

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н.И.ПИРОГОВА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет)

РОССИЙСКАЯ ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА - филиал
(РДКБ - филиал ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России)

ПРИКАЗ



09 января 2025г.

Москва

№ 2

**Об организации деятельности
врачебной комиссии**

в соответствии со статьей 48 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», во исполнение приказа Минздравсоцразвития России от 05.05.2012 № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:
 - 1.1. Положение о врачебной комиссии РДКБ (Приложение 1).
 - 1.2. Состав врачебной комиссии и подкомиссий (Приложение 2).
 - 1.3. График работы врачебной комиссии (подкомиссий) (Приложение 3).
 - 1.4. Форму Протокола заседания врачебной комиссии (Приложение 4).
 - 1.5. Форму Выписки из протокола заседания врачебной комиссии (Приложение 4.1).
 - 1.6. Форму Заявления пациента (законного представителя пациента) о предоставлении выписки из протокола заседания врачебной комиссии (Приложение 4.2).
 - 1.7. Форму Журнала учёта работы врачебной комиссии (Приложение 4.3).
 - 1.8. Положение о подкомиссии по организации и контролю проведения экспертизы временной нетрудоспособности (Подкомиссия ЭВН) (Приложение 5).
 - 1.9. Форму Протокола заседания подкомиссии по организации и контролю проведения экспертизы временной нетрудоспособности (Приложение 5.1).
 - 1.10. Форму Журнала учёта работы врачебной комиссии (подкомиссии по организации и контролю проведения экспертизы временной нетрудоспособности) (Приложение 5.2).
 - 1.11. Положение о подкомиссии по лекарственному обеспечению, фармакологическому контролю и назначению медицинских изделий/изделий медицинского назначения (Подкомиссия ЛОФКМИ) (Приложение 6).
 - 1.12. Форму Журнала учёта работы врачебной комиссии (подкомиссии по лекарственному обеспечению, фармакологическому контролю и назначению медицинских изделий/изделий медицинского назначения) (Приложение 6.1).
 - 1.13. Положение о подкомиссии по отбору пациентов на оказание специализированной медицинской помощи (Подкомиссия СМП) (Приложение 7).
 - 1.14. Форму Протокола заседания подкомиссии по отбору пациентов на оказание

специализированной медицинской помощи (Приложение 7.1)

1.15. Форму Выписки из протокола заседания подкомиссии по отбору пациентов на оказание специализированной медицинской помощи (Приложение 7.2)

1.16. Форму Журнала учёта работы врачебной комиссии (подкомиссии по отбору пациентов на оказание специализированной медицинской помощи) (Приложение 7.3).

1.17. Положение о подкомиссии по отбору пациентов на оказание высокотехнологичной медицинской помощи (Подкомиссия ВМП) (Приложение 8).

1.18. Форму Протокола заседания на оказание высокотехнологичной медицинской помощи (Приложение 8.1)

1.19. Форму Выписки из протокола заседания подкомиссии по отбору пациентов на оказание высокотехнологичной медицинской помощи (Приложение 8.2)

1.20. Форму Журнала учёта работы врачебной комиссии (подкомиссии по отбору пациентов на оказание высокотехнологичной медицинской помощи) (Приложение 8.3).

1.21. Положение о подкомиссии по изучению летальных исходов (ПИЛИ) (Приложение 9).

1.22. Протокол сердечно-легочной реанимации (Приложение 9.1).

1.23. Протокол установления смерти человека (Приложение 9.2).

1.24. Форму заявления законного представителя отказа от вскрытия (Приложение 9.3).

1.25. Карту рецензента (Приложение 9.4).

1.26. Классификатор нарушений при оказании медицинской помощи (Приложение 9.5).

1.27. Форму Журнала учёта работы врачебной комиссии (подкомиссии по изучению летальных исходов) (Приложение 9.6).

1.28. Положение о подкомиссии по проведению обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда (Подкомиссия по проведению медицинских осмотров) (Приложение 10).

1.29. Форму Заключения подкомиссии по проведению обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда (Приложение 10.1).

1.30. Форму Журнала учёта работы врачебной комиссии (подкомиссии по проведению обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда (Приложение 10.2).

1.31. Положение о подкомиссии по принятию решений о допустимости медицинских вмешательств, связанных с лечением врожденных аномалий (пороков развития), генетических и эндокринных заболеваний, связанных с нарушением формирования половых органов у детей, выдачи медицинских заключений о соответствии половых признаков признакам определенного пола (Подкомиссия по принятию решений о допустимости медицинских вмешательств, связанных с нарушением формирования половых органов у детей) (Приложение 11).

1.32. Форму Заключения подкомиссии по принятию решений о допустимости медицинских вмешательств, связанных с лечением врожденных аномалий (пороков развития), генетических и эндокринных заболеваний, связанных с нарушением формирования половых органов у детей, выдачи медицинских заключений о соответствии половых признаков признакам определенного пола (Приложение 11.1).

1.33. Форму Медицинского заключения о соответствии половых признаков признакам определенного пола (Приложение 11.2).

1.34. Форму Журнала учёта работы врачебной комиссии (подкомиссии по принятию решений о допустимости медицинских вмешательств, связанных с лечением врожденных аномалий (пороков развития), генетических и эндокринных заболеваний, связанных с нарушением формирования половых органов у детей, выдачи медицинских заключений о соответствии половых признаков признакам определенного пола) (Приложение 11.3).

1.35. Форму Отчёта работы врачебной комиссии (Приложение 12).

2. Признать утратившими силу приказы РДКБ – филиала ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России:

- от 09.01.2024 № 5 «Об организации деятельности врачебной комиссии»;
- от 09.01.2024 № 7 «О внесении изменений в приказ РДКБ – филиала ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России от 09.01.2024 № 5 «Об организации деятельности врачебной комиссии»;
- от 14.05.2024 № 225 «О внесении изменений в приказ РДКБ – филиала ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России от 09.01.2024 № 5 «Об организации деятельности врачебной комиссии»;
- от 30.05.2024 № 257 «О внесении изменений в приказ РДКБ – филиала ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России от 09.01.2024 № 5 «Об организации деятельности врачебной комиссии»;
- от 19.06.2024 № 307 «О внесении изменений в приказ РДКБ – филиала ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России от 09.01.2024 № 5 «Об организации деятельности врачебной комиссии»;

3. Начальнику службы информационных медицинских технологий **Илюхиной М.В.:**

3.1. Разместить настоящий приказ на внутреннем сайте в разделе «Нормативные документы» и подразделе «Врачебная комиссия РДКБ».

3.2. Разместить утвержденную форму Протокола заседания врачебной комиссии (Приложение 4), форму Выписки из протокола заседания врачебной комиссии (Приложение 4.1.), форму заявления пациента (законного представителя пациента) о предоставлении выписки из протокола заседания врачебной комиссии (Приложение 4.2.); форму заявления об отказе от проведения патологоанатомической экспертизы (вскрытия) умершего (Приложение 9.3) к настоящему приказу на внутреннем сайте в разделе «Бланки документов».

3.3. Внести новые реквизиты настоящего приказа в формы Протоколов подкомиссий врачебной комиссии и Выписок из протоколов подкомиссий врачебной комиссии в МИС Medwork.

4. Начальнику общего отдела **Рядненко А.А.** довести приказ до сведения лиц, указанных в приказе, а также руководителей структурных подразделений.

5. Контроль исполнения приказа возложить на заместителя директора по медицинской части **Путилину Е.А.**, заместителя директора **Глазырину А.А.**, заместителя директора по клинико-экспертной работе **Уткина С.А.** в части касающейся.

Директор

Е.Е. Петрайкина

ПОЛОЖЕНИЕ О ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ РДКБ

1. Общие положения

1.1. Врачебная комиссия (далее – ВК) в Российской детской клинической больнице – филиале ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (далее – РДКБ) создается с целью совершенствования организации оказания медицинской помощи, для коллегиального обсуждения и принятия решений по всем наиболее значимым клинико-экспертным вопросам, организации и соблюдения качества оказания медицинской помощи, экспертизы временной нетрудоспособности, иных медико-социальных вопросов в пределах своей компетенции, а также для рассмотрения конфликтных ситуаций, претензий пациентов и заинтересованных организаций, возникающих в процессе оказания медицинской помощи в РДКБ.

1.2. В своей деятельности ВК руководствуется Конституцией Российской Федерации, Федеральными законами, Указами и Распоряжениями Президента Российской Федерации, Постановлениями и Распоряжениями Правительства Российской Федерации, нормативными правовыми актами Министерства здравоохранения Российской Федерации, настоящим Положением.

1.3. Председателем ВК является директор РДКБ, который формирует в её составе подкомиссии по профилю решаемых задач.

1.4. Врачебная комиссия является организационно-методическим и консультативным органом РДКБ. В состав комиссии включаются заместители директора, руководители структурных подразделений, работающих на базе РДКБ.

2. Функции врачебной комиссии

2.1. Принятие решений по вопросам профилактики, диагностики, лечения, медицинской реабилитации пациентов в наиболее сложных и конфликтных ситуациях, требующих комиссионного рассмотрения.

2.2. Разработка мероприятий по устранению и предупреждению нарушений в процессе диагностики и лечения пациентов.

2.3. Оценка качества лечебно-диагностического, реабилитационного процесса и ведения медицинской документации путем анализа соответствия назначенных лечебных и диагностических процедур стандартам медицинской помощи, клиническим рекомендациям (протоколам лечения), их обоснованность, адекватность и своевременность для данного больного, полноты выполнения врачебных назначений, соблюдения требований ведения истории болезни.

2.4. Изучение случаев развития осложнений в течение заболевания, ухудшения состояния или смерти пациента в целях оценки качества, обоснованности и эффективности лечебно-диагностических мероприятий, в том числе назначения лекарственных препаратов, и выявления причины осложнений, а также выработки мероприятий по устранению нарушений в деятельности РДКБ и медицинских работников в случае, если такие нарушения привели к осложнениям в течение заболевания, ухудшению состояния или смерти пациента.

2.5. Решение наиболее сложных и конфликтных вопросов, не входящих в компетенцию подкомиссий.

2.6. Принятие решений в спорных ситуациях, а также при несогласии пациента (законного представителя пациента) с решением подкомиссий.

2.7. Контроль выполнения в клинических отделениях РДКБ порядков оказания медицинской помощи, правил проведения лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных видов диагностических исследований, положений об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядков организации медицинской реабилитации, стандартов медицинской помощи, клинических рекомендаций (протоколов лечения).

2.8. Участие в рассмотрении обращений граждан по вопросам медико-социальной помощи, организации и качества лечебно-диагностических (профилактических, реабилитационных) мероприятий, лекарственного обеспечения, временной нетрудоспособности.

2.9. Организация, проведение и анализ результатов внутреннего контроля качества медицинской помощи, в том числе в случаях оказания медицинской помощи, сопровождающимися обращениями (жалобами) пациентов или их законных представителей, на 3 уровне его проведения в соответствии с Положением об организации проведения внутреннего контроля качества медицинской помощи, утвержденным действующим на настоящий момент приказом РДКБ.

2.10. Взаимодействие в работе в рамках организации и проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности с отделом внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, отделом клинико-экспертной работы, заместителями директора, руководителями и работниками подразделений РДКБ в соответствии с Положением о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности, утвержденным действующим на настоящий момент приказом РДКБ.

2.11. Принятие решения при наличии медицинских показаний о переводе пациента в другую медицинскую организацию, имеющую оборудование в соответствии со стандартом оснащения и кадры в соответствии с рекомендуемыми штатными нормативами, утвержденными соответствующими порядками оказания медицинской помощи по профилям или группам заболеваний.

2.12. Принятие решения о необходимости проведения дополнительного обследования пациента в другой медицинской организации.

2.13. Принятие решения о наличии показаний к оказанию пациенту паллиативной медицинской помощи.

2.14. Принятие решения о целесообразности оказания пациенту медицинской помощи в рамках клинической апробации при наличии информированного добровольного согласия пациента.

2.15. Принятие решения по вопросу о направлении пациента на медико-социальную экспертизу в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2.16. Вынесение медицинского заключения о том, что при изъятии органов и тканей для трансплантации (пересадки) у живого донора его здоровью не будет причинен значительный вред.

2.17. Принятие решения о необходимости диагностики и/или лечения пациента за пределами территории Российской Федерации;

2.18. Изучение случаев заболеваемости внутрибольничными инфекциями, разработка и реализация мероприятий по профилактике заболеваемости внутрибольничными инфекциями, если по объективным причинам такая функция не может быть выполнена силами комиссии по профилактике инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи.

2.19. Изучение случаев нарушения порядка госпитализации пациентов с целью выработки мероприятий по устранению нарушений.

2.20. Оформление медицинских заключений (о наличии у пациента тяжелой формы хронического заболевания, при котором невозможно совместное проживание граждан в одной квартире; о наличии/отсутствии у пациента (ребенка-инвалида) заболевания, дающего право на дополнительную жилую площадь; о наличии показаний для домашнего обучения; о наличии/отсутствии медицинских показаний для организации специальных образовательных условий, в том числе при проведении государственной (итоговой) аттестации для предоставления на медико-педагогическую комиссию по месту жительства; о состоянии здоровья ребенка, передаваемого на воспитание в семью, по форме № 162/у; по иным вопросам, установленным действующими нормативными правовыми актами).

2.21. Оформление заключений и подготовка предложений по улучшению организации деятельности лечебно-диагностических отделений и структурных подразделений РДКБ, направленные на повышение качества оказания медицинской помощи.

2.22. Представление по результатам экспертизы директору РДКБ заключения о соответствии занимаемой должности медицинских работников, о целесообразности пересмотра квалификационной категории, целесообразности мер дисциплинарного воздействия и штрафных санкций.

2.23. Взаимодействие в работе по вопросам, относящимся к компетенции врачебной комиссии, с Министерством здравоохранения Российской Федерации и органами управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и её территориальными органами, территориальными органами Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Федеральным и территориальными Фондами обязательного медицинского страхования, региональными отделениями Фонда социального и пенсионного страхования Российской Федерации, Федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы, со страховыми медицинскими организациями, иными органами и организациями.

2.24. Осуществляет иные функции, предусмотренные Федеральными законами, нормативными правовыми актами Президента Российской Федерации, Правительства Российской Федерации, федеральных органов исполнительной власти.

3. Структура врачебной комиссии

3.1. В составе врачебной комиссии сформированы подкомиссии:

- по организации и контролю проведения экспертизы временной нетрудоспособности (со структурной частью в ФДРЦ: Московская область, г. Подольск, ул. Высотная, д. 4А) (Подкомиссия ЭВН);
- по лекарственному обеспечению, фармакологическому контролю и назначению медицинских изделий/изделий медицинского назначения (Подкомиссия ЛОФКМИ);
- по отбору пациентов на оказание специализированной медицинской помощи (Подкомиссия СМП);
- по отбору пациентов на оказание высокотехнологичной медицинской помощи (Подкомиссия ВМП);
- по изучению летальных исходов (ПИЛИ);
- по проведению обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда (Подкомиссия по проведению медицинских осмотров);
- по принятию решений о допустимости медицинских вмешательств, связанных с лечением врожденных аномалий (пороков развития), генетических и эндокринных заболеваний, связанных с нарушением формирования половых органов у детей, выдачи медицинских заключений о соответствии половых признаков признакам определенного пола (Подкомиссия по принятию решений о допустимости медицинских вмешательств, связанных с нарушением формирования половых органов у детей).

4. Порядок работы врачебной комиссии

4.1. Врачебная комиссия создается на основании приказа директора РДКБ, состоит из председателя (директор), заместителей председателя (заместители директора), имеющих высшее медицинское образование, последипломную подготовку и сертификат по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье», членов комиссии из числа заместителей директора, руководителей структурных подразделений РДКБ и секретаря, который является членом врачебной комиссии, при условии наличия у него высшего медицинского (фармацевтического) образования.

4.2. Положение о врачебной комиссии (подкомиссии врачебной комиссии), регламентирующее цели, задачи и функции врачебной комиссии (её подкомиссий), порядок работы, учёта и представления отчетности по итогам деятельности, и состав врачебной комиссии

(её подкомиссий) утверждаются директором РДКБ. Для оптимальной работы подкомиссий в каждой из них назначается свой секретарь.

4.3. Председатели врачебной комиссии (подкомиссий врачебной комиссии) несут ответственность за деятельность врачебной комиссии (подкомиссий врачебной комиссии), своевременность, обоснованность и объективность принятых решений врачебной комиссии (подкомиссий врачебной комиссии), а также за соблюдение установленного порядка их оформления.

4.4. Заместители председателей врачебной комиссии и подкомиссий исполняют обязанности председателей на время их отсутствия.

4.5. Работники, исполняющие обязанности руководителей структурных подразделений РДКБ, назначенные в соответствии с приказом директора в установленном действующим трудовым законодательством порядке, принимают участие в работе врачебной комиссии и подкомиссий (если по приказу не являются её членами) с правом участия в голосовании.

4.6. Лечащие врачи пациентов, руководители структурных подразделений, прочие врачи-специалисты РДКБ, могут принимать участие в работе врачебной комиссии и подкомиссий (если по приказу не являются её членами) с правом совещательного голоса.

4.7. К работе врачебной комиссии и подкомиссий по согласованию в качестве консультантов могут привлекаться специалисты других учреждений и организаций, а также представители учебных, научных медицинских организаций.

4.8. Секретарь врачебной комиссии составляет график заседаний комиссии, готовит материалы для заседания, предоставляет всю необходимую документацию, уведомляет членов врачебной комиссии о дате и времени заседания, оформляет протокол заседания врачебной комиссии, ведёт журнал заседаний врачебной комиссии, в котором учитываются принятые врачебной комиссией решения, организует хранение материалов работы врачебной комиссии.

4.9. Заседания врачебной комиссии проводятся не реже одного раза в неделю на основании планов-графиков, утверждаемых директором РДКБ (Приложение 3 к приказу). В случае необходимости по решению директора и/или заместителя директора могут проводиться внеплановые заседания врачебной комиссии.

4.10. Решение врачебной комиссии считается принятым, если его поддержало не менее двух третей членов комиссии из числа присутствующих на заседании.

4.11. Решение врачебной комиссии оформляется в виде протокола (Приложение 4 к приказу), который подписывается всеми членами врачебной комиссии, присутствовавшими на заседании, и вносится в журнал заседаний врачебной комиссии.

4.12. Выписка из протокола заседания врачебной комиссии (Приложение 4.1 к приказу), заверенная подписью председателя (заместителя председателя) врачебной комиссии, вносится в первичную медицинскую документацию пациента, а также выдается на руки пациенту или его законному представителю на основании письменного заявления (Приложение 4.2 к приказу).

4.13. Журнал заседаний подкомиссии – «Журнал учёта работы врачебной комиссии» (Приложение 4.3 к приказу) ведётся в электронном виде, ежеквартально (при необходимости, чаще) распечатывается, пронумеровывается, сшивается, заверяется подписью председателя (заместителя председателя) комиссии, скрепляется печатью учреждения.

4.14. Протоколы решений врачебной комиссии хранятся в течение 10 лет, Журналы учёта работы врачебной комиссии – 3 года.

4.15. Решения, принятые врачебной комиссией, доводятся до сведения директора и руководителей РДКБ, врачебного персонала РДКБ на врачебной конференции, а в необходимых случаях – до администрации других медицинских организаций.

4.16. Заместители председателя врачебной комиссии и председатели врачебных подкомиссий ежеквартально, до 20-го числа месяца, следующего за отчетным кварталом, и по итогам года представляет директору РДКБ письменный отчёт о работе врачебной комиссии и её подкомиссий.

4.17. Контроль деятельности врачебной комиссии осуществляет директор.

4.18. Для отдельных направлений работы врачебной комиссии по распоряжению директора могут быть созданы дополнительные подкомиссии.

5. Права врачебной комиссии

5.1. Давать заключения по улучшению организации деятельности лечебно-диагностических, реабилитационных мероприятий, направленных на повышение качества оказания медицинской помощи детям в РДКБ.

5.2. Представлять по результатам проведенного внутреннего контроля качества медицинской помощи директору РДКБ заключения о работе заведующих отделениями.

6. Ответственность врачебной комиссии

6.1. Члены врачебной комиссии несут ответственность за достоверность, обоснованность и объективность результатов проводимого контроля в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.

Состав врачебной комиссии

Председатель:
Петрайкина Е.Е.

директор РДКБ – филиала ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова
Минздрава России

**Заместители
председателя:**
Путилина Е.А.
Глазырина А.А.

заместитель директора по медицинской части (МЧ)
заместитель директора

Члены

комиссии:

Ивахин А.В.

заместитель директора по эпидемиологическим вопросам
заместитель директора по клинко-экспертной работе (КЭР)

Уткин С.А.

заместитель директора по проектному управлению

Кулешов Н.Н.

заместитель директора по проектному управлению

Варсови В.В.

заместитель директора по проектному управлению

Вахлярская С.С.

заместитель директора по проектному управлению

Куличенко Т.В.

заместитель директора по проектному управлению

Аверьянова Ю.В.

заместитель директора по проектному управлению

Алиханов А.А.

заместитель директора по проектному управлению

Андреев Е.С.

заместитель директора по проектному управлению

Антошин М.М.

заместитель директора по проектному управлению

Батиев А.А.

заместитель директора по проектному управлению

Брюсов Г.П.

заместитель директора по проектному управлению

Гарбузов Р.В.

заместитель директора по проектному управлению

Гребенников А.В.

заместитель директора по проектному управлению

Гуменная Э.Р.

заместитель директора по проектному управлению

Гусейнов А.Я.

заместитель директора по проектному управлению

Дёмина Е.С.

заместитель директора по проектному управлению

Донюш Е.К.

