

Перечень вопросов к проведению консультации, в том числе с применением телемедицинских технологий:

- определение (подтверждение) диагноза;
- определение (подтверждение) тактики лечения;
- определение методов профилактики осложнений;
- определение показаний к переводу пациента в специализированную медицинскую организацию;
- определение показаний к очной консультации пациента врачом-специалистом;
- необходимость диагностики и определения тактики лечения редких, тяжелых или атипично протекающих заболеваний;
- необходимость выполнения нового и/или редкого вида оперативного (лечебного или диагностического) вмешательства, процедуры и т. д.;
- внешний аудит лечебно-диагностической работы, разбор жалоб;
- поиск альтернативных путей решения клинической задачи;
- получение дополнительных знаний и умений по данной клинической проблеме.

Чек-лист
состава и формат представления документов
для консультирования, в том числе с применением телемедицинских технологий

| № п/п | наименование | | примечание |
|-------|--|--|--|
| 1. | Выписка на актуальную дату из амбулаторной карты и/или выписной эпикриз* | | <i>должен содержать подробный анамнез заболевания, диагноз (предварительный, клинический, окончательный), жалобы (максимально подробно) на момент проведения, критично важные данные из анамнеза (та информация, которая имеет наибольшее значение для диагностики и лечения), проводилось ли лечение по поводу данного заболевания (если да, то какое, где), какова эффективность проведенного лечения, общее состояние пациента, подробный локальный статус (при необходимости с визуализирующими данными (клинические фотографии));</i> |
| 2. | Результаты исследований* | | <i>в том числе рентгенограммы и другие лучевые методы исследования;</i> |

| | | | |
|----|--|--|--|
| 3. | Цель консультации, вопросы к консультанту* | | |
| 4. | Информированное добровольное согласие на проведение телемедицинской консультации профилактики, диспансеризации и раннего выявления заболеваний** | | |

Оформление направления осуществляется через электронную медицинскую карту пациента (далее ЭМК) в государственной информационной системе «Республиканская медицинская информационно-аналитическая система Республики Башкортостан».

*Результаты исследований, в том числе рентгенограммы и другие лучевые методы исследования, эпикриз, дополнительные текстовые данные, вопросы к консультанту, поясняющие данные прикрепляются в цифровом формате в параметре «Файл» в ЭМК.

Протокол проведенной консультации оформляется на базе функциональной компоненты «Центр дистанционных консультаций» государственной информационной системы «Республиканская медицинская информационно-аналитическая система Республики Башкортостан»

****Информированное добровольное согласие на проведение медицинской помощи с применением телемедицинских технологий**

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина (последнее - при наличии), законного представителя)
 «__» _____ года рождения, зарегистрирован(а) по адресу:

(адрес места жительства гражданина или законного представителя, паспортные данные: серия, номер, дата выдачи, выдавший его орган, документ, подтверждающий полномочия законного представителя)

настоящим подтверждаю, что в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральным законом от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», согласно моей воле, в доступной для меня форме, проинформирован(а) о необходимости проведения консультации (консилиума врачей) с применением телемедицинских технологий (далее - ТМК) по поводу:

- а) моей болезни,
- б) болезни

(Ф.И.О. пациента)
 Представляемого мной на основании

(наименование и реквизиты документа, кем, когда выдан)

1. Я подтверждаю свое согласие:
 - на проведение мне консультации (консилиума врачей) с применением телемедицинских технологий;

- на передачу моих персональных данных, необходимых для консультации (консилиума врачей) с применением телемедицинских технологий, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, обновление, изменение, извлечение, использование, передачу, предоставление, доступ, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

2. Я получил(а) полные и всесторонние разъяснения, включая исчерпывающие ответы на заданные мной вопросы об условиях, целях и задачах проведения ТМК.
3. Я понимаю необходимость проведения ТМК.
4. Я ознакомлен со сведениями о консультирующей медицинской организации и о специалистах, непосредственно осуществляющих ТМК.
5. Я осознаю, что полученные в результате ТМК заключения могут быть применены для дальнейшего ведения в случае моей болезни (болезни, представляемого мной лица).
6. Не возражаю против передачи моих персональных данных (персональных данных представляемого мной лица) и данных о моей болезни (данные о болезни представляемого мной лица), записи консультации (консилиума врачей) с применением телемедицинских технологий на электронные носители и демонстрации лицам с медицинским образованием – исключительно в медицинских целях с учетом сохранения врачебной тайны.
7. Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на ТМК мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.
8. Настоящее согласие дано мной «__» _____ года и действует бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес медицинской организации по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю медицинской организации.

В случае получения письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных медицинская организация обязана прекратить их обработку.

