

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БУРЯТИЯ**

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**«МУЙСКАЯ ЦЕНТРАЛЬНАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА»**

**ЭЛYYРЫЕ ХАМГААЛГЫН ГУРЭНЭЙ БЮДЖЕДЭЙ ЭМХИ ЗУРГААН**

**«МУЙСКЭ АЙМАГАЙ БЭЙЭ ЭМШЭЛГЫН ГАЗАР»**

­­671560, Муйский район, п.Таксимо, ул. Автодорожная, 4А,

Тел. (факс.) 8(301-32) 54-3-35, E-mail: [muzo\_ taximo@mail.ru](mailto:muzo_%20taximo@mail.ru)

Приказ № 50 от 24 января 2023 г

Об утверждении положения об организации работы приемного отделения ГБУЗ «Муйская ЦРБ»

В соответствии со статьями 16, 35 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить Положение об организации работы приемного отделения согласно приложению.
2. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

И.о. Главного врача

ГБУЗ «Муйская ЦРБ» О.А. Мироевская

Приложение №1 к Приказу № 50 от 24 января 2023

Положение  
о работе приемного отделения медицинской организации

**I. Общие положения**

1.1. Настоящее Положение об организации работы приемного отделения ГБУЗ «Муйская ЦРБ», определяет правила работы, в том числе информационное и материально-техническое обеспечение.

1.2. Приемное отделение является структурным подразделением медицинской организации, и располагается в корпусе, где сосредоточены основные ресурсы медицинской организации (отделения хирургии, реанимации, инфекции, педиатрии, операционные, ОСМП)

Приемное отделение должно быть доступно для подъезда транспорта с возможностью разъезда машин.

Приемное отделение в своей деятельности взаимодействует со всеми структурными подразделениями медицинской организации и осуществляет свою деятельность в соответствии с действующими нормативными правовыми актами в сфере здравоохранения и настоящим положением.

1.3.Основным принципом работы приемного отделения является ответственность за жизнь и здоровье пациентов. В приемном отделении должны быть приняты все меры для своевременного уточнения (установления) диагноза и определения дальнейшей тактики лечения (госпитализация, наблюдение в амбулаторно-поликлиническом учреждении, перевод в другую медицинскую организацию).

1.4. Штатное расписание и структура приемного отделения устанавливаются главным врачом ГБУЗ «Муйская ЦРБ», исходя из объема проводимой лечебно-диагностической работы, численности обслуживаемого населения, рекомендуемых штатных нормативов.

Обязанности медицинских сестер приемного отделения устанавливаются должностными инструкциями.

1.5. Приемное отделение возглавляет старший фельдшер ОСМП «ГБУЗ Муйская ЦРБ», назначаемый и освобождаемый от должности приказом главного врача.

1.6. Деятельность приемного отделения осуществляется в круглосуточном режиме, включая выходные и праздничные дни. Непосредственный контроль за организацией работы приемного отделения осуществляет заместитель главного врача по лечебной части.

1.7. За организацию работы по отбору и приему пациентов на плановую госпитализацию несет ответственность заместитель главного врача по лечебной части.

1.8. В вечернее и ночное время, выходные и праздничные дни непосредственное руководство приемным отделением и госпитализацией пациентов осуществляет ответственный дежурный врач.

1.9. Для оперативного выполнения поставленных задач приемное отделение обеспечивается стационарной телефонной связью с внутренними и внешними абонентами, а также с возможностью выхода на междугородние линии связи.

1.10 График работы младшего персонала отделения приемного покоя ГБУЗ «Муйская ЦРБ» 12-ти часовой рабочий день с 8.00-.20.00. сменный график.

1.11 Младший персонал ГБУЗ «Муйская ЦРБ» непосредственно подчиняется Главному врачу, или лицу замещающее и фельдшеру дежурной смены.

1.12 Рабочий день сотрудников приемного покоя ГБУЗ «Муйская ЦРБ» начинается в 7 часов 45 минут. Переодевшись униформу, принимает смену у ночной смены.

**II. Функции приемного покоя**

2.1. Оказание медицинской помощи пациентам в экстренной и неотложной формах в соответствии с порядками оказания медицинской помощи на основе стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, включая проведение диагностических исследований, необходимых для постановки пациенту диагноза, консультаций специалистов.