заместитель директора по проектному управлению

Захаров М.В.

заместитель директора по проектному управлению

Ильина Е.С.

заместитель директора по проектному управлению

Капанова М.А.

заместитель директора по проектному управлению

Ковальчук А.С.

заместитель директора по проектному управлению

Ковальчук Т.С.

заместитель директора по проектному управлению

Кугушев А.Ю.

заместитель директора по проектному управлению

Костылева М.Н.

заместитель директора по проектному управлению

Лазарева С.М.

заместитель директора по проектному управлению

заместитель директора по проектному управлению

заместитель директора по проектному управлению

заместитель директора по проектному управлению

Лайшева О.А.	нейродегенеративными заболеваниями ЦНС ФДРЦ
Лашкова Ю.С.	руководитель Центра медицинской реабилитации
Лесовой С.В.	заведующий педиатрическим диагностическим отделением
Мадзаев А.И.	заведующий офтальмологическим отделением
Мартынова А.М.	заведующий операционным блоком
Михайлова С.В.	заведующий эпидемиологическим отделом
Налеев А.А.	заведующий отделением медицинской генетики
Нарбутов А.Г.	заведующий отделением анестезиологии и реанимации (АРО)
	заведующий отделением реконструктивно-пластической хирургии, ответственный за координацию работы структурных подразделений РДКБ хирургического профиля
Орлова С.Б.	заведующий детским нейрореабилитационным отделением для детей старшего возраста ФДРЦ
Пальм В.В.	заведующий нейрохирургическим отделением
Петросян Э.К.	заведующий нефрологическим отделением, руководитель нефрологического Центра
Пилия С.В.	заведующий психоневрологическим отделением для детей старшего возраста
Подлипаева С.Г.	заведующий эндоскопическим отделением
Покшубин А.Б.	заведующий хирургическим отделением по пересадке почки
Пономарёва Н.И.	заведующий отделением гематологии и химиотерапии № 2
Попова Н.А.	заведующий приемным отделением
Прометной Д.В.	заведующий отделением реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ)/ блоком реанимации и интенсивной терапии с палатами реанимации и интенсивной терапии для оказания медицинской помощи детям с новой коронавирусной инфекцией COVID-19, нуждающихся в проведении неинвазивной и инвазивной ИВЛ (БИТ КОВИД), руководитель Центра анестезиологии, реанимации, интенсивной терапии и экстракорпоральных методов лечения
Пряников П.Д.	заведующий отделением оториноларингологии
Рогозин М.С.	заведующий отделом внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности
Саутенко А.А.	заведующий отделением травматологии и ортопедии
Семыкин С.Ю.	заведующий педиатрическим отделением
Сибирская Е.В.	заведующий гинекологическим отделением
Скапенков И.Н.	заведующий онкологическим отделением хирургических методов лечения
Скоробогатова Е.В.	заведующий отделением трансплантации костного мозга (ТКМ), руководитель междисциплинарного Центра онкологии, гематологии и трансплантологии
Слатецкая А.Н.	заведующий инфекционным боксированным отделением/отделением для детей с новой коронавирусной инфекцией COVID-19, не нуждающихся в проведении ИВЛ
Соколова В.Э.	заведующий патологоанатомическим отделением (ПАО)
Сухов М.Н.	заведующий отделением детской и сердечно-сосудистой хирургии
Усачёва А.Ю.	заведующий консультативно-диагностическим центром (КДЦ)
Усачёва Е.Л.	руководитель Центра лечения заболеваний нервной системы, врожденных наследственных заболеваний, генетических отклонений, орфанных и других редких болезней
Феоктистова Е.В.	заведующий отделением ультразвуковых исследований и функциональной диагностики
Фрадкина М.М.	заведующий многопрофильным отделением медицинской реабилитации

	для детей с заболеваниями нервной системы и опорно-двигательного аппарата
Хабибуллина Л.Р.	заведующий хирургическим отделением
Харбедия В.Х.	заведующий детским онкологическим реабилитационным отделением ФДРЦ
Цимбалова Е.Г.	заведующий отделением гастроэнтерологии/дневным стационаром отделения гастроэнтерологии, руководитель Центра гастроэнтерологии, ответственный за координацию работы структурных подразделений РДКБ педиатрического профиля
Секретарь: Жаворонкова М.В.	заведующий организационно-методическим отделом

**Состав подкомиссии врачебной комиссии по организации и контролю проведения
экспертизы временной нетрудоспособности (Подкомиссия ЭВН)**

Председатель: Варсови В.В.	заведующий отделом КЭР
Заместитель председателя: Гасангаджиева Г.А.	заведующий группой экспертизы временной нетрудоспособности отдела КЭР (с правом подписи в графе «председатель ВК» в документах, удостоверяющих временную нетрудоспособность)
Члены подкомиссии: Уткин С.А. Румянцева М.С. Усачёва А.Ю.	заместитель директора по КЭР заведующий группой по работе с обращениями отдела КЭР заведующий КДЦ члены центральной врачебной комиссии по решению председателя подкомиссии
Секретарь: Брюсова И.Б.	врач-методист группы экспертизы качества медицинской помощи отдела КЭР

**Структурная часть в ФДРЦ РДКБ – филиала ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова
Минздрава России** (Московская область, г. Подольск, ул. Высотная, д. 4А)

Заместитель председателя: Орлова С.Б.	заведующий детским нейрореабилитационным отделением для детей старшего возраста, врач-методист ФДРЦ (с правом подписи в графе «председатель ВК» в документах, удостоверяющих временную нетрудоспособность)
Члены подкомиссии: Стамбольский Е.Д.	заведующий кабинетом, врач-методист кабинета КЭР ФДРЦ члены центральной врачебной комиссии из числа сотрудников ФДРЦ по решению председателя/заместителя председателя подкомиссии
Секретарь: Щеглова Д.Д.	врач-невролог детского ортопедического реабилит-го отделения ФДРЦ

**Состав подкомиссии врачебной комиссии по лекарственному обеспечению,
фармакологическому контролю и назначению медицинских изделий/изделий медицинского
назначения (Подкомиссия ЛОФКМИ)**

Председатель:

Путилина Е.А.

заместитель директора по МЧ

Заместители

председателя:

Костылева М.Н.

Нарбутов А.Г.

заведующий отделением клинической фармакологии
заведующий отделением реконструктивно-пластической хирургии,
ответственный за координацию работы структурных подразделений
РДКБ хирургического профиля

Члены

комиссии:

Уткин С.А.

Варсови В.В.

Рогозин М.С.

Степанян М.Ю.

заместитель директора по КЭР
заведующий отделом КЭР
заведующий отделом внутреннего контроля качества и безопасности
медицинской деятельности
заведующий отделом клинической диетологии
члены центральной врачебной комиссии по решению председателя
подкомиссии

Секретарь:

Костылева М.Н.

заведующий отделением клинической фармакологии

**Структурная часть в ФДРЦ РДКБ – филиала ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова
Минздрава России** (Московская область, г. Подольск, ул. Высотная, д. 4А)

Сопредседатель:

Глазырина А.А.

заместитель директора

Заместитель

председателя:

Саленко Е.А.

заместитель руководителя ФДРЦ

Члены

подкомиссии:

члены центральной врачебной комиссии из числа сотрудников ФДРЦ по
решению председателя/заместителя председателя подкомиссии

Секретарь:

Капанова М.А.

заведующий детским соматическим реабилитационным отделением
ФДРЦ

**Состав подкомиссии врачебной комиссии по отбору пациентов на оказание
специализированной медицинской помощи (Подкомиссия СМП)**

Председатель:

Путилина Е.А.

заместитель директора по МЧ

Сопредседатель:

Глазырина А.А.

заместитель директора

**Заместитель
председателя:**

Уткин С.А. заместитель директора по КЭР

Члены

комиссии:

Варсови В.В. заведующий отделом КЭР
Кудрявцева Л.М. заведующий отделом телемедицинского консультирования и
 госпитализации
 члены центральной врачебной комиссии по решению председателя
 подкомиссии

Секретарь:

Романова О.В. врач-методист отдела телемедицинского консультирования и
 госпитализации

**Структурная часть в ФДРЦ РДКБ – филиала ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова
Минздрава России** (Московская область, г. Подольск, ул. Высотная, д. 4А)

Сопредседатель:

Глазырина А.А. заместитель директора

Заместитель

председателя:

Лазарева С.М. заведующий детским нейрореабилитационным отделением для детей с
 нейродегенеративными заболеваниями ЦНС ФДРЦ

Члены

подкомиссии:

 члены центральной врачебной комиссии из числа сотрудников ФДРЦ по
 решению председателя/заместителя председателя подкомиссии

Секретарь:

Капранова М.А. заведующий детским соматическим реабилитационным отделение
 ФДРЦ

**Состав подкомиссии врачебной комиссии по отбору пациентов на оказание
высокотехнологичной медицинской помощи (Подкомиссия ВМП)**

Председатель:

Путилина Е.А. заместитель директора по МЧ

Сопредседатель:

Глазырина А.А. заместитель директора

Заместитель

председателя:

Уткин С.А. заместитель директора по КЭР

Члены

комиссии:

Варсови В.В. заведующий отделом КЭР
Кудрявцева Л.М. заведующий отделом телемедицинского консультирования и
 госпитализации
 члены центральной врачебной комиссии по решению председателя
 подкомиссии

Секретарь:

Романова О.В. врач-методист отдела телемедицинского консультирования и
госпитализации

**Состав подкомиссии врачебной комиссии по изучению летальных исходов
(ПИЛИ)**

Председатель:
Уткин С.А. заместитель директора по КЭР

**Заместитель
председателя:**
Путилина Е.А. заместитель директора по МЧ

Члены

комиссии:

Глазырина А.А.	заместитель директора
Ивахин А.В.	заместитель директора по эпидемиологическим вопросам
Варсови В.В.	заведующий отделом КЭР
Костылева М.Н.	заведующий отделением клинической фармакологии
Нарбутов А.Г.	заведующий отделением реконструктивно-пластической хирургии, ответственный за координацию работы структурных подразделений РДКБ хирургического профиля
Прометной Д.В.	заведующий ОРИТ
Соколова В.Э.	заведующий ПАО
Цимбалова Е.Г.	заведующий отделением гастроэнтерологии/дневным стационаром отделения гастроэнтерологии, руководитель Центра гастроэнтерологии, ответственный за координацию работы структурных подразделений РДКБ педиатрического профиля члены центральной врачебной комиссии по решению председателя подкомиссии

Секретарь:
Румянцева М.С. заведующий группой по работе с обращениями отдела КЭР

**Состав подкомиссии по проведению обязательных предварительных и периодических
медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на
работах с вредными и (или) опасными условиями труда
(Подкомиссия по проведению медицинских осмотров)**

Председатель:
Татти Н.И. врач-профпатолог

Члены

комиссии:

Татти Н.И.	врач-терапевт
Хашба С.С.	врач-невролог
Коновалова Е.А.	врач-психиатр, врач-психиатр-нарколог
Бижанова Д.А.	врач-акушер-гинеколог
Бородина М.А.	врач-дерматовенеролог
Гуменная Э.Р.	врач-дерматовенеролог
Зубова А.А.	врач-дерматовенеролог
Гюзел Н.А.	врач-стоматолог
Мирзаева К.М.	врач-стоматолог

Сладкова Т.В.	врач-оториноларинголог
Мушенко В.А.	врач-оториноларинголог
Фениксова Л.В.	врач-отоларинголог
Смирнов Ю.В.	врач-хирург
Кривовяз О.С.	врач-офтальмолог

Секретарь:
Коновалова Е.А. врач-психиатр, врач-психиатр-нарколог

**Состав подкомиссии по принятию решений
о допустимости медицинских вмешательств, связанных с лечением врожденных аномалий
(пороков развития), генетических и эндокринных заболеваний, связанных с нарушением
формирования половых органов у детей, выдачи медицинских заключений о соответствии
половых признаков признакам определенного пола
(Подкомиссия по принятию решений о допустимости медицинских вмешательств,
связанных с нарушением формирования половых органов у детей)**

Председатель
Петрайкина Е.Е. директор РДКБ – филиала ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова
Минздрава России

**Заместители
председателя:**
Путилина Е.А. заместитель директора по МЧ
Дёмина Е.С. заведующий эндокринологическим отделением, врач-детский
эндокринолог

**Члены
комиссии:**
Сибирская Е.В. заведующий гинекологическим отделением, врач-акушер-гинеколог
Тюльпакова А.Н. заведующий кафедрой генетики эндокринных заболеваний отдела
высшего и дополнительного профессионального образования ФГБНУ
«МГНЦ им. Н.П. Бочкова», врач-генетик
Гусейнов А.Я. заведующий уроandroлогическим отделением, врач-детский уролог-
андролог
Семькин С.Ю. заведующий педиатрическим отделением, врач-педиатр
Комбарова А.С. врач-детский эндокринолог эндокринологического отделения
Коновалова Е.А. врач-психиатр детский
Менделевич О.В. медицинский психолог

Секретарь:
Борисенко Е.В. администратор группы организации оказания медицинской помощи в
системе ОМС отдела учёта медицинской помощи

ГРАФИК РАБОТЫ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ И ПОДКОМИССИЙ

1. Врачебная комиссия (ВК)

Понедельник с 10.00 до 16.00 ч.

2. Подкомиссия по организации и контролю проведения экспертизы временной нетрудоспособности (Подкомиссия ЭВН)

Ежедневно (кроме субботы и воскресения, праздничных дней) с 11.00 до 13.00 ч.

3. Подкомиссия по лекарственному обеспечению, фармакологическому контролю и назначению медицинских изделий/изделий медицинского назначения (Подкомиссия ЛОФКМИ)

По мере необходимости (кроме субботы и воскресения, праздничных дней) с 11.00 до 13.00 ч.

4. Подкомиссия по отбору пациентов на оказание специализированной медицинской помощи (Подкомиссия СМП)

Ежедневно (кроме субботы и воскресения, праздничных дней) с 10.00 до 13.00 ч.

5. Подкомиссия по отбору пациентов на оказание специализированной медицинской помощи (Подкомиссия ВМП)

Ежедневно (кроме субботы и воскресения, праздничных дней) с 14.00 до 17.00 ч.

6. Подкомиссия по изучению летальных исходов (ПИЛИ)

По мере необходимости (кроме субботы и воскресения, праздничных дней) с 12.00 до 14.00.

7. Подкомиссия по проведению обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда (Подкомиссия по проведению медицинских осмотров)

Ежедневно в рабочие дни в соответствии с календарным планом-графиком осмотра сотрудников.

8. Подкомиссии по принятию решений о допустимости медицинских вмешательств, связанных с лечением врожденных аномалий (пороков развития), генетических и эндокринных заболеваний, связанных с нарушением формирования половых органов у детей, выдачи медицинских заключений о соответствии половых признаков признакам определенного пола (Подкомиссия по принятию решений о допустимости медицинских вмешательств, связанных с нарушением формирования половых органов у детей)

По мере необходимости (кроме субботы и воскресения, праздничных дней).



ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н.И. ПИРОГОВА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет)
РОССИЙСКАЯ ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА - ФИЛИАЛ
(РДКБ – филиал ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России)

Протокол заседания врачебной комиссии
от _____ 2025 г. № _____

Врачебная комиссия, утвержденная приказом РДКБ – филиала ФГАОУ ВО РНИМУ
им. Н.И. Пирогова Минздрава России от 09.01.2025 № 2, в составе:

Председатель:	
Заместитель председателя:	
Члены комиссии:	
Секретарь:	
Иные лица:	

Слушали: _____
Вопрос 1 _____
Докладчик: _____
Пациент: _____
Ф.И.О. _____ дата рождения _____
Адрес проживания _____
Диагноз: _____
Код по МКБ-10 _____
Рассмотрели материалы: _____
Выступили (обсуждение): _____
Решили (заключение ВК №): _____
Обоснование решения: _____
Итоги голосования: «ЗА» _____ «ПРОТИВ» _____ «ВОЗДЕРЖАЛИСЬ» _____

Подписи членов ВК, присутствовавших на заседании:

Председатель:		
Заместитель председателя:		
Члены комиссии:		
Секретарь:		



ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н.И. ПИРОГОВА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет)
РОССИЙСКАЯ ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА - ФИЛИАЛ
(РДКБ – филиал ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России)

Выписка
из протокола заседания врачебной комиссии
от _____ 2025 г. № _____

Адресат: (Ф.И.О. заявителя) _____

Врачебная комиссия, утвержденная приказом РДКБ – филиала ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России от 09.01.2025 № 2, в составе:

Председатель:	
Заместитель председателя:	
Члены комиссии:	
Секретарь:	
Иные лица:	

рассмотрела вопрос о _____

По данным медицинской документации ребенка, результатов обсуждения, с учетом _____

и в соответствии с _____

врачебная комиссия в силу своих функций, утвержденных приказом РДКБ – филиала ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России от 09.01.2025 № 2 «Об организации деятельности врачебной комиссии» **единогласно (большинством голосов)** из числа присутствующих приняла обоснованное решение № _____

Заместитель председателя врачебной комиссии: _____

Председателю врачебной комиссии
РДКБ – филиала ФГАОУ ВО РНИМУ
им. Н.И. Пирогова Минздрава России
Е.Е. Петрайкиной
от *Ф.И.О. заявителя,*
данные паспорта,
адрес, контактный телефон

Заявление.

На основании п. 18 приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 05.05.2012 № 502н (ред. от 02.12.2013) «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации»

Прошу:

1. Предоставить мне выписку из протокола решения врачебной комиссии, принятого в отношении меня *(для лиц, достигших 15-летнего возраста).*

ИЛИ

1. Предоставить мне выписку из протокола решения врачебной комиссии, принятого в отношении *(указать Ф.И.О., дату рождения ребенка).* Являюсь законным представителем (мать, отец, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным.

2. Выписку выдать на руки мне **ИЛИ** моему доверенному лицу *(Ф.И.О. доверенного лица).*

Дата

Подпись заявителя

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н.И. ПИРОГОВА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет)
РОССИЙСКАЯ ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА - ФИЛИАЛ
(РДКБ – филиал ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России)

ЖУРНАЛ УЧЁТА РАБОТЫ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ

Правая сторона

Дата заседания, номер протокола	Состав комиссии и иные лица, присутствующие на заседании		Повестка заседания		Докладчик, Ф.И.О.
	Ф.И.О.	Должность	№ п/п	Вопросы	
1	2	3	4	5	6

Левая сторона

Выступления		Голосование, кол-во голосов			Решения комиссии по вопросам повестки заседания	Номер решения	Подписи членов комиссии (минимум 3)
Ф.И.О.	Замечания, предложения, возражения и т.п.	«за»	«воздержалось»	«против»			
7	8	9	10	11	12	13	14

ПОЛОЖЕНИЕ
о подкомиссии по организации и контролю проведения
экспертизы временной нетрудоспособности

1. Общие положения

1.1. Положение о подкомиссии по организации и контролю проведения экспертизы временной нетрудоспособности (далее – Подкомиссия ЭВН) определяет статус и порядок её деятельности в Российской детской клинической больнице – филиале ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (далее – РДКБ, Положение).

1.2. Подкомиссия ЭВН является подкомиссией врачебной комиссии.

1.3. Подкомиссия ЭВН в своей работе руководствуется Конституцией Российской Федерации; Трудовым кодексом Российской Федерации (ТК РФ); Главой 7 Федерального Закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»; приказом Минздравсоцразвития РФ от 05.05.2012 № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации»; Федеральным Законом от 29.12.2006 № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством»; приказом Минздрава России от 23.11.2021 № 1089н «Об утверждении условий и порядка формирования листков нетрудоспособности в форме электронного документа и выдачи листков нетрудоспособности на бумажном носителе в случаях, установленных законодательством Российской Федерации»; приказом Минздравсоцразвития РФ от 20.02.2008 № 84н «Об утверждении заболеваний ребенка в возрасте до 7 лет, при возникновении которых выплата пособия по временной нетрудоспособности за период ухода за ребенком осуществляется не более чем за 90 календарных дней в году по всем случаям ухода за этим ребенком в связи с указанным заболеванием»; «Ориентировочными сроками временной нетрудоспособности при наиболее распространенных заболеваниях и травмах (в соответствии с МКБ-10)» (утв. Минздравом РФ № 2510/9362-34, ФСС РФ № 02-08/10-1977П 21.08.2000); приказом Минздрава РФ от 23.08.2016 № 625н «Об утверждении Порядка проведения экспертизы временной нетрудоспособности»; совместным приказом МВД РФ №624, Минздрава РФ № 766н от 05.10.2016 «Об утверждении формы и порядка выдачи листка освобождения от выполнения служебных обязанностей по временной нетрудоспособности»; совместным приказом Минздрава РФ № 407н, Минюста РФ № 244 от 08.08.2024 «Об утверждении формы и порядка выдачи листка освобождения от выполнения служебных обязанностей по временной нетрудоспособности сотруднику органов принудительного исполнения Российской Федерации», а также настоящим Положением.

1.4. Подкомиссия ЭВН состоит из председателя, заместителей председателя, членов подкомиссии из числа заместителей директора, руководителей структурных подразделений РДКБ, имеющих удостоверение по программе повышения квалификации «Экспертиза временной нетрудоспособности», и секретаря, который является членом подкомиссии, при условии наличия у него высшего медицинского (фармацевтического) образования и удостоверения по программе повышения квалификации «Экспертиза временной нетрудоспособности».

1.5. С целью оперативного решения вопросов, относящихся к функциям Подкомиссии ЭВН, в отношении пациентов (законных представителей пациентов) ФДРЦ РДКБ на его базе формируется структурная часть Подкомиссии ЭВН, ответственным за организацию работы которой с правом подписи в графе «председатель ВК» в документах, удостоверяющих временную нетрудоспособность, является заместитель председателя подкомиссии.

