



|   |  |          |                                   |            |
|---|--|----------|-----------------------------------|------------|
|  | <b>ГБУЗ ЛО «Тихвинская МБ»</b>   |          |                                   |            |
|   | <b>Система менеджмента качества</b>  |          |                                   |            |
|   | <b>Идентификационный код</b>   |          | <b>СМК-АЛ-МП-С02-10/20/30-082</b> |            |
|   | <b>Версия</b>  | <b>1</b> | <b>Введена в действие</b>         | 29.11.2018 |
|   | <b>Дата актуализации</b>   |          | <b>Сдано в архив</b>              |            |
|   | <b>Экземпляр</b>   | <b>1</b> | <b>Страница</b>                   | 1 из 6     |
| <b>Название документа</b>   | Алгоритм идентификации личности пациента при переводе в другую медицинскую организацию |          |                                   |            |

УТВЕРЖДАЮ  
 Главный врач ГБУЗ ЛО «Тихвинская МБ»  
 \_\_\_\_\_/  
 «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

|   |  |
|---|--|
| <b>Назначение</b>   | Стандартизация действий медперсонала по идентификации личности пациента при переводе в другую медицинскую организацию. Соблюдение требований «Практических рекомендаций по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (стационаре)» по направлению идентификации личности пациента. Повышение качества медицинской помощи и обеспечение ее безопасности для пациента.   |
| <b>Область применения</b>   | Клинические отделения стационара.  |
| <b>Исполнители</b>  | Врачи, младший и средний медперсонал   |
| <b>Нормативные ссылки</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Федеральный закон N323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».</li> <li>• Предложения (практические рекомендации) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (стационаре) (утв. Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения).</li> <li>• Министерство здравоохранения РФ. Приказ №203н от 10 мая 2017 г. «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».</li> <li>• Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации №255 от 22.11.2004 г. «О порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг»<br/>СОП -57 «Алгоритм идентификации личности пациента при госпитализации в стационар в приемном отделении»</li> <li>• СОП-51 «Алгоритм идентификации личности госпитализированного пациента, находящегося в сознании»</li> </ul> |
| <b>Применяемое оборудование/ инструменты/ расходные материалы и прочее.</b>         | Не требуется   |
| <b>Перечень записей и правила их ведения (вся первичная и учетная документация)</b> | Переводной эпикриз, медицинская карта стационарного больного, идентификационный бланк для пациента с нарушением слуха и/или речи, лист временной нетрудоспособности, направление на госпитализацию (бланк Ф-057/у-04), журнал перевода   |
| <b>Термины и определения</b>  | <p><b>Идентификация</b> – установление тождества неизвестного объекта известному на основании совпадения признаков, опознание.</p> <p><b>Пациент</b> - это физическое лицо, обратившееся за медицинской помощью, находящееся под медицинским наблюдением либо получающее медицинскую помощь.</p> <p><b>Медицинская карта стационарного больного</b> – медицинский документ, который составляется в стационаре на каждого поступающего независимо от цели поступления и срока нахождения в стационаре. Первичная медицинская документация, предназначенная</p>  |

|   |  |                 |                                   |            |
|---|--|-----------------|-----------------------------------|------------|
|  | <b>ГБУЗ ЛО «Тихвинская МБ»</b>   |                 |                                   |            |
|   | <b>Система менеджмента качества</b>  |                 |                                   |            |
|   | <b>Идентификационный код</b>   |                 | <b>СМК-АЛ-МП-С02-10/20/30-082</b> |            |
|   | <b>Версия</b>  | <b>1</b>        | <b>Введена в действие</b>         | 29.11.2018 |
|   | <b>Дата актуализации</b>   |                 | <b>Сдано в архив</b>              |            |
| <b>Экземпляр</b>  | <b>1</b>   | <b>Страница</b> | 2 из 6                            |            |
| <b>Название документа</b>   | Алгоритм идентификации личности пациента при переводе в другую медицинскую организацию |                 |                                   |            |

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
|                                  | <p>для записи наблюдений за состоянием больного в течение всего периода пребывания в специализированной медицинской организации, проводимых лечебно-диагностических мероприятиях, данных объективных исследований, назначений и результатов лечения.</p> <p><b>Лист временной нетрудоспособности</b> - документ, удостоверяющий временную нетрудоспособность граждан и подтверждающий их временное освобождение от работы.</p> <p><b>Законный представитель</b> - это представитель несовершеннолетних граждан или граждан, признанных недееспособными или ограниченными в дееспособности, родителями, усыновителями, опекунами, попечителями, иными лицами на основании предоставленного им федеральным законом права.</p> <p><b>СОП</b> – стандартная операционная процедура</p> |
| <b>Использованные сокращения</b> | Не требуется   |

#### Лист согласования.


|                        | должность                                    | ФИО | подпись | дата |
|------------------------|--|-----|---------|------|
| <b>Разработал:</b>     | Рентген-лаборант                             |     |         |      |
| <b>Согласовал</b><br>: | Заведующий<br>кардиологическим<br>отделением |     |         |      |
| <b>Согласовал</b><br>: | Совет по качеству                            |     |         |      |

