




Наименование структурного подразделения:	Все структурные подразделения		
Названия документа:	СОП «Руководства по обращению лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения»		
Утвержден:	Руководитель ГКП на ПХВ «ЛГП» Чалкаров А.Б.		
Дата утверждения:			
Разработчик:	<i>Должность</i>	<i>Ф.И.О.</i>	<i>Подпись</i>
	Заместитель гл.врача по лечебному делу	Анаркулова У.О.	
	Провизор	Темиров Х.Б.	
Согласовано:	Заместитель гл.врача по ОМД	Кабылбеков Г.К.	
	Заместитель гл.врача по контролю качества мед.услуг	Рысбаев С.Т.	
	Врач эксперт		
Дата согласования:	04.01.2024г.		
Дата введения в действие	04.01.2024г.		
Версия №	Копия № _____	_04_ /01_____ / 2024г. Ф.И.О. _____ Подпись _____	

Дата последнего пересмотра « 04 » « 01 » 2024г

Дата следующего пересмотра « _____ » « _____ » 2027г

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
		Система менеджмента качества	Версия: 1

1. Цель

Создание эффективной системы управления и использования лекарственными средствами в ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области (далее – Поликлиника).

2. Область применения

Выполнение правил обязательно для всех сотрудников структурных подразделений Центра на всех этапах обращения Лекарственными средствами (далее – ЛС):

- a) планирование;
- b) отбор и закуп ЛС;
- c) хранение ЛС;
- d) назначение ЛС;
- e) разведение (раскладка, фасовка, приготовление) ЛС;
- f) выполнение назначений ЛС;
- g) мониторинг ЛС;
- h) оценка.

3. Термины, определения и сокращения

1) *Лекарственный формуляр*– перечень лекарственных средств, сформированный с учётом профиля организации здравоохранения, предоставляемых услуг, с учётом обоснованности и экономической эффективности, на основе Казахстанского Национального Формуляра.

2) *Эффективное управление лекарственными средствами*– обеспечение надлежащего планирования, приобретения, хранения, управления процессом назначения, централизованным обеспечением, рациональным, безопасным и эффективным использованием лекарственных средств в Центре.

3) *Побочное действие (sideeffect)* – фармакологический эффект медикамента, обычно неблагоприятный, и отличающийся от ожидаемого эффекта (цели) его назначения. Иными словами, это любая непредвиденная и (или) вредная для организма человека реакция, которая возникает при использовании лекарственного средства в рекомендуемых дозах, при которой существует причинно-следственная связь с лекарственным средством.

4) *Серьёзное побочное действие (seriousideeffect)* – любое неблагоприятное клиническое проявление, независимо от дозы лекарственного средства, представляющее угрозу для жизни, приводящее к смерти, стойкой или выраженной нетрудоспособности, или инвалидности, госпитализации или продлению срока госпитализации, врождённым аномалиям или порокам развития.

5) *Медикаментозная ошибка (MedicationError)*– любое предотвратимое событие, которое может привести к неправильному использованию ЛС или угрожать безопасности пациента.

6) *Потенциальная медикаментозная ошибка/ почти-ошибка (Medicationrelatednearmiss)* – отклонение от ожидаемого процесса на любом этапе использования ЛС (маркировка, назначение, выполнение назначений), которое не повлияло на исход в этот раз, так как было обнаружено и предотвращено до нанесения возможного вреда пациенту, но при повторении может привести к медикаментозной ошибке и серьёзным последствиям.

7) *Полипрагмазия* – от греческого poly-много + pragma-предмет, вещь. Термин «полипрагмазия» часто используется в медицинской литературе, однако общепринятого его определения не существует. В отечественных литературных источниках полипрагмазия

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
		Система менеджмента качества	Версия: 1

определяется как «как одновременное назначение большого количества лекарств, в том числе необоснованного их применения».

8) *Отсутствие эффективности лекарственного средства* – отсутствие благоприятного лечебного действия лекарственного средства на течение, продолжительность заболевания и качество жизни пациента.

9) *Сопроводительная терапия* – комплекс лечебных мероприятий, позволяющий предотвратить или уменьшить количество осложнений, вызываемых цитостатической терапией.

10) *Терапевтическое дублирование* – это одновременное назначение нескольких ЛС с одинаковым терапевтическим эффектом.

11) *Устаревший медикамент* – это открытый медикамент и обычно безопасный, эффективный для использования в течение короткого периода времени после открытия.

12) *Фармакодинамика* – совокупность фармакологических и клинических эффектов ЛС (включая желаемые и побочные).

13) *Фармакокинетика* – путь поступления ЛС в организм человека, его всасывание, распределение, биотрансформация и выведения из организма;

4. Ответственность

1) Контроль за бесперебойное обеспечение ЛС и рациональное применение ЛС обеспечивает Заместитель Директора по лечебной части.

2) Контроль за хранением и приготовлением (разведением, фасовкой) ЛС ведёт заведующий аптекой и старшие медицинские сестры отделений.

3) Аудит рационального применения ЛС осуществляет врач-эксперт службы поддержки пациента.

4) Ответственность за правильное применение, использование ЛС, выполнение назначений несут врачи и средний медицинский персонал Центра.

5. Планирование, отбор и закуп ЛС

1) Начальник экономического отдела производит расчёт финансовых средств на следующий финансовый год для закупа ЛС для каждого клинического, поликлинического и параклинического отделения. Результаты расчёта начальник экономического отдела в письменном виде доводит до сведения заведующих структурных подразделений, аптеку и отдел государственных закупок.

2) Заведующие отделениями и заведующая аптекой составляют перечень лекарственных средств, используемых в клинических подразделениях Центра с учётом профиля, с указанием подробных технических спецификаций и характеристик, в соответствии с протоколами диагностики и лечения, клинических протоколов, руководств и лекарственным формуляром Центра. Данный перечень каждого отделения передаётся на рассмотрение и согласование на Формулярную комиссию (далее - ФК). ФК рассматривает все заявки отделений, при рассмотрении и согласовании перечня обязательно участие заведующего отделением. В случае несоответствия или несогласия членов ФК с отдельными пунктами или перечня в целом – он возвращается на доработку.

3) Учитывая перечень ЛС, аптека формирует справочник международных непатентованных названий ЛС. Проводит анализ рынка цен, сбор прайс-листов и коммерческих предложений от оптовых компаний, а также учитывает предельные цены, установленные Правительством Республики Казахстан.

4) Заведующие отделениями формируют заявку в разрезе номенклатуры сформированного справочника номенклатуры и источников финансирования в соответствии с производственным планом отделения, на основании данных динамики заболеваемости и эпидемиологической ситуации в регионе, а также статистических данных по прогнозируемому количеству больных, с учётом регистров пролеченных больных, с учётом фактического потребления лекарственных средств за предыдущий год и прогнозируемого остатка на 1 января следующего финансового года.