1.6. При проведении заседаний Подкомиссии ЭВН председатель определяет состав подкомиссии в количестве не менее 3 человек.

1.7. Работники, исполняющие обязанности руководителей структурных подразделений РДКБ, назначенные в соответствии с приказом директора в установленном действующим

трудовым законодательством порядке, принимают участие в работе Подкомиссии ЭВН (если по приказу не являются её членами) с правом участия в голосовании.

1.8. Лечащие врачи пациентов, руководители структурных подразделений, прочие врачи-специалисты РДКБ могут принимать участие в работе Подкомиссии ЭВН (если по приказу не являются её членами) с правом совещательного голоса.

1.9. Секретарь Подкомиссии ЭВН составляет план-график заседаний, готовит материалы для заседания, уведомляет членов подкомиссии о дате и времени проведения заседания, предоставляет всю необходимую документацию.

2. Функции Подкомиссии ЭВН

2.1. Контроль организации и проведения экспертизы временной нетрудоспособности во всех клинических подразделениях РДКБ.

2.2. Продление листков нетрудоспособности, документов, удостоверяющих освобождение от выполнения служебных обязанностей по временной нетрудоспособности, в случаях, установленных законодательством Российской Федерации.

2.3. Контроль соблюдения ориентировочных сроков временной нетрудоспособности в соответствии с нормативными документами.

2.4. Контроль соблюдения требований к оформлению первичной документации при проведении экспертизы временной нетрудоспособности.

2.5. Экспертиза своевременности и правильности диагностики, адекватности проведенного лечения на всех этапах заболевания на основании стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций.

2.6. Решение вопросов об оформлении дубликатов листков нетрудоспособности в случаях, установленных законодательством Российской Федерации.

2.7. Контроль соблюдения условий и порядка формирования листков нетрудоспособности в форме электронного документа и выдачи листков нетрудоспособности на бумажном носителе, выдачи листков освобождения от выполнения служебных обязанностей по временной нетрудоспособности в соответствии с нормативными документами.

2.8. Принятие решений в сложных и конфликтных случаях экспертизы временной нетрудоспособности.

2.9. Взаимодействие в работе по вопросам, относящимся к компетенции подкомиссии, с региональными отделениями Фонда социального и пенсионного страхования Российской Федерации, Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и её территориальными органами, иными органами и организациями.

2.10. Рассмотрение обращений (жалоб) по вопросам, связанным с экспертизой нетрудоспособности.

3. Порядок работы Подкомиссии ЭВН

3.1. Заседания Подкомиссии ЭВН проводятся с понедельника по пятницу, согласно графику работы (Приложение 3 к приказу).

3.2. При необходимости лечащие врачи предоставляют на рассмотрение Подкомиссии ЭВН первичную медицинскую документацию пациентов, оформленную в соответствии с требованиями и содержащую этапный эпикриз и/или направление на подкомиссию ЭВН по установленной форме в соответствии с порядком проведения экспертизы временной нетрудоспособности и выдачи листков нетрудоспособности, порядком выдачи документов, удостоверяющих освобождение от выполнения служебных обязанностей по временной нетрудоспособности, утвержденными действующими на текущий момент приказами РДКБ.

3.3. Решение Подкомиссии ЭВН считается принятым, если его поддержало не менее двух третей членов подкомиссии из числа присутствующих на заседании.

3.4. Решение Подкомиссии ЭВН оформляется в виде протокола (Приложение 5.1 к приказу) и вносится в журнал заседаний подкомиссии.

3.5. Протокол решения Подкомиссии ЭВН оформляется и хранится в форме электронного документа в МИС РДКБ.

3.6. Журнал заседаний подкомиссии – «Журнал учёта работы подкомиссии по организации и контролю проведения экспертизы временной нетрудоспособности» (Приложение 5.2 к приказу) ведется в электронном виде, ежемесячно (при необходимости, чаще) распечатывается, пронумеровывается, сшивается, заверяется подписью председателя (заместителя председателя) подкомиссии, скрепляется печатью учреждения.

3.7. При невозможности ведения электронного журнала регистрация решений Подкомиссии ЭВН производится по форме «Журнала учёта клинико-экспертной работы лечебно-профилактического учреждения» (форма № 035/у-02), утверждённой приказом Минздрава РФ от 21.05.2002 № 154.

3.8. В первичную медицинскую документацию пациента вносится выписка из протокола решения подкомиссии по организации и контролю проведения экспертизы временной нетрудоспособности по установленной форме в соответствии с порядком проведения экспертизы временной нетрудоспособности и выдачи листков нетрудоспособности, порядком выдачи документов, удостоверяющих освобождение от выполнения служебных обязанностей по временной нетрудоспособности, утвержденными действующими на текущий момент приказами РДКБ.

3.9. Протоколы решений Подкомиссии ЭВН хранятся в течение 10 лет, Журналы учёта работы подкомиссии ЭВН (или формы 035/у-02) – 3 года.

3.10. Выявленные в ходе работы Подкомиссии ЭВН нарушения лечащими врачами требований проведения экспертизы временной нетрудоспособности систематизируются и анализируются, на основании чего председателем подкомиссии разрабатываются оперативные корректирующие действия или предложения по их управленческому решению, которые доводятся до сведения директора.

3.11. Председатель Подкомиссии ЭВН готовит отчет председателю врачебной комиссии о работе подкомиссии ежеквартально в срок до 5 числа месяца, следующего за отчетным кварталом.

4. Права Подкомиссии ЭВН

4.1. Решать сложные и конфликтные случаи по экспертизе временной нетрудоспособности.

4.2. Направлять медицинские документы для рассмотрения врачебной комиссии (3 уровень контроля качества).

4.3. Вносить предложения администрации РДКБ о проведении обучения сотрудников по вопросам экспертизы временной нетрудоспособности, вопросам экспертной работы.

4.4. Получать и запрашивать необходимую документацию в Фонде социального и пенсионного страхования РФ, входящим в компетенцию подкомиссии.

5. Ответственность Подкомиссии ЭВН

5.1. Лица, участвующие в работе Подкомиссии ЭВН несут ответственность за достоверность, обоснованность проведения экспертизы временной нетрудоспособности в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н.И. ПИРОГОВА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет)
РОССИЙСКАЯ ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА - ФИЛИАЛ
(РДКБ – филиал ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России)



**Протокол заседания подкомиссии врачебной комиссии
по организации и контролю проведения экспертизы временной нетрудоспособности
от _____ 2025 г. № _____**

**Подкомиссия врачебной комиссии по организации и контролю проведения экспертизы
временной нетрудоспособности, утвержденная приказом РДКБ – филиала ФГАОУ ВО
РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России от 09.01.2025 № 2, в составе:**

Председатель:	
Заместитель председателя:	
Члены комиссии:	
Секретарь:	
Иные лица:	

Слушали:

Вопрос 1: Продление листка нетрудоспособности свыше 15 дней.

Докладчик: _____

Пациент: _____,

Ф.И.О. _____,

дата рождения _____, адрес проживания _____

Диагноз: _____ Код по МКБ-10 _____

Рассмотрели материалы:

1. Медицинская карта стационарного больного № _____.

Выступили (обсуждение): лечащий врач, заместитель главного врача по _____

Решили (заключение ВК №): подкомиссия в силу своих функций по п. 2.2 Положения о подкомиссии по организации и контролю проведения экспертизы временной нетрудоспособности, утвержденного приказом РДКБ – филиала ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России от 09.01.2025 № 2 «Об организации деятельности врачебной комиссии» приняла решение о продлении листка нетрудоспособности по уходу за ребенком (Ф.И.О.) с _____ по _____.

Обоснование решения: решение принято по результатам обсуждения, на основании того, что у пациента имеются показания для продолжения проведения ему лечебно-диагностических (реабилитационных) мероприятий и в соответствии с Федеральным Законом от 29.12.2006 № 255-ФЗ (в последующих ред.) «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством», приказом Минздрава России от 23.11.2021 № 1089н «Об утверждении условий и порядка формирования листков нетрудоспособности в форме электронного документа и выдачи листков нетрудоспособности на бумажном носителе в случаях, установленных законодательством Российской Федерации».

Вопрос 2: Продление листка (справки) освобождения от выполнения служебных обязанностей по временной нетрудоспособности свыше 15 дней.

Докладчик: _____

Пациент: _____

Ф.И.О. _____,

дата рождения _____, адрес проживания _____

Диагноз: _____

Код по МКБ-10 _____

Рассмотрели материалы:

1. Медицинская карта стационарного больного № _____.

Выступили (обсуждение): лечащий врач, заместитель главного врача по _____

Решили (заключение ВК №): подкомиссия в силу своих функций по п. 2.2 Положения о подкомиссии по организации и контролю проведения экспертизы временной нетрудоспособности, утвержденного приказом РДКБ – филиала ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России от 09.01.2025 № 2 «Об организации деятельности врачебной комиссии» приняла решение о продлении (справки) освобождения от выполнения служебных обязанностей по временной нетрудоспособности по уходу за ребенком (Ф.И.О.) с _____ по _____.

Обоснование решения: решение принято по результатам обсуждения, на основании того, что у пациента имеются показания для продолжения проведения ему лечебно-диагностических (реабилитационных) мероприятий и в соответствии с приказом МВД РФ № 624, Минздрава РФ № 766н от 05.10.2016 «Об утверждении формы и порядка выдачи листка освобождения от выполнения служебных обязанностей по временной нетрудоспособности» (приказом Минздрава РФ № 407н, Минюста РФ № 244 от 08.08.2024 «Об утверждении формы и порядка выдачи листка освобождения от выполнения служебных обязанностей по временной нетрудоспособности сотруднику органов принудительного исполнения Российской Федерации»).

Вопрос 3: Выдача дубликата листка нетрудоспособности № _____ с _____ по _____.

Докладчик: _____

Пациент: _____

Ф.И.О. _____,

дата рождения _____, адрес проживания _____

Диагноз: _____

Код по МКБ-10 _____

Рассмотрели материалы:

1. Медицинская карта стационарного больного № _____.

Выступили (обсуждение): лечащий врач, заместитель главного врача по _____

Решили (заключение ВК №): подкомиссия в силу своих функций по п. 2.6 Положения о подкомиссии по организации и контролю проведения экспертизы временной нетрудоспособности, утвержденного приказом РДКБ – филиала ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России от 09.01.2025 № 2 «Об организации деятельности врачебной комиссии» приняла решение о выдаче дубликата листка нетрудоспособности № _____ с _____ по _____.

Обоснование решения: решение принято по результатам обсуждения, на основании того, что пациент имел показания для проведения ему лечебно-диагностических (реабилитационных) мероприятий и в соответствии с приказом Минздрава России от 23.11.2021 № 1089н «Об утверждении условий и порядка формирования листов нетрудоспособности в форме электронного документа и выдачи листов нетрудоспособности на бумажном носителе в случаях,

установленных законодательством Российской Федерации».

Вопрос 4: Выдача дубликата листка (справки) освобождения от выполнения служебных обязанностей по временной нетрудоспособности № _____ с _____ по.

Докладчик: _____

Пациент:

Ф.И.О. _____,

дата рождения _____, адрес проживания _____

Диагноз: _____ Код по МКБ-10 _____

Рассмотрели материалы:

1. Медицинская карта стационарного больного № _____.

Выступили (обсуждение): лечащий врач, заместитель главного врача по _____

Решили (заключение ВК №): подкомиссия в силу своих функций по п. 2.6 Положения о подкомиссии по организации и контролю проведения экспертизы временной нетрудоспособности, утвержденного приказом РДКБ – филиала ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России от 09.01.2025 № 2 «Об организации деятельности врачебной комиссии» приняла решение о выдаче дубликата листка (справки) освобождения от выполнения служебных обязанностей по временной нетрудоспособности № _____ с _____ по.

Обоснование решения: решение принято по результатам обсуждения, на основании того, что пациент имел показания для проведения ему лечебно-диагностических (реабилитационных) мероприятий и в соответствии с приказом с приказом МВД РФ № 624, Минздрава РФ № 766н от 05.10.2016 «Об утверждении формы и порядка выдачи листка освобождения от выполнения служебных обязанностей по временной нетрудоспособности» (приказом Минздрава РФ № 407н, Минюста РФ № 244 от 08.08.2024 «Об утверждении формы и порядка выдачи листка освобождения от выполнения служебных обязанностей по временной нетрудоспособности сотруднику органов принудительного исполнения Российской Федерации»).

Итоги голосования: «ЗА» _____ «ПРОТИВ» _____ «ВОЗДЕРЖАЛИСЬ» _____

Подписи членов подкомиссии, присутствовавших на заседании:

Председатель:		
Заместитель председателя:		
Члены комиссии:		
Секретарь:		

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н.И. ПИРОГОВА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет)
РОССИЙСКАЯ ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА - ФИЛИАЛ
(РДКБ – филиал ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России)

ЖУРНАЛ УЧЁТА РАБОТЫ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ
(подкомиссии по организации и контролю проведения экспертизы временной нетрудоспособности)

[illegible]

ПОЛОЖЕНИЕ

о подкомиссии по лекарственному обеспечению, фармакологическому контролю и назначению медицинских изделий/изделий медицинского назначения

1. Общие положения

1.1. Положение о подкомиссии по лекарственному обеспечению, фармакологическому контролю и назначению медицинских изделий/изделий медицинского назначения (далее – Подкомиссия ЛОФКМИ) определяет статус и порядок её деятельности в Российской детской клинической больнице – филиале ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (далее – Положение, РДКБ).

1.2. Подкомиссия ЛОФКМИ является подкомиссией врачебной комиссии. Подкомиссия ЛОФКМИ в своей деятельности руководствуется Конституцией Российской Федерации, Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральным законом от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств», Федеральным законом от 18.07.2011 № 223-ФЗ «О закупках товаров, работ, услуг отдельными видами юридических лиц», приказом Минздравсоцразвития РФ от 05.05.2012 № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации», приказом Минздрава РФ от 24.11.2021 № 1094н «Об утверждении порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения, форм бланков рецептов, содержащих назначение наркотических средств или психотропных веществ, порядка их изготовления, распределения, регистрации, учета и хранения, а также правил оформления бланков рецептов, в том числе в форме электронных документов», приказом Минздрава РФ от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи», приказом Росздравнадзора от 15.02.2017 № 1071 «Об утверждении порядка осуществления фармаконадзора», приказом Минздрава РФ от 31.10.2012 № 567н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «хирургия (трансплантация органов и (или) тканей человека)», приказом Минздрава России от 19.10.2020 № 1113н «Об утверждении Порядка сообщения субъектами обращения медицинских изделий обо всех случаях выявления побочных действий, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия, о нежелательных реакциях при его применении, об особенностях взаимодействия медицинских изделий между собой, о фактах и об обстоятельствах, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации медицинских изделий», приказом Минздрава России от 15.09.2020 №980н «Об утверждении Порядка осуществления мониторинга безопасности медицинских изделий», распоряжением Правительства РФ от 12.10.2019 № 2406-р «Об утверждении перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП)», а также перечней лекарственных препаратов для медицинского применения и минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи», распоряжением Правительства РФ от 11.12.2023 № 3551-р «Об утверждении перечня специализированных продуктов лечебного питания для детей-инвалидов», распоряжением Правительства РФ от 31.12.2018 № 3053-р «Об утверждении перечня медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также перечня медицинских изделий, отпускаемых по рецептам на медицинские изделия при предоставлении набора социальных услуг», а также настоящим Положением.

1.3. Подкомиссия ЛОФКМИ состоит из председателя, сопредседателя, заместителей председателя, членов подкомиссии из числа заместителей директора, руководителей структурных

подразделений РДКБ и секретаря, который является членом подкомиссии, при условии наличия у него высшего медицинского (фармацевтического) образования.

1.4. С целью оперативного решения вопросов, относящихся к функциям Подкомиссии ЛОФКМИ, в отношении пациентов ФДРЦ РДКБ на его базе формируется структурная часть Подкомиссии ЛОФКМИ, ответственным за организацию работы которой является сопредседатель подкомиссии.

1.5. При проведении заседаний Подкомиссии ЛОФКМИ председатель (сопредседатель) определяет состав подкомиссии в количестве не менее 5 человек.

1.6. Работники, исполняющие обязанности руководителей структурных подразделений РДКБ, назначенные в соответствии с приказом директора в установленном действующим трудовым законодательством порядке, принимают участие в работе Подкомиссии ЛОФКМИ (если по приказу не являются её членами) с правом участия в голосовании.

1.7. Лечащие врачи пациентов, руководители структурных подразделений, прочие врачи-специалисты РДКБ могут принимать участие в работе подкомиссии (если по приказу не являются её членами) с правом совещательного голоса.

1.8. Секретарь Подкомиссии ЛОФКМИ составляет план-график заседаний, готовит материалы для заседания, уведомляет членов подкомиссии о дате и времени проведения заседания, предоставляет всю необходимую документацию.

2. Функции Подкомиссии ЛОФКМИ

2.1. Принятие решений о назначении лекарственных препаратов при наличии медицинских показаний (индивидуальная непереносимость, по жизненным показаниям):

- не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи/соответствующую клиническую рекомендацию;
- при терапии заболеваний, для которых не разработаны стандарты медицинской помощи/клинические рекомендации;
- не входящих в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов;
- по торговым наименованиям;
- вне инструкции по применению (off-label);
- не зарегистрированных на территории Российской Федерации;
- в прочих ситуациях, требующих комиссионного рассмотрения.

2.2. Назначение и/или разрешение на выдачу одновременно с выпиской из медицинской карты стационарного больного лекарственных препаратов, в том числе наркотических и психотропных лекарственных препаратов, внесенных в II и III список Перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, сильнодействующих лекарственных препаратов на срок приема пациентами до 5 дней, имеющим соответствующие медицинские показания и при необходимости продолжения приема лекарственного препарата в амбулаторных условиях.

2.3. Назначение и/или разрешение на выдачу лекарственных препаратов для иммуносупрессии при выписке пациента из стационара после оказания ему медицинской помощи по трансплантации и направляемого для продолжения лечения в амбулаторных условиях на срок приема пациентом не более чем 14 календарных дней.

2.4. Принятие решений о назначении специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в перечень специализированных продуктов лечебного питания для детей-инвалидов, утвержденный действующим на текущий момент Распоряжением Правительства РФ, и соответствующий стандарт медицинской помощи или не предусмотренных соответствующей клинической рекомендацией, при наличии медицинских показаний (индивидуальная непереносимость, по жизненным показаниям).

2.5. Принятие решений о назначении медицинских изделий, не входящих в перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, утвержденный действующим на текущий момент Распоряжением Правительства РФ, и соответствующий стандарт медицинской помощи или не предусмотренных соответствующей клинической рекомендацией, при наличии

медицинских показаний (индивидуальная непереносимость, по жизненным показаниям).

2.6. Принятие решения о «срочной» закупке лекарственных средств по медицинским показаниям на конкретного пациента.

2.7. Рассмотрение случаев развития у пациентов серьезных нежелательных, в том числе непредвиденных, реакций с летальным исходом, передачи инфекционного заболевания через лекарственный препарат.

2.8. Направление сообщений в Федеральную службу по надзору сфере здравоохранения в целях осуществления мониторинга безопасности лекарственных препаратов о выявленных случаях индивидуальной непереносимости лекарственных средств, явившиеся основанием для назначения лекарственных препаратов по торговому наименованию, в срок, не превышающий пяти рабочих дней с даты назначения соответствующего лекарственного препарата по торговому наименованию.

2.9. Рассмотрение случаев побочных действий, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия, нежелательных реакций при его применении, сопровождающихся серьезной угрозой здоровью, смертью или серьезным вредом здоровью пациентов.

2.10. Анализ использования лекарственных средств и продуктов лечебного питания с оценкой клинической и экономической эффективности.

2.11. Повышение квалификации медицинского персонала в области рациональной фармакотерапии и лечебного питания.

3. Порядок работы Подкомиссии ЛОФКМИ

3.1. Заседания Подкомиссии ЛОФКМИ проводятся согласно графику работы (Приложение 3 к приказу).

3.2. Решение Подкомиссии ЛОФКМИ считается принятым, если его поддержало не менее двух третей членов подкомиссии из числа присутствующих на заседании.

3.3. Решение Подкомиссии ЛОФКМИ оформляется в виде протокола в соответствии с действующим на текущий момент приказом РДКБ «Об упорядочении назначения лекарственных препаратов, специализированных продуктов лечебного питания, назначаемых пациентам к индивидуальному применению по жизненным показаниям» и вносится в журнал заседаний подкомиссии.

3.4. Протокол решения Подкомиссии ЛОФКМИ оформляется и хранится в форме электронного документа в МИС РДКБ.

3.5. Выписка из протокола заседания подкомиссии ЛОФКМИ, оформленная в соответствии с действующим на текущий момент приказом РДКБ «Об упорядочении назначения лекарственных препаратов, специализированных продуктов лечебного питания, назначаемых пациентам к индивидуальному применению по жизненным показаниям» и заверенная подписью председателя (сопредседателя, заместителя председателя) подкомиссии, вносится в первичную медицинскую документацию пациента, а также выдается на руки пациенту или его законному представителю.

3.6. Журнал заседаний подкомиссии – «Журнал учёта работы подкомиссии по лекарственному обеспечению, фармакологическому контролю и назначению медицинских изделий/изделий медицинского назначения» (Приложение 6.1 к приказу) ведется в электронном виде, ежемесячно (при необходимости, чаще) распечатывается, пронумеровывается, сшивается, заверяется подписью председателя (сопредседателя, заместителя председателя) подкомиссии, скрепляется печатью РДКБ.