#### Перевод пациента в другую медицинскую организацию

1. При наличии медицинских показаний решение о переводе пациента в медицинскую организацию регионального значения принимает лечащий врач при согласовании с заведующим отделением и руководителем медицинской организации, в которую переводится пациент.
2. При наличии показаний решение о переводе в медицинскую организацию федерального значения принимает врачебная комиссия с оформлением протокола и внесением соответствующей отметки в медицинскую карту стационарного больного, при согласовании с руководителем медицинской организации, в которую переводится пациент.
3. Лечащий врач по результатам лечения оформляет переводной эпикриз. Перевод должен быть соответствующим образом зафиксирован документально и заранее подготовлен, включая оформление направления на госпитализацию (Приложение №3), при необходимости – листа временной нетрудоспособности.
4. После подготовки документов лечащий врач приступает к процедуре идентификации пациента.

#### Выполнение процедуры

1. Проверить наличие, полноту, аккуратность и правильность заполнения переводной документации. Если все документы оформлены в соответствии с требованиями, приступить к процедуре идентификации личности пациента (если выявлены несоответствия, принять меры для их устранения). С документами пройти в палату, где находится пациент.
2. **Если пациент находится в сознании**, действовать в соответствии с СОПом-51. Использовать речевой модуль (Приложение №1).
3. **Если пациент не в состоянии самостоятельно предоставить сведения о себе**, процедура идентификации проводится в присутствии палатной медицинской сестры отделения (или


|   |  |          |                                   |            |
|---|--|----------|-----------------------------------|------------|
|  | <b>ГБУЗ ЛО «Тихвинская МБ»</b>   |          |                                   |            |
|   | <b>Система менеджмента качества</b>  |          |                                   |            |
|   | <b>Идентификационный код</b>   |          | <b>СМК-АЛ-МП-С02-10/20/30-082</b> |            |
|   | <b>Версия</b>  | <b>1</b> | <b>Введена в действие</b>         | 29.11.2018 |
|   | <b>Дата актуализации</b>   |          | <b>Сдано в архив</b>              |            |
|   | <b>Экземпляр</b>   | <b>1</b> | <b>Страница</b>                   | 3 из 6     |
| <b>Название документа</b>   | Алгоритм идентификации личности пациента при переводе в другую медицинскую организацию |          |                                   |            |

законного представителя пациента), при наличии - медицинского работника, представляющего медицинскую организацию, в которую пациент подлежит переводу.

- а) Попросить палатную медицинскую сестру (законного представителя пациента) полностью четко назвать его имя, отчество, фамилию пациента, число, месяц и год его рождения. При необходимости в качестве дополнительного идентификационного признака использовать номер истории болезни (если пациент зарегистрирован как «неизвестный»).
  - б) Сверить данные с переводным эпикризом. При их совпадении приступить к процедуре перевода пациента, при наличии несоответствий – принять меры к выяснению причин и их устранению.
4. **Если пациент с нарушениями слуха или речи**, попросить его заполнить идентификационный бланк (Приложение №2).
5. **Если пациент не владеет русским языком**, пригласить работников ГБУЗ ЛО «Тихвинская МБ», которые могут выступить в роли переводчиков (Приложение 7, СОП -57 «Идентификация личности пациента при госпитализации в стационар в приемном отделении»).

#### **При трансфере пациента**


1. **Если эвакуация (перевод) пациента осуществляется силами ГБУЗ ЛО «Тихвинская МБ».** Перед отправкой медицинский работник, сопровождающий пациента, проводит идентификацию личности пациента при участии палатной медицинской сестры. Если пациент находится в сознании действовать в соответствии с СОПом -51, если пациент не в состоянии предоставить сведения о себе – в соответствии с пунктом 3 данного СОПа.
2. В медицинской организации при передаче пациента медицинский работник данного лечебного учреждения проводит процедуру идентификации личности пациента в присутствии сопровождающего его медицинского работника, проверяет наличие требуемой сопроводительной документации, описи ценных вещей и одежды пациента.
3. **Если эвакуация (перевод) пациента осуществляется силами другой медицинской организации.** Перед передачей сопроводительных документов процедуру идентификации личности проводит представитель медицинской организации, в которую подлежит переводу пациент. При отсутствии алгоритма идентификации личности пациента в медицинской организации, куда переводится пациент, процедуру проводит палатная медицинская сестра ГБУЗ ЛО «Тихвинская МБ» в присутствии представителя принимающего лечебного учреждения.
4. **Если пациент находится в сознании**, действовать в соответствии с СОПом-51, **если пациент не в состоянии предоставить сведения о себе** – в соответствии с пунктом 3 данного СОПа. Использовать речевой модуль (Приложение №1).

