



УТВЕРЖДАЮ:

Главный врач ГБУЗ СО
«ГБ город Первоуральск»
«10» января 2019 г. Н.Г. Шайдуров

ПРАВИЛА внутреннего распорядка для пациентов ГБУЗ СО «Городская больница город Первоуральск»

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Внутренний распорядок для пациентов ГБУЗ СО «Городская больница город Первоуральск» (далее по тексту ГБ) обеспечивает получение пациентом медицинской помощи надлежащего качества, а также определяет права и обязанности пациента при получении медицинской помощи в ГБ.

2. Нахождение пациентов в ГБ регулируется настоящими правилами, утверждёнными приказом главного врача.

3. Настоящие правила включают:

- порядок обращения пациента в ГБ;
- порядок госпитализации и выписки пациента;
- права и обязанности пациента;
- порядок разрешения конфликтных ситуаций между больницей и пациентом;
- порядок предоставления информации о состоянии здоровья пациента;
- порядок выдачи справок, выписок из медицинской документации пациенту или другим лицам;
- время работы поликлиники и стационаров и должностных лиц.
- Порядок посещения родственниками пациентов реанимационных отделений.

4. Правила внутреннего распорядка ГБ обязательны для всех пациентов, проходящих обследование и лечение в больнице.

II. ПОРЯДОК ОБРАЩЕНИЯ ПАЦИЕНТА В ГБУЗ СО «Городская больница город Первоуральск»

1. Диагностика, лечение и профилактика заболеваний прикрепленного населения осуществляется бесплатно в соответствии с Территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации, проживающим на территории Свердловской области бесплатной медицинской помощи. Допускается предоставление гарантированной первичной медико-санитарной помощи в ГБ «Городская больница №1» лицам, по месту временного жительства по их письменному заявлению и с письменного разрешения главного врача больницы. Плановая первичная медицинская амбулаторная помощь оказывается пациентам, прикрепленным по личному заявлению к ГБ в рамках системы ОМС.

2. Первичная медико-санитарная и специализированная помощь населению осуществляется по территориальному принципу непосредственно в поликлинике, на дому, на ФАПах, ОВП.

3. При необходимости получения первичной медико-санитарной помощи пациент обращается в регистратуру амбулаторно-поликлинических отделений, ФАП, ОВП, которая является структурным подразделением поликлиники ГБ, обеспечивающим регистрацию больных на прием к врачу или регистрацию вызова врача на дом. Пациент имеет право оформить самостоятельно запись к врачу посредством записи через электронную регистратуру. Сроки оказания медицинской помощи и услуг определены Территориальной программой государственных гарантий Свердловской области.

4. При первичном обращении в регистратуре поликлиники ГБ мед. регистратором на пациента заводится медицинская карта амбулаторного больного, в которую вносятся персональные данные о пациенте:

- фамилия, имя, отчество (полностью);
- пол;
- дата рождения (число, месяц, год);
- адрес по данным прописки (регистрации) на основании документов, удостоверяющих личность (паспорт, регистрационное свидетельство);
- серия и номер паспорта;
- серия и номер полиса обязательного медицинского страхования, название страховой компании, выдавшей этот полис;
- гражданство;
- социальный статус;
- место работы/учёбы;
- СНИЛС;
- номер регистрационного свидетельства (для иностранцев);
- реквизиты удостоверения беженца (для беженцев).

5. Предварительная запись больных на прием к врачу в поликлинике осуществляется мед. регистратором при их непосредственном обращении, по телефону, посредством самозаписи через электронную регистратуру.

6. Информацию о времени приема врачей всех специальностей во все дни недели с указанием часов приема и номеров кабинетов, а также о правилах вызова врача на дом, о порядке предварительной записи на прием к врачам, о времени и месте приема населения главным врачом и его заместителем по поликлинике, адреса ближайших и дежурных аптек, поликлиник и стационаров, оказывающих экстренную врачебную помощь в вечернее, ночное время, в воскресные и праздничные дни, пациент может получить в регистратуре в устной форме и наглядно на информационных стендах, расположенных в холле на первом этаже амбулаторно-поликлинических отделений ГБ.

7. Для удобства пациентов и учета их посещений в регистратуре поликлиники мед. регистратором пациенту предварительно выдается талон на прием к врачу установленной формы с указанием фамилии врача, номера очереди, номера кабинета, даты и времени явки к врачу.