3.7. Протоколы решений врачебной Подкомиссии ЛОФКМИ хранятся в течение 10 лет, Журналы учёта работы подкомиссии ЛОФКМИ – 3 года.

3.8. Председатель Подкомиссии ЛОФКМИ готовит отчет председателю врачебной комиссии о работе подкомиссии ежеквартально в срок до 5 числа следующего месяца, следующего за отчетным кварталом.

4. Права Подкомиссии ЛОФКМИ

4.1. Вносить предложения администрации РДКБ по результатам проводимого анализа использования лекарственных средств, продуктов лечебного питания и оценки клинической и экономической эффективности их назначения.

4.2. Проводить выборочную проверку обоснованности назначения лекарственных препаратов и продуктов лечебного питания.

4.3. Вносить предложения директору РДКБ по улучшению организации обеспечения пациентов лекарственными средствами и продуктами лечебного питания.

5. Ответственность Подкомиссии ЛОФКМИ

5.1. Лица, участвующие в работе Подкомиссии ЛОФКМИ, несут ответственность за достоверность, обоснованность назначения лекарственных препаратов в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н.И. ПИРОГОВА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет)
РОССИЙСКАЯ ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА - ФИЛИАЛ
(РДКБ – филиал ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России)

ЖУРНАЛ УЧЁТА РАБОТЫ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ
(подкомиссии по лекарственному обеспечению, фармакологическому контролю и назначению медицинских изделий/изделий
медицинского назначения)

[illegible]

ПОЛОЖЕНИЕ
о подкомиссии по отбору пациентов на оказание
специализированной медицинской помощи

1. Общие положения

1.1. Положение о подкомиссии врачебной комиссии по отбору пациентов на оказание специализированной медицинской помощи (далее – Подкомиссия СМП), определяет её статус и порядок деятельности в Российской детской клинической больнице – филиале ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (далее – Положение, РДКБ).

1.2. Подкомиссия СМП создается с целью упорядочения и контроля госпитализации пациентов для оказания им специализированной медицинской помощи.

1.3. Подкомиссия СМП в своей деятельности руководствуется Конституцией Российской Федерации, Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Постановлением Правительства РФ от 27.12.2024 № 1940 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов» (далее – Программа), приказом Минздрава РФ от 02.12.2014 № 796н «Об утверждении Положения об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи», Приказ Минздрава России от 23.12.2020 № 1363н «Об утверждении Порядка направления застрахованных лиц в медицинские организации, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти, для оказания медицинской помощи в соответствии с едиными требованиями базовой программы обязательного медицинского страхования», а также настоящим Положением.

1.4. Подкомиссия СМП состоит из председателя, сопредседателя, заместителей председателя, членов подкомиссии из числа заместителей директора, руководителей структурных подразделений РДКБ и секретаря, который является членом подкомиссии, при условии наличия у него высшего медицинского (фармацевтического) образования.

1.5. С целью оперативного принятия решений по вопросам госпитализации пациентов в профильные отделения ФДРЦ РДКБ для оказания им специализированной медицинской помощи на его базе формируется структурная часть Подкомиссии СМП, ответственным за организацию работы которой является сопредседатель подкомиссии.

1.6. При проведении заседаний председатель (сопредседатель) Подкомиссии СМП определяет состав подкомиссии из числа членов врачебной комиссии (руководителей структурных подразделений РДКБ), с учетом направительного диагноза и предполагаемого профиля оказания специализированной медицинской помощи в количестве не менее 5 человек.

1.7. Работники, исполняющие обязанности руководителей структурных подразделений РДКБ, назначенные в соответствии с приказом директора в установленном действующим трудовым законодательством порядке, принимают участие в работе подкомиссии СМП (если по приказу не являются её членами) с правом участия в голосовании.

1.8. Лечащие врачи пациентов, руководители структурными подразделениями, прочие врачи-специалисты РДКБ могут принимать участие в работе подкомиссии (если по приказу не являются её членами) с правом совещательного голоса.

1.9. Секретарь Подкомиссии СМП составляет план-график заседаний, готовит материалы для заседания, уведомляет членов подкомиссии о дате и времени проведения заседания, предоставляет всю необходимую документацию.

2. Задачи Подкомиссии СМП

2.1. Принятие решения о наличии показаний для госпитализации пациента в профильное отделение РДКБ для оказания ему специализированной медицинской помощи с определением

даты госпитализации.

2.2. Принятие решения об отказе в госпитализации с выдачей медицинского заключения с указанием причины отказа и рекомендациями по дальнейшему наблюдению и (или) лечению пациента по профилю заболевания.

3. Порядок работы Подкомиссии СМП

3.1. Заседания Подкомиссии СМП проводятся согласно графику работы (Приложение 3 к приказу).

3.2. Основанием для госпитализации пациента в РДКБ для оказания специализированной медицинской помощи в рамках Программы является решение подкомиссии СМП о наличии медицинских показаний для госпитализации.

3.3. Основанием для рассмотрения на Подкомиссии СМП вопроса о наличии (отсутствии) медицинских показаний для госпитализации пациента для оказания специализированной медицинской помощи, являются следующие документы, оформленные с использованием информационных систем в сфере здравоохранения в форме электронного документа, а при отсутствии у направляющей медицинской организации доступа к указанным информационным системам – на бумажном носителе:

а) направление на госпитализацию в федеральную медицинскую организацию, которое содержит следующие сведения:

- фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента, дату его рождения, адрес регистрации по месту жительства (пребывания);
- номер страхового полиса обязательного медицинского страхования и наименование страховой медицинской организации (при наличии);
- страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования (при наличии);
- код основного диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (далее – МКБ-10);
- результаты лабораторных, инструментальных и других видов исследований, подтверждающих установленный диагноз и наличие медицинских показаний для оказания специализированной медицинской помощи;
- профиль показанной пациенту специализированной медицинской помощи и условия ее оказания (стационарно, в дневном стационаре);
- наименование медицинской организации, в которую направляется пациент для оказания специализированной медицинской помощи, или обособленного структурного подразделения федеральной медицинской организации (в случае возможности выбора обособленного структурного подразделения федеральной медицинской организации);
- фамилия, имя, отчество (при наличии) и должность лечащего врача, контактный телефон (при наличии), электронный адрес (при наличии).

При формировании направления на госпитализацию в форме документа на бумажном носителе оно должно быть написано разборчиво или сформировано в печатном виде, заверено личной подписью лечащего врача, личной подписью руководителя направляющей медицинской организации (уполномоченного лица), печатью направляющей медицинской организации.

При формировании направления на госпитализацию в форме электронного документа оно подписывается усиленными квалифицированными электронными подписями лечащего врача, руководителя направляющей медицинской организации (уполномоченного лица);

б) выписка из медицинской документации, которая должна содержать диагноз заболевания (состояния), код диагноза по МКБ-10, сведения о состоянии здоровья, проведенных диагностике и лечении, рекомендации о необходимости оказания специализированной медицинской помощи;

в) сведения о согласии на обработку персональных данных пациента и (или) его законного представителя.

3.4. Медицинскими показаниями для оказания специализированной медицинской помощи в РДКБ являются:

- а) нетипичное течение заболевания и (или) отсутствие эффекта от проводимого лечения;
- б) необходимость применения методов лечения, не выполняемых в медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования;
- в) высокий риск хирургического лечения в связи с осложненным течением основного заболевания или наличием коморбидных заболеваний;
- г) необходимость выполнения повторных хирургических вмешательств в случаях, предусмотренных подпунктами «а» – «в» настоящего пункта;
- д) необходимость дополнительного обследования в диагностических сложных случаях и (или) в случаях комплексной предоперационной подготовки у пациентов с осложненными формами заболевания и (или) коморбидными заболеваниями для последующего лечения;
- е) необходимость повторной госпитализации по рекомендации федеральной медицинской организации.

3.5. Подкомиссия СМП в срок, не превышающий 3 рабочих дней со дня получения документов и информации, поступивших посредством информационной системы в сфере здравоохранения, предусмотренной пунктом 3.2 настоящего Порядка, или на бумажном носителе, принимает решение о наличии (отсутствии) медицинских показаний для госпитализации пациента в целях оказания специализированной медицинской помощи в РДКБ.

3.6. Решение Подкомиссии СМП оформляется протоколом, содержащим следующие данные:

- а) основание создания подкомиссии врачебной комиссии (реквизиты нормативного акта);
- б) дата принятия решения подкомиссии врачебной комиссии;
- в) состав подкомиссии СМП;
- г) сведения о пациенте (фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения, адрес регистрации по месту жительства (пребывания);
- д) номер полиса обязательного медицинского страхования пациента;
- е) страховой номер индивидуального лицевого счета пациента;
- ж) код диагноза в соответствии с МКБ-10;
- з) заключение Подкомиссии СМП, содержащее одно из следующих решений:
 - о наличии медицинских показаний для госпитализации пациента в РДКБ для оказания специализированной медицинской помощи с указанием диагноза, кода диагноза по МКБ-10, планируемой даты госпитализации пациента;
 - об отсутствии медицинских показаний для госпитализации пациента в РДКБ для оказания специализированной медицинской помощи с рекомендациями по дальнейшему медицинскому наблюдению и (или) лечению пациента по профилю его заболевания;
 - о наличии медицинских показаний для направления пациента в медицинскую организацию для оказания высокотехнологичной медицинской помощи с указанием диагноза, кода диагноза по МКБ-10, кода вида высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, утверждаемым программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
 - о необходимости проведения дополнительного обследования (с указанием необходимого объема дополнительного обследования);
 - о наличии медицинских показаний для направления пациента в иную федеральную медицинскую организацию (с указанием наименования иной федеральной медицинской организации, в которую рекомендовано направить пациента (при необходимости));
 - о наличии медицинских противопоказаний для госпитализации пациента в РДКБ, рекомендациями по дальнейшему медицинскому обследованию, наблюдению и (или) лечению пациента по профилю заболевания, состояния (группы заболеваний, состояний).

3.7. Подкомиссия СМП в случае принятия одного из решений, указанных в подпункте «з» пункта 3.5 настоящего Положения, в срок, не превышающий 2 рабочих дней со дня его принятия, уведомляет направляющую медицинскую организацию с использованием информационной системы в сфере здравоохранения или одним из возможных способов (например, почтовое уведомление, сообщение на адрес электронной почты).

3.8. В случаях, если при оказании в РДКБ специализированной медицинской помощи пациенту, выявлены заболевания, состояния (группы заболеваний, состояний), требующие оказания специализированной медицинской помощи в иной федеральной медицинской организации ввиду невозможности её оказания в РДКБ, осуществляется направление пациента в иную федеральную медицинскую организацию в соответствии с настоящим Положением в качестве направляющей медицинской организации.

3.9. Пациент (его законный представитель) при наличии результатов лабораторных, инструментальных и других видов исследований, подтверждающих установленный диагноз и наличие медицинских показаний для оказания специализированной медицинской помощи, может самостоятельно обратиться в РДКБ для оказания медицинской помощи по перечню заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых федеральными медицинскими организациями оказывается специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, перечня, установленного базовой программой обязательного медицинского страхования (далее – Перечень).

3.10. РДКБ при наличии объемов специализированной медицинской помощи в рамках установленного на текущий финансовый год объема медицинской помощи по Перечню, обеспечивает формирование и передачу в форме электронного документа посредством информационных систем в сфере здравоохранения или на бумажном носителе, направления в федеральную медицинскую организацию, иных документов и сведений, в соответствии с подпунктами «а» – «в» пункта 3.2 настоящего Положения.

3.11. Решение Подкомиссии СМП считается принятым, если его поддержало не менее двух третей членов подкомиссии из числа присутствующих на заседании.

3.12. Решение подкомиссии оформляется в виде протокола (Приложение 7.1 к приказу) и вносится в журнал заседаний Подкомиссии СМП.

3.13. Протокол решения Подкомиссии СМП оформляется и хранится в форме электронного документа в МИС РДКБ.

3.14. Выписка из протокола решения Подкомиссии СМП (Приложение 7.2 к приказу), оформленная на бумажном носителе, заверяется подписью председателя (сопредседателя) подкомиссии (или уполномоченным лицом) и печатью РДКБ.

3.15. Журнал заседаний подкомиссии – «Журнал учёта работы подкомиссии по отбору пациентов на оказание специализированной медицинской помощи» (Приложение 7.3 к приказу) ведется в электронном виде, ежемесячно (при необходимости, чаще) распечатывается, пронумеровывается, сшивается, заверяется подписью председателя (сопредседателя, заместителя председателя) подкомиссии и скрепляется печатью учреждения.

3.16. Протоколы решений Подкомиссии СМП хранятся в течение 10 лет, Журналы учёта работы Подкомиссии СМП – 3 года в отделе телемедицинских консультаций и госпитализации.

3.17. Председатель подкомиссии СМП готовит отчет председателю врачебной комиссии о работе подкомиссии ежеквартально в срок до 5 числа следующего месяца, следующего за отчетным кварталом.

4. Права Подкомиссии СМП

4.1. Решать сложные и конфликтные случаи по вопросам госпитализации пациентов в РДКБ на оказание специализированной медицинской помощи.

4.2. Вносить предложения директору РДКБ по улучшению организации госпитализации пациентов в РДКБ.

4.3. Получать и запрашивать необходимую документацию в органах управления здравоохранения и медицинских организациях субъектов РФ.

5. Ответственность Подкомиссии СМП

5.1. Лица, участвующие в работе Подкомиссии СМП, несут ответственность за

достоверность, обоснованность принятых решений в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.



ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н.И. ПИРОГОВА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет)
РОССИЙСКАЯ ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА - ФИЛИАЛ
(РДКБ – филиал ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России)

ПРОТОКОЛ
заседания подкомиссии врачебной комиссии по отбору пациентов
на оказание специализированной медицинской помощи
от _____ № _____

Подкомиссия врачебной комиссии по отбору пациентов на оказание специализированной медицинской помощи, утвержденная приказом РДКБ – филиала ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России от 09.01.2025 № 2, в составе:

Председатель:	
Заместитель председателя:	
Члены комиссии:	
Секретарь:	
Иные лица:	

Слушали:

Наличие показаний к госпитализации в (указать) отделение

Докладчик: Ф.И.О. зав. отделением

Пациент:			
Ф.И.О.		Дата рождения	
Адрес регистрации по месту жительства (пребывания)			
Номер полиса ОМС пациента			
СНИЛС пациента			
Диагноз:	(Код по МКБ-10)		
Рассмотрели материалы:			
Выступили (обсуждение):			

Решили: (выбрать из ниже приведенного при формировании протокола)

- Пациент имеет показания для плановой госпитализации в отделение _____ РДКБ – филиала

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России «_____» _____ 20____ г.

- У пациента отсутствуют медицинские показания для госпитализации в РДКБ – филиал ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России. Рекомендовано: (рекомендации по дальнейшему медицинскому наблюдению и (или) лечению пациента по профилю его заболевания).

- У пациента установлены медицинские показания для оказания высокотехнологичной медицинской помощи (указывается диагноз, код диагноза по МКБ-10, код вида

высокотехнологичной медицинской помощи).

- Пациенту необходимо проведение дополнительного обследования (с указанием необходимого объема дополнительного обследования.)

- У пациента установлены медицинские показания для направления в иную федеральную медицинскую организацию (с указанием наименования иной федеральной медицинской организации, в которую рекомендовано направить пациента (при необходимости)).

- У пациента установлены медицинские противопоказания для госпитализации в РДКБ – филиал ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (рекомендации по дальнейшему медицинскому обследованию, наблюдению и (или) лечению пациента по профилю заболевания, состояния (группы заболеваний, состояний)).

РДКБ – филиал ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России **не является профильным учреждением по лечению** _____ (указать заболевание)

Рекомендовано направить документы в _____ (перечень федеральных учреждений).

В связи с отсутствием мест госпитализация пациента в отделение

РДКБ – филиал ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России **в настоящее время невозможна.**

Рекомендовано направить документы в _____

Обоснование решения: решение принято на основании анализа данных представленных медицинских документов пациента (очной консультации), результатов обсуждения и в соответствии с приказом Минздрава РФ от 02.12.2014 № 796н «Об утверждении Положения об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи», приказом Минздрава РФ от 23.12.2020 № 1363н «Об утверждении Порядка направления застрахованных лиц в медицинские организации, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти, для оказания медицинской помощи в соответствии с едиными требованиями базовой программы обязательного медицинского страхования»

Итоги голосования: «ЗА» _____ «ПРОТИВ» _____ «ВОЗДЕРЖАЛИСЬ» _____.

Подписи членов ВК, присутствовавших на заседании:

Председатель:		
Заместитель председателя:		
Члены комиссии:		
Секретарь:		



ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н.И. ПИРОГОВА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет)
РОССИЙСКАЯ ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА - ФИЛИАЛ
(РДКБ – филиал ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России)

Исх. № от

Управление (МЗ, Департамент и пр.)
региона

На № от

(адрес Заявителя)

ВЫПИСКА

**из протокола заседания подкомиссии врачебной комиссии по отбору пациентов
на оказание специализированной медицинской помощи**

от _____ № _____

Подкомиссия врачебной комиссии по отбору пациентов на оказание специализированной медицинской помощи, утвержденная приказом РДКБ – филиала ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава РФ от 09.01.2025 № 2, в составе:

Председатель:	
Заместитель председателя:	
Члены комиссии:	
Секретарь:	
Иные лица:	

Рассмотрев медицинские документы ребенка

Ф.И.О. , дата рождения ребенка

Адрес проживания

Диагноз, шифр по МКБ-10

в силу своих функций, утвержденных приказом РДКБ – ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России от 09.01.2025 № 2 «Об организации деятельности врачебной комиссии», и в соответствии с приказом Минздрава РФ от 02.12.2014 № 796н «Об утверждении Положения об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи», приказом Минздрава РФ от 23.12.2020 № 1363н «Об утверждении Порядка направления застрахованных лиц в медицинские организации, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти, для оказания медицинской помощи в соответствии с едиными требованиями базовой программы обязательного медицинского страхования» единогласно из числа присутствующих приняла обоснованное решение:

Решение из протокола заседания врачебной подкомиссии

! Получая на руки Выписку из протокола заседания врачебной комиссии по отбору пациентов на оказание медицинской помощи в РДКБ, Вы соглашаетесь с условиями госпитализации.

Ознакомиться с правилами госпитализации в РДКБ, в том числе с перечнем обязательных для госпитализации обследований (анализов), можно на официальном сайте <http://rdkb.ru> в разделе «Пациентам/Стационарное лечение/ Памятка пациенту для госпитализации в РДКБ».

Председатель подкомиссии:

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н.И. ПИРОГОВА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет)

РОССИЙСКАЯ ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА - ФИЛИАЛ
(РДКБ – филиал ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России)

ЖУРНАЛ УЧЁТА РАБОТЫ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ
(подкомиссии по отбору пациентов на оказание специализированной медицинской помощи)

[illegible]

ПОЛОЖЕНИЕ **о подкомиссии по отбору пациентов на оказание** **высокотехнологичной медицинской помощи**

1. Общие положения

1.1. Положение о подкомиссии врачебной комиссии по отбору пациентов на оказание высокотехнологичной медицинской помощи (далее – Подкомиссия ВМП), определяет её статус и порядок деятельности в Российской детской клинической больнице – филиале ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (далее – Положение, РДКБ).

1.2. Подкомиссия ВМП создается с целью упорядочения и контроля госпитализации пациентов для оказания им высокотехнологичной медицинской помощи.

1.3. Подкомиссия ВМП в своей деятельности руководствуется Конституцией Российской Федерации, Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Постановлением Правительства РФ от 27.12.2024 № 1940 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов» (далее – Программа), приказом Минздрава РФ от 02.12.2014 № 796н «Об утверждении Положения об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи», приказом Минздрава РФ от 02.10.2019 № 824н «Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения», а также настоящим Положением.

1.4. Подкомиссия ВМП состоит из председателя, сопредседателя, заместителя председателя, членов подкомиссии из числа заместителей директора, руководителей структурных подразделений РДКБ и секретаря, который является членом подкомиссии, при условии наличия у него высшего медицинского (фармацевтического) образования.

1.5. При проведении заседаний председатель (сопредседатель) Подкомиссии ВМП определяет состав подкомиссии из числа членов врачебной комиссии (руководителей структурных подразделений РДКБ) с учетом направительного диагноза и предполагаемого профиля оказания высокотехнологичной медицинской помощи, в количестве не менее 5 человек.

1.6. Работники, исполняющие обязанности руководителей структурных подразделений РДКБ, назначенные в соответствии с приказом директора в установленном действующим трудовым законодательством порядке, принимают участие в работе подкомиссии ВМП (если по приказу не являются её членами) с правом участия в голосовании.

1.7. Лечащие врачи пациентов, руководители структурными подразделениями, прочие врачи-специалисты РДКБ могут принимать участие в работе подкомиссии (если по приказу не являются её членами) с правом совещательного голоса.

1.8. Секретарь Подкомиссии ВМП составляет план-график заседаний, готовит материалы для заседания, уведомляет членов подкомиссии о дате и времени проведения заседания, предоставляет всю необходимую документацию.

2. Задачи Подкомиссии ВМП

2.1. Принятие решения о наличии показаний для госпитализации пациента в профильное отделение РДКБ для оказания ему высокотехнологичной медицинской помощи с определением даты госпитализации.

2.2. Принятие решения об отказе в госпитализации с выдачей медицинского заключения с указанием причины отказа и рекомендациями по дальнейшему наблюдению и (или) лечению пациента по профилю заболевания.

3. Порядок работы Подкомиссии ВМП

3.1. Заседания Подкомиссии ВМП проводятся согласно графику работы (Приложение 3 к приказу).