|   |  |                 |                                   |            |
|---|--|-----------------|-----------------------------------|------------|
|  | <b>ГБУЗ ЛО «Тихвинская МБ»</b>   |                 |                                   |            |
|   | <b>Система менеджмента качества</b>  |                 |                                   |            |
|   | <b>Идентификационный код</b>   |                 | <b>СМК-АЛ-МП-С02-10/20/30-082</b> |            |
|   | <b>Версия</b>  | <b>1</b>        | <b>Введена в действие</b>         | 29.11.2018 |
|   | <b>Дата актуализации</b>   |                 | <b>Сдано в архив</b>              |            |
| <b>Экземпляр</b>  | <b>1</b>   | <b>Страница</b> | 4 из 6                            |            |
| <b>Название документа</b>   | Алгоритм идентификации личности пациента при переводе в другую медицинскую организацию |                 |                                   |            |

Приложение №1

## РЕЧЕВОЙ МОДУЛЬ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОЦЕДУРЫ ИДЕНТИФИКАЦИИ ПАЦИЕНТА

| <b>Комментарии</b>  | <b>Речевой модуль</b>  |
|---|--|
| <b>Поздороваться с пациентом, назвать фамилию, имя, отчество должность.</b> | «Здравствуйте, я (фамилия, имя, отчество, должность).  |
|   | «Во избежание ошибок, назовите, пожалуйста, полностью свои имя, отчество, фамилию, число, месяц и год рождения». |
| <b>Если выявлены несоответствия:</b>  | «Подождите, пожалуйста, необходимо выяснить причины несоответствия».   |
| <b>Если несоответствия устранены:</b>                                       | «Спасибо за ожидание, я выяснил/ла необходимую информацию, еще раз сверим ваши данные и приступим к переводу»    |

|   |  |          |                                   |            |
|---|--|----------|-----------------------------------|------------|
|  | <b>ГБУЗ ЛО «Тихвинская МБ»</b>   |          |                                   |            |
|   | <b>Система менеджмента качества</b>  |          |                                   |            |
|   | <b>Идентификационный код</b>   |          | <b>СМК-АЛ-МП-С02-10/20/30-082</b> |            |
|   | <b>Версия</b>  | <b>1</b> | <b>Введена в действие</b>         | 29.11.2018 |
|   | <b>Дата актуализации</b>   |          | <b>Сдано в архив</b>              |            |
|   | <b>Экземпляр</b>   | <b>1</b> | <b>Страница</b>                   | 5 из 6     |
| <b>Название документа</b>   | Алгоритм идентификации личности пациента при переводе в другую медицинскую организацию |          |                                   |            |

Приложение №2

### Идентификационный бланк для пациента с нарушением слуха или речи

Во избежание ошибок заполните идентификационный бланк.

|   |  |
|---|--|
| Фамилия, имя, отчество (полностью, печатными буквами) | число, месяц и год рождения (полностью, печатными буквами) |
|   |  |

Дата \_\_\_\_\_

Данные верны \_\_\_\_\_ (расшифровка).

(Подпись пациента)

|                           |  |                                   |                           |            |
|---------------------------|--|-----------------------------------|---------------------------|------------|
|                           | <b>ГБУЗ ЛО «Тихвинская МБ»</b>   |                                   |                           |            |
|                           | <b>Система менеджмента качества</b>  |                                   |                           |            |
|                           | <b>Идентификационный код</b>   | <b>СМК-АЛ-МП-С02-10/20/30-082</b> |                           |            |
|                           | <b>Версия</b>  | <b>1</b>                          | <b>Введена в действие</b> | 29.11.2018 |
|                           | <b>Дата актуализации</b>   |                                   | <b>Сдано в архив</b>      |            |
| <b>Экземпляр</b>          | <b>1</b>   | <b>Страница</b>                   | 6 из 6                    |            |
| <b>Название документа</b> | Алгоритм идентификации личности пациента при переводе в другую медицинскую организацию |                                   |                           |            |

### Приложение №3

Приложение N5  
к Приказу  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 22.11.2004 г. N 255

Министерство здравоохранения  
Российской Федерации

Медицинская документация  
Форма N 057/у-04 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (наименование медицинского учреждения)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (адрес)

утверждена Приказом  
Минздравсоцразвития России  
от 22.11.2004 г. N 255

Код

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

ОГРН:

**НАПРАВЛЕНИЕ**

на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию  
(нужное подчеркнуть)

\_\_\_\_\_ (наименование медицинского учреждения, куда направлен пациент)

1. Номер

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

полиса ОМС:

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

страхового

2. Код

льготы:

3. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_

4. Дата рождения \_\_\_\_\_

5. Адрес постоянного места жительства \_\_\_\_\_

6. Место работы, должность \_\_\_\_\_

7. Код диагноза по 

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|

 МКБ

8. Обоснование направления \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Должность медицинского работника, направившего больного: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_/  
Ф.И.О. \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

Заведующий отделением: \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_/  
Ф.И.О. \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

МП

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.