗ Орловской

 Области «Орловский

 психоневрологический диспансер»

 Силаев О.А. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ОТЧЕТ О ПРОВЕДЕНИИ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ ВРАЧЕБНЫХ КОНСУЛЬТАЦИЙ

БУЗ Орловской области «Орловский психоневрологический диспансер»

Отчетный период \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Наименование медицинской организации, направившая на ТМК | Наименование медицинской организации, предоставившей ТМК  | количество |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | ИТОГО |  |  |

Подпись фио \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_