2.2. Госпитализация пациентов в отделения стационара, производится по направлению, результатами ЭКГ, СНИЛС, паспорт, Страховой медицинский полис

Плановая госпитализация проводится с 8.30-.14.00 часов в будние дни

2.2.1. Проведение медицинского освидетельствования на состояние опьянения и оформление его результатов производится на основании Приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 27 января 2006 г. N 40 "Об организации проведения химико-токсикологических исследований при аналитической диагностике наличия в организме человека алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ" и [Приказа  Министерства здравоохранения РФ от 18 декабря 2015 г. N 933н "О порядке проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического)" (с изменениями и дополнениями)](https://demo.garant.ru/" \l "/document/71350220/paragraph/1/doclist/1727/1/0/0/JTVCJTdCJTIybmVlZF9jb3JyZWN0aW9uJTIyJTNBZmFsc2UlMkMlMjJjb250ZXh0JTIyJTNBJTIyJTVDdTA0M2YlNUN1MDQ0MCU1Q3UwNDM4JTVDdTA0M2ElNUN1MDQzMCU1Q3UwNDM3JTIwOTMzJTIyJTdEJTVE)

2.2.2. Отбор биологического материала у свидетельствуемого проводится только с письменного назначения дежурного врача, для дальнейшей передачи биологических объектов и сопроводительных документов в ХТЛ и письменного добровольного согласия на медицинское вмешательство в соответствии со ст.20,35 ФЗ № 323 от 21.11.2011 г.

2.3. Информирование об обращении пациента в приемное отделение и состоянии его здоровья.

2.4. Передача специальных сообщений об обращении пациентов в случаях, предусмотренных законодательством.

2.5. Оформление документов в случае смерти пациента в приемном отделении и организация транспортировки тел умерших пациентов в патологоанатомическое отделение.

**Требования к приемному отделению (приемному покою)**

3.1. Путь к приемному отделению на территории медицинской организации должен быть оснащен указателями, содержавшие исчерпывающие и точные ориентиры, надписи должны быть выполнены крупным разборчивым шрифтом.

3.2. Приемное отделение располагается не выше второго этажа здания медицинской организации. Вход в приемное отделение оборудуется: вывеской «Приемное отделение» либо «Приемный покой», выполненной крупным разборчивым шрифтом; пандусами, поручнями, иными приспособлениями, обеспечивающими беспрепятственный доступ для лиц с ограниченными физическими возможностями; наружной кнопкой вызова медицинского персонала. Вход и передвижение по приемному отделению не должны создавать затруднений для лиц с ограниченными физическими возможностями. Вход в приемное отделение должен иметь уличное освещение в ночное время.

3.3. Пациенты, не имеющие возможности самостоятельно передвигаться, доставляются в приемный покой бригадами скорой медицинской помощи с использованием специальных технических средств (носилок). Перемещение пациента на больничную каталку, кресло-каталку, иное техническое средство вне помещения не допускается и осуществляется исключительно в приемном покое.

3.4.  Помещения приемного покоя, их количество, состав и состояние должны соответствовать: Постановлению №48 от 18 декабря 2018 года О внесении изменений в [постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 18.05.2009 N 34 "Об утверждении СП 2.2.1.2513-09"](https://docs.cntd.ru/document/902165871#7D20K3)

3.5. Приемный покой должен иметь холл, оснащенный посадочными местами, питьевой водой, туалет. В холле в доступном для пациентов и посетителей месте размещается информационный стенд, содержащий следующую информацию:

копию лицензии медицинской организации на осуществление медицинской деятельности;

информацию о часах приема плановых пациентов, порядке госпитализации пациентов;

информацию о днях и часах посещения пациентов, днях и часах приема лечащим врачом;

правила внутреннего распорядка медицинской организации;

перечень продуктов, разрешенных для передачи пациентам;

список телефонных номеров отделений медицинской организации (телефонный номер главного врача должен быть указан отдельно с указанием фамилии, имени, отчества (последнее – при наличии);

список телефонных номеров министерства здравоохранения Республики Бурятия, страховых медицинских организаций, Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Бурятия.

Если в холле ведется видеонаблюдение, то перед входом в приемный покой либо на входной двери размещается информационная табличка следующего содержания: «Внимание! В помещении ведется видеонаблюдение!».

Табличка должна быть выполнена крупным разборчивым шрифтом.

3.5 Помещение оснащается «тревожной кнопкой».