8. Направление на госпитализацию пациентов, нуждающихся в стационарном лечении, в электронном виде осуществляется врачами (фельдшерами) поликлиники после предварительного обследования больных с указанием направительного диагноза и кода МКБ.10.

9. В случае конфликтных ситуаций пациент имеет право обратиться в администрацию ГБ с оформлением письменной претензии, в устной форме – к руководителям в часы графика приема граждан, утвержденного главным врачом.

III. ПОРЯДОК ГОСПИТАЛИЗАЦИИ И ВЫПИСКИ ПАЦИЕНТА

1. В стационары больницы госпитализируются пациенты, нуждающиеся в квалифицированном обследовании и стационарном лечении по электронному направлению врачей амбулаторно-поликлинических учреждений, ФАП, ОВП, по направлению скорой и неотложной медицинской помощи, а также больные по жизненным показаниям без направления организаций здравоохранения.

2. При поступлении в стационар по направлению пациент или сопровождающее его лицо, представляет направление на госпитализацию установленной формы, документ, удостоверяющий личность (паспорт) с копией, выписку из амбулаторной карты, полис обязательного медицинского страхования с его копией, СНИЛС.

3. Прием больных в стационар производится в приемном отделении, где должны быть созданы все необходимые условия для своевременного осмотра и обследования больного. Здесь производится: полный осмотр и необходимое для уточнения диагноза обследование больного, устанавливается предварительный диагноз и решается вопрос о том, в какое специализированное отделение он должен быть госпитализирован, о чем врачом делается соответствующая запись в истории болезни.

4. При приеме больного сестра приемного отделения вносит паспортные данные, данные полиса обязательного медицинского страхования, СНИЛС в историю болезни и заносит в журнал учета приема больных или в историю болезни и в журнал отказов в госпитализации необходимые сведения о поступившем.

4.1. Вещи и ценности госпитализированных больных, согласно описи, сдаются на хранение в больницу, либо могут быть забраны родственниками.

В приемном отделении выделяется специальное помещение для временного хранения вещей больных. Постоянное хранение вещей больных проводится на вещевом складе больницы.

В приемном отделении мед. сестрой проводится опись вещей больного, и они помещаются в специальные чехлы с карманом для хранения обуви. В вечернее и ночное время вещи больного находятся в комнате временного хранения, а утром дежурным персоналом сдаются на вещевой склад. Ответственность за сохранность вещей больного до сдачи их на вещевой склад несет медицинская сестра приемного отделения, а после сдачи на вещевой склад (под расписку на квитанции) - старшая медсестра приемного отделения.

Деньги и ценности, больных по приходному ордеру сдаются кассиру, а при отсутствии последнего передаются дежурной медицинской сестре с росписью на корешке квитанции. Ценные вещи и деньги больных хранятся в кассе больницы и выдаются больным, согласно их заявлению, по разрешению главного врача.

Документы о сдаче на хранение вещей, документов, денег, ценностей:

- приемная квитанция (форма N 1-73 МЗ РФ) заполняется медсестрой приемного отделения в 2-х экземплярах на сданные больным на хранение вещи и документы. Один из экземпляров хранится в истории болезни до выписки (смерти) больного;

- квитанция к ордеру на прием денег и денежных документов от больного на хранение;

- квитанция вместе с ордером заполняется в одном экземпляре медсестрой приемного отделения. Квитанция хранится в истории болезни, предъявляется при выписке больного из стационара;

- квитанция на прием вещей, ценностей от больного (форма N 5-113 МЗ РФ).

Квитанция заполняется в 3-х экземплярах мед.сестрой приемного отделения. Указываются только ценности и денежные средства. Вещи сдаются по указанной выше приемной квитанции (форма N 1-73) и в данном документе не перечисляются. Хранится вместе с другими документами в приклеенном к последней странице истории болезни кармашке.

В случаях, когда больной при поступлении в стационар не сдает ни вещей, ни денег, ни ценностей на титульном листе истории болезни делается отметка: "вещи, документы у больного на руках".

5. Вопрос о необходимости санитарной обработки решается врачом приемного отделения. Санитарную обработку больного в установленном порядке проводит младший или средний медицинский персонал приемного отделения стационара. Больной может пользоваться личным бельем, одеждой и обувью, с разрешения заведующего отделением, если это не противоречит санитарно-эпидемическому режиму.