5) Количество закупаемых лекарственных средств должно быть суказанием графика поставки, которое может быть изменено в сторону уменьшения до десяти процентов от количества, указанного в первичной заявке. При формировании заявки аптека округляет количество закупаемых лекарственных средств и изделий медицинского назначения до минимальной упаковки от общего годового объёма в целях сохранения их качества. На момент поставки лекарственных средств поставщиком в Центр оставшийся срок годности препарата не должен быть менее чем 50% от общего срока годности.

6) Каждое структурное подразделение защищает поданную заявку, согласно формы защиты заявки (см. приложение 1,2).

7) Аптекой формируется сводная заявка на ЛС на следующий финансовый год.

8) После проверки и согласования с экономическим отделом, заявка утверждается Директором Центра и направляется в «СК-Фармация» и отдел государственных закупок.

9) Отдел государственных закупок составляет и утверждает План государственных закупок Центра в соответствии с заявкой на ЛС.

10) При возникновении у структурных подразделений в том же финансовом году дополнительной потребности, структурные подразделения представляют с 1 по 5 число каждого месяца соответствующего финансового года аптеке дополнительные заявки на закуп с указанием наименований ЛС их количества, источников финансирования в соответствии с производственным планом отделения и графиков поставки.

6. Хранение, транспортировки и обеспечение запаса лекарственных средств и ИМН

1) Все медицинские и фармацевтические работники, вовлечённые в процесс хранения и транспортировки ЛС проходят обучение по требованиям к хранению ЛС, организуемый аптекой.

2) Контроль за соблюдением требований к хранению ЛС в отделениях проводится согласно графика проверок, не реже, чем раз в месяц, провизорами аптеки с документированием результатов проверки условий хранения ЛС.

3) Проектирование, устройство, состав, размеры площадей, оборудование помещений хранения ЛС и их эксплуатации обеспечивают сохранность, условия хранения различных групп ЛС, и обращения с ними.

4) В зависимости от выполняемых работ помещения хранения последовательно взаимосвязаны, исключают перепутывание, а также доступ посторонних лиц.

5) Одномоментный объем ЛС, размещённых в помещениях хранения, не превышает 75 процентов площади помещений хранения.

6) В помещениях хранения ЛС размещаются в материальных шкафах, на стеллажах, паллетах, в сейфах в потребительской и/или в открытой заводской упаковке этикеткой (маркировкой) наружу.

7) Помещения хранения ЛС обеспечиваются необходимым оборудованием и инвентарём: стеллажами, поддонами, подтоварниками, шкафами для хранения лекарственных средств и изделий медицинского назначения. Технологическим оборудованием для создания температурного режима, приборами для регистрации температуры и влажности, средствами механизации для погрузочно-разгрузочных работ, дезинфекционными средствами и уборочным инвентарём для обеспечения санитарного режима, иным оборудованием и инвентарём, обеспечивающим санитарно-гигиенический режим, охрану труда, технику безопасности, пожарную безопасность, защиту окружающей среды и сохранность ЛС.


8) Холодильные комнаты (камеры), холодильные устройства, холодильники, оснащены приборами для контроля температуры внутри оборудования (электронными приборами, термометрами).

9) Оборудование, используемое для контроля или мониторинга условий хранения лекарственных средств (средства измерения), калибруется (поверяется).

10) На случай возникновения неисправности холодильного оборудования, холодильной камеры или отключения электроэнергии, чрезвычайных ситуаций разрабатывается и утверждается Директором Центра план экстренных мероприятий.



- 11) Условия хранения ЛС в отделениях проверяется старшей медицинской сестрой отделения. Учёт сроков годности ведётся в бумажном или электронном виде 1 раз в месяц.
- 12) Чистота помещений хранения ЛС и ИМН поддерживается постоянно, полы подвергаются влажной уборке 1 раз в день с применением дезинфицирующих средств.
- 13) В помещениях хранения поддерживается требуемая температура и влажность воздуха, которые регистрируются в журнале учёта температуры воздуха и относительной влажности воздуха. Для контроля и наблюдения за этими параметрами есть термометры и гигрометры, которые закреплены на стенах в помещении хранения или внутри холодильника, где хранятся ЛС.
- 14) ЛС должны храниться в соответствии с рекомендацией производителя, в зависимости от фармакологической группы, способа применения (внутреннее, наружное) в зависимости от агрегатного состояния, в соответствии с физико-химическими свойствами и влиянием различных факторов внешней среды.
- 15) ЛС признанные несоответствующими качеству и безопасности (брак, с истекшим сроком годности, фальсифицированные, запрещённые к использованию, приостановленные для медицинского применения и другие) изолированы от остальной продукции и помещены на хранение в специально отведённое место, защищённое от неправомерного доступа. Такая продукция отмечается «Не подлежит дальнейшему использованию».
- 16) ЛС хранятся соответствующим образом в выделенных и чётко обозначенных зонах, доступ в которые разрешён только персоналу, имеющему на это право.
- 17) ЛС, требующие защиты от воздействия света (антибиотики, витамины и витаминные препараты, кортикостероиды) должны храниться в шкафах, с дверцами, предохраняющими от проникновения света (см. приложение 3).
- 18) ЛС, требующие защиты от улетучивания должны храниться в герметически закрытой таре.
- 19) Все ЛС должны храниться при температуре в соответствии с инструкцией производителя:
- а) в комнатной температуре от +15 С° до +25 С°,
 - б) или прохладной температуре от +8 С° до +15 С°
 - в) или более низкой температуре от +2 С° до +8С°, если не указано иное.
- В случае отклонения температуры от допустимых пределов в холодильнике, медикаменты перемещаются в другой холодильник. Делается запись в журнале учёта технического обслуживания с указанием времени обнаружения неисправности холодильника.
- 20) Хранение огнеопасных лекарственных средств осуществляется отдельно от других лекарственных средств, помещения для хранения огнеопасных и взрывоопасных лекарственных средств обеспечиваются негорючими и устойчивыми стеллажами и поддонами. Легковоспламеняющиеся лекарственные средства хранят в плотно укупоренной прочной, стеклянной или металлической таре, чтобы предупредить испарение жидкостей из сосудов.
- 21) В отделениях Центра легковоспламеняющиеся и легкогорючие жидкости разрешается хранить общим количеством не более 3 килограмм в специальном металлическом ящике вдали от нагревательных приборов и выходов.
- 22) Маркировка шприцов с набранными ЛС проводится в случаях если имеется отсрочка по времени введения ЛС пациенту, на стикер вносится запись ручкой: название ЛС, разовая доза, время разведения (или набора ЛС в шприц). Если после набора ЛС в шприц, ЛС сразу же вводится (используется), то маркировка не требуется.
- 23) Экспериментальные лекарственные средства не используются в Центре.
- 24) Образцы лекарственных средств (например, коммерческие образцы) не используются в Центре. Приобретение, хранение и использование таких ЛС не разрешено на территории Центре.
- 25) На складе Аптеки имеется восполняемый 2-х месячный запас ЛС, в отделениях Центра – 10 дневный запас ЛС, на посту отделения – 3 дневный запас и других лекарственных форм. Ответственность за наличие необходимых ЛС возлагается на старшую медицинскую сестру отделения.
- 26) При незапланированном расходе (использовании всего запаса), отделением подаётся заявка с обоснованием для внепланового заказа ЛС и ИМН.