3.2. Основанием для госпитализации пациента в РДКБ является решение Подкомиссии ВМП.

3.3. Основанием для рассмотрения на Подкомиссии ВМП вопроса о наличии (отсутствии) медицинских показаний для госпитализации пациента в целях оказания высокотехнологичной медицинской помощи (далее – ВМП), являются следующие документы:

1) **Направление на госпитализацию** для оказания ВМП на бланке направляющей медицинской организации, которое должно быть написано разборчиво от руки или в печатном виде, заверено личной подписью и печатью лечащего врача, личной подписью руководителя медицинской организации (уполномоченного лица), печатью направляющей медицинской организации, на которой идентифицируется полное наименование медицинской организации в соответствии с учредительными документами – **в случае оказания ВМП, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования (далее – ВМП в ОМС).**

Направление на госпитализацию для оказания высокотехнологичной медицинской помощи должно содержать следующие сведения:

- фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента, дата его рождения, адрес регистрации по месту жительства (пребывания);
- номер полиса обязательного медицинского страхования и название страховой медицинской организации (при наличии);
- страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования (при наличии);
- код диагноза основного заболевания по МКБ-10;
- профиль, наименование вида высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, показанного пациенту;
- наименование медицинской организации, в которую направляется пациент для оказания высокотехнологичной медицинской помощи;
- фамилия, имя, отчество (при наличии) и должность лечащего врача, контактный телефон (при наличии), электронный адрес (при наличии).

ИЛИ

Выписка из протокола решения Комиссии органа исполнительной власти субъекта РФ в сфере здравоохранения по отбору пациентов для оказания высокотехнологичной медицинской помощи (далее – Комиссия ОУЗ) о наличии медицинских показаний для направления пациента в РДКБ для оказания ВМП – **в случае оказания ВМП, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования (бюджетные ассигнования).**

2) Выписка из медицинской документации, содержащая диагноз заболевания (состояния), код диагноза по МКБ, сведения о состоянии здоровья пациента, результаты лабораторных, инструментальных и других видов исследований, подтверждающих установленный диагноз и необходимость оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

3) Копии следующих документов пациента:

- документ, удостоверяющий личность пациента (свидетельство о рождении (для детей в возрасте до 14 лет), паспорт);
- полис обязательного медицинского страхования пациента (при наличии);
- страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования (при наличии).

4) Согласие на обработку персональных данных пациента и (или) его законного представителя.

3.4. **В случае оказания ВМП в ОМС** пациент (его законный представитель) вправе самостоятельно представить оформленный комплект документов в РДКБ.

3.5. Подкомиссия ВМП на основании рассмотрения документов пациента в срок, не превышающий 7 рабочих дней со дня их поступления в РДКБ, принимает одно из следующих решений, оформленных в виде протокола:

- о наличии медицинских показаний и планируемой дате госпитализации пациента в профильное отделение РДКБ;

- об отсутствии медицинских показаний для госпитализации пациента в РДКБ с рекомендациями по дальнейшему медицинскому наблюдению и (или) лечению пациента по профилю его заболевания;

- о необходимости проведения дополнительного обследования с указанием необходимого объема дополнительного обследования и медицинской организации, в которую рекомендовано направить пациента для дополнительного обследования;

- о наличии медицинских показаний для направления пациента в медицинскую организацию для оказания специализированной медицинской помощи с указанием медицинской организации, в которую рекомендовано направить пациента (в том числе в РДКБ);

- о наличии медицинских противопоказаний для госпитализации пациента в РДКБ с рекомендациями по дальнейшему медицинскому обследованию, наблюдению и (или) лечению пациента по профилю заболевания (состояния).

3.6. Выписка из протокола решения Подкомиссии ВМП в течение 5 рабочих дней, но не позднее срока планируемой госпитализации, отсылается посредством подсистемы ведения специализированных регистров пациентов по отдельным нозологиям и категориям граждан, мониторинга организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи и санаторно-курортного лечения единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (далее – подсистема единой системы), почтовой и (или) электронной связи в направляющую медицинскую организацию и (или) ОУЗ, который оформил Талон на оказание ВМП, а также выдается на руки пациенту (его законному представителю) или направляется пациенту (его законному представителю) посредством почтовой и (или) электронной связи.

3.7. Решение Подкомиссии ВМП считается принятым, если его поддержало не менее двух третей членов подкомиссии из числа присутствующих на заседании.

3.8. Решение подкомиссии оформляется в виде протокола (Приложение 8.1 к приказу) и вносится в журнал заседаний Подкомиссии ВМП.

3.9. Протокол решения Подкомиссии ВМП оформляется и хранится в форме электронного документа в МИС РДКБ.

3.10. Выписка из протокола решения Подкомиссии ВМП (Приложение 8.2 к приказу), оформленная на бумажном носителе, заверяется подписью председателя (сопредседателя) подкомиссии (или уполномоченным лицом) и печатью РДКБ.

3.11. При оказании пациенту ВМП в ОМС, оформление Талона на оказание ВМП с применением подсистемы единой системы обеспечивает РДКБ с прикреплением комплекта документов, предусмотренных пунктом 3.2 настоящего Положения.

3.12. При направлении пациента на оказание ВМП, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, оформление Талона на оказание ВМП с применением подсистемы единой системы обеспечивает ОУЗ с прикреплением комплекта документов, предусмотренных пунктом 3.2 настоящего Положения, и заключения Комиссии ОУЗ.

3.13. В случае принятия Подкомиссией РДКБ решений, указанных в абзацах третьем, пятом и шестом пункта 3.4 настоящего Положения, отказ в госпитализации отмечается соответствующей записью в Талоне на оказание ВМП.

3.14. Журнал заседаний подкомиссии – «Журнал учёта работы подкомиссии по отбору пациентов на оказание высокотехнологичной медицинской помощи» (Приложение 8.3 к приказу) ведется в электронном виде, ежемесячно (при необходимости, чаще) распечатывается, пронумеровывается, сшивается, заверяется подписями председателя (сопредседателя, заместителя председателя) подкомиссии и скрепляется печатью учреждения.

3.15. Протоколы решений врачебной Подкомиссии ВМП хранятся в течение 10 лет, Журналы учёта работы подкомиссии ВМП – 3 года в отделе телемедицинских консультаций и госпитализации.

3.16. Председатель Подкомиссии ВМП готовит отчет председателю врачебной комиссии о работе подкомиссии ежеквартально в срок до 5 числа следующего месяца, следующего за

отчетным кварталом.

4. Права Подкомиссии ВМП

4.1. Решать сложные и конфликтные случаи по вопросам госпитализации пациентов в РДКБ на оказание высокотехнологичной медицинской помощи.

4.2. Вносить предложения директору РДКБ по улучшению организации госпитализации пациентов в РДКБ.

4.3. Получать и запрашивать необходимую документацию в органах управления здравоохранения и медицинских организациях субъектов РФ.

5. Ответственность Подкомиссии ВМП

5.1. Лица, участвующие в работе Подкомиссии ВМП, несут ответственность за достоверность, обоснованность принятых решений в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.



ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н.И. ПИРОГОВА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет)
РОССИЙСКАЯ ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА - ФИЛИАЛ
(РДКБ – филиал ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России)

ПРОТОКОЛ
заседания подкомиссии врачебной комиссии по отбору пациентов
на оказание высокотехнологичной медицинской помощи
от _____ № _____

Подкомиссия врачебной комиссии по отбору пациентов на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, утвержденная приказом РДКБ – филиала ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России от 09.01.2025 № 2, в составе:

Председатель:	
Заместитель председателя:	
Члены комиссии:	
Секретарь:	
Иные лица:	

Слушали:

Вопрос 1: Наличие показаний к госпитализации в (указать) отделение

Докладчик: Ф.И.О. зав. отделением

Пациент:

Ф.И.О. _____,

дата рождения _____, адрес проживания _____

Диагноз: _____ Код по МКБ-10 _____

Рассмотрели материалы:

Выступили (обсуждение): _____

Решили: (выбрать из ниже приведенного)

- Пациент имеет показания к плановой госпитализации в отделение

РДКБ – филиала ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России «_____» _____ 20____ г.
по коду вида ВМП _____

(в соответствии с перечнем видов ВМП, не включенных в базовую программу
обязательного медицинского страхования)

Для окончательного решения вопроса о госпитализации пациента необходимо:

- Дополнительно представить следующие документы и результаты обследований, актуальную выписку из медицинской документации:

- Необходимо проведение очной консультации пациента в консультативно-диагностическом центре РДКБ – филиала ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (запись к врачам-специалистам поликлинического отделения и перечень необходимых документов на официальном сайте <http://rdkb.ru/> в разделе «Поликлиника/Как попасть на прием»).

- Необходимо проведение телемедицинской консультации (порядок проведения телемедицинских

консультаций с врачами-специалистами РДКБ – филиала ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России и перечень необходимых документов на официальном сайте <http://rdkb.ru/> в разделе «Главная страница/Телемедицина», время и дату согласовать по тел.: 8 (495) 935-11-10).

- Необходим пересмотр гистологического материала.
- Текст (пустое поле (возможность формирования шаблонов ответов)).

- На момент рассмотрения медицинской документации показания для госпитализации в отделение

РДКБ – филиала ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России у пациента **отсутствуют по причине:** _____

Рекомендовано: _____

- РДКБ – филиал ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России **не является профильным учреждением по лечению** _____ (указать заболевание)

Рекомендовано направить документы в _____ (перечень федеральных учреждений).

- Пациент имеет показания для госпитализации в отделение

РДКБ – филиала ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России «_____» _____ 20____ г. для оказания специализированной медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования.

- На момент рассмотрения медицинской документации, пациент имеет противопоказания для госпитализации в отделение

РДКБ – филиала ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России **по причине:** _____

Рекомендовано: _____

- В связи с отсутствием мест госпитализация пациента в отделение

РДКБ – филиал ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России **в настоящее время невозможна.**

Рекомендовано направить документы в _____

Обоснование решения: решение принято на основании анализа данных представленных медицинских документов пациента (очной консультации), результатов обсуждения и в соответствии с приказом Минздрава РФ от 02.10.2019 № 824н «Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения».

Итоги голосования: «ЗА» _____ «ПРОТИВ» _____ «ВОЗДЕРЖАЛИСЬ» _____ .

Подписи членов ВК, присутствовавших на заседании:

Председатель:		
Заместитель председателя:		
Члены комиссии:		
Секретарь:		

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н.И. ПИРОГОВА»

МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет)
РОССИЙСКАЯ ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА - ФИЛИАЛ
(РДКБ – филиал ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России)



Исх. № _____ от _____ Управление (МЗ, Департамент и пр.)
_____ региона

На № _____ от _____ (адрес Заявителя)

ВЫПИСКА

из протокола заседания подкомиссии врачебной комиссии по отбору пациентов
на оказание высокотехнологичной медицинской помощи

от _____ № _____

Подкомиссия врачебной комиссии по отбору пациентов на оказание специализированной медицинской помощи, утвержденная приказом РДКБ – филиала ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава РФ от 09.01.2025 № 2, в составе:

Председатель:	
Заместитель председателя:	
Члены комиссии:	
Секретарь:	
Иные лица:	

в силу своих функций, утвержденных приказом РДКБ – филиала ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России от 09.01.2025 № 2 «Об организации деятельности врачебной комиссии», и в соответствии с приказом Минздрава РФ от 02.10.2019 № 824н «Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения» **единогласно из числа присутствующих приняла обоснованное решение:**

Ребенок: _____ Дата рождения: _____

Проживающий по адресу: _____

Нуждается в плановой госпитализации в отделение: _____

Дата госпитализации: _____

Диагноз, шифр по МКБ: _____ Код вида ВМП: _____

В соответствии с Постановлением просим оформить талон на ВМП. Прилагается (на руках у родителей):

1. Свидетельство о рождении/паспорт _____

2. Страховой медицинский полис _____

3. Свидетельство об инвалидности (при наличии) _____

4. СНИЛС _____

5. Паспорт законного представителя _____

Согласие на обработку персональных данных _____

Дополнительная информация для пациента:

! Получая на руки Выписку из протокола заседания врачебной комиссии по отбору пациентов на оказание медицинской помощи в РДКБ, Вы соглашаетесь с условиями госпитализации.

Ознакомиться с правилами госпитализации в РДКБ, в том числе с перечнем обязательных для госпитализации обследований(анализов), можно на официальном сайте <http://rdkb.ru> в разделе «Пациентам/Стационарное лечение/ Памятка пациенту для госпитализации в РДКБ».

Председатель подкомиссии: _____

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н.И. ПИРОГОВА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет)
РОССИЙСКАЯ ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА - ФИЛИАЛ
(РДКБ – филиал ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России)

ЖУРНАЛ УЧЁТА РАБОТЫ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ
(подкомиссии по отбору пациентов на оказание высокотехнологичной медицинской помощи)

[illegible]

ПОЛОЖЕНИЕ **о подкомиссии по изучению летальных исходов**

1. Общие положения

1.1. Положение о подкомиссии врачебной комиссии по изучению летальных исходов (далее – ПИЛИ), определяет её статус и порядок деятельности в Российской детской клинической больнице – филиале ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (далее – Положение, РДКБ).

1.2. ПИЛИ создается с целью изучения случаев летальных исходов в РДКБ как после проведенных патологоанатомических, так и судебно-медицинских исследований, а также летальных исходов, где исследование не проводилось. В последнем случае анализируется не только качество лечебно-диагностического процесса, ведение медицинской документации, но и оправданность отмены патологоанатомического вскрытия.

1.3. ПИЛИ в своей деятельности руководствуется Конституцией Российской Федерации, статьей 67 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (в последующих ред.), приказом Минздравсоцразвития России от 05.05.2012 №502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации», приказом Минздрава России от 06.06.2013 № 354н «О порядке проведения патологоанатомических вскрытий», приказом Минздрава РФ от 25.09.2023 № 491 «Об утверждении Порядка проведения судебно-медицинской экспертизы», а также настоящим Положением.

1.4. Проведение заседаний ПИЛИ в РДКБ проходит после каждого случая летального исхода.

1.5. ПИЛИ состоит из председателя, заместителя председателя, членов комиссии и секретаря.

1.6. Председателем ПИЛИ назначается заместитель директора по клинико-экспертной работе, заместителем председателя – заместитель директора по медицинской части, членами комиссии – заместители директора, руководители подразделений РДКБ и иные специалисты.

1.7. При проведении заседаний председатель ПИЛИ определяет состав подкомиссии из числа членов врачебной комиссии (заместителей директора, руководителей структурных подразделений РДКБ), с учётом патологии умерших пациентов, в количестве не менее одной трети от числа её членов.

1.8. Полномочными за организацию и проведение заседаний ПИЛИ, в том числе составление плана-графика заседаний, являются сотрудники из числа членов ПИЛИ, назначенные в соответствии с приказом директора ответственными за координацию работы структурных подразделений РДКБ, в зависимости от профиля отделения, в котором имел место случай летального исхода (далее – Ответственный).

1.9. Работники, исполняющие обязанности руководителей структурных подразделений РДКБ, назначенные в соответствии с приказом директора в установленном действующим трудовым законодательством порядке, принимают участие в работе ПИЛИ (если по приказу не являются её членами) с правом участия в голосовании.

1.10. Лечащие врачи пациентов, руководители структурных подразделений, прочие врачи-специалисты РДКБ могут принимать участие в работе ПИЛИ (если по приказу не являются её членами) с правом совещательного голоса.

1.11. К работе ПИЛИ по согласованию в качестве рецензентов и консультантов могут привлекаться специалисты других учреждений и организаций, а также представители учебных, научных медицинских организаций.

2. Задачи ПИЛИ

- 2.1. Оценка качества оказанной медицинской помощи в случаях летальных исходов.
- 2.2. Оценка обоснованности отмены патологоанатомического исследования в случаях, когда вскрытие не проводилось.
- 2.3. Оценка качества ведения медицинской документации.
- 2.4. Анализ причин несоответствия клинического и/или заключительного диагноза диагнозу, установленному патологоанатомическим или судебно-медицинским исследованием (при наличии несоответствия).
- 2.5. Анализ причин возникновения врачебных ошибок и оценка их негативных последствий (при их наличии).
- 2.6. Подготовка мотивированных заключений для принятия эффективных управленческих решений, направленных на улучшение качества медицинской помощи.

3. Предмет анализа ПИЛИ

- 3.1. Соответствие заключительного клинического диагноза диагнозу, установленному патологоанатомическим или судебно-медицинским исследованием.
- 3.2. При совпадении диагнозов – своевременность установления основного заболевания и его важнейших осложнений, адекватность проводившегося лечения, качество ведения медицинской документации.
- 3.3. При расхождении клинического и патологоанатомического диагнозов – выяснение причин несовпадения, категория расхождения.

4. Порядок работы ПИЛИ

- 4.1. Заседания ПИЛИ проводятся согласно графику работы (Приложение 3 к приказу).
- 4.2. Действия медицинского персонала РДКБ при наступлении смерти пациента, в том числе от насильственных причин или при подозрении на них, осуществляются в соответствии с Порядком направления пациентов, умерших в РДКБ, на патологоанатомические вскрытия и судебно-медицинские экспертизы, утвержденным действующим на текущий момент приказом РДКБ.
- 4.3. Посмертный эпикриз оформляется врачом профильного отделения (дежурным врачом) совместно с врачом-анестезиологом-реаниматологом в соответствии с формой, утвержденной приказом Минздрава РФ от 05.08.2022 № 530н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, условиях дневного стационара, и порядков их ведения».
- 4.4. После вскрытия и патологоанатомического исследования или судебно-медицинской экспертизы медицинская карта стационарного больного не позднее 10 дней должна быть возвращена заведующему отделением, в котором умер пациент.
- 4.5. После получения протокола патологоанатомического вскрытия или заключения судебно-медицинского эксперта (при проведении патологоанатомического вскрытия не позднее тридцати суток после завершения проведения вскрытия, при проведении судебно-медицинской экспертизы – не позднее, чем через три дня после получения экспертом результатов всех проведенных лабораторных исследований) председатель ПИЛИ или его заместитель своим распоряжением назначает рецензента (рецензентов).
- 4.6. Рецензент для проведения экспертизы получает в архиве РДКБ все медицинские карты стационарного больного, относящиеся к случаю оказания медицинской помощи умершему пациенту. При необходимости проведения экспертизы другим рецензентом, сотрудник, получивший медицинскую карту (медицинские карты) в архиве РДКБ, информирует сотрудника архива о лице (рецензенте), которому была передана медицинская карта (медицинские карты).
- 4.7. Рецензент (рецензенты) проводит экспертизу качества медицинской помощи – анализ обследования и лечения умершего пациента, ведения медицинской карты (медицинских карт) стационарного больного и готовит рецензию – клинико-анатомический эпикриз («Карту

рецензента») в соответствии с Приложением 9.4 к приказу, в котором необходимо объяснить причины и механизмы развития болезни и её исход с учетом фона, на котором они возникли и привели к смерти (т.е. танатогенез), а также отразить причину расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов (при наличии расхождения): было ли расхождение обусловлено сложностью заболевания, неясностью его симптомов или кратковременным пребыванием больного в стационаре, зависело ли оно от невнимательности или неопытности лечащего врача и т.д., указать своевременность диагностики и госпитализации и их влияние на течение болезни. Клинико-анатомический эпикриз вкладывают в историю болезни.

4.8. Результаты экспертизы передаются для ознакомления руководителю структурного подразделения и лечащему врачу вместе с медицинской картой (медицинскими картами) стационарного больного.

4.9. При несогласии с результатами экспертизы руководитель структурного подразделения и/или лечащий врач имеют право приложить к результатам экспертизы аргументированный протокол разногласий (в произвольной форме).

4.10. Согласованные результаты экспертизы (при несогласии – с протоколом разногласия) не позднее чем за 7 дней по проведения планового заседания ПИЛИ передаются Ответственному за проведение заседания ПИЛИ для ознакомления и, при необходимости, формирования предложений председателю ПИЛИ по привлечению дополнительных докладчиков, в том числе специалистов диагностических служб, консультантов, и списка выступающих.

4.11. Члены ПИЛИ, а также врачи-специалисты, необходимость присутствия которых на заседании определяет председатель подкомиссии, извещаются Ответственным о плановом заседании не позднее, чем за три дня до заседания.

4.12. Секретарь ПИЛИ обеспечивает присутствие на заседании представителя патологоанатомической службы, проводившей исследование тела, осуществляет контроль своевременности рассмотрения материалов, их подготовки к заседанию подкомиссии, оформления протоколов заседания, а также ведение и хранение установленных документов.

4.13. На заседании ПИЛИ лечащий врач или руководитель структурного подразделения докладывают о рассматриваемом клиническом случае, особенностях его течения, проводившемся лечении.

4.14. Рецензент докладывает о результатах экспертизы рассматриваемого случая.

4.15. При проведении патологоанатомического исследования свою точку зрения на особенности рассматриваемого случая, дефекты ведения пациента и медицинской документации, ошибки прижизненной диагностики, причины диагностической ошибки, её категорию и значимость для наступившего летального исхода излагает врач-патологоанатом. При несогласии с результатами экспертизы свое аргументированное мнение высказывают заведующий отделением и/или лечащий врач.

4.16. При неудовлетворенности представленными результатами экспертизы на заседании ПИЛИ может быть принято решение о проведении реэкспертизы (в том числе и независимой) с повторным разбором данного случая на последующих заседаниях, в том числе врачебной комиссии.

4.17. Оценка оказания медицинской помощи проводится ПИЛИ с учетом классификатора нарушений при оказании медицинской помощи (Приложение 9.5 к приказу). Случаи выявленных нарушений I – III категорий нарушений при оказании медицинской помощи по их влиянию на эффективность оказанной медицинской помощи, ятрогенных осложнений после обсуждения в виде протокола заседания ПИЛИ передаются директору РДКБ для принятия административного решения.