6. При госпитализации больного персонал приемного отделения обязан проявлять к нему чуткость и внимание, осуществлять транспортировку с учетом тяжести состояния его здоровья и сопровождать пациента в соответствующее отделение с личной передачей его дежурной медицинской сестре.

7. В случае отказа в госпитализации врач оказывает больному необходимую медицинскую помощь и в журнале отказов в госпитализации делает запись о причинах отказа в госпитализации и принятых мерах.

8. Выписка больного производится лечащим врачом по согласованию с заведующим отделения стационара. Выписка из больницы разрешается: при выздоровлении больного; при стойком улучшении, когда по состоянию здоровья больной может без ущерба для здоровья продолжать лечение в амбулаторно-поликлиническом учреждении или домашних условиях;

при необходимости перевода больного в другую организацию здравоохранения; по письменному требованию больного либо его законного представителя до излечения, если выписка не угрожает жизни больного и не опасна для окружающих. В этом случае выписка может быть проведена только с разрешения главного врача больницы или его заместителя по медицинской части.

9. Перед выпиской из стационара в необходимых случаях производится:

а) заключительный осмотр больного;

б) в день его выбытия из стационара ему выдается справка с указанием сроков лечения и диагноза или эпикриза (выписка из истории болезни);

в) листок временной нетрудоспособности.

Первый экземпляр эпикриза вклеивается в медицинскую карту стационарного больного, второй экземпляр направляется в территориальную поликлинику по месту жительства, а третий экземпляр по медицинским показаниям дается на руки пациенту.

10. История болезни после выбытия пациента из стационара оформляется, экспертируется заведующим отделением и сдается на хранение в медицинский архив больницы. Срок оформления и сдачи документов в архив должен составлять не более 3-х рабочих дней.

11. Госпитализация больных в дневной стационар осуществляется в соответствии с порядком, принятым для стационаров с круглосуточным пребыванием.

12. В случае доставки в больницу больных (пострадавших) в бессознательном состоянии без документов, удостоверяющих личность (паспорта, военного билета, удостоверения личности и т.п.), либо иной информации, позволяющей установить личность пациента, а также в случае их смерти медицинские работники обязаны незамедлительно информировать правоохранительные органы.

IV. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ПАЦИЕНТА

1. При обращении за медицинской помощью и ее получении пациент имеет право на:

- уважительное и гуманное отношение со стороны медицинских работников и других лиц, участвующих в оказании медицинской помощи;
- информацию о фамилии, имени, отчестве, должности и квалификации его лечащего врача и других лиц, непосредственно участвующих в оказании ему медицинской помощи;
- обследование, лечение и нахождение в больнице в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим и противоэпидемическим требованиям;
- облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством;
- перевод к другому лечащему врачу с разрешения руководителя структурного подразделения;
- письменное обжалование поставленного диагноза, применяемых методов обследования и лечения, организации оказания медицинской помощи;
- добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство в соответствии с законодательными актами;
- отказ от оказания (прекращение) медицинской помощи, от госпитализации, за исключением случаев, предусмотренных законодательными актами;
- обращение с жалобой к должностным лицам ГБ, а также к должностным лицам других вышестоящих организаций;

- сохранение медицинскими работниками в тайне информации о факте его обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении, за исключением случаев, предусмотренных законодательными актами;
- получение в доступной для него форме полной информации о состоянии своего здоровья, применяемых методах диагностики и лечения, а также на выбор лиц, которым может быть передана информация о состоянии его здоровья;
- при нахождении на стационарном лечении пациент имеет право на допуск к нему посетителей, адвоката, священнослужителя, а также на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, если это не нарушает правил внутреннего распорядка больницы для пациентов, санитарно-гигиенических и противоэпидемических требований;
- подачу в письменном виде своих предложений по совершенствованию деятельности организации здравоохранения.

2. Пациент обязан:

- принимать меры к сохранению и укреплению своего здоровья;
- своевременно обращаться за медицинской помощью;
- уважительно относиться к медицинским работникам и другим лицам, участвующим в оказании медицинской помощи;
- представлять лицу, оказывающему медицинскую помощь, известную ему достоверную информацию о состоянии своего здоровья, в том числе о противопоказаниях к применению лекарственных средств, ранее перенесенных и наследственных заболеваниях;
- выполнять медицинские предписания;
- сотрудничать с врачом на всех этапах оказания медицинской помощи;
- соблюдать правила внутреннего распорядка ГБ для пациентов и бережно относиться к имуществу больницы.
- Запрещено курение во всех помещениях на территории обслуживания ГБ.

V. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ КОНФЛИКТНЫХ СИТУАЦИЙ МЕЖДУ ПАЦИЕНТОМ И БОЛЬНИЦЕЙ

1. В случае нарушения прав пациента он (его законный представитель с предоставлением надлежащей форме оформленной доверенности на представление интересов) может обращаться с жалобой непосредственно к руководителю или иному должностному лицу организации здравоохранения, в которой ему оказывается медицинская помощь.

2. Жалоба подается в письменном виде: первый экземпляр передаётся секретарю главного врача, а второй экземпляр остается на руках у лица, подавшего жалобу. При этом на экземпляре лица, подавшего жалобу, ставится отметка с указанием входящего номера либо подпись главного врача (заместителя), с указанием даты и времени подачи жалобы. Жалоба оформляется на претензионном бланке и должна содержать конкретную информацию, вопросы и четко сформулированные требования, подпись гражданина с указанием фамилии, имени, отчества, данные о месте жительства или работы (учебы), при наличии номер телефона. Ответ пациенту на жалобу предоставляется в письменном виде в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты регистрации жалобы в ЛПУ.

3. В любых случаях пациент имеет право обратиться в вышестоящий орган или суд в порядке, установленном законодательством РФ.

VI. ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ИНФОРМАЦИИ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТА

1. Каждый гражданин имеет право в доступной для него форме, соответствующей нормам медицинской этики и деонтологии получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

2. Информация о состоянии здоровья гражданина предоставляется лично пациенту, а в отношении лиц, не достигших возраста, установленного частью второй статьи 24 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (утв. ВС РФ 22.07.1993г. № 5487-1), и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, - их законным представителям лечащим врачом, заведующим отделением лечебно-профилактического учреждения или другими специалистами, принимающими непосредственное участие в обследовании и лечении.

3. Информация о состоянии здоровья не может быть предоставлена гражданину против его воли. В случаях неблагоприятного прогноза развития заболевания информация должна сообщаться в деликатной форме гражданину и членам его семьи, если гражданин не запретил сообщать им об этом и (или) не назначил лицо, которому должна быть передана такая информация.

4. Гражданин имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получать консультации по ней у других специалистов. По письменному требованию гражданина ему предоставляются копии медицинских документов, отражающих состояние его здоровья, если в них не затрагиваются интересы третьей стороны.

5. Информация, содержащаяся в медицинских документах гражданина, составляет врачебную тайну и может предоставляться без согласия гражданина только по основаниям, предусмотренным статьей 61 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 N 323-ФЗ).

6. В случае отказа пациента от получения информации о состоянии своего здоровья делается соответствующая запись в информационном добровольном согласии, оформляемом на соответствующего пациента.

VII. ПОРЯДОК ВЫДАЧИ СПРАВОК, ВЫПИСОК ИЗ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ ПАЦИЕНТУ ИЛИ ДРУГИМ ЛИЦАМ

1. Документами, удостоверяющими временную нетрудоспособность больного, являются установленной формы листок нетрудоспособности, который выдаётся в поликлинике и стационарных отделениях ГБ при условии предоставления паспорта пациента.

2. Листки нетрудоспособности выдаются лечащим врачом и врачебной комиссией (далее - ВК) в установленном порядке при предъявлении документа, удостоверяющего личность пациента.

3. Выдача и продление документа, удостоверяющего временную нетрудоспособность, осуществляются врачом после личного осмотра и подтверждаются записью в медицинской документации, обосновывающей временное освобождение от работы.

4. Гражданам, находящимся вне постоянного места жительства, листок нетрудоспособности выдается (продлевается) лечащим врачом, установившим факт нетрудоспособности, с разрешения главного врача либо лица, его заместителя по медицинской части.

5. При заболеваниях (травмах) листок нетрудоспособности выдается в день установления нетрудоспособности, включая выходные и праздничные дни. Не допускается его выдача за прошедшие дни, когда больным не был освидетельствован врачом. В исключительных случаях листок нетрудоспособности может быть выдан за прошедшие дни по решению КЭК.