




Наименование структурного подразделения:	Специализированная отделения		
Названия документа:	СОП «Правила выписки пациента из дневного стационара»		
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.	
	Врач дневного стационара	Кузембай Б.Т.	
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	Страница: 2 из 10

1. **Цель:** регламентировать процесс выписки пациентов дневного стационара ГКП на ПХВ «Ленгерская Городская поликлиника» УЗ Туркестанской области (далее - Поликлиника).
2. **Область применения:** дневной стационар поликлиники. Выполнение правил обязательно врачами Поликлиники, вовлеченными в процесс предоставления медицинских услуг пациентам дневного стационара.
3. **Ответственность:** медицинский персонал дневного стационара поликлиники.
 1. Выполнение правил обязательно медицинским персоналом Поликлиники, осуществляющим выписку пациента.
 2. Лечащий врач обеспечивает преемственность ухода, оказываемого вне Поликлиники путем формального (письменного) и неформального (по телефону) согласования консультаций, направлений пациента и выдачи содержательной выписки с рекомендациями.
 3. Всем пациентам дневного стационара Поликлиники при выписке выдается выписной эпикриз.

4. **Определение:**

Дневной стационар – это форма оказания медицинской помощи пациентам, которым не требуется круглосуточное медицинское наблюдение. В дневном стационаре проводится комплексное лечение, а также могут быть выполнены дополнительные 1) *Преемственность медицинского ухода* — координация действий между медицинскими работниками одной организации или между разными медицинскими организациями при оказании медицинской помощи. Например, согласование по телефону с другой медицинской организацией того, что пациент после выписки направляется в эту медицинскую организацию за лечением для своевременного, полного оказания медицинской помощи.

Выписка (процесс) - завершение ухода и лечения пациента в стационаре.

Выписной эпикриз или выписка (документ) — медицинский документ, который отражает установленный диагноз и итоги пребывания пациента в медицинской организации, результаты обследования, основные выполненные процедуры, проведенное лечение, состояние пациента на момент выписки и рекомендации по лечению и наблюдению для пациента и его семьи. обследования, консультации специалистов.

5. **Ресурсы:** бланки медицинской документации.

6. **Документирование:**

- 1) Карта больного дневного стационара в электронном формате.
- 2) Выписка из медицинской карты больного (форма 027/у);
- 3) Журнал учета больных дневного стационара;

Запрещается несанкционированное ксерокопирование документа




4) Общее информированное согласие пациента на лечение в дневном стационаре.

7. Общие положения

1. Поликлиника оказывает специализированные медицинские услуги.
2. Врачи Поликлиники обеспечивает полноту и преемственность медицинского ухода, оказываемого специалистами вне организации или другими организациями после выписки больного.
3. Преемственности медицинского ухода способствует рекомендация /направление к другому специалисту, в другие лечебные учреждения или профилактическое лечение на дому.
4. Преемственности медицинского ухода между организациями способствует содержательный (информативный) выписной эпикриз.
5. Лечащий врач пациента определяет готовность пациента к выписке на основе показаний к выписке.

8. Выписка пациента

1. Все пациенты дневного стационара Поликлиники выписываются с выдачей выписного эпикриза.
2. Выписка планируется заранее:
 - врачом дневного стационара при поступлении пациента определяются потребность в обучении (пациента и семьи), приобретении вспомогательных средств, и др.
 - по возможности, пациенту сообщается о дате выписки.
3. Лечащим врачом пациента готовится документ в КМИС об оказанной медицинской помощи - выписной эпикриз (выписка).
4. Выписка пациента содержит информацию о пребывании пациента в дневном стационаре, важную для его выздоровления и дальнейшего наблюдения, а также рекомендации по медикаментозному и другим видам лечения, реабилитационным и профилактическим мероприятиям.
5. Выписка из медицинской карты пациента оформляется по форме, утвержденной приказом МЗ РК.
6. Выписной эпикриз из истории болезни должен оформляться в день выписки пациента из дневного стационара врачом, ответственным за лечение пациента.
7. Выписка из дневного стационара осуществляется по письменному заявлению пациента (его законного представителя) до завершения курса лечения при отсутствии непосредственной опасности для жизни пациента или для окружающих. При этом лечащим врачом предоставляется пациенту информация о возможных последствиях незавершенного лечения.
8. В случае нарушения режима, внутреннего распорядка, при неявке в течение рабочего дня, установленного медицинской организацией, а также в случае создания препятствий для лечебно-диагностического процесса, ущемления

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


прав других пациентов на получение надлежащей медицинской помощи допускается выписка пациента из дневного стационара до завершения курса лечения по решению руководителя медицинской организации или его заместителя по медицинской части, о чем делается запись в медицинской карте и данные пациента передаются участковому врачу для дальнейшего динамического наблюдения и лечения в домашних условиях.