«__» _____ 20__ г. _____ / _____ /
(подпись пациента или его законного представителя) (расшифровка подписи)

(контактный телефон)

Настоящий документ оформлен

(лечащий врач, заведующий отделением медицинской организации, другой специалист,

принимающий непосредственное участие в обследовании и лечении)

по результатам предварительного информирования пациента (законного представителя) о состоянии его здоровья (здоровья представляемого)

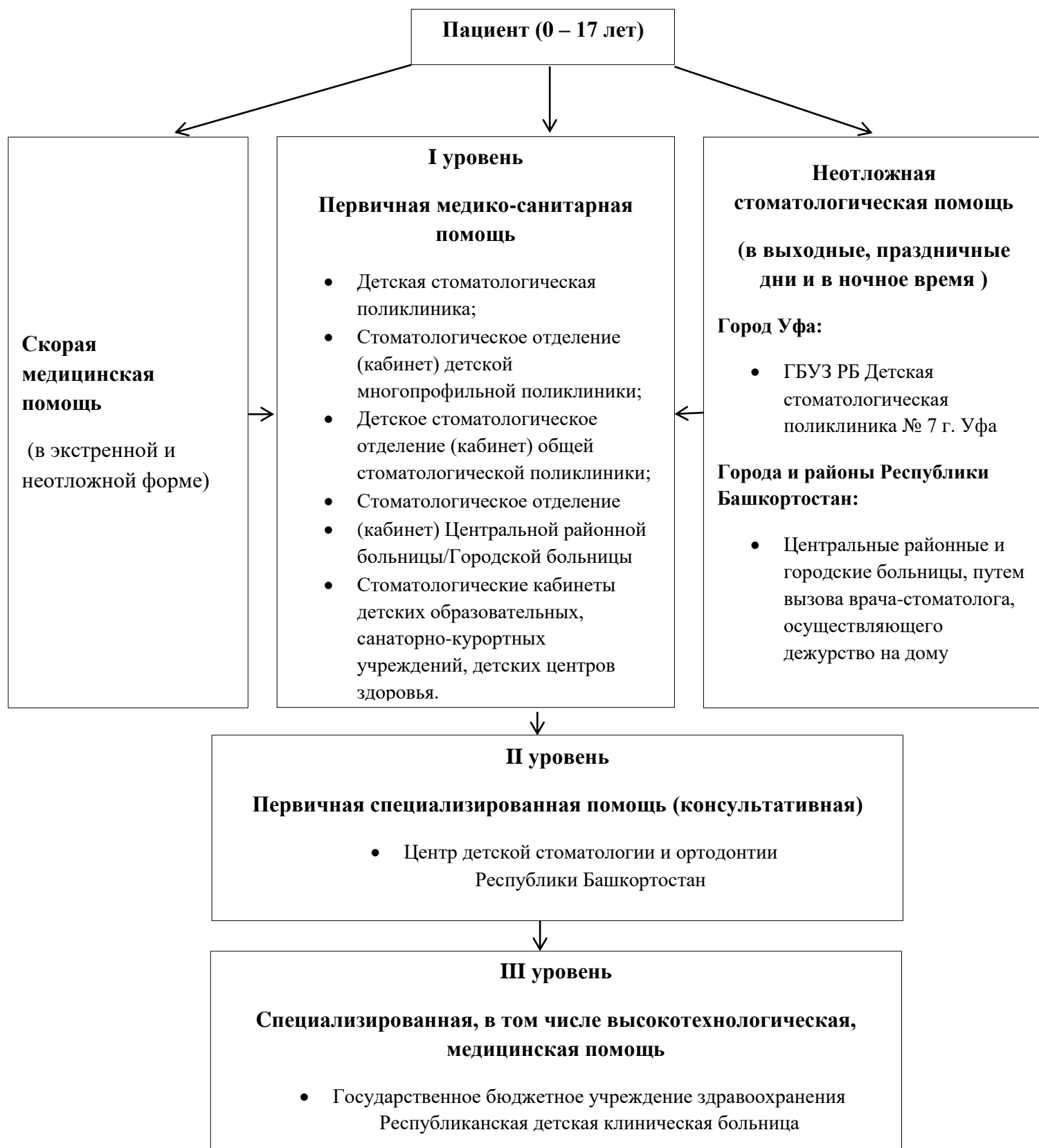
«__» _____ 20__ г. _____ / _____ /
(подпись) (расшифровка подписи)

Если пациент или его законный представитель по каким-либо причинам не может собственноручно подписать данный документ, настоящий документ заверяется двумя подписями медицинских работников медицинской организации:

«__» _____ 20__ г. _____ / _____ /
(подпись) (расшифровка подписи)

«__» _____ 20__ г. _____ / _____ /
(подпись) (расшифровка подписи)

**Схема маршрутизации
детского населения Республики Башкортостан по профилю
«стоматология детская» и «ортодонтия»
в Центр детской стоматологии и ортодонтии
Республики Башкортостан**



Отчет о проведенных врачебных консультациях,
в том числе с применением телемедицинских технологий

(наименование медицинской организации)

за период с _____ по _____

| Направлено запросов / Выполнено (кол-во) | | | Цель направления (кол-во) | | | | |
|---|---|----------------------------|---------------------------|--------------------------|-----------------------------------|---------------------------|--------|
| по профилю «стоматология детская» | по профилю «стоматология хирургическая» | по профилю «ортодонтия» | уточнение диагноза | корректировка лечения | определение тактики ведения | отсутствие специалиста | другое |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

