

**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, 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.

«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
2. ТЕЛЕМЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ВКЛЮЧАЕТ
  - проведение телемедицинских консультаций пациентов, представленных районным психиатром ЦРБ Орловской области
  - организационно-методическая поддержка и необходимое обучение районных психиатров ЦРБ Орловской области
3. 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
4. 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.)

5. КВАЛИФИКАЦИОННЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К КОНСУЛЬТАНТАМ И УЧАСТНИКАМ ПРОЦЕССА ТМК, ООТВЕТСТВЕННОСТЬ УЧАСТНИКОВ ТМК
12. - 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.
6. Решение о применении методов диагностики и лечения, содержащихся в заключении, принимается лечащим врачом.
7. Ответственность за изменения состояния пациента, наступившие из-за выполнения/невыполнения рекомендаций консультантов, несет лечащий врач.
8. 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.
9. 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.

«Утверждаю»

Главный врач БУЗ Орловской

Области «Орловский

психоневрологический диспансер»

Силаев О.А. \_\_\_\_\_

#### 1.1. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОВЕДЕНИЮ ТМК

2. Перед проведением ТМК врач должен дать пациенту четкие и вразумительные пояснения, касающиеся его необходимости или желательности, а также возможностей и ограничений ТМК
3. Врач обязан получить письменное согласие пациента на отправку по телекоммуникационным каналам информации о состоянии его здоровья
4. 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
5. При пересылке медицинской информации необходимо заботиться 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.)
6. 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](mailto: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 ф.и.о. \_\_\_\_\_

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 консультации. 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 ф.и.о, 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 \_\_\_\_\_

3. 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 \_\_\_\_\_