4.18. При выявлении допущенных на предыдущих этапах медицинской помощи (в другой медицинской организации) дефектов диагностики и лечения, повлиявших на процесс и результаты лечения, председатель ПИЛИ или его заместитель должен проинформировать директора РДКБ о результатах комиссионного разбора.

4.19. Решение ПИЛИ считается принятым, если его поддержало не менее двух третей членов комиссии из числа присутствующих на заседании.

4.20. Руководитель структурного подразделения РДКБ, являющийся одновременно и членом ПИЛИ, и лечащим врачом умершего пациента, участия в голосовании не принимает.

4.21. Решение подкомиссии оформляется в виде протокола (Приложение 4 к приказу), который подписывается всеми членами ПИЛИ, присутствовавшими на заседании.

4.22. Особое мнение как членов подкомиссии, голосовавших против принятого решения, так и приглашенных на заседании специалистов РДКБ и экспертов сторонних организаций, излагается ими в письменном виде и прилагается к протоколу заседания Подкомиссии ПИЛИ.

4.23. По окончании заседания ПИЛИ рецензент, последним проводивший экспертизу, передает медицинскую карту (медицинские карты) стационарного больного в архив РДКБ.

4.24. Результаты работы ПИЛИ регистрируются секретарем подкомиссии в специальном «Журнале учёта заседаний подкомиссии по изучению летальных исходов» (Приложение 9.6 к приказу), который ведется в электронном виде. Ежеквартально (при необходимости, чаще) журнал распечатывается, пронумеровывается, сшивается, заверяется подписями председателя (заместителя председателя) Подкомиссии ПИЛИ, скрепляется печатью учреждения и хранится у секретаря подкомиссии в течение 3-х лет.

4.25. По решению ПИЛИ, если случай летального исхода представляет научно-практический интерес, он может быть представлен для дальнейшего анализа на клинко-патологоанатомическую конференцию.

5. Порядок организации и проведения патологоанатомических конференций

5.1. Основными задачами клинко-патологоанатомических конференций (далее – ПАК) являются:

1) повышение квалификации врачей и улучшение качества лечебно-диагностического процесса в РДКБ на основе совместного обсуждения и анализа клинических и секционных данных;

2) выявление причин и источников ошибок в диагностике и лечении на всех этапах медицинской помощи, недостатков организационного характера, своевременности госпитализации, выявление недостатков в работе вспомогательных служб (лучевой, лабораторной, функциональной диагностики и т.д.).

5.2. Предметом анализа летальных исходов на заседании ПАК являются:

1) случаи расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов;
2) наблюдения, сложные для полноценного анализа на заседаниях подкомиссии;
3) спорные или недостаточно ясные летальные наблюдения;
4) случаи невозможности установления заключительного диагноза заболевания, приведшего к смерти, и (или) непосредственной причины смерти;

5) случаи оказания умершему пациенту медицинской помощи менее одних суток;
6) случаи смерти от инфекционного заболевания или при подозрении на него;
7) случаи лекарственных болезней и лекарственного патоморфоза заболеваний;
8) редкие или недостаточно изученные заболевания;
9) заболевания с атипичным течением;
10) наблюдения летальных исходов, представляющих научный и практический интерес для широкого круга врачей РДКБ вне зависимости от того, насколько точно это заболевание было диагностировано при жизни;

11) обобщенные данные по секционным наблюдениям при тех нозологических формах, вопросы заболеваемости, лечения, причины смерти которых являются актуальными в РДКБ, в том числе и по проблемам ургентной патологии (тематические ПАК);

12) результаты исследования оперативно удаленных органов и биопсий, подтверждающих правильность постановки прижизненного диагноза, полноты обследования больного до биопсии, целесообразности предпринятого хирургического вмешательства и других методов лечения; вопросы нерадикального удаления патологического очага, опухоли; редкие, интересные, казуистические наблюдения.

5.3. Непосредственное руководство заседанием ПАК осуществляется председателем врачебной комиссии или лицом, назначенным его распоряжением, которые несут ответственность за организацию и качество проведения клинико-патологоанатомических конференций.

5.4. Распоряжением председателя врачебной комиссии назначается секретарь ПАК, обязанностями которого являются ведение протокола с регистрацией даты проведения конференций и их повестки, персонального состава участников, фамилий и должностей сопредседателей, основных положений всех выступлений, заключительного резюме, принятого конференцией.

5.5. ПАК проводятся в рабочее время с приглашением врачей РДКБ и научных сотрудников кафедр, а также приглашаются врачи тех медицинских организаций, которые принимали участие в обследовании и лечении больного на предыдущих этапах.

5.6. Подготовка и организация ПАК проводится секретарем и заведующим отделением, в котором умер ребенок. О предстоящем заседании ПАК секретарь доводит до сведения врачебного персонала не позднее, чем за 7 дней до дня проведения конференции.

5.7. Подлежащий разбору случай докладывается лечащими врачами, врачом-патологоанатомом, официальным рецензентом (-ами).

5.8. Сообщения врачей должны сопровождаться демонстрацией всех документирующих материалов, обзором литературы по анализируемой проблеме.

5.9. Рецензент назначается из числа наиболее опытных клиницистов РДКБ или других медицинских организаций, анализирует данные медицинской карты стационарного больного, представляет свое суждение о течении болезни, своевременности, полноценности и адекватности лечения, качестве медицинской документации.

5.10. ПАК завершается обобщающим выступлением председателя, в котором подводятся итоги проведенного обсуждения, вносятся предложения, направленные на повышение качества лечебно-диагностического процесса.

5.11. Руководство РДКБ на основании материалов, выводов и предложений ПАК разрабатывает и осуществляет мероприятия по предотвращению и ликвидации выявленных недостатков, допущенных в организации и оказании медицинской помощи пациентам.

6. Порядок сличения (сопоставления) заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов

6.1. Сличение (сопоставление) заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов проводится врачом-патологоанатомом при вскрытии умерших.

6.2. Заключительный клинический и патологоанатомический диагнозы должны быть ясно и четко рубрифицированы с целью недопущения их неоднозначной и субъективной трактовки, а также для проведения их сличения.

6.3. Как заключительный клинический, так и патологоанатомический диагнозы должны быть записаны в виде основных рубрик:

1) основное заболевание (первоначальная причина смерти);

2) осложнения основного заболевания. В этой рубрике в патогенетическом или хронологическом порядке указывают все синдромы и симптомы, развившиеся вследствие основного заболевания, включая смертельное осложнение (непосредственную причину смерти). Отдельным абзацем в конце рубрики «Осложнения основного заболевания» указывают осложнения интенсивной терапии и реанимационных мероприятий (если они, будучи смертельными ятрогенными осложнениями, не были внесены в рубрику «Основное заболевание»);

3) фоновое заболевание;

4) сопутствующие заболевания.

6.4. Правила формулировки заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов, а также их сличения едины для врачей-патологоанатомов и лечащих врачей. Сличение заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов проводится по трем основным рубрикам: основному заболеванию, осложнениям и сопутствующим заболеваниям.

6.5. Понятия «совпадение» или «расхождение» заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов применимы только для сличения рубрик «Основное заболевание» (или «Комбинированное основное заболевание»). При этом сопоставляются все нозологические формы, указанные в составе комбинированного основного заболевания. Если любое из них не распознано при жизни или имела место его гипердиагностика, выставляется расхождение диагнозов. При изменении очередности перечисления нозологических форм в рубрике «Комбинированного основного заболевания» в патологоанатомическом диагнозе, по сравнению с заключительным клиническим диагнозом, выставляется совпадение диагнозов.

6.6. Сличение диагнозов по другим его рубрикам («Осложнениям основного заболевания», «Сопутствующим заболеваниям») проводится отдельно, представляет собой самостоятельный статистический анализ и при несовпадении не фиксируется как расхождение диагнозов.

6.7. При сличении диагнозов учитывается только тот заключительный диагноз, который вынесен на титульный лист медицинской карты стационарного (умершего) больного.

6.8. Расхождением диагнозов следует считать несовпадение основного заболевания (любой из конкурирующих, сочетанных или фоновых нозологических единиц):

1) по нозологическому принципу, то есть по сущности и характеру патологического процесса;

2) по локализации;

3) по этиологическому признаку.

6.9. Расхождение диагнозов выставляется также и при неправильной формулировке заключительного клинического диагноза, когда:

1) заключительный клинический диагноз не рубрифицирован;

2) заключительный клинический диагноз сформулирован редуцированно, лишен логики, не отражает последовательности событий и не информативен;

3) заключительный клинический диагноз сформулирован с использованием терминов, не имеющих аналогов в Международной классификации болезней, вследствие чего не поддается кодированию.

6.10. При анализе каждого случая несовпадения заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов врач-патологоанатом обязан определить категорию и причину расхождения, при этом недопустимо указывать одновременно несколько причин расхождения диагнозов.

6.11. Категория расхождения диагноза указывает на объективную возможность правильной прижизненной диагностики в данной медицинской организации и на значение диагностической ошибки для исхода заболевания. Выделяют:

- I категория расхождения диагноза – установление правильного диагноза было невозможно из-за объективных трудностей, и ошибка уже не повлияла на исход заболевания; нередко заболевание не было распознано на предыдущих этапах обращения за медицинской помощью;

- II категория расхождения диагноза – правильный диагноз был возможен, но заболевание не было распознано в связи с объективными или субъективными причинами. Ошибка диагностики существенно не повлияла на исход заболевания.

- III категория расхождения диагноза – правильный диагноз в данной медицинской организации был возможен; диагностическая ошибка повлекла за собой ошибочную врачебную тактику, что сыграло решающую роль в смертельном исходе заболевания.

6.12. Причины расхождения диагнозов подразделяют на две группы – объективные и субъективные:

А. Объективные причины:

- тяжесть состояния пациента: диагностические процедуры полностью или частично были невозможны, т.к. их проведение могло ухудшить состояние пациента;

- кратковременность пребывания пациента в медицинской организации;

- трудность диагностики заболевания: использован весь спектр имеющихся методов диагностики, но диагностические возможности данной медицинской организации, атипичность и

стертость проявлений болезни, редкость данного заболевания не позволили поставить правильный диагноз.

Б. Субъективные причины:

- недостаточное обследование больного;
- недоучёт клинических, анамнестических данных;
- неправильная трактовка лабораторных и других методов обследования;
- недоучёт или переоценка заключения врачей-консультантов;
- неправильное построение или оформление заключительного клинического диагноза.

6.13. Сведения о результатах сличения заключительного и патологоанатомического диагнозов должны содержаться в клинико-патологоанатомическом эпикризе протокола вскрытия.

7. Права ПИЛИ

7.1. Получать и запрашивать необходимую документацию в подразделениях РДКБ, иных медицинских организациях, по вопросам, входящим в компетенцию ПИЛИ.

7.2. Вносить предложения директору РДКБ по улучшению организации рассмотрения случаев летального исхода с целью повышения качества оказания медицинской помощи.

8. Ответственность ПИЛИ

8.1. Лица, участвующие в работе ПИЛИ, несут ответственность за достоверность, обоснованность принятых решений в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.

ПРОТОКОЛ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ

Дата « ____ » _____ 20 ____ г.

ФИО пациента: _____

Дата рождения: « ____ » _____ 20 ____ г.

Основной диагноз: _____

Обстоятельства и место возникновения критического состояния: _____

Остановка сердечной деятельности наступила: в ____ ч. ____ мин. / неопределенное время
Время начала реанимационных мероприятий: ____ ч. ____ мин. в составе: _____

Данные первоначального осмотра врача-анестезиолога-реаниматолога:

Сознание: отсутствует / _____

Зрачки: широкие / узкие / средней величины

Фотореакция: адекватная / слабая / отсутствует

Кожные покровы: обычной окраски / бледные / цианотичные сухие / влажные холодные / теплые

Дыхание: периодическое / гаспинг / отсутствует / ИВЛ

Пульсация на сонных артериях: есть / нет _____

Данные ЭКГ: _____ / нет данных

Объем реанимационных мероприятий до осмотра: _____

Реанимационные мероприятия:

Мешок АМБУ через маску / эндотрахеальную трубку / трахеостому / аппаратная ИВЛ

Интубация трахеи на ____ минуте реанимации через рот / нос, трубкой ____ мм с ____ попытки; особенности интубации: _____

Массаж сердца осуществлялся непрямой методом с частотой компрессий ____ в минуту

Электроимпульсная терапия:

Минута СЛР	Разряд, Дж	Данные ЭКГ после разряда

Введение лекарственных средств:

Минута СЛР	Препарат	Доза	Путь введения
	Sol. Adrenalin 0,1%		
	Sol. Atropini 0,1%		
	Dexazoni		
	Na bicarbonati		

--	--	--	--

Введение кардиотоников (Dobutamini, Dopamini) _____ (доза)

Введение вазопрессоров (Noradrenalini, Adrenalini) _____ (доза)

Время окончания реанимационных мероприятий: _____ ч. _____ мин.

Исход реанимационных мероприятий:

Сердечная деятельность *не* восстановлена / восстановлена на _____ минуте с ЧСС
_____ в мин.

Пульсация на магистральных артериях _____

Данные ЭКГ _____

Артериальное давление _____ / _____ мм рт. ст.

Фотореакция зрачков: _____ на _____ минуте от начала реанимации /
отсутствует

Дальнейшее ведение пациента: _____

○ Реанимационные мероприятия **прекращены** на основании Постановления Правительства РФ от 20.09.2012 г. № 950 после _____ минут неэффективных реанимационных мероприятий / смерти головного мозга.

Реанимационные мероприятия **не проводились** по причине (отметить необходимое):

- наличия признаков биологической смерти;
- состояния клинической смерти на фоне прогрессирования достоверно установленных неизлечимых заболеваний или неизлечимых последствий острой травмы, несовместимых с жизнью.

Биологическая смерть была констатирована _____ 20 _____ г. в _____ ч. _____ мин.

_____ 20 _____ г. в _____ ч. _____ мин. тело направлено в _____
_____ на патологоанатомическое исследование.

Врач-анестезиолог-реаниматолог (ФИО, подпись):

_____/_____/

ПРОТОКОЛ УСТАНОВЛЕНИЯ СМЕРТИ ЧЕЛОВЕКА
(утвержден Постановлением Правительства РФ от 20.09.2012 № 950)

Я, _____ ,
(Ф.И.О.)

(должность, место работы)

констатирую смерть _____
(Ф.И.О. или не установлено)

дата рождения _____
(число, месяц, год или не установлено)

пол _____

(при наличии документов умершего сведения из них (номер и серия паспорта,

номер служебного удостоверения, номер истории болезни (родов),

номер и серия свидетельства о рождении ребенка),

а также номер подстанции и наряда скорой медицинской помощи,

номер карты вызова скорой медицинской помощи и др.)

Реанимационные мероприятия прекращены по причине (отметить необходимое):

- констатации смерти человека на основании смерти головного мозга;
- неэффективности реанимационных мероприятий, направленных на восстановление жизненно важных функций, в течение 30 минут.

Реанимационные мероприятия не проводились по причине (отметить необходимое):

- наличия признаков биологической смерти;
- состояния клинической смерти на фоне прогрессирования достоверно установленных неизлечимых заболеваний или неизлечимых последствий острой травмы, несовместимых с жизнью.

Дата _____
(день, месяц, год)

Время _____

Подпись _____ Ф.И.О. _____

Заместителю директора по МЧ
РДКБ – филиала
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова
Минздрава России
Е.А. Путилиной

ЗАЯВЛЕНИЕ

На основании части 3 статьи 67 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации», статьи 5 Федерального закона от 12.01.1996 № 8-ФЗ «О погребении и похоронном деле»

Я, _____
Паспорт: _____, выдан: _____

_____,
являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) умершего,
отказываюсь по религиозным мотивам от проведения патологоанатомической экспертизы
(вскрытия) умершего в РДКБ - филиал ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова:

(Ф.И.О., возраст умершего)

Я информирован о невозможности проведения экспертного анализа в случае сомнений в качестве медицинской помощи при отсутствии патологоанатомического вскрытия.

Я не имею претензий к медицинскому персоналу РДКБ – филиала ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова по поводу качества диагностики и лечения.

« ____ » _____ 20 ____ г. _____
(подпись заявителя)

« ____ » _____ 20 ____ г. _____

(ФИО должностного лица ЛПУ, подпись)

КАРТА РЕЦЕНЗЕНТА
(заполняется рецензентом, выбранным председателем
подкомиссии по изучению летальных исходов)

Ф.И.О. _____
Дата рождения _____ Дата смерти _____
№ медицинской карты стационарного больного _____
Отделение _____
Дата установления клинического диагноза _____
Дата установления заключительного диагноза _____

Сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов:

Расхождением считается несовпадение основного, фонового, одного из конкурирующих или сочетанных заболеваний (если имеет место комбинированное основное заболевание) по нозологии, локализации патологического процесса, а также поздняя диагностика.

Диагноз основного заболевания: _____

СОВПАДЕНИЕ / РАСХОЖДЕНИЕ категория ошибки / ___ /
Смертельное осложнение: _____

СОВПАДЕНИЕ / РАСХОЖДЕНИЕ категория ошибки / ___ /

Основные дефекты ведения пациента и клинические ошибки диагностики:

№	Вид дефекта	Наличие дефекта (ДА/НЕТ)	Категория ошибки (I, II, III)	Причина ошибки (А/Б)
1.	Неполноценный сбор анамнеза			
2.	Несвоевременность обследования			
3.	Недостаточность обследования			
4.	Неправильная оценка клинических данных			
5.	Ошибка аппаратного исследования			
	А. Ошибка ЭКГ			
	Б. Ошибка УЗИ			
	В. Ошибка эндоскопии			
	Г. Ошибка рентгенолога			
	Д. Ошибка радиоизотопного анализа			
	Е. Ошибка другого аппаратного анализа			
	Ж. Ошибка клинической лаборатории			
6.	Неправильная оценка параклинических исследований			
7.	Осложнения диагностического процесса			
8.	Несвоевременность лечения			

9.	Неадекватность выбора лечения			
10.	Осложнения лечебных пособий			
11.	Дефекты техники лечебных пособий			
12.	Дефекты диагностики и лечения осложнений диагностических лечебных мероприятий			
13.	Дефекты медицинской документации			
	А. Оформление титульного листа			
	Б. Информативность дневниковых записей			
	В. Отсутствие плана обследования и лечения			
	Г. Отсутствие и неинформативность записей зав. отделением			
	Д. Отсутствие этапных эпикризов			
	Е. Отсутствие предоперационной концепции			
	И. Дефекты записей консультантов			
	К. Дефекты документации инструментального обследования			
14.	Тяжесть состояния больного			А
15.	Кратковременность пребывания в стационаре			А
16.	Объективная невозможность диагностики иной причины			А
17.	Отсутствие необходимых условий диагностики (аппаратуры, методик и др.)			А
18.	Неправильное построение диагноза			
19.	Другие причины и сочетанные ошибки			

Классификация категорий расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов, клинических ошибок диагностики:

- I. Диагностика в данном стационаре невозможна по объективной причине (№ 14 – 17).
- II. Диагностика возможна, но ошибка диагностики не повлияла на исход заболевания.
- III. Диагностика возможна, ошибка диагностики привела к неправильному лечению и предопределила летальный исход.

Причины ошибок:

А. Объективные причины:

- 1) кратковременное пребывание (до 3-х суток, однако решается в зависимости от конкретного заболевания и обстоятельств летального исхода);
- 2) тяжесть состояния больного (обследование пациента невозможно из-за риска летального исхода);
- 3) трудность диагностики (проведены все возможные и необходимые исследования).