9. При самовольной неявке пациентом дневного стационара, врач дневного стационара делает звонок на сотовый номер пациенту или родственнику и приглашает пациента на лечение, о чем делается запись в КМИС. Если пациент отказывается от продолжения лечения и отказывается от записи в письменной форме информированного отказа от лечения, тогда это расценивается как отказ от медицинской помощи с соответствующими последствиями, за которые медицинская организация и мед персонал ответственности не несет.
10. При ухудшении состояния в дневном стационаре, медицинскими работниками организации здравоохранения в которой находится пациент, оказывается неотложная медицинская помощь и при наличии медицинских показаний, после согласования с руководством круглосуточного стационара пациент направляется в круглосуточный стационар для продолжения лечения с транспортировкой бригадами скорой медицинской помощи;
11. При выписке из стационара пациенту на руки под расписку выдается форма 025/у, утвержденная уполномоченным органом, где указывается полный клинический диагноз, проведенный объем диагностического исследования, лечебных мероприятий и рекомендации по дальнейшему наблюдению и лечению.

Выписка должна содержать следующие обязательные пункты:

- a) Причина поступления.
 - b) Основные объективные и другие результаты обследования.
 - c) Полный диагноз, включая сопутствующую патологию.
 - d) Проведенные диагностические и функциональные процедуры.
 - e) Основные медикаментозные и другие методы лечения.
 - f) Состояние пациента на момент выписки.
 - g) Медикаменты, которые необходимо принимать после выписки.
 - h) Рекомендации по дальнейшему лечению.
- Один экземпляр выписки отдается пациенту и, при необходимости, доверенному лицу пациента, в течение 1 часа до выписки его из дневного стационара. Указывается время и дата выдачи выписного эпикриза с подписью пациента (доверенного лица).
 - Один экземпляр выписки остается в амбулаторной карте больного.
 - Один экземпляр выписки предназначается для медицинского работника, ответственного за наблюдение и лечение пациента после выписки.

Запрещается несанкционированное ксерокопирование документа

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

• Рекомендации по дальнейшему лечению, наблюдению и реабилитации даются в ясной, понятной для пациента форме. С пациентом и его семьей проводится беседа с указанием:

- ✓ рекомендаций по питанию, профилактике осложнений и рецидивов заболевания, возвращению к обычному режиму жизни;
- ✓ названия, дозировки и длительности приема лекарственных препаратов при продолжении медикаментозной терапии;
- ✓ названия организации или имен врачей, у кого пациент может получить медицинскую помощь после выписки;
- ✓ показаний и сроков для обращения в стационар или за экстренной помощью.
- ✓ врач или медицинская сестра, проводящие беседу, должны убедиться в понимании пациентом данных ему инструкций, при необходимости попросить пациента повторить важные для него пункты.

Готовится экземпляр выписки в электронном формате

- a) экземпляр выписного эпикриза размещен в КМИС, в ЭРСБ;
- b) выдается на руки пациенту по требованию;
- c) по требованию Службы внутреннего аудита/врача эксперта, медицинская карта может быть направлена в этот отдел/специалисту на экспертизу.

✓


7. Указание условий пересмотра СОП:

Пересмотр СОП проводится 1 раз в 3 года или при появлении новых

8. Ссылки:

- 1) Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения»;
- 2) Приказ МЗ РК от 24.08.2021 № КР ДСМ-90 «Об утверждении Правил оказания первичной медико-санитарной помощи»;
- 3) Закон РК «О государственных услугах» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 02.01.2021);
- 4) Приказ и.о. МЗ РК от 30.10.2020 № КР ДСМ-175/2020 «Об утверждении форм учетной документации в области здравоохранения»;
- 5) Приказ МЗ РК от 21.12.2020 № КР-ДСМ-299/2020 «Об утверждении правил аккредитации в области здравоохранения»;
- 6) Правила идентификации пациента;
- 7) Правила управления инцидентами;
- 8) Правила верификации пациента;

Запрещается несанкционированное ксерокопирование документа

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
	Система менеджмента качества	Версия: 1	Страница: 6 из 10

9) Правила получения информированного согласия.

10) Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 7 июня 2023 года «Об утверждении стандарта оказания медицинской помощи в стационарозамещающих условиях в Республике Казахстан» № 106

ОБЩЕЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА

ФИО пациента: _____

Дата рождения «_____» _____ г.

