




Наименование структурного подразделения:	Отделение специализированной помощи		
Названия документа:	СОП «Правила назначения и выполнения диагностических исследований»		
Утвержден:	Руководитель ГКП на ПХВ «ЛГП» Чалкаров А.Б.		
Дата утверждения:			
Разработчик:	<i>Должность</i>	<i>Ф.И.О.</i>	<i>Подпись</i>
	Заведующий отделением	Садыков Г.Б.	
	Старшая медсестра	Каракулова Д.Т.	
Согласовано:	Заместитель гл.врача по лечебному делу	Анаркулова У.О.	
	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 6

Стандарт операционных процедур:

Правила назначения и выполнения диагностических исследований

1. Цель

Стандартизация назначения и выполнения диагностических исследований и определение для них временных рамок в ГКП на ПХВ «Ленгерская Городская поликлиника» УЗ Туркестанской области (далее - Поликлиника).

2. Область применения

В настоящих правилах «диагностические исследования» подразумевают исследования следующих подразделений Поликлиники:

- a) кабинеты ультразвуковой диагностики,
- b) кабинеты электрокардиограммы,
- c) кабинет рентген-диагностики,
- б) кабинет флюорографии.

Весь медицинский персонал, участвующий в назначении, организации и выполнении диагностических исследований несет ответственность за выполнение настоящих правил.

3. Определения (термины, аббревиатуры)

Критические значения - результаты лабораторных и диагностических исследований, которые значительно отличаются от нормального показателя и являются жизнеугрожающими, если своевременно не принять меры или поменять план лечения.

Критические значения определяются для каждого вида исследования и требуют телефонного сообщения врачу, ответственному за лечение пациента - см. Правила передачи информации устно и по телефону.

4. Ответственность

- 1) Диагностические исследования проводят и интерпретируют лица, имеющие специальную подготовку и опыт согласно должностным инструкциям. В должностных инструкциях и штатном расписании определены лица, проводящие диагностические исследования и лица, направляющие и контролирующие их проведение.
- 2) Все назначения диагностических исследований делаются в рамках профессиональной и юридической дозволенности - только врачами.
- 3) Ответственные врачи диагностическими кабинетами, указанные в пункте 2 «Область применения» несут ответственность за надзор за всеми диагностическими услугами, оказываемыми на территории Поликлиники по своему профилю (по своему отделению), и за надзор услуг внешних организаций для пациентов Поликлиники при их наличии.
- 4) Заведующий лабораторно диагностическое отделение и старшие врачи кабинетов рентген-диагностики и флюорографии несут ответственность за:
 - разработку, внедрение и поддержание правил и процедур;
 - административный надзор и контроль услуг;
 - поддержание необходимых программ по улучшению качества;


Запрещается несанкционированное ксерокопирование документа



- рекомендацию внешних источников диагностических услуг;
 - мониторинг и обзор всех диагностических услуг (по профилю);
- 5) Программа радиологической безопасности включена в Программу по безопасности здания и взаимосвязана с Программой по инфекционному контролю.
 - 6) Программа радиологической безопасности охватывает потенциальные риски в отделении лучевой диагностики или вне этих отделений на территории Поликлиники.
 - 7) Согласно национальному законодательству и внутренних стандартных операционных процедур (СОП), сотрудники обязаны соблюдать Программу радиологической безопасности и носить средства индивидуальной защиты там, где это необходимо. Все рентген-защитные средства и одежда проходят ^ периодическую внешнюю проверку (одежда - раз в 2 года, индивидуальный дозиметрический контроль — ежеквартально).
 - 8) Все сотрудники отделения лабораторная диагностическая отделения проходят первичное и повторное обучение по процедурам и вопросам безопасности (вводный инструктаж по охране труда и безопасности на рабочем месте, первичный инструктаж заведующим отделения, непрерывное обучение).
 - 9) Не реже, чем раз в год (чаще, если были инциденты) заведующий лабораторно диагностическое отделение или ответственное лицо за радиационную безопасность участвуют на заседании Комиссии по безопасности здания с отчетом по выполнению Программы радиологической безопасности. Обучение проводится при поступлении нового оборудования, появлении новых процедур, услуг или после инцидентов по безопасности.
 - 10) Внешние источники оказания диагностических услуг (например, аутсорсинг в случае поломки оборудования) выбираются на основе наличия у них необходимого опыта в соответствующей области, репутации и соответствия законам и правилам.
 - 11) Пациенты информируются о наличии каких-либо связей между направляющим врачом и внешним источником оказания диагностических услуг.

5. Назначение диагностических исследований

1. Лечащий врач пациента назначает диагностические исследования в «Листе назначений на исследование» и ставит подпись. В поликлинике для амбулаторных пациентов назначения документируются в разделе «рекомендации» в системе электронной медицинской карты «DAMUMED» и в разделе для обоснования назначений должен документировать обоснование назначения.
2. Если исследование экстренное, указывается экстренность («СИТО!»)
3. Медицинская сестра маркирует или подписывает емкость для взятия биоматериала (например, если берется биоматериал при эндоскопии) с

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

указанием ФИО и датой рождения пациента (до взятия биоматериала или сразу после взятия биоматериала, исключая смешение с биоматериалами других пациентов).

4. Если ФИО и дата рождения не помещаются (недостаточно места), допускается штрих-код, по которому возможна ре-идентификация пациента по ФИО и дате рождения (см. Правила идентификации пациента).
5. Медицинская сестра (или врач) готовит пациента к взятию биоматериала (оучает пациента при необходимости) и производит забор в маркированную емкость.
6. Младший медицинский персонал (или другой ответственный работник) доставляет биоматериал в необходимое отделение для исследования с соблюдением временных рамок доставки биоматериала.
7. Запрещается транспортировать немаркированную емкость с биоматериалом.