Б. Субъективные причины:

- 1) недостаточное обследование;
- 2) недоучет анамнестических данных;
- 3) недоучет и недооценка данных лабораторных, рентгенологических и других дополнительных методов исследования;
- 4) недоучет и переоценка данных консультантов;
- 5) неправильное построение и оформление диагноза.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ РЕЦЕНЗЕНТА:

Рецензент _____ / _____ /

Дата _____

**КЛАССИФИКАТОР
нарушений при оказании медицинской помощи**

Рубрика 1. Виды и наименования нарушений при оказании медицинской помощи

Код	Виды и наименования нарушений
1	Нарушения при проведении диагностических мероприятий. Нарушения сбора жалоб и/или анамнеза:
1.1	Жалобы не собраны
1.2	Жалобы собраны не в полном объеме или не детализированы
1.3	Жалобы собраны несвоевременно
1.4	Анамнез жизни не собран в части разделов, существенных для оказания медицинской помощи (наследственная предрасположенность, перенесенные заболевания, операции, аллергические реакции, гемотрансфузии и др.)
1.5	Анамнез заболевания или эпидемиологический анамнез отсутствует
1.6	Анамнез заболевания или эпидемиологический анамнез собран не в полном объеме или не детализирован
1.7	Анамнез заболевания или эпидемиологический анамнез собран не своевременно
1.8	Прочие виды нарушений сбора жалоб и/или анамнеза
2	Нарушения при проведении объективного осмотра; дополнительных обследований:
2.1	Объективный осмотр не проведен
2.2	Объективный осмотр проведен не в полном объеме
2.3	Запись об объективном осмотре сделана без его проведения
2.4	Диагностические мероприятия не назначены
2.5	Диагностические мероприятия не назначены в необходимом объеме
2.6	Диагностические мероприятия назначены несвоевременно
2.7	Диагностические мероприятия назначены необоснованно
2.8	Диагностические мероприятия назначены без учета индивидуальных особенностей организма пациента или имеющихся противопоказаний к их назначению
2.9	Диагностические мероприятия выбраны нерационально, в том числе без учета современного уровня медицинской науки и технологий
2.10	Не приняты или приняты не в достаточном объеме меры, направленные на профилактику ятрогенных осложнений и неблагоприятных реакций при проведении диагностических мероприятий
2.11	Диагностические мероприятия назначены с нарушением медицинских технологий
2.12	Назначенные диагностические мероприятия не выполнены
2.13	Назначенные диагностические мероприятия выполнены несвоевременно
2.14	Назначенные диагностические мероприятия выполнены не в полном объеме
2.15	Назначенные диагностические мероприятия выполнены с использованием медицинских изделий, не зарегистрированных в Государственном реестре медицинских изделий или не прошедших в установленном порядке проверку (или техническое обслуживание), или с использованием лекарственных

	средств, не зарегистрированных в Государственном реестре лекарственных средств
2.16	Назначенные диагностические мероприятия выполнены с нарушением медицинских технологий
2.17	Имевшиеся клинические данные не были учтены в процессе установления диагноза
2.18	Имевшиеся клинические данные не обосновывают установленный диагноз
2.19	Не проведен консилиум в клиническом случае, требующем его проведения
2.20	Диагностические мероприятия проводились медицинским работником, не имеющим действующего сертификата специалиста, или медицинским работником по специальности, не соответствующей профилю заболевания (за исключением дежурных медицинских работников)
2.21	При проведении диагностических мероприятий не соблюдался принцип преемственности оказания медицинской помощи между медицинскими работниками или между подразделениями учреждения
2.22	При проведении диагностических мероприятий не соблюдался принцип преемственности оказания медицинской помощи с другими медицинскими организациями
2.23	Не назначены повторные осмотры пациента или контрольные дополнительные исследования или их частота не соответствует необходимой
2.24	Прочие нарушения при проведении диагностических мероприятий
3	Нарушения требований оформления диагноза (диагноза основного заболевания; диагноза сопутствующего заболевания):
3.1	Диагноз основного заболевания не обоснован;
3.2	Диагноз основного заболевания установлен несвоевременно
3.3	Диагноз сформулирован не в соответствии с МКБ-Х или не в соответствии с действующими требованиями к формулировке диагноза;
3.4	В диагнозе не сформулированы или сформулированы не в соответствии с действующими требованиями характеристики заболевания: локализация патологического процесса, степень тяжести, стадия, фаза, активность, характер течения, осложнения заболевания, даты перенесенных заболеваний, степень нарушения функций органов и систем
3.5	Диагноз сформулирован с использованием не принятых в медицинской практике аббревиатур и сокращений
3.6	Диагноз частично обоснован, нет плана ведения больного, нет этапных эпикризов, нет осмотров заведующего отделением, неинформативные записи
3.7	Прочие виды нарушения требований оформления диагноза
4	Нарушения при проведении лечебных мероприятий:
4.1	Лечебные мероприятия не назначены в необходимом объеме
4.2	Лечебные мероприятия назначены несвоевременно
4.3	Лечебные мероприятия назначены необоснованно
4.4	Лечебные мероприятия назначены без учета индивидуальных особенностей организма пациента или имеющихся противопоказаний к их назначению
4.5	Лечебные мероприятия или методы их применения выбраны не рационально, в том числе, без учета современного уровня медицинской науки и технологий
4.6	Лечебные мероприятия назначены с нарушением медицинских технологий, в том числе нарушения, нарушения, связанные с назначением лекарственных

4.7	средств или назначением смесей лекарственных средств без учета их совместимости, в одном шприце или в одной системе для капельного введения Не приняты или приняты в недостаточном объеме меры, направленные на профилактику ятрогенных осложнений и неблагоприятных реакций при проведении лечебных мероприятий
4.8	Лечебные мероприятия назначены без указания наименования дозы, кратности и длительности применения, пути применения
4.9	Назначенные лечебные мероприятия не выполнены
4.10	Назначенные лечебные мероприятия выполнены несвоевременно
4.11	Назначенные лечебные мероприятия выполнены не в полном объеме
4.12	Назначенные лечебные мероприятия выполнены с использованием медицинских изделий, не зарегистрированных в Государственном реестре медицинских изделий или не прошедших в установленном порядке проверку (или техническое обслуживание), или с использованием лекарственных средств, не зарегистрированных в Государственном реестре лекарственных средств
4.13	Назначенные лечебные мероприятия выполнены с нарушением медицинских технологий
4.14	Не проведен консилиум в клиническом случае, требующем его применения
4.15	Назначенные лечебные мероприятия выполнены медицинским работником, не имеющим действующего сертификата специалиста, или медицинским работником по специальности, не соответствующей профилю заболевания (за исключением дежурных медицинских работников)
4.16	При проведении лечебных мероприятий не соблюдался принцип преемственности оказания медицинской помощи между медицинскими работниками или между подразделениями учреждения
4.17	При проведении лечебных мероприятий не соблюдался принцип преемственности оказания медицинской помощи с другими медицинскими организациями
4.18	При проведении лечебных мероприятий допущено клинически необоснованное отклонение от сроков лечения от средних рекомендованных сроков (более 25% от стандарта)
4.19	Не назначены повторные осмотры пациента или контрольные исследования, или их частота не соответствует необходимой
4.20	Лечебные мероприятия были прекращены до достижения их целевых результатов
4.21	Прочие виды нарушений при проведении лечебных мероприятий
5	Нарушения при проведении профилактических мероприятий:
5.1	Профилактические мероприятия не назначены
5.2	Профилактические мероприятия не назначены в необходимом объеме
5.3	Профилактические мероприятия назначены несвоевременно
5.4	Профилактические мероприятия назначены без учета индивидуальных особенностей организма пациента или имеющихся противопоказаний к их назначению
5.5	Не приняты (приняты в недостаточном объеме) меры, направленные на профилактику ятрогенных осложнений и неблагоприятных реакций при проведении профилактических мероприятий
5.6	Профилактические мероприятия назначены с нарушением медицинских технологий

5.7	Назначенные профилактические мероприятия не выполнены
5.8	Назначенные профилактические мероприятия выполнены несвоевременно
5.9	Назначенные лечебные мероприятия выполнены не в полном объеме
5.10	Назначенные профилактические мероприятия выполнены с использованием медицинских изделий, не зарегистрированных в Государственном реестре медицинских изделий или не прошедших в установленном порядке проверку (или техническое обслуживание), или с использованием лекарственных средств, не зарегистрированных в Государственном реестре лекарственных средств
5.11	Назначенные профилактические мероприятия выполнены медицинским работником, не имеющим действующего сертификата специалиста, или медицинским работником по специальности, не соответствующей профилю заболевания (за исключением дежурных медицинских работников)
5.12	Не назначены повторные осмотры пациента или дополнительные исследования в целях динамического контроля за состоянием здоровья и эффективностью профилактических мероприятий или их частота не соответствует необходимой При проведении лечебных мероприятий не соблюдался принцип преемственности оказания медицинской помощи между медицинскими работниками или между подразделениями учреждения
5.13	Профилактические мероприятия были прекращены до достижения их целевых результатов
5.14	При проведении профилактических мероприятий не соблюдался принцип преемственности оказания медицинской помощи между медицинскими работниками или между подразделениями учреждения
5.15	При проведении профилактических мероприятий не соблюдался принцип преемственности оказания медицинской помощи с другими медицинскими организациями
5.16	Прочие виды нарушения при проведении профилактических мероприятий
6	Нарушения требований оформления медицинской документации, содержащей информацию об оказанной медицинской помощи (медицинские карты амбулаторного /стационарного больного)
6.1	Медицинская документация не оформлена при наличии достоверной информации о факте оказания медицинской помощи
6.2	Медицинская документация оформлена не в полном объеме
6.3	Медицинская документация оформлена с нарушением требований к ее оформлению
6.4	В медицинскую документацию внесены ложные сведения
6.5	Формы использованной медицинской документации не соответствуют установленным
6.6	Медицинская документация оформлена неразборчиво или с использованием не общепринятых аббревиатур, что не позволяет ее прочесть и затрудняет ее проверку
6.7	В медицинской документации имеются исправления, дописки или подчистки
6.8	В медицинской документации отсутствуют результаты проведенных исследований при наличии достоверной информации о факте их проведения
6.9	Прочие виды нарушений требований оформления медицинской документации

Рубрика 2. Группы нарушений при оказании медицинской помощи по причинам их возникновения

Код	Группы нарушений
М	Причинами нарушений являлись действия (или бездействие) медицинского работника, непосредственно оказывавшего медицинскую помощь: М (в) – врача; М (с) – среднего медицинского работника. Возникновение нарушений данной группы может быть связано с: добросовестным заблуждением медицинских работников (медицинская ошибка), не выполнением или недобросовестным выполнением медицинскими работниками должностных обязанностей или требований нормативных правовых документов, с другими факторами.
П	Причинами возникновения нарушений являются действия (или бездействие) пациента. Возникновение нарушений данной группы может быть связано с: не предоставлением пациентом полной и достоверной информации о состоянии своего здоровья, самовольным, без согласования с лечащим врачом, применением пациентом лекарственных препаратов, поздним обращением пациента за медицинской помощью, симуляцией, диссимуляцией или аггравацией со стороны пациента, с другими факторами.
Н	Причины возникновения нарушений не связаны с действиями (или бездействием) медицинского работника, непосредственно оказывавшего медицинскую помощь или с действиями (или бездействием) пациента. Возникновение нарушений данной группы может быть связано с: исходной тяжестью состояния пациента, особенностями течения заболевания (атипичность, скоротечность, необратимая стадия, неизвестные медицинской науке этиопатогенетические факторы заболевания), наличием сопутствующих заболеваний, внезапно возникшей неисправностью медицинского оборудования, с другими факторами.
О	Причины возникновения нарушений связаны с недостатками в организации медицинской помощи. Возникновение нарушений данной группы может быть связано с недостатками: в организации работы вспомогательных диагностических служб (лаборатория, рентген-кабинет и др.), в организации проведения консультаций специалистов или исследований, отсутствующих в учреждении, в обеспечении необходимым медицинским оборудованием, в организации проверок или технического обслуживания медицинского оборудования, в организации своевременного повышения квалификации медицинских работников, в обеспечении бланками медицинской документации, в разработке внутренних распорядительных документов по организации и оказанию медицинской помощи, в организации ознакомления персонала с нормативными правовыми актами или внутренними распорядительными документами, с другими факторами.

Рубрика 3. Категории нарушений при оказании медицинской помощи по их влиянию на эффективность оказанной медицинской помощи

Код	Категории нарушений
I	Нарушения при оказании медицинской помощи привели или могли привести к ухудшению состояния здоровья пациента (или его смерти) и привели к неэффективному использованию материально-технических или кадровых ресурсов здравоохранения.
II	Нарушения при оказании медицинской помощи привели или могли привести к ухудшению состояния здоровья пациента (или его смерти), но не сопровождались неэффективным использованием материально-технических или кадровых ресурсов здравоохранения.
III	Нарушения при оказании медицинской помощи не оказали и не могли оказать существенного влияния на состояние здоровья пациента, но привели к неэффективному использованию материально-технических или кадровых ресурсов здравоохранения.
IV	Нарушения при оказании медицинской помощи не оказали и не могли оказать существенного влияния на состояние здоровья пациента и эффективность использования материально-технических или кадровых ресурсов здравоохранения.

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н.И. ПИРОГОВА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет)
РОССИЙСКАЯ ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА - ФИЛИАЛ
(РДКБ – филиал ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России)

ЖУРНАЛ УЧЁТА РАБОТЫ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ
(подкомиссии по изучению летальных исходов)

[illegible]

ПОЛОЖЕНИЕ

о подкомиссии по проведению обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда

1. Общие положения

1.1. Положение о подкомиссии по проведению обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда (далее – обязательный предварительный и периодический медицинский осмотр, Подкомиссия по проведению медицинских осмотров) определяет статус и порядок её деятельности в РДКБ – филиале ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России (далее – РДКБ, Положение).

1.2. Подкомиссия по проведению медицинских осмотров является подкомиссией врачебной комиссии и создается в целях охраны здоровья сотрудников РДКБ, определения соответствия состояния здоровья лица, поступающего на работу, поручаемой ему работе, раннего выявления и профилактики заболеваний.

1.3. Подкомиссия по проведению медицинских осмотров в своей работе руководствуется Конституцией Российской Федерации; Трудовым Кодексом Российской Федерации (ТК РФ); Главой 7 Федерального Закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»; приказом Минздравсоцразвития России от 05.05.2012 № 502н «Об утверждении Порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации»; приказом Минздрава России от 28.01.2021 № 29н «Об утверждении Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников, предусмотренных частью 4 статьи 213 Трудового кодекса Российской Федерации, Перечня медицинских противопоказаний к осуществлению работ с вредными и (или) опасными производственными факторами, а также работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры»; приказом Минтруда России № 988н и Минздрава России № 1420н от 31.12.2020 «Об утверждении Перечня вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные медицинские осмотры при поступлении на работу и периодические медицинские осмотры», другими федеральными законами, указами и распоряжениями Президента Российской Федерации, постановлениями и распоряжениями Правительства Российской Федерации, нормативными правовыми актами федеральных органов исполнительной власти, а также настоящим Положением.

1.4. Подкомиссия по проведению медицинских осмотров состоит из председателя, членов комиссии и секретаря.

1.5. Возглавляет подкомиссию врач-профпатолог.

1.6. Членами подкомиссии назначаются врачи-специалисты РДКБ, прошедшие в установленном порядке повышение квалификации по специальности «профпатология» или имеющие действующий сертификат по специальности «профпатология».

1.7. К работе Подкомиссии по проведению медицинских осмотров могут привлекаться другие врачи-специалисты РДКБ, прошедшие в установленном порядке повышение квалификации по специальности «профпатология» или имеющие действующий сертификат по специальности «профпатология».

1.8. Председатель Подкомиссии по проведению медицинских осмотров несет ответственность за деятельность подкомиссии, своевременность, обоснованность и объективность принятых решений.

1.8.1. Оформляет заключения по результатам обязательного предварительного и периодического медицинского осмотра.

- 1.8.2. Оформляет выписку из амбулаторной карты.
- 1.8.3. Составляет календарный план проведения периодического осмотра.
- 1.8.4. Организует хранение материалов работы подкомиссии.
- 1.8.5. Оформляет и направляет в установленном порядке извещение об установлении предварительного диагноза профессионального заболевания в территориальный орган федеральных органов исполнительной власти, уполномоченных на осуществление государственного контроля и надзора в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия.

2. Функции Подкомиссии по проведению медицинских осмотров

2.1. Проведение обязательных предварительных (при поступлении на работу) и периодических медицинских осмотров (обследований) лиц, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда, а также на работах, при выполнении которых обязательно проведение предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований).

2.2. Своевременное выявление заболеваний, начальных форм профессиональных заболеваний, ранних признаков воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов на состояние здоровья работников, формирование групп риска по развитию профессиональных заболеваний.

2.3. Выявление заболеваний, состояний, являющихся медицинскими противопоказаниями для продолжения работы, связанной с воздействием вредных и (или) опасных производственных факторов, а также работ, при выполнении которых обязательно проведение предварительных и периодических медицинских осмотров работников, в целях охраны здоровья населения, предупреждения возникновения и распространения заболеваний.

2.4. Своевременное выявление и предупреждение возникновения и распространения инфекционных и паразитарных заболеваний.

2.5. Определение принадлежности работника РДКБ к одной из диспансерных групп в соответствии с действующими нормативными правовыми актами, с последующим оформлением в медицинской карте и выписке из амбулаторной карты рекомендаций по профилактике заболеваний, в том числе профессиональных заболеваний, по дальнейшему наблюдению, лечению и реабилитации.

2.6. Иные функции, предусмотренные федеральными законами, нормативными правовыми актами Президента Российской Федерации, Правительства Российской Федерации, федеральных органов исполнительной власти и органов государственной власти субъектов Российской Федерации.

3. Порядок работы Подкомиссии по проведению медицинских осмотров

3.1. Заседания Подкомиссии по проведению медицинских осмотров проводятся согласно графику работы (Приложение 3).

3.2. При проведении предварительного или периодического осмотра работника (лица, поступающего на работу) учитываются результаты ранее проведенных (не позднее одного года) предварительного или периодического осмотра, диспансеризации, иных медицинских осмотров, подтвержденных медицинскими документами, в том числе полученных путем электронного обмена между медицинскими организациями, за исключением случаев выявления у него симптомов и синдромов заболеваний, свидетельствующих о наличии медицинских показаний для повторного проведения исследований либо иных медицинских мероприятий в рамках предварительного или периодического осмотра.

3.3. Предварительные (периодические) осмотры проводятся на основании направления на медицинский осмотр (далее – направление), выданного лицу, поступающему на работу, работодателем (его уполномоченным представителем), в соответствии с приказом Минздрава России от 28.01.2021 № 29н.

3.4. Для прохождения предварительного (периодического) осмотра лицо, поступающее на работу (работающее), представляет в медицинскую организацию, в которой проводится предварительный (периодический)осмотр, следующие документы:

- направление;

- страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования, содержащее страховой номер индивидуального лицевого счета, или документ, подтверждающий регистрацию в системе индивидуального (персонифицированного) учета в форме электронного документа или на бумажном носителе;

- паспорт (или иной документ, удостоверяющий личность);

- решение врачебной комиссии, проводившей обязательное психиатрическое освидетельствование (в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации;

- полис обязательного (добровольного) медицинского страхования.

3.5. Лицо, поступающее на работу (работающее), вправе предоставить выписку из медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (далее — медицинская карта), медицинской организации, к которой он прикреплен для медицинского обслуживания, с результатами диспансеризации (при наличии).

3.6. При проведении предварительных (периодических) осмотров обследуемые лица, поступающие на работу (работающие), проходят осмотры врачей-специалистов, лабораторные и функциональные исследования в объеме, установленном договором между медицинской организацией и работодателем, в соответствии с приложением к Порядку, утвержденному приказом Минздрава России от 28.01.2021 № 29н (за исключением осмотров и исследований, результаты которых учтены в соответствии с пунктом 3.2. настоящего Положения).

3.7. Предварительный (периодический) осмотр является завершенным в случае наличия заключений врачей-специалистов и результатов лабораторных и функциональных исследований в объеме, установленном договором между медицинской организацией и работодателем, в соответствии с приложением к Порядку, утвержденному приказом Минздрава России от 28.01.2021 № 29н, с учетом результатов ранее проведенных (не позднее одного года) медицинских осмотров, диспансеризации.

3.8. В случаях затруднения в оценке результатов осмотра лицу, поступающему на работу, в связи с имеющимся у него заболеванием выдается справка о необходимости дополнительного медицинского обследования. Работодателю направляется информация о выдаче такой справки, а лицо, поступающее на работу, считается не прошедшим предварительный осмотр с учетом выявленных заболеваний (состояний) и медицинских противопоказаний к осуществлению отдельных видов работ. Проведение экспертизы профессиональной пригодности проводится в таких случаях лицом, поступающим на работу, самостоятельно в рамках программы государственной гарантии бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

3.9. По окончании прохождения работником предварительного (периодического) осмотра медицинской организацией оформляется заключение по форме, утвержденной приказом Минздрава России от 28.01.2021 № 29н.

3.10. В случае выявления медицинских противопоказаний к работе работник направляется в медицинскую организацию для проведения экспертизы профессиональной пригодности в центр профпатологии или специализированную медицинскую организацию, имеющую право на проведение экспертизы связи заболевания с профессией и профессиональной пригодности в соответствии с законодательством Российской Федерации.

3.11. На основании результатов (предварительного) периодического осмотра работнику даются рекомендации по профилактике заболеваний, в том числе профессиональных заболеваний, а при наличии медицинских показаний — по дальнейшему наблюдению, лечению и медицинской реабилитации, которые оформляются в медицинской карте в медицинской организации, в которой проводился медицинский осмотр.

3.12. В случае установления предварительного диагноза о наличии у работника профессионального заболевания, медицинская организация осуществляет действия, в соответствии с Положением о расследовании и учете профессиональных заболеваний, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 05.07.2022 № 1206.

3.13. В случаях затруднения определения профессиональной пригодности работника в связи с имеющимся у него заболеванием и с целью экспертизы профессиональной пригодности медицинская организация направляет работника в центр профпатологии или специализированную медицинскую организацию, имеющую право на проведение экспертизы связи заболевания с профессией и профессиональной пригодности в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Федерации.

3.14. По итогам проведения периодических осмотров медицинская организация не позднее чем через 30 дней после завершения проведения периодических осмотров обобщает их результаты и совместно с территориальными органами федерального органа исполнительной власти, уполномоченного на осуществление государственного контроля и надзора в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, и представителями работодателя составляет заключительный акт.

Заключительный акт (в том числе в электронной форме) составляется в пяти экземплярах, которые направляются медицинской организацией в течение 5 рабочих дней от даты утверждения акта работодателю, в центр профпатологии субъекта Российской Федерации, Фонд социального и пенсионного страхования, в территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

Один экземпляр заключительного акта хранится в медицинской организации, проводившей периодические осмотры, в течение 50 лет.

3.15. Медицинские организации, проводившие периодические осмотры, по их окончании:

- выдают работнику на руки выписку из медицинской карты, в которой отражаются заключения врачей-специалистов, результаты лабораторных и иных исследований, заключение по результатам периодического осмотра, а также рекомендации по профилактике заболеваний, в том числе профессиональных заболеваний, а при наличии медицинских показаний – по дальнейшему наблюдению, лечению и медицинской реабилитации;

- направляют копию выписки, указанной в абзаце втором настоящего пункта, в медицинскую организацию, к которой работник прикреплен для медицинского обслуживания, с письменного согласия работника.