МКСБ № _____

НА ЛЕЧЕНИЕ В ДНЕВНОМ СТАЦИОНАРЕ

(МО)

Пациент: _____,

(Ф.И.О. пациента – полностью)

Дата рождения: ____/____/____ г.

(число, месяц, год рождения)

Я даю свое согласие (подчеркнуть): себе/родственнику/подопечному на обследование и лечение в дневном стационаре поликлиники.

1. Я информирован(а) о своем состоянии (родственника, подопечного), о необходимости обследования и лечения в дневном стационаре.
2. Я уведомлен(а) о том, что дополнительные услуги, лекарственные средства и изделия медицинского назначения сверх гарантированного объема медицинской помощи государством предоставляются за счет собственных средств.
3. Мне в доступной форме разъяснена цель и альтернативные методы обследования и лечения, а также возможные последствия моего отказа от обследования, лечения.
4. Я знаю о праве обратиться к другому врачу/в другую организацию для получения альтернативного мнения о диагнозе и лечении.
5. Я знаю о праве отказаться от госпитализации, от пребывания в дневном стационаре, обследования и лечения при информировании меня о рисках для здоровья и подписании мной письменного отказа от предложенных вмешательств.
6. Я даю добровольное согласие на проведение в дневном стационаре, в случае назначения врачом, следующих процедур и манипуляций:



- введение лекарственных средств (прием внутрь, подкожные, внутримышечные и внутривенные инъекции, внутривенные вливания, ингаляции и т.д.);
- проведение лабораторной диагностики;
- иных необходимых медицинских и диагностических исследований, согласно заболеваниям, в период моего пребывания на лечении;
- на проведение консультаций других врачей при необходимости и исходя из заболевания.

7. Я даю свое согласие на добровольное и конфиденциальное обследование на ВИЧ.

В соответствии со статьями 88, 91, 115 Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения».

Содержание настоящего документа разъяснено врачом, полностью мне понятно.

8. Я знаю о том, что мое лечение координируется моим лечащим врачом.

9. Я знаю, что в моих интересах **сообщить врачу** обо всех имеющихся у меня (родственника, подопечного) и известных мне проблемах со здоровьем, аллергиях, непереносимости лекарств, о наличии в прошлом или в настоящее время инфекционного гепатита, туберкулеза, венерических заболеваний (в том числе сифилиса и ВИЧ-инфекции), а также о злоупотреблении алкоголем и/или пристрастии к наркотическим препаратам.

10. Я сообщаю о том, что у меня (родственника, подопечного):

Нет аллергии

Есть аллергия на: _____.

(указать на какие лекарства, продукты есть аллергия)

11. Я понимаю, что нарушение врачебных рекомендаций, несоблюдение режима, а также сокрытие информации о состоянии здоровья может привести к местным и общим осложнениям и другим неблагоприятным последствиям.

12. В случае возникновения во время обследования и лечения непредвиденных осложнений и состояний, угрожающих моему здоровью, даю согласие на изменение тактики, плана лечения.

13. Ни при каких обстоятельствах мне не должны выполняться следующие процедуры:



(укажите процедуры, если вы против их выполнения, если нет таковых – оставить пустым)

14. Я понимаю, что медицинским персоналом будут приниматься все необходимые меры для моего излечения, но никаких гарантий или обещаний относительно результатов лечения не может быть предоставлено.

15. Я даю добровольное согласие на предоставление сведений персонифицированного характера о пациенте с целью формирования и использования электронных информационных ресурсов здравоохранения, в том числе Госпитальной информационной системы.

16. Я утверждаю, что все интересующие меня вопросы мною заданы, все полученные ответы и разъяснения врача мною поняты, возможный риск предстоящего обследования и лечения (включая летальный исход) мною осознан.

17. Любую информацию о состоянии моего (родственника) здоровья, проводимом обследовании и лечении, его результатах я разрешаю сообщать следующим лицам:

Ф.И.О. лица, которому вы разрешаете сообщать о ходе лечения	Родство/отношение к пациенту	Телефон

18. Я ознакомлен(а) с тем, что:

Со всеми пунктами настоящего документа согласен(а).

Подпись: _____ Дата: ____/____/2021 года Время: ____ ч. ____ мин.

Если заполнил родственник / опекун / законный представитель пациента:

Ф.И.О: _____ Степень родства: _____

Врач: _____ / ____/2021 г. ____ ч. ____ мин.

(фамилия) (подпись) (дата) (время)



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

Лист регистрации изменений

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