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
		Система менеджмента качества	Версия: 1

27) Медикаменты в Центре защищены от краж и утери. К местам хранения ЛС доступ посторонних лиц ограничен (закрываются под ключ или защищены иным образом).

28) ЛС со схожими названиями или схожими упаковками хранятся отдельно друг от друга, на разных полках с наклейкой согласно Правил обращения с медикаментами высокого риска.

29) ЛС высокого риска и концентрированные электролиты хранятся в красных коробках или на красной полке с наклейкой согласно Правил обращения с медикаментами высокого риска.

7. Лекарственные средства, принесённые пациентом

1) Медицинская сестра отделения, а также лечащий врач должны объяснить пациенту, членам семьи о том, что приносить свои ЛС в Центр не рекомендуется, предупредить об опасности бесконтрольного применения ЛС.

2) Врач документирует все ЛС и БАД, принимаемые пациентом за последний 1 мес. (4 недели) или на постоянной основе. Врач указывает название, дозу и время приёма медикаментов и БАД в лекарственном анамнезе в Форме «Первичный совместный осмотр пациента», а также в «Листе врачебных назначений».

3) При наличии ЛС пациентов, принесённых с собой, медицинская сестра документирует в форме «Первичный совместный осмотр пациента». Медсестра/ медбрат должен информировать лечащего врача для принятия решения о дальнейшем применении ЛС принесённого пациентом.

4) Постовая медицинская сестра составляет список ЛС, принесённых или приобретённых пациентом самостоятельно, если они будут использованы в Центры (после решения лечащего врача) в Центре (приложение 4).

5) Принесённые пациентом ЛС должны быть возвращены членам семьи:

- а) при отсутствии необходимости приёма этого ЛС постоянно;
- б) при наличии данного ЛС или его аналога по МНН в Центре.

6) Пациент может применять собственные (приобретённые за свой счёт) ЛС только при ограниченных следующих обстоятельствах:

- а) при отсутствии ЛС в лекарственном формуляре ЛС в Центре, включая все генерики (любые торговые наименования), по причине, решение которых не входит в силу или компетенцию Центра (например, отсутствие ЛС у поставщика, задержка при ввозе в страну, вопросы лицензирования, отзыв партии ЛС и т.п.);
- б) при заявлении пациента о решении принимать собственное ЛС, после информирования врачом о наличии в Центре равноценного генерика или ЛС с одинаковым механизмом действия, равной эффективности и безопасности. В данном случае берётся письменное заявление пациента в форме «Отказ от лечения» с отметкой в пункте «отказ от предложенного медикаментозного лечения» с указанием названия ЛС, дозы, формы ЛС;
- в) при отсутствии обязательства со стороны Центра предоставить данное ЛС (не входит в перечень лекарственного формуляра Центра, не включено в протокол диагностики и лечения данного заболевания, пациент госпитализирован на платной основе).

7) Собственные ЛС пациента, разрешённые для применения в период его стационарного лечения в Центре, принимаются при наличии заводской упаковки с указанием серии, срока годности, целостности ампул, флаконов, блистеров, упаковок, после проверки медицинской сестры отделения на предмет цвета, формы ЛС.

8) ЛС пациента должны храниться на отдельной полке от ЛС отделения в процедурном кабинете/ на посту или у старшей медицинской сестры с указанием Ф.И.О. и даты рождения пациента согласно утверждённой форме. Полку необходимо подписать «*Лекарства пациента (личные, принесённые извне)*».

9) За сохранность и надлежащее использование ЛС пациента ответственность несёт старшая медицинская сестра отделения. Остаток ЛС пациента, принесённые с собой, должны быть возвращены пациенту или родственникам во время выписки из стационара.

10) При обнаружении ЛС принесённых пациентом, с истекшим или истекающим сроком годности, ЛС передаются родственникам пациента.



11) Лечащий врач согласовывает случай применения собственного ЛС пациента со вторым врачом, который проводит обзор назначений и подтверждение. В «Листе врачебных назначений» ставится вторая подпись согласовавшего врача.

12) Если пациент использует ЛС принесённые с собой, лечащим (либо дежурным) врачом приём данного ЛС отражаются в «Листе врачебных назначений» с пометкой * (в «Листе врачебных назначений» слово «свой» в скобках написать собственноручно врачом).

13) Все назначения собственных ЛС пациента, после включения их врачом в лист врачебных назначений, выполняются медицинской сестрой отделения.

14) Допускается самостоятельное использование специальных инсулиновых шприц-ручек для подкожного введения инсулина пациентам, страдающим сахарным диабетом, обученным использованию данных шприц-ручек и применяющие их на протяжении определённого промежутка времени (не менее 2 недель).

15) Допускается самостоятельное применение ингаляторов пациентам, страдающим бронхиальной астмой и другими бронхообструктивными заболеваниями, обученным использованию данных ингаляторов и применяющие их на протяжении некоторого времени (не менее 2 недель).

8. Приобретение лекарственных средств во внерабочее время, при отсутствии в отделении или в Центре

1) Информация о наличии ЛС доступна всем врачам и медицинским сёстрам в программе учёта ЛС.

2) Для предупреждения дефицита и бесперебойного обеспечения пациентов ЛС на период выходных, праздничных дней, предусмотрено во всех отделениях иметь 10-ти дневной запас ЛС, в отделении реанимации и интенсивной терапии, в остальных клинических структурных подразделениях допустимо хранение 10-ти дневного запаса. Ответственность за наличие необходимых ЛС возлагается на старшую медицинскую сестру отделения.

3) Решение об использовании ЛС, не входящего в лекарственный формуляр Центра, в том числе незарегистрированного ЛС, принимается совместно с участием провизора аптеки, заведующего отделением и курирующим заместителем с документацией причин назначения на заседании ФК.

4) В исключительных случаях, во внерабочее время, при отсутствии ЛС в Центре, ЛС приобретаются на основе договора с частной аптекой с круглосуточным режимом работы с доставкой в Центр сотрудником аптеки или допускается, что сотрудник Центра забирает из аптеки требуемое количество необходимого лекарственного средства с документированием в соответствующей форме. (приложение 5).

5) Сведения о факте приобретения лекарственных средств в частной аптеке передаются провизору Аптеки Центра не позднее 09.00 утра следующего рабочего дня.


6) Дежурный врач (ответственный дежурный) → подача заявки в аптеку → дежурным сотрудником (медсестра, провизор) ЛС доставляется из частной аптеки в Центр.

9. Медикаменты для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи

1) Сумка укладка для оказания неотложной помощи – состав и места размещения в структурных подразделениях, определены приказом главного врача.

2) Набор «Код синий» для проведения расширенной сердечно-лёгочной реанимации (см. Руководство «Код синий») – в 151 кабинете.

3) Состав набора/укладки утверждается и пересматривается на заседании Формулярной Комиссии, внутри должен быть список ЛС, с указанием МНН и торговое название, лекарственная форма, единица измерения, количество, серия, срока годности ЛС и ИМН, дата и подпись ответственного опечатавшего укладку сотрудника.

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
		Система менеджмента качества	Версия: 1

4) Ежедневная передача и приём наборов и упаковок между сменами среднего медицинского персонала документируется по утверждённой форме «Журнал передачи – приёма упаковок по оказанию неотложной помощи (сумка, тележка) перечня ЛС, ИМН и МТ».

5) Проверка ЛС и ИМН набора/ упаковки на целостность упаковки, срок годности, соблюдение условий хранения проводится и документируется в форме чек – листа.

a) 1 раз в месяц сотрудниками Аптеки,

b) 1 раз в месяц старшими медицинскими сёстрами структурных подразделений, где размещены упаковки;

c) 1 раз в неделю средними медицинскими работниками структурных подразделений;

6) При обнаружении нарушении целостности упаковок, ампул, флаконов, блистеров, также при истечении срока годности ЛС или ИМН должны быть заменены в аптеке, о чем делается запись в журнале передачи, далее ЛС передаются в аптеку с сопроводительным документом в форме акта. Акт должен подписать медсестра, старшая медсестра, заведующей структурного подразделения и заведующей аптеки.

7) При сдаче каждой смены ежедневно в журнале проверки противошоковой упаковки и журнале проверки набора «Код Синий» делается запись о проверке (набор не вскрыт).

8) ЛС для экстренных случаев используются персоналом, владеющим соответствующими навыками (базовых реанимационных мероприятий BLS или др.).

10. Возврат и отзыв лекарственных средств и изделий медицинского назначения

1) Документация по передаче и возврату ЛС или ИМН ведётся в электронном виде в программе учёта сотрудниками Аптеки.

2) Отзыв ЛС или ИМН фирмой-производителем или надзорными органами по несоответствию гарантированного качества производится на основании письменного уведомления МЗ РК или иных авторизованных организаций.

3) Заместитель Директора по лечебной части, заведующая аптекой оповещает клинические подразделения (заведующих, старших медицинских сестёр отделений) об отзыве ЛС или ИМН на утренней конференции или иным образом в течение 24ч. после получения информации об отзыве ЛС.

4) Старшая медицинская сестра отделения незамедлительно возвращает в Аптеку партию отозванных ЛС.

5) Изъятие отозванных ЛС из отделений в аптеку должно быть проведено в течение суток.

6) Уничтожение и утилизация отозванных ЛС производится с последующим письменным уведомлением МЗ РК.

11. Уничтожение лекарственных средств с истекшим сроком годности

1) Старшая медицинская сестра отделения должна каждые 10 дней проверять срок годности и целостность упаковок ЛС в отделении.

2) Медицинская сестра, выполняющая назначение, перед его выполнением проверяет срок годности на упаковке (без записи).

3) На упаковках ЛС ярким фломастером отмечается дата истечения срока годности за один месяц. (например, месяц и год, 8/2018).


4) При наличии повреждённых ЛС и ЛС с истекшим сроком годности, составляются акты списания ЛС в 2 экземплярах (1 экземпляр передаётся в конце месяца в бухгалтерию, 2-й экземпляр в аптеку).

5) Все повреждённые ЛС и ЛС с истекшим сроком годности подлежат централизованному уничтожению в Аптеке.

6) Уничтожение ЛС с истекшим сроком годности производится только в Аптеке в присутствии Комиссии по уничтожению ЛС Центра в соответствии с требованиями нормативных правовых актов уполномоченного органа.

7) Утилизация ЛС с истекшим сроком годности проводится в соответствии с требованиями нормативных правовых актов уполномоченного органа.

12. Назначение лекарственных средств врачам

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
		Система менеджмента качества	Версия: 1

1) ЛС имеет право назначать и отменять только врачи с действующим сертификатом специалиста.

2) Назначения ЛС врачами - консультантами (внутренними и внешними) носит рекомендательный характер, и не документируется ими в «Листе врачебных назначений» (кроме экстренных ситуаций). Решение по назначению рекомендованных консультантом ЛС принимает лечащий врач пациента.

3) Назначаемое ЛС должно входить в лекарственный формуляр Центра. Назначение ЛС вне лекарственного формуляра применяется после согласования с заместителем Директора по лечебной работе Центра.

4) Первоначальные назначения ЛС сравниваются с ЛС, принимаемым до госпитализации с учётом медикаментозного анамнеза;

5) ЛС назначается врачом и перепроверяется вторым врачом с учётом (см. приложение 6) обоснованности назначения (показания к назначению, рациональный выбор ЛС, доза, путь введения, частота, продолжительность курса, терапевтическое дублирование (лекарственный анамнез пациента)).

6) Врач документирует все ЛС и БАД, принимаемые пациентом за последний 1 мес. (4 недели) или базовую терапию на постоянной основе. Врач указывает название, дозу и время приёма медикаментов и БАД в лекарственном анамнезе в Форме «Первичный совместный осмотр», а также в форме «Лист врачебных назначений», аллергические реакции и чувствительность к ЛС, лабораторные показатели печёночных проб, взаимодействие с пищей и другими ЛС, физиологические параметры пациента - вес, возраст, состояние, показания из действующих протоколов диагностики и лечения, клинических протоколов, руководств, противопоказания);

7) Корректного оформления (полнота документации в листе назначения).

8) Назначение ЛС документируется на казахском или на русском языке, по МНН и под торговым наименованием, назначение наркотических и психотропных веществ производится на латинском языке, в утверждённых формах:

a) форма Лист врачебных назначений (стационар);

b) формы для ОАРИТ;

c) листок приёма устных и телефонных сообщений.

9) Полным считается назначение, если в листе назначения ЛС указаны:

a) идентификация пациента (полные ФИО и дата рождения);

b) название ЛС (МНН или торговое);

c) прописывается рассчитанная разовая терапевтическая доза:

– в миллиграммах - таблетки, порошки, капсулы, за исключением ЛС разовая терапевтическая доза которых 1 грамм и более - указывается в граммах;

– в миллилитрах (при наличии процентного содержания – его надо указывать) - жидкое ЛС в ампулах, во флаконах;

– расчёт разовой и суточной терапевтических доз и кратность введения производится врачом.

10) Врач пишет рассчитанную разовую (однократную) терапевтическую дозу.

a) способ приёма или путь введения;

b) если применимо, скорость введения (кап/мин, мл/час либо мг/час для инфузома, дозатора);


c) время или кратность (час: мин);

d) для ЛС, назначаемых по необходимости (progenata), например, при повышении АД, t, при болях, рекомендуется указать точное показание (балл по шкале боли, уровень АД и т.п.);

e) длительность применения ЛС (курс лечения) – в виде знака «+» на те дни, в которые назначено ЛС;

f) если применимо, особенности взаимодействия ЛС с другими ЛС или пищей, ожидаемые побочные действия ЛС;

11) Не допускается расчёт доз средним медицинским персоналом.

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
		Система менеджмента качества	Версия: 1

12) Отмена ЛС оформляется аббревиатурой «ОТМ» с указанием подписи отменившего врача. Рекомендуется указать дату и время отмены;

13) Ставится подпись второго (проверившего) врача на каждое назначение, кроме перечисленных примеров, когда достаточно одной подписи врача:

- а) экстренные ситуации;
- б) введение контрастных веществ при проведении диагностических исследований;
- с) назначений в операционных блоках, ангиографической лаборатории.

14) Назначения ЛС прописываются разборчиво и читабельно (если вручную). При нечитабельности и неразборчивости почерка медицинская сестра не имеет права выполнять назначение ЛС до уточнения назначения у врача. Врачам: **запрещается назначать** инъекционные лекарственные средства в форме смеси в одном шприце, нельзя смешивать разные ЛС с разной фармакокинетикой в одном флаконе, за исключением растворителей ЛС, рекомендованных в инструкциях ЛС.

15) Не допускаются заштрихованные символы и сокращения (Приложение 7). Также см. Правила использования аббревиатур Центра.

16) Запрещается писать ноль после запятой или точки.

Например, 1,0 мг или 400,0 мл – это ошибка.

Правильно: 1 мг или 400 мл.

17) Не разрешаются исправления корректором. Если допущена ошибка, можно ее исправить до проверки вторым врачом в электронном виде или до выполнения медицинской сестрой. Можно исправить написанный вручную или напечатанный текст в виде перечерчивания: пример. При перечёркивании слова, рядом исправивший сотрудник ставит свою подпись (рекомендуется также ставить дату и время исправления, если назначение уже частично ранее исполнялось).

18) Второй (проверяющий назначения) врач должен иметь соответствующую квалификацию и проверять назначения с учётом вышеуказанных факторов.

19) Лечащим врачом или медицинской сестрой проводится обучение пациента по вопросам приёма ЛС (правильный способ использования ЛС, цель назначения ЛС, риски несоблюдения назначений), если применимо, по взаимодействию ЛС с другими ЛС и пищей в форме Лист обучения пациента для стационарных пациентов.

20) Отказ пациента от приёма ЛС документируется в форме «Отказ пациента от лечения», где указывается пункт об отказе от ЛС. Форма подписывается пациентом или доверенным лицом (родственником) и врачом.

21) Устное или телефонное назначение ЛС допускается только в экстренных ситуациях. В экстренной ситуации, когда невозможно записать назначение, разрешено полностью повторить вслух назначение и услышать подтверждение. В таком случае заполняется листок приёма устного/ телефонного сообщения согласно правил по «Передаче информации устно и по телефону» (врач сообщает → медицинская сестра записывает и читает вслух → врач подтверждает правильность) после выполнения и стабилизации состояния пациента. Врач в течение 24 ч. ставит свою подпись в этом листке. Лист хранится в медицинской карте пациента. Врачом, назначившим устное или телефонное назначение, проведённое в экстренных случаях, вносится запись в лист врачебных назначений в течение рабочей смены, медсестра заполняет графу о выполнении.

22) В выписном эпикризе пациента при выписке лечащим врачом указываются важные сведения о проведённой медикаментозной терапии.

23) Назначенные ЛС внесённые в Лист врачебных назначений перепроверяется в электронном формате провизором и/или клиническим фармакологом на этапе подтверждения назначения.

24) Медицинские карты пациентов содержат список медикаментов, принимаемых до госпитализации, и эта информация доступна сотрудникам отделения госпитальной фармации и медицинским работникам, вовлечённым в лечение пациента.

13. Выполнение назначений лекарственных средств медицинскими сёстрами



1) Выполнение назначений проводится только средним медицинским персоналом, имеющим действующий сертификат специалиста и соответствующие компетенции (по приготовлению ЛС, по асептике, гигиене рук и т.п.).

2) Приготовление (разведение, фасовка) ЛС проводится в чистой, безопасной обстановке с использованием необходимых СИЗ, оборудования специально обученным персоналом – медицинскими сёстрами в клинических.

3) Медицинская сестра не должна выполнять назначения ЛС (кроме экстренных случаев), если нет подписей двух врачей: назначивший врач, проверивший назначение второй врач. Если нет второй подписи врача, необходимо сдать врачу-эксперту орг. метод отдела «Отчёт об инциденте» (почти ошибка). Лечащим врачом ежедневно проверяется выполнение назначений средним медицинским персоналом, по 5 пунктам правил выполнения назначений врача.

4) При выполнении назначения средний медицинский работник проводит сверку с листом назначений и упаковкой на соответствие «пяти пунктов»:

a) правильный пациент - Ф.И.О. пациента и дата рождения (по браслету, устно, по документам);

b) правильный препарат - название ЛС;

c) правильная доза (сравнить с дозой в ампуле/флаконе или таблетке);

d) правильный путь введения ЛС;

e) правильное время и частота введения – допускается введение назначенного ЛС пациенту в течение «+» «-» 30 минут. Исключение составляет если пациент ушёл на процедуру. Для отделения анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии для плановых назначений «+» «-» 10 минут.

5) Перед введением ЛС проверяются срок годности ЛС и аллергии пациента на лекарства.

6) Если ЛС было разведено или приготовлено, но не сразу вводится пациенту (отсрочка введения), то ЛС маркируются стикером с указанием:

a) идентификация пациента: ФИО, дата рождения;

b) названия ЛС;

c) дозы / концентрации;

d) даты и времени изготовления;

e) даты и времени годности.

7) Пациентам предоставляется информация о медикаментах перед их применением и возможность задавать вопросы.

8) В случае отсрочки введения, приготовленный ЛС должен храниться в помещении для приготовления ЛС согласно условиям и срокам хранения указанный в инструкции ЛС. Запрещается оставлять приготовленные ЛС у постели пациента или в других незащищённых, доступных для пациента местах.


9) При вскрытии растворов для многократного использования, на упаковку клеится наклейка с датой вскрытия и надписью «использовать до__». Если это ЛС предназначено для индивидуального пациента, то также ФИО и дата рождения пациента.

10) Медицинская сестра не должна выполнять назначения, если запись назначения неполное, неясное, нечитабельное. В таком случае медицинская сестра должна уточнить у назначившего врача (врач объясняет устно или, при необходимости, дополняет, исправляет свою запись) и врачу-эксперту орг. метод отдела «Отчёт об инциденте» (почти ошибка).

11) После выдачи или введения ЛС пациенту, выполнявший процедуру медицинская сестра документирует выполнение в листе назначений с указанием дозы, времени и автора (инициалы или подпись).

12) В случае невыполнения назначения ЛС, в листе назначений медицинской сестрой документируется причина.

a) В случаях, когда врачом назначено ЛС по показаниям (progenata), и указанное показание у пациента не наблюдалось в течение суток, т.е. отсутствовала необходимость приёма/введения данного ЛС, в листе назначений

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
		Система менеджмента качества	Версия: 1

13) медицинской сестрой вносится знак «/» в колонках данных суток.

14) В случае отказа пациента от приёма лекарственного препарата, назначенного лечащим врачом, врачом и пациентом заполняется Форма «Отказ от предложенного лечения».

14. ЛС, впервые назначенные пациенту

1) Наблюдение за состоянием пациента при первом введении ЛС, в том числе ранее не применяемого у данного пациента, проводится в течение одного часа медицинской сестрой (то есть в течение часа медсестра несколько раз заходит к пациенту в палату – например, каждые 15 минут 4 раза в течение часа и проводит опрос). Лечащим врачом при назначении ЛС в медицинскую карту добавляется информация по впервые назначенным лекарственным средствам.

2) При появлении одного из симптомов (см. Приложение 8) медицинская сестра срочно сообщает об этом лечащему или дежурному врачу.

3) При возникновении побочного действия ЛС, медсестра или врач, который обнаружил это, сообщает в врачу-эксперту орг.метод отдела через Отчёт об инциденте (в течение 24 часов с момента обнаружения) и провизору аптеки. Далее провизор аптеки согласно законодательству РК заполняет форму «Карта-сообщение о побочном действии, серьёзном побочном действии и отсутствии эффективности лекарственного средства», и направляет в необходимый государственный орган (Комитет фармации МЗ РК) в течение 5 – 14 суток с момента регистрации, при серьёзных побочных реакциях – в течение 1 суток с момента возникновения. Информация о побочных действиях указывается в медицинской карте пациента, а именно лечащий врач указывает в своих дневниковых записях. Также информация выносится на разбор формулярной комиссии.

4) Впервые включённые в лекарственный формуляр ЛС в течение 6 месяцев находится на мониторинге.

15. Мониторинг лекарственных средств в отделении

1) Заведующий контролирует соблюдение настоящих правил в отделении.

2) При совместном обходе с заведующим отделением проводится обсуждение плана лечения и медикаментозной терапии.

3) Второй врач, проверяющий назначения, обращает внимание на пункты проверки назначений, указанные в приложении 6:

а) **Обоснованность назначения** (рациональный выбор ЛС, доза, путь введения, частота, продолжительность курса, терапевтическое дублирование(лекарственный анамнез пациента), аллергические реакции и чувствительность к ЛС, взаимодействие с пищей и другими ЛС, физиологические параметры пациента - вес, возраст, состояние, показания из действующих протоколов диагностики и лечения, противопоказания);

б) **Корректное оформление** (полнота документации назначения).

4) **ЛС, требующие особого контроля** и назначаемые после решения консилиума с участием заместителя Директора по лечебной работе – это антибиотики группы Б, В (приложение 9) и дорогостоящие ЛС (приложение 10) группы Б.


5) Врачи имеют доступ к справочной информации о ЛС, взаимодействии ЛС друг с другом и пищевыми продуктами, показаниях, противопоказаниях и др. сведениях через следующие обновляемые справочные базы:

а) Формулярный справочник Центра (в почте Центра в папке «Провизор»);

б) Казахстанский национальный формуляр (в почте Центра в папке «Провизор»);

с) Британский национальный формуляр (в почте Центра в папке «Провизор»).

5) **Мониторинг фармакологических эффектов ЛС** особо важен:

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
		Система менеджмента качества	Версия: 1

b) для ЛС с узким терапевтическим коридором и потенциально высоким риском токсичности (аминогликозиды, ванкомицин, бензодиазепины, вальпроаты, карбамазепин, сердечные гликозиды, антиаритмические ЛС);

c) у пациентов со сниженной функцией почек, печени (возраст старше 65 лет);

d) при политерапии, когда нельзя исключить лекарственного взаимодействия.

6) Мониторинг эффектов ЛС проводится совместно всеми участниками лечебного процесса: лечащим врачом, медицинской сестрой и пациентом.

16. Обзор использования ЛС на уровне Центра

1) Не реже, чем раз в год заведующим аптекой, главной медицинской сестрой, начальником отдела государственных закупок и заместителем по качеству проводится оценка эффективности использования ЛС и ИМН в Центре, включающая в себя соблюдение требований и проблемы на всех этапах обращения с ЛС:

a) отбор и закуп ЛС и ИМН;

b) хранение ЛС в отделениях и Аптеке;

c) назначение ЛС врачами и проверка назначений;

d) приготовление или разведение ЛС;

e) введение ЛС медицинскими сестрами и мониторинг эффектов ЛС;

f) мониторинг изменений Лекарственного формуляра;

g) мониторинг медикаментозных ошибок и почти ошибок;

h) определение необходимости в обучении персонала;

i) необходимость применения новой доказательной базы.

2) Лист назначений мониторируется ежемесячно при обзоре текущих и закрытых медицинских карт врачами-экспертами.

3) Формулярная комиссия, включающая мультидисциплинарную команду всех, кто работает с ЛС, осуществляет общий мониторинг использования ЛС в Центре. Формулярная комиссия принимает решения по разработке и изменению лекарственного формуляра Центра, рекомендует на рассмотрение и утверждение новые руководства и рекомендации по лечению и диагностике в Центре, рассматривает случаи медикаментозных ошибок и почти ошибок, принимает основные решения по использованию ЛС в Центре.

4) При включении в лекарственный формуляр нового ЛС главный химиотерапевт города информирует о необходимости мониторинга всех эффектов (положительных и отрицательных) данного ЛС в течение не менее 6 месяцев.

5) Лечащий или дежурный врач должен документировать нежелательные или необычные эффекты вновь включённого в лекарственный формуляр ЛС в дневниковых записях с информированием врача-эксперта службы поддержки пациента.

6) Главный химиотерапевт проводит анализ обнаруженных эффектов нового ЛС для последующего отчёта и обсуждения на заседании Формулярной комиссии. Главный химиотерапевт докладывает результаты мониторинга эффектов ЛС на заседании Формулярной комиссии после 6 месяцев использования вновь включённого в формуляр ЛС.

7) Врачом-экспертом службы поддержки пациента проводится аудит применения ЛС, включающая:

a) анализ закрытых и открытых медицинских карт на предмет рациональности фармакотерапии;

b) разбор медикаментозных инцидентов (ошибок и почти-ошибок).



8) Заведующий Аптекой осуществляет:

- a) мониторинг управления ЛС на этапах заявки, закупа, поставки ЛС, формирования неснижаемого запаса и хранения ЛС в Центре;
 - b) координацию выдачи ЛС отделениям, уничтожение и утилизация ЛС с истекшим сроком годности.
- 9) Заведующий отделением совместно со старшей медицинской сестрой:
- a) проводят инструктаж для принятых на работу врачей и медицинских сестёр Центра по настоящим правилам (с отметкой в Лист ознакомления с Правилами).

17. Медикаментозные ошибки и почти-ошибка

1) Обо всех медикаментозных ошибках или почти ошибках имеет право сообщить любой участник лечебного процесса: врач, медсестра, пациент, родственники пациента и др.

2) При обнаружении или подозрении на медикаментозную ошибку немедленно информируется лечащий или дежурный врач. При необходимости врач производит коррекцию назначения.

3) Каждый случай медикаментозной ошибки и почти-ошибки должен сообщаться через «Отчёт об инциденте» врачу-эксперту орг. метод отдела.

4) Для анализа медикаментозной ошибки и почти-ошибки привлекаются по необходимости другие работники.

5) Результаты анализа подаются на рассмотрение Форумной комиссии с целью принятия системных решений проблем.

18. Регистрация побочных действий, серьёзных побочных действий и отсутствие эффективности лекарственных средств

1) Все случаи возникновения ПД, СПД и ОЭ при медицинском применении ЛС подлежат документированию в Медицинской карте пациента и сообщению клиническому фармакологу.

2) При возникновении ПД, СПД и ОЭ ЛС врачи СП должны:


- a) информировать заведующего СП ► заместителя директора по лечебно-диагностической работе (ФК) ► руководство;
- b) информацию о ПД, СПД и ОЭ внести в медицинскую карту стационарного пациента;
- c) информировать заведующую аптеки;
- d) предоставить с обязательным минимальным объёмом информации клиническому фармакологу в течение 48 часов (приложение 11).

3) Клинический фармаколог должна:

- a) получить код у уполномоченной организации (органа), разрешающий работать в Портале в онлайн-режиме;
- b) для регистрации ПД, СПД, и ОЭ передать карту-сообщение через портал в уполномоченную организацию (орган) в онлайн-режиме с содержанием обязательного минимального объёма информации, требуемого для установления оценки причинно-следственной связи развития ПД, СПД и (или) ОЭ ЛС согласно приказу МЗ РК;
- c) письменно информировать руководителя Наблюдательного совета;
- d) совместно с заведующей аптекой проводить анализ и представлять необходимую информацию руководству о причинно-следственной связи.

4) В случае СПД со смертельным исходом или с причинением вреда здоровью пациента необходимо передать в НЦЭЛС:

- a) оригинал заполненной карты-сообщения

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
		Система менеджмента качества	Версия: 1

- b) копию инструкции по медицинскому применению ЛС;
- c) копию медицинской карты стационарного и (или) амбулаторного пациента;
- d) образцы подозреваемого ЛС;
- e) копию заключения о безопасности и качестве продукции (при наличии).

5) Аптека составляют годовой статистический отчёт о ПД, СПД и ОЭ ЛС и предоставляет информацию в Наблюдательный совет в установленные сроки.

19. Оценка использования ЛС

1) Мониторинг основан на критериях оценки ЛС на:

- a) обосновании использования ЛС (показания соответственно уровню доказательности и противопоказания);
- b) характеристике и аспектах использования ЛС (побочные действия, мероприятия при передозировке, дозировка, пути введения, взаимодействие с другими лекарствами/пищевыми продуктами, лабораторные анализы);
- c) обучении медперсонала;
- d) результатах лечения (ожидаемый терапевтический эффект)
- e) ценовой политике - стоимость курса лечения;

2) Критерии являются показателями правильного использования ЛС. Пороговые величины устанавливаются аудиторами и являются процентным показателем соответствия фармакотерапии принятым нормам (от 0% до 100%);

3) Формулярная комиссия определяет группу пациентов и ЛС для проведения оценку использования ЛС (невозможно и не целесообразно пытаться оценить использование всех применяемых лекарственных препаратов):

- a) из дорогостоящих;
 - b) антибиотики группы В;
 - c) из новых препараты, включённых в лекарственный формуляр.
- 4) оценки использования ЛС через определение:

- a) данных (ФИО врача, название ЛС, доза и лекарственная форма, продолжительность курса, и т.д.);
- b) источники их получения (медицинские карты, листы назначения, лабораторные журналы);
- c) отчётной формы (прилагается);
- d) ответственных лиц за сбор и систематизацию данных;
- e) метода сбора данных (перспективного, текущего, ретроспективного);
- f) объёма данных;

5) заведующие отделениями до начала проведения первого цикла знакомят сотрудников с поставленными задачами по программе оценки использования ЛС;

6) после разработки методологии проведения оценки использования ЛС, ответственными лицами проводится сбор данных, проведения оценки и определение проблем с использованием ЛС;

7) на Формулярной комиссии рассматривают выявленные проблемы;

8) ответственные лица проводят повторную оценку рационального использования ЛС на предмет устранения проблем;

9) Формулярная комиссия оценивает годовые результаты проведённых мероприятий по оценке использования ЛС и утверждает план работы по программе на следующий год.

20. Нормативные ссылки



- 1) Кодекс Республики Казахстан от 7 июля 2020 года № 360-VI ЗРК. «О здоровье народа и системе здравоохранения»;
- 2) Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-320/2020 «Об утверждении Правил проведения фармаконадзора лекарственных средств и мониторинга побочных действий лекарственных средств изделий медицинского назначения и медицинской техники».
- 3) Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 11 августа 2020 года № ҚР ДСМ - 96/2020 «Об утверждении Санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к объектам в сфере обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники».
- 4) Приказ Министра здравоохранения и социального развития РК от 24 апреля 2015 года № 262 «Об утверждении Правил хранения и транспортировки лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники».
- 5) Приказ Министра здравоохранения и социального развития РК от 26 января 2015 года №32 «Об утверждении Правил использования в медицинских целях наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, подлежащих контролю в Республике Казахстан».
- 6) Правила передачи информации устно и по телефону.
- 7) Правила обращения с медикаментами высокого риска.
- 8) Правила использования аббревиатур.

Приложение 1

**Форма обоснование на закуп ЛС в соответствии с производственным планом
для _____ на 20 ____ год**

Приложение 2

Форма обоснование на закуп ЛС _____ на 20 ____ год (сводный)

**Светочувствительные лекарственные средства
(должны храниться в местах, защищённых от прямых лучей солнечного света)**



Приложение 4

Информация по лекарственным средствам, принесенным пациентом

Ф.И.О пациента: _____ Дата рождения: _____
Дата поступления: _____ Номер МКСБ: _____

№	Наименование ЛС	Лекарственная форма	Серия	Срок годности	Количество ЛС при поступлении	Дата выписки	Расход ЛС	Возврат пациент у остатков ЛС

Прием ЛС от пациента

Параметры	Ф.И.О	Дата приема	Подпись
Ф.И.О врача			
Ф.И.О СМР			
Ф.И.О пациента			
Возврат ЛС пациенту			
Параметры	Ф.И.О	Дата приема	Подпись

Ф.И.О врача			
Ф.И.О СМР			
Ф.И.О пациента			

Приложение 5

ЗАЯВКА

на приобретение лекарственных средств (далее - ЛС) в выходные и праздничные дни, а также в ночное время суток (в нерабочее время для Аптеки Центра)

1. Наименование ЛС: _____

МНН, форма выпуска, если применимо, дозировка

2. Количество ЛС: _____

(например, в ампулах, в таблетках)



3. Требуется для отделения Центра: _____

4. Согласовано с дежурным врачом Центра: да, подпись _____ нет

5. Согласовано с Заместителем главного врача по леч – проф. работе: да

(можно по телефону)

6. Заявку заполнил врач Центра: _____

имя, фамилия, подпись, сотовый телефон врача

*Оригинал заявки выдается сотруднику аптеки «название частной аптеки»,
копия Заявки и накладная передается в Аптеку Центр*



ПАМЯТКА ДЛЯ ВРАЧА «ПРОВЕРКА ЛИСТА ВРАЧЕБНЫХ НАЗНАЧЕНИЙ ЛС»

При проверке назначений, учитывать:

1) **Обоснованность назначения:**

- рациональный выбор ЛС, доза, частота, путь введения и продолжительность курса,

- терапевтическое дублирование (лекарственный анамнез пациента),
- аллергические реакции и чувствительность к ЛС,
- взаимодействие с пищей и другими ЛС,
- физиологические параметры пациента (вес, возраст, состояние),
- показания из действующих протоколов диагностики и лечения,
- противопоказания,

1) **Корректное оформление** (полнота документации):

- два полных идентификатора пациента (ФИО, дата рождения);
- полное название ЛС (на русском или казахском языке, на латинском языке – наркотические, психотропные препараты), указана доза, путь введения, частота и время приёма, курс, если применимо – скорость введения,
- подпись (инициалы) назначившего врача;
- подпись (инициалы) проверившего врача.

«ДОСТУП К СПРАВОЧНОЙ ИНФОРМАЦИИ»

- **Формулярный справочник Центра ***
- **Казахстанский национальный формуляр ***
- **Британский национальный формуляр ***

*в почте Центра в папке _____



Приложение 7

Список разрешённых сокращений
(в листе назначений и др. документах с указанием ЛС)

Сокращения

Запрещается несанкционированное ксерокопирование документа



в/в	внутривенно
в/к	внутрикожно
в/м	внутримышечно
п/к	подкожно
гр	грамм
таб	таблетка
уд/мин	ударов в минуту
кап/мин или капель/в мин	капель в минуту
кг	килограмм
л	литр
мг	миллиграмм
мг/кг	миллиграмм на килограмм массы тела
мг/кг/мин	миллиграмм на килограмм массы тела в минуту
мг/кг/час	миллиграмм на килограмм массы тела в час
мг/кг/сут	миллиграмм на килограмм массы тела в сутки
мл/час	миллилитр в час
мг/час	миллиграмм в час
мл	миллилитр
ммоль	миллимоль
нед	неделя
мес	месяц
мин	минута
мкл	микролитр
мкг	микрограмм
мкг/кг/мин	микрограмм на килограмм массы тела в минуту
мкг/кг/час	микрограмм на килограмм массы тела в час
мг/м ²	миллиграмм на квадратный метр поверхности тела
мг/сут	миллиграмм в сутки
р/мес	раз в месяц
р/нед	раз в неделю
р/сут	раз в сутки
см	смотри
per os	перорально
капс	капсула
др.	драже
стр	струйно
ед	единиц
доз.	дозировка
конц.	Концентрация
дн	дней



ме/мл	международных единиц в миллилитре
инг.ч-з небулайзер	Ингаляция через небулайзер

Список запрещённых аббревиатур и символов

Сокращения названия ЛС

mg - писать «микрограмм» или мкг

В листе назначений > (знак больше), < (знак меньше), писать «больше», «меньше».

Единицы аптекарские, используйте метрические единицы


Приложение 8

ПАМЯТКА ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЁР «Мониторинг безопасности впервые применяемого ЛС»

Наблюдение за состоянием пациента при первом введении ЛС, в том числе ранее не применяемого у данного пациента, проводится **в течение одного часа** медицинской сестрой (например, заходить к пациенту каждые 15 минут, проводить опрос).

При появлении одного из указанных ниже симптомов срочно сообщается лечащему или дежурному врачу. Все неожиданные реакции документируются (в дневнике и через «Отчет об инциденте»).

- Головокружение
- Резкая бледность
- Снижение артериального давления
- Боль в животе
- Боль в поясничной области
- Тошнота, рвота
- Сухость во рту
- Головная боль
- Одышка, затрудненное дыхание
- Кашель
- Нарушение речи
- Отек кожи/подкожной клетчатки (лицо, губы, глаза и др)
- Кожный зуд
- Сыпь
- Шум в ушах

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
		Система менеджмента качества	Версия: 1

- Нарушение зрения
- Повышение температуры тела

Приложение 9

Антибиотики, назначаемые врачом самостоятельно (группа А)

Приложение 10

Лекарственные средства, назначаемые по согласованию заведующим отделением (группа А)

Приложение 11


ПАМЯТКА

**«Минимальный объем информации
при сообщении о побочном действии ЛС»**

При появлении побочного действия, отсутствия действия ЛС, врач или медицинская сестра должны документировать это в медицинской карте пациента и в течение 24 ч. заполнить и сдать в Отдел менеджмента качества и безопасности пациента «Отчёт об инциденте» с указанием следующего:

1. Информация о пациенте: возраст, пол и краткая история болезни.
2. Информация о реакции пациента (побочное действие ЛС/ отсутствие действия): описание (вид, локализация, тяжесть, характеристика), результаты исследований и анализов, время начала, течение и исход реакции.
3. Информация о подозреваемом ЛС: торговое название, международное непатентованное название, дозировка, способ введения, дата начала и окончания приёма, показания к применению, номер серии.
4. Информация о сопутствующих препаратах (включая средства самолечения): торговые названия, дозы, способ применения, дата начала и окончания приёма.
5. Факторы риска (например, снижение почечной функции, применение подозреваемого препарата ранее, предшествующие аллергии, периодический приём наркотиков).

Запрещается несанкционированное ксерокопирование документа

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
		Система менеджмента качества	Версия: 1

Указание условия пересмотра СОП: Пересмотр СОП проводится 1 раз в 3 года или при появлении новых требований.

Нормативные ссылки:

- Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года «Об утверждении форм учетной документации в области здравоохранения, а также инструкций по их заполнению» № ҚР ДСМ-175/2020;
- Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 ноября 2021 года «Об утверждении стандартов аккредитации медицинских организаций» « № ҚР ДСМ – 111.
- Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 24 августа 2021 года № «Об утверждении «Правил оказания первичной медико-санитарной помощи» ҚР ДСМ-90.

Лист регистрации изменений

№	№ раздела, пункта стандарта, в которое внесено изменение	Дата внесения изменения	ФИО лица, внесшего изменения