3.16. Решение подкомиссии по проведению медицинских осмотров оформляется в виде заключения (Приложение 10.1 к приказу), заверяется печатью ЛПУ и вносится в журнал заседаний подкомиссии.

3.17. Журнал заседаний подкомиссии – «Журнал учёта работы подкомиссии по проведению обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда» (Приложение 10.2 к приказу) ведется в электронном виде, при необходимости распечатывается, пронумеровывается, сшивается, заверяется подписью председателя (заместителя председателя) подкомиссии, скрепляется печатью учреждения.

3.18. При невозможности ведения электронного журнала регистрация решений подкомиссии производится по форме «Журнала учёта клинико-экспертной работы лечебно-профилактического учреждения» (форма № 035/у-02), утверждённой приказом Минздрава РФ от 21.05.2002 № 154.

3.19. 1 экземпляр заключения о медицинском осмотре приобщается к медицинской карте пациента (форма № 025/у), срок хранения медицинской карты пациента 25 лет. Срок хранения Журналов учёта работы подкомиссии (или формы 035/у-02) – 3 года.

3.20. Председатель подкомиссии по проведению медицинских осмотров готовит отчет председателю врачебной комиссии о работе подкомиссии ежеквартально в срок до 5 числа следующего месяца, следующего за отчетным кварталом.

4. Права Подкомиссии по проведению медицинских осмотров

4.1. Вносить предложения директору, заместителю директора по эпидемиологическим вопросам предложения по организации проведения медицинских осмотров сотрудников РДКБ и ФДРЦ.

5. Ответственность Подкомиссии по проведению медицинских осмотров

5.1. Лица, участвующие в работе Подкомиссии по проведению медицинских осмотров несут ответственность за достоверность, обоснованность выдачи заключений по результатам проведения медицинских осмотров лиц и сотрудников РДКБ и ФДРЦ (проходящих предварительные и периодические медицинские осмотры) в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.



ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н.И. ПИРОГОВА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет)
РОССИЙСКАЯ ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА - ФИЛИАЛ
(РДКБ – филиал ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России)

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО (ПЕРИОДИЧЕСКОГО) МЕДИЦИНСКОГО
ОСМОТРА**

Передается работодателю и приобщается к личному делу работника

от _____ 2025 г. № _____

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения, пол:
2. Наименование работодателя:
3. Место работы (подразделение):
4. Профессия (должность) (в настоящее время):

4.1. Вредный и (или) опасный производственный фактор или вид работы (в соответствии с приказом Минздрава России от 28.01.2021 № 29н): п. _____

5. Согласно результатам проведенного предварительного/периодического медицинского осмотра (обследования): медицинские противопоказания к работе выявлены (перечислить вредные факторы или виды работ, в отношении которых выявлены противопоказания) или медицинские противопоказания к работе не выявлены (формулировка из приказа Минздрава России от 28.01.2021 № 29н).

Группа здоровья:

Председатель подкомиссии: _____
(подпись)

Ф.И.О. врача-профпатолога

М.П.

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н.И. ПИРОГОВА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет)
РОССИЙСКАЯ ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА - ФИЛИАЛ
(РДКБ – филиал ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России)

ЖУРНАЛ УЧЁТА РАБОТЫ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ
(подкомиссии по проведению обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований)
работников, занятых на тяжелых работах
и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда)

[illegible]

ПОЛОЖЕНИЕ

о подкомиссии по принятию решений о допустимости медицинских вмешательств, связанных с лечением врожденных аномалий (пороков развития), генетических и эндокринных заболеваний, связанных с нарушением формирования половых органов у детей, выдачи медицинских заключений о соответствии половых признаков признакам определенного пола

1. Общие положения

1.1. Положение о Подкомиссии по принятию решений о допустимости медицинских вмешательств, связанных с лечением врожденных аномалий (пороков развития), генетических и эндокринных заболеваний, связанных с нарушением формирования половых органов у детей, выдачи медицинских заключений о соответствии половых признаков признакам определенного пола (далее – Подкомиссия по принятию решений о допустимости медицинских вмешательств, связанных с нарушением формирования половых органов у детей) определяет статус и порядок её деятельности в Российской детской клинической больнице – филиале ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (далее – РДКБ, Положение).

1.2. Подкомиссия по принятию решений о допустимости медицинских вмешательств, связанных с нарушением формирования половых органов у детей, является Подкомиссией врачебной комиссии.

1.3. Подкомиссия по принятию решений о допустимости медицинских вмешательств, связанных с нарушением формирования половых органов у детей, в своей работе руководствуется Конституцией Российской Федерации; Федеральным Законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»; постановлением Правительства РФ от 06.12.2023 № 2069 «О выдаче решений врачебных комиссий медицинских организаций, подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации, о допустимости медицинских вмешательств, связанных с лечением врожденных аномалий (пороков развития), генетических и эндокринных заболеваний, связанных с нарушением формирования половых органов у детей, и медицинских заключений о соответствии половых признаков признакам определенного пола», приказом Минздравсоцразвития РФ от 05.05.2012 №502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации», а также настоящим Положением.

1.4. Подкомиссия по принятию решений о допустимости медицинских вмешательств, связанных с нарушением формирования половых органов у детей, состоит из председателя, заместителей председателя, членов комиссии и секретаря.

1.5. Председателем Подкомиссии по принятию решений о допустимости медицинских вмешательств, связанных с нарушением формирования половых органов у детей, является директор РДКБ, заместителями председателя – заместитель директора по медицинской части, заведующий эндокринологомическим отделением, членами комиссии – руководители подразделений РДКБ и иные специалисты.

1.6. При проведении заседаний председатель Подкомиссии по принятию решений о допустимости медицинских вмешательств, связанных с нарушением формирования половых органов у детей, определяет состав подкомиссии из числа членов врачебной комиссии (заместителей директора, руководителей структурных подразделений РДКБ). При проведении заседаний Подкомиссии по принятию решений о допустимости медицинских вмешательств обязательно присутствие всех специалистов, определенных постановлением Правительства от 06.12.2023 № 2069.

1.7. Лечащие врачи пациентов, руководители структурных подразделений, прочие врачи-специалисты РДКБ могут принимать участие в работе Подкомиссии по принятию решений о допустимости медицинских вмешательств, связанных с нарушением формирования половых

органов у детей (если по приказу не являются её членами), с правом совещательного голоса.

1.8. Секретарь Подкомиссии по принятию решений о допустимости медицинских вмешательств, связанных с нарушением формирования половых органов у детей, составляет план-график заседаний, готовит материалы для заседания, уведомляет членов Подкомиссии о дате и времени проведения заседания, предоставляет всю необходимую документацию.

2. Функции Подкомиссии по принятию решений о допустимости медицинских вмешательств, связанных с нарушением формирования половых органов у детей

2.1. Принятие решений о допустимости медицинских вмешательств, связанных с лечением врожденных аномалий (пороков развития), генетических и эндокринных заболеваний, связанных с нарушением формирования половых органов у детей; выдаче медицинских заключений о соответствии половых признаков признакам определенного пола у детей.

2.2. Рассмотрение обращений (жалоб) по вопросам, связанным с работой Подкомиссии по принятию решений о допустимости медицинских вмешательств.

3. Порядок работы Подкомиссии по принятию решений о допустимости медицинских вмешательств, связанных с нарушением формирования половых органов у детей

3.1. Заседания Подкомиссии по принятию решений о допустимости медицинских вмешательств проводятся согласно графику работы (Приложение 3 к приказу).

3.2. При необходимости лечащие врачи предоставляют на рассмотрение Подкомиссии по принятию решений о допустимости медицинских вмешательств первичную медицинскую документацию пациентов, оформленную в соответствии с требованиями и содержащую следующие документы:

а) документы, удостоверяющие личность: несовершеннолетнего (паспорт и (или) свидетельство о рождении); родителя или иного законного представителя несовершеннолетнего, не достигшего возраста, установленного частью 2 статьи 54 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

б) документ, подтверждающий полномочия законного представителя несовершеннолетнего, не достигшего возраста, установленного частью 2 статьи 54 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ;

в) контактные данные родителя или иного законного представителя несовершеннолетнего, достигшего возраста, установленного частью 2 статьи 54 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ, но не приобретшего дееспособность в полном объеме (в целях соблюдения требований, предусмотренных частью 2 статьи 22 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ);

г) номер страхового полиса обязательного медицинского страхования несовершеннолетнего;

д) страховой номер индивидуального лицевого счета несовершеннолетнего;

е) направление врачебной комиссии медицинской организации, в которой несовершеннолетний получает первичную медико-санитарную помощь или специализированную медицинскую помощь;

ж) выписка из медицинской документации несовершеннолетнего, заверенная подписями лечащего врача и руководителя (уполномоченного лица) выдавшей направление медицинской организации и печатью указанной медицинской организации, содержащая: код основного диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем; сведения о состоянии здоровья несовершеннолетнего; результаты лабораторных, инструментальных и других видов исследований, подтверждающих наличие медицинских показаний для осуществления медицинских вмешательств.

3.3. Решение Подкомиссии по принятию решений о допустимости медицинских вмешательств

считается принятым, если его поддержало не менее двух третей её членов из числа присутствующих на заседании.

3.4. Решение Подкомиссии по принятию решений о допустимости медицинских вмешательств оформляется в виде протокола (Приложение 11.1 к приказу) и вносится в журнал заседаний Подкомиссии по принятию решений о допустимости медицинских вмешательств.

3.5. Протокол решения Подкомиссии по принятию решений о допустимости медицинских вмешательств оформляется в 4 экземплярах. Один экземпляр хранится в РДКБ совместно с Журналом заседаний Подкомиссии по принятию решений о допустимости медицинских вмешательств, один экземпляр размещается в медицинской документации пациента, 2 экземпляра выдаются на руки несовершеннолетнему, достигшему возраста, установленного частью 2 статьи 54 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», или родителю или иному законному представителю несовершеннолетнего, не достигшего возраста, установленного частью 2 статьи 54 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ.

Выдача решения несовершеннолетнему, достигшему возраста, установленного частью 2 статьи 54 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ, но не приобретшему дееспособность в полном объеме, осуществляется с одновременным предоставлением информации о выдаче решения его родителю или иному законному представителю в соответствии с требованиями части 2 статьи 22 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ.

Срок выдачи решения не должен превышать 3 рабочих дней со дня осмотра несовершеннолетнего Подкомиссией по принятию решений о допустимости медицинских вмешательств.

3.6. В Журнале заседаний Подкомиссии по принятию решений о допустимости медицинских вмешательств производится запись о выдаче на руки несовершеннолетнему, достигшему возраста, установленного частью 2 статьи 54 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ, или родителю или иному законному представителю несовершеннолетнего, не достигшего возраста, установленного частью 2 статьи 54 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ, 2 экземпляров решения.

3.7. Медицинское заключение выдается Подкомиссией по принятию решений о допустимости медицинских вмешательств по результатам медицинских вмешательств, осуществленных на основании решения, либо хирургических вмешательств, направленных на изменение половых признаков человека, осуществленных до дня вступления в силу Федерального закона от 24.07.2023 № 386-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации».

3.8. Подкомиссия по принятию решений о допустимости медицинских вмешательств в день проведения заседания выдает медицинское заключение при подтверждении соответствия половых признаков несовершеннолетнего признакам определенного пола на основании осмотра несовершеннолетнего и анализа следующих документов и сведений, представленных в РДКБ несовершеннолетним, достигшим возраста, установленного частью 2 статьи 54 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ, или родителем или иным законным представителем несовершеннолетнего, не достигшего указанного возраста:

а) документы, удостоверяющие личность: несовершеннолетнего (паспорт и (или) свидетельство о рождении); родителя или иного законного представителя несовершеннолетнего, не достигшего возраста, установленного частью 2 статьи 54 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ;

б) документ, подтверждающий полномочия законного представителя несовершеннолетнего, не достигшего возраста, установленного частью 2 статьи 54 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ;

в) контактные данные родителя или иного законного представителя несовершеннолетнего, достигшего возраста, установленного частью 2 статьи 54 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ, но не приобретшего дееспособность в полном объеме (в целях соблюдения требований, предусмотренных частью 2 статьи 22 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ);

г) номер страхового полиса обязательного медицинского страхования несовершеннолетнего;

д) страховой номер индивидуального лицевого счета несовершеннолетнего;

е) решение;

ж) выписка из медицинской документации несовершеннолетнего, заверенная подписями лечащего врача и руководителя (уполномоченного им лица) медицинской организации, в которой осуществлены медицинские вмешательства, и печатью указанной медицинской организации, содержащая:

- код основного диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем;

- сведения о состоянии здоровья несовершеннолетнего;

- сведения об осуществлении медицинских вмешательств и описание результатов их осуществления;

- результаты лабораторных, инструментальных и других видов исследований, подтверждающие соответствие половых признаков несовершеннолетнего признакам определенного пола.

3.9. Подкомиссия по принятию решений о допустимости медицинских вмешательств в день проведения заседания выдает медицинское заключение при подтверждении соответствия половых признаков лица, в отношении которого до дня вступления в силу Федерального закона от 24.07.2023 «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» осуществлены хирургические вмешательства, направленные на изменение половых признаков человека (далее – лицо), признакам определенного пола на основании осмотра лица и анализа следующих документов и сведений, представленных лицом в федеральную медицинскую организацию:

а) документ, удостоверяющий личность;

б) номер страхового полиса обязательного медицинского страхования;

в) страховой номер индивидуального лицевого счета;

г) выписка из медицинской документации лица, заверенная подписями лечащего врача и руководителя (уполномоченного им лица) медицинской организации, в которой осуществлены медицинские вмешательства, и печатью указанной медицинской организации, содержащая:

- код основного диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем;

- сведения о состоянии здоровья лица;

- сведения об осуществлении медицинских вмешательств и описание результатов их осуществления; результаты лабораторных, инструментальных и других видов исследований, подтверждающие соответствие половых признаков лица признакам определенного пола.

3.10. Медицинское заключение выдается по форме согласно Приложению 11.2 к приказу в виде документа на бумажном носителе, о чем делается запись в Журнале заседаний Подкомиссии по принятию решений о допустимости медицинских вмешательств.

Медицинское заключение в виде документа на бумажном носителе оформляется в 3 экземплярах. Один экземпляр хранится в РДКБ совместно с Журналом заседаний Подкомиссии по принятию решений о допустимости медицинских вмешательств, один экземпляр размещается в медицинской документации пациента и один экземпляр выдается на руки несовершеннолетнему, достигшему возраста, установленного частью 2 статьи 54 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ, или родителю или иному законному представителю несовершеннолетнего, не достигшего возраста, установленного частью 2 статьи 54 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ, или лицу.

Выдача медицинского заключения несовершеннолетнему, достигшему возраста, установленного частью 2 статьи 54 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ, но не приобретшему дееспособность в полном объеме, осуществляется с одновременным предоставлением информации о выдаче медицинского заключения его родителю или иному законному представителю в соответствии с требованиями части 2 статьи 22 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ.

В Журнале заседаний Подкомиссии по принятию решений о допустимости медицинских

вмешательств делается запись о выдаче на руки несовершеннолетнему, достигшему возраста, установленного частью 2 статьи 54 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ, или родителю или иному законному представителю несовершеннолетнего, не достигшего возраста, установленного частью 2 статьи 54 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ, медицинского заключения, или лицу.

3.11. Результаты работы Подкомиссии по принятию решений о допустимости медицинских вмешательств регистрируются секретарем подкомиссии в специальном «Журнале учёта заседаний подкомиссии по принятию решений о допустимости медицинских вмешательств» (Приложение 11.3 к приказу), который ведется в электронном виде. Ежеквартально (при необходимости, чаще) журнал распечатывается, пронумеровывается, сшивается, заверяется подписями председателя (заместителя председателя) Подкомиссии по принятию решений о допустимости медицинских вмешательств, скрепляется печатью учреждения.

3.12. Протоколы решений Подкомиссии по принятию решений о допустимости медицинских вмешательств хранятся в течение 10 лет, Журналы учёта работы Подкомиссии по принятию решений о допустимости медицинских вмешательств – 3 года.

4. Права Подкомиссии

по принятию решений о допустимости медицинских вмешательств, связанных с нарушением формирования половых органов у детей

4.1. Получать и запрашивать необходимую документацию в подразделениях РДКБ, иных медицинских организациях, по вопросам, входящим в компетенцию Подкомиссии по принятию решений о допустимости медицинских вмешательств.

5. Ответственность Подкомиссии

по принятию решений о допустимости медицинских вмешательств, связанных с нарушением формирования половых органов у детей

5.1. Лица, участвующие в работе Подкомиссии по принятию решений о допустимости медицинских вмешательств несут ответственность за достоверность, обоснованность проведения экспертизы в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.



ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н.И. ПИРОГОВА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет)
РОССИЙСКАЯ ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА - ФИЛИАЛ
(РДКБ – филиал ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России)

РЕШЕНИЕ

**Подкомиссии врачебной комиссии РДКБ – филиала ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова
Минздрава России, о допустимости медицинских вмешательств, связанных с лечением
врожденных аномалий (пороков развития), генетических и эндокринных заболеваний,
связанных с нарушением формирования половых органов у детей
от _____ 2025 г. № _____**

Врачебная комиссия, утвержденная приказом РДКБ – филиала ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России от 09.01.2025 № 2, в составе:

<u>Председатель:</u>	Директор РДКБ – филиала ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России
<u>Заместитель председателя:</u>	Заместитель директора по медицинской части Ответственный за координацию работы структурных подразделений РДКБ педиатрического профиля
<u>Члены комиссии:</u>	Врач-акушер-гинеколог
	Врач-генетик
	Врач-детский уролог- андролог
	Врач-детский эндокринолог
	Врач-педиатр
	Врач-психиатр детский
	Медицинский психолог
	Врачи иных специальностей, включенные в состав врачебной комиссии
<u>Секретарь:</u>	
<u>Иные лица:</u>	

Перечень обсуждаемых вопросов о допустимости медицинских вмешательств, связанных с лечением врожденных аномалий (пороков развития), генетических и эндокринных заболеваний, связанных с нарушением формирования половых органов у детей, при наличии медицинских показаний

_____, _____ года рождения
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Документы и сведения, проанализированные в ходе заседания врачебной комиссии:

Сведения об осмотре несовершеннолетнего

Обоснование решения о допустимости медицинских вмешательств, связанных с лечением врожденных аномалий (пороков развития), генетических и эндокринных заболеваний, связанных с нарушением формирования половых органов у детей

Председатель врачебной комиссии

Заместитель председателя врачебной комиссии

Члены врачебной комиссии

врач-акушер-гинеколог

врач-генетик

врач-детский уролог- андролог

врач-детский эндокринолог

врач-педиатр

врач-психиатр детский

медицинский психолог

(указать должность иного специалиста, включенного в
состав врачебной комиссии)

Секретарь врачебной комиссии

Печать медицинской организации



ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н.И. ПИРОГОВА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет)
РОССИЙСКАЯ ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА - ФИЛИАЛ
(РДКБ – филиал ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России)

Медицинское заключение
о соответствии половых признаков признакам определенного пола
от _____ 2025 г. № _____

Выдано врачебной комиссией, утвержденной приказом РДКБ – филиала ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России от 09.01.2025 № 2.

Заключение – половые признаки _____, _____ года рождения
(фамилия, имя, отчество (при наличии) несовершеннолетнего или лица, в отношении которого до дня вступления в силу
Федерального закона от 24 июля 2023 г. № 386-ФЗ "О внесении изменений в отдельные законодательные акты
Российской Федерации" осуществлены хирургические вмешательства, направленные на изменение половых признаков
человека)

Паспорт / Свидетельство о рождении: _____
(серия, номер, наименование органа, выдавшего документ, дата выдачи, код подразделения)

Зарегистрированного по адресу: _____
(адрес регистрации)

Соответствуют признакам _____ пола
(мужского/женского)

Председатель врачебной комиссии	_____
Заместитель председателя врачебной комиссии	_____
Члены врачебной комиссии	_____
врач-акушер-гинеколог	_____
врач-генетик	_____
врач-детский уролог- андролог	_____
врач-детский эндокринолог	_____
врач-педиатр	_____
врач-психиатр детский	_____
медицинский психолог	_____
(указать должность иного специалиста, включенного в состав врачебной комиссии)	_____
Секретарь врачебной комиссии	_____

Печать медицинской организации

**ОТЧЕТ РАБОТЫ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ
ЗА _____ КВАРТАЛ (ГОД)**

Работа врачебной комиссии в РДКБ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России осуществляется в соответствии с утвержденным графиком работы.

1. Количественные показатели работы врачебной комиссии

За _____ квартал (год) 20____ г. проведено _____ заседаний.

Количество пациентов, направленных на ВК составило _____ человек.

2. Структура решений ВК

Принято _____ решений ВК о продлении листка нетрудоспособности
- по уходу за ребенком

- по заболеванию

Принято _____ решений по направлению пациента на медико-социальную экспертизу

Принято _____ решений по назначению лекарственных препаратов

Принято _____ решений о госпитализации пациентов в РДКБ

Принято _____ решений об отказе от госпитализации в РДКБ

Принято _____ решений по направлению пациента на лечение за пределы территории РФ

3. При оценке качества, обоснованности и эффективности лечебно-диагностических мероприятий, в том числе назначения лекарственных препаратов выявлены следующие дефекты: _____

4. При продлении листков нетрудоспособности по уходу за ребенком выявлены следующие дефекты: _____

5. При оценке соблюдения установленного порядка ведения медицинской документации выявлены следующие дефекты: _____

6. Анализ обращений и жалоб: _____

7. Замечания со стороны экспертов страховых компаний, прочих вышестоящих и контролирующих организаций: _____

Председатель ВК

Секретарь ВК