3.6. Приемный покой должно быть оснащено оборудованием, неснижаемым запасом лекарственных препаратов и медицинских изделий для оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной формах. Оборудование должно быть в рабочем состоянии.

3.7.      Приемный покой должно быть оснащено средствами связи (в том числе мобильной), оборудованием и программным обеспечением для проведения видеосвязи по защищенному каналу связи, средствами для фотофиксации.

3.8.      В приемном отделении ведется следующая медицинская документация:

3.8.1 Учетная форма № 001/у – «Журнал приема пациентов и отказов в госпитализации» электронный носитель.

3.8.2 Учетная форма № 003/у – «Медицинская карта стационарного больного».

3.8.3. Учетная форма № 002/у «Журнал учета приема беременных, рожениц и родильниц».

3.8.4. Учетная форма № 096/у «История родов».

3.8.5. Учетная форма № 010/у «Журнал записи родов в стационаре».

3.8.6. Учетная форма № 003-1/у «Медицинская карта прерывания беременности».

3.8.7. Справка о нахождении в медицинской организации по форме согласно приложению к настоящему приказу.

3.8.8. Учетная форма № 060/у - «Журнал учета инфекционных заболеваний» (далее – форма № 060/у). Каждый случай выявленного педикулеза вносится в Журнал учета инфекционных заболеваний.

3.8.9. Учетная форма № 007/у – «Листок учета движения больных и коечного фонда стационара» (формируется отделениями стационара и представляется в приемное отделение (приемный покой)

3.8.10. Журнал учета экстренной профилактики столбняка при травмах. (Методические указания Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека МУ 3.1.2436-09 «Профилактика инфекционных болезней. Эпидемиологический надзор за столбняком»).

3.8.11. Журнал регистрации специальных сообщений.

3.9. Руководство работой приемного отделения осуществляет заместитель руководителя медицинской организации по медицинской части.

3.10. Медицинский персонал премного отделения (приемного покоя) должен владеть навыками оценки состояния жизненно важных функций человека и навыками проведения базовой сердечно-легочной реанимации и наружной дефибрилляции, знать порядки оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной формах.

**Оказание медицинской помощи пациентам в экстренной и неотложной формах в приемном отделении (приемном покое)**

4.1.  Медицинская помощь в экстренной форме оказывается незамедлительно при обращении пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента.

4.2.  Медицинская помощь в неотложной форме оказывается пациенту при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента в течение 30 минут с момента обращения пациента.

4.3.   Медицинская помощь в экстренной и неотложной формах оказывается пациенту независимо от места жительства пациента, наличия документов, удостоверяющих личность, полиса обязательного медицинского страхования.

4.4.  При поступлении пациента, нуждающегося в медицинской помощи в экстренной или неотложной форме, дежурный врач: осматривает и опрашивает пациента (собирает анамнез); фиксирует в медицинской документации пациента дату и время обращения пациента, результаты осмотра и опроса пациента; получает письменное добровольное информирование согласие пациента (его законного представителя) на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства; определяет виды и объем необходимых пациенту медицинских услуг, организует их предоставление пациенту (время проведения каждой медицинской услуги и ее результаты фиксируются в медицинской документации пациента); по результатам осмотра и проведенных медицинских услуг определяет наличие оснований для госпитализации пациента в медицинскую организацию, направления в иную медицинскую организацию; при наличии медицинских показаний организует госпитализацию пациента в медицинскую организацию в порядке, установленном настоящего Положения; при отсутствии медицинских показаний для госпитализации пациента в медицинскую организацию отказывает пациенту в госпитализации в стационар в порядке, установленном настоящего Положения. при отсутствии возможности для оказания медицинской помощи пациенту данной медицинской организацией организует направление пациента в иную медицинскую организацию. При состояниях, угрожающих жизни пациента, направление и транспортировка пациента в иную медицинскую организацию не допускаются.

4.5.  При поступлении информации от бригады скорой медицинской помощи о транспортировке пациента, нуждающегося в реанимационных мероприятиях, медицинская сестра приемного покоя незамедлительно организует сбор дежурной бригады, включая врача-анестезиолога-реаниматолога, а также при необходимости подготовку экстренной операционной.

**Организация госпитализации пациентов в отделения стационара**

5.1.     Показаниями к госпитализации пациента в стационар являются: состояния, требующие активного лечения (проведение реанимационных мероприятий и интенсивной терапии, проведение оперативного и консервативного лечения); состояния, требующие круглосуточного динамического наблюдения и проведения специальных видов обследования и лечения; патология беременности, роды и аборты; необходимость изоляции пациента по эпидемиологическим показаниям.

5.2.   При обращении пациента в приемный покой медицинская сестра приемного покоя:

осуществляет регистрацию пациента с внесением сведений о нем в Журнал приема пациентов и отказов в госпитализации. Если личность и персональные данные пациента не могут быть установлены, то ему до установления личности присваивается литер «Неизвестный» с порядковым номером (например, «Неизвестный № 1»).

медицинская сестра приемного покоя в день обращения такого пациента направляет сообщение (телефонограмму) о нем в отдел полиции по месту нахождения медицинской организации. Сообщение должно содержать подробное описание пациента – пол, возраст (приблизительно), рост, телосложение, цвет волос, цвет глаз, особые приметы (при наличии).

5.3.    медицинская сестра приемного покоя: оформляет пациенту медицинскую карту стационарного больного, а также получает у пациента (его законного представителя) письменное согласие на обработку персональных данных, письменное согласие на передачу информации о нахождении пациента в медицинской организации, состоянии его здоровья, оказываемой ему медицинской помощи третьим лицам (с фиксацией полного перечня лиц, которым может быть предоставлена данная информация, их контактных данных); знакомит пациента под подпись с локальными правовыми актами и приказами медицинской организации, определяющими права, обязанности и ответственность пациентов в период нахождения в медицинской организации; при необходимости организует транспортировку пациента в соответствующее отделение с применением технических средств (носилки, каталки, кресла-каталки); направляет пациента дежурному врачу

5.4.      Каждый пациент, обратившийся в приемное отделение, подлежит обязательному осмотру дежурным врачом с внесением информации о результатах осмотра в медицинскую документацию пациента с указанием точного времени проведения осмотра, медицинских исследований и консультаций. По результатам осмотра пациента врач принимает решение о госпитализации пациента в соответствующее отделение стационара либо принимает решение об отказе в госпитализации пациента в стационар. Дежурный врач получает у пациента (его законного представителя) письменное добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство.

5.5.  Если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни пациента и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители, а также в отношении пациентов, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, решение о госпитализации пациента в стационар принимает консилиум врачей, а если собрать консилиум невозможно – дежурный врач с внесением такого решения в медицинскую карту стационарного больного пациента и последующим уведомлением заведующего приемным отделением или руководителя медицинской организации, пациента, его законного представителя. Организация консилиума врачей осуществляется дежурным врачом

5.6.      Решение об отказе в госпитализации пациента в стационар принимается в случае: отсутствия у пациента медицинских показаний для госпитализации в стационар;

5.7.      Пациента, госпитализирующего в отделение стационара, сопровождает младшая медицинская сестра или санитарка.

5.8.      В случае отказа пациента (его законного представителя) от медицинского вмешательства (госпитализации) дежурный врач: оформляет данный отказ с внесением информации в Журнал приема пациентов и отказов в госпитализации и информационную систему медицинской организации; разъясняет пациенту (его законному представителю) возможные последствия такого отказа; оформляет лист первичного (консультативного) осмотра пациента; выдает пациенту (его законному представителю) справку о нахождении в медицинской организации с указанием диагноза пациента, результатов, оказанных ему медицинских исследований и консультаций, рекомендаций по лечению и труду.

5.9.      Если пациент (его законный представитель) отказывается от медицинского вмешательства (госпитализации), но при этом отказывается оформить отказ в соответствии с требованиями законодательства, дежурный врач фиксирует такой отказ путем составления акта с уведомлением в течение 1 рабочего дня заместителя руководителя медицинской организации, осуществляющего руководство приемным покоем. В акте указываются: дата и время составления акта; фамилии, имена, отчества и должности лиц, составивших акт; фамилия, имя, отчество, дата рождения пациента; фамилия, имя отчество законного представителя пациента (если отказ дан законным представителем); указание на отказ от медицинского вмешательства (госпитализации); причины отказа от медицинского вмешательства (госпитализации) со слов лица, его давшего (при наличии); указание на разъяснение пациенту (его законному представителю) возможных последствий отказа от медицинского вмешательства (госпитализации); подписи лиц, составивших акт. Акт приобщается к медицинской документации пациента. В случае отказа от медицинского вмешательства (госпитализации) беременной женщины, несовершеннолетнего пациента информация об обращении в приемное отделение (приемный покой) и состоянии здоровья передается соответственно в женскую консультацию, детскую поликлинику по месту прикрепления в течение 1 рабочего дня с даты обращения.

5.10.      В случае принятия решения об отказе в госпитализации пациента в стационар дежурный врач: вносит информацию о принятом решении в Журнал приема пациентов и отказов в госпитализации и информационную систему медицинской организации; оформляет лист первичного (консультативного) осмотра пациента; выдает пациенту (его законному представителю) справку о нахождении в медицинской организации с указанием диагноза пациента, результатов, оказанных ему медицинских исследований и консультаций, рекомендаций по лечению и труду.

5.11.      При выявлении у пациента признаков инфекционного заболевания дежурный врач незамедлительно направляет пациента в инфекционное отделение. При выявлении у пациента признаков заболевания, отнесенного по Международным санитарным правилам к карантинным, дежурный врач приемного покоя проводит мероприятия согласно оперативному плану первичных мероприятий по санитарной охране территории Муйского района.

5.12.      Время нахождения пациента в приемном покое с момента его обращения до момента госпитализации в отделение стационара или принятия решения об отказе в госпитализации не должно превышать 2 часов.

6.       **Передача специальных сообщений осуществляется:**

6.1.    В территориальное подразделение Министерства внутренних дел Российской Федерации по месту нахождения медицинской организации

– в каждом случае обращения пациента, в отношении которого имеются достаточные основания полагать, что вред его здоровью причинен в результате противоправных действий, а также в каждом случае обращения ребенка с травмой вне зависимости от причины и обстоятельств получения травмы;

6.2.    В территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека

– в каждом случае обращения пациента с признаками инфекционного (паразитарного) заболевания, пациента, являющегося носителем возбудителя инфекционного (паразитарного) заболевания, пациента, которому установлен диагноз инфекционного (паразитарного) заболевания, пациента, умершего от инфекционного (паразитарного) заболевания, с острыми отравлениями химическими веществами.

6.3.    В подразделение пожарной охраны, на территории обслуживания (выезда) которого расположена медицинская организация

– о количестве находящихся в помещениях медицинской организации граждан (персонала и пациентов).

6.4.    В «Территориальный центр медицины катастроф Республики Бурятия» - о каждом случае обращения пациента, пострадавшего в результате чрезвычайной ситуации. Отнесение пациента к категории пострадавших в чрезвычайной ситуации осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23.04.2002 № 131 «Об утверждении инструкций по заполнению учетных форм службы медицины катастроф».

6.5 Передача специального сообщения в случае, предусмотренные настоящего Положения, осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17.05.2012 № 565н «Об утверждении Порядка информирования медицинскими организациями органов внутренних дел о поступлении пациентов, в отношении которых имеются достаточные основания полагать, что вред их здоровью причинен в результате противоправных действий». А также осуществляется в соответствии с постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 16.12.2013 № 65 «Об утверждении СП 3.1/3.2.3146-13. Общие требования по профилактике инфекционных и паразитарных болезней. Санитарно-эпидемиологические правила», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2000 № 460 «Об утверждении учетной документации токсикологического мониторинга», осуществляется медицинской сестрой приемного покоя в форме телефонограммы 1 раз в сутки, осуществляется в течение 10 минут с момента поступления пациента по телефону 102 (передаются сведения о поле, возрасте (если точный возраст неизвестен – примерный), тяжести состояния здоровья).

6.6.  Информация о передаче специального сообщения вносится лицом, направившим сообщение, в Журнал передачи вызовов криминального характера. и состоянии его здоровья

6.7.   Дежурный врач извещает законного представителя несовершеннолетнего пациента об обращении такого пациента в медицинскую организацию и состоянии его здоровья в случае оказания медицинской помощи несовершеннолетнему пациенту в возрасте до 15 лет включительно или больному наркоманией несовершеннолетнему пациенту в возрасте до 16 лет включительно. Дежурный врач извещает лицо, указанное пациентом, об обращении пациента в медицинскую организацию и состоянии его здоровья по просьбе пациента.

В случае смерти пациента в приемном покое дежурный врач извещает супруга такого пациента, при его отсутствии – одного из близких родственников (детей, родителей, усыновленных, усыновителей, родных братьев и родных сестер, внуков, дедушку, бабушку), при их отсутствии – иных родственников или законных представителей.

6.8.  Извещение осуществляется в день обращения пациента посредством телефонного звонка.

6.9.   Извещение лица, настоящего Положения, о смерти пациента осуществляется в день смерти пациента, за исключением периода с 24 часов 00 минут до 06 часов 00 минут, если представление информации не оговорено с получателем заранее. Информация об извещении о смерти пациента с указанием времени разговора, номера телефона и фамилии, инициалов и степени родства лица, которому была предоставлена информация, фиксируются в медицинской карте стационарного больного пациента. Содержание извещения должно быть кратким и корректным, более подробная информация предоставляется заведующим приемным отделением либо лечащим врачом пациента при личной встрече.

**III. Оформление документов в случае смерти в приемном отделении ГБУЗ «Муйская ЦРБ» и организация транспортировки тел умерших пациентов в патологоанатомическое отделение.**

7.1.  Пациент считается умершим в приемном отделении (приемном покое) в случае, если смерть пациента наступила непосредственно в приемном отделении (приемном покое). В случае доставки в приемное отделение (приемный покой) пациента с отсутствием сердечной деятельности, дыхания, рефлексов, сознания, мышечного тонуса, такой пациент считается умершим вне медицинской организации и оформление документации в связи с его смертью осуществляется медицинскими работниками скорой медицинской помощи. Установление смерти пациента осуществляется в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 20.09.2012 № 950 «Об утверждении правил определения момента смерти человека, в том числе критериев и процедуры установления смерти человека, правил прекращения реанимационных мероприятий и формы протокола установления смерти человека».

7.2.  Пациент, умерший в приемном отделении, считается умершим в стационаре. Сведения о таком пациенте вносятся медицинской сестрой приемного покоя в Журнал приема пациентов и отказа в госпитализации. Дежурный врач приемного покоя оформляет на такого пациента медицинскую карту стационарного больного.

7.3.  В случае, если личность умершего пациента не установлена, то дежурным врачом приемного покоя в присутствии не менее 2 лиц производится осмотр вещей и документов такого пациента. При отсутствии сведений, позволяющих установить личность умершего пациента, такому пациенту присваивается литер «Неизвестный» с порядковым номером.

7.4. После оформления медицинской документации умершего пациента, личность которого не установлена, дежурный врач в течение 2 часов передает сообщение о таком пациенте в Отдел Внутренних Дел и Следственный комитет РБ по Муйскому району Республики Бурятии по телефонам 102, в форме телефонограммы. Сообщение должно содержать подробное описание пациента – пол, возраст (приблизительно), рост, телосложение, цвет волос, цвет глаз, особые приметы (при наличии).

7.5.  После констатации биологической смерти пациента нижняя челюсть умершего фиксируется циркулярно бинтом. Руки на груди связываются бинтом в проекции запястий, ноги связываются бинтом в проекции голеностопных суставов. В случае наличия катетеров, повязок, дренажей - последние не убираются. На большой палец нижней конечности тела умершего прикрепляется бирка с указанием фамилии, имени, отчества, возраста и отделения, в котором произошел летальный исход. Категорически запрещено осуществлять записи на теле умершего пациента.

7.6.    При наличии в медицинской организации патологоанатомического отделения (морга) тело умершего пациента незамедлительно транспортируется в данное отделение (морг).

7.7.  При наличии на теле умершего пациента признаков насильственной смерти, признаков потребления наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача тело умершего пациента направляется дежурным врачом на судебно-медицинскую экспертизу в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 12.05.2010 № 346н «Об утверждении Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации». Одновременно с телом умершего передается его медицинская карта стационарного больного с результатами проведенных медицинских исследований, картами анестезиологических и реанимационных пособий, протоколами оперативных медицинских вмешательств и посмертным эпикризом.

IV. **Инструкция по уничтожению по наркотических средств и психотропных веществ, входящих в списки II и III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю РФ.**

8.Уничтожение наркотических средств и психотропных веществ, входящих в списки II и III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации :

1)истек срок годности;

2)наркотическое средство или психотропное вещество подвергалось химическому или физическому воздействию, следствием которого стала его непригодность, исключающая возможность восстановления или переработки (в том числе остатки не полностью использованных наркотических средств и психотропных веществ во вскрытых ампулах (флаконах), наличие помутнения или изменения цвета раствора из-за несоблюдения режима хранения, наличие повреждений первичной упаковки);

3)неиспользованные наркотические средства были приняты от родственников умерших больных в порядке, установленном Министерством здравоохранения Российской Федерации

4)трудно определить, является препарат наркотическим средством или психотропным веществом;

5)конфискованное наркотическое средство или психотропное вещество не может быть использовано в медицинских целях.

**Списание подлежащих уничтожению наркотических средств и психотропных веществ производится не позднее последнего рабочего дня календарного месяца.**

1. Дежурная смена обязана использованные ампулы из-под наркотических средств и психотропных веществ сдавать в этот же день, за исключением выходных и праздничных дней, заместителю руководителя по лечебной части ГБУЗ «Муйская ЦРБ».

Уничтожение использованных ампул производить не реже одного раза в 10 дней комиссией под председательством руководителя с оформлением соответствующего акта по установленной форме

2.При невозможности своевременного уничтожения остатков не полностью использованных наркотических средств, психотропных веществ обеспечивается герметичность ампул (флаконов) с использованием подручного материала (например, сургуч, пластилин, воск, парафин, иной материал), ампулы (флаконы) помещаются в любую упаковочную тару и хранятся в сейфе на отдельной полке до уничтожения (передачи на уничтожение).

Для предметно-количественного учета, списания и уничтожения фактический объем остатков наркотических средств и психотропных веществ во вскрытых ампулах (флаконах) высчитывается арифметически без учета возможных потерь, в том числе при наборе в шприц и подготовке к инъекции.

Особенности уничтожения наркотических средств и психотропных веществ:

1)жидкие лекарственные формы в стеклянных ампулах, флаконах уничтожаются путем раздавливания первичной упаковки, жидкие лекарственные формы в пластиковых ампулах, шприц-тюбиках уничтожаются путем дробления первичной упаковки с последующим разведением полученного содержимого водой в соотношении 1:100 и слива образующегося раствора в канализацию;

2)твердые лекарственные формы, содержащие водорастворимые фармацевтические субстанции наркотических средств и психотропных веществ, подлежат после дробления до порошкообразного состояния разведению водой в соотношении 1:100 и сливу образующейся суспензии (раствора) в канализацию;

3)водорастворимые фармацевтические субстанции уничтожаются путем разведения водой в соотношении 1:100 и слива образующегося раствора в канализацию;

4)твердые лекарственные формы, содержащие нерастворимые в воде фармацевтические субстанции наркотических средств и психотропных веществ, мягкие лекарственные формы, трансдермальные лекарственные формы, уничтожаются путем сжигания;

5)нерастворимые в воде фармацевтические субстанции уничтожаются путем сжигания.

Остатки раздавленных (раздробленных) первичных упаковок наркотических средств и психотропных веществ уничтожаются в соответствии с законодательством Российской Федерации об отходах производства и потребления либо в случае отнесения к медицинским отходам

- в порядке, установленном законодательством Российской Федерации в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Допускается сжигание лекарственных форм, сжигание фармацевтических субстанций и лекарственных форм после обливания горючей жидкостью осуществляется под тягой (если уничтожение проводится в помещении), на костре (если уничтожение проводится на полигоне) или в специальных печах. Зола вывозится или закапывается.

1При уничтожении наркотических средств и психотропных веществ комиссией составляется акт, в котором указываются:

1)дата и место составления акта;

2)место работы, должности, фамилии, имена, отчества (при наличии) лиц, принимающих участие в уничтожении;

3)основание для уничтожения наркотических средств, психотропных веществ;

4)сведения о наименовании (с указанием вида лекарственной формы, дозировки, единицы измерения, серии) и количестве уничтожаемого наркотического средства, психотропного вещества, а также о таре или об упаковке, в которой они хранились;

5)способ уничтожения наркотических средств, психотропных веществ.

Количество экземпляров акта определяется по числу сторон, принимающих участие в уничтожении наркотических средств и психотропных веществ. Допускается составление акта в форме электронного документа, подписываемого электронными подписями.

6.Передача для дальнейшего использования наркотических средств и психотропных веществ, в отношении которых принято решение об их уничтожении, запрещается

Ознакомлены с Положением:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Должность | ФИО | Подпись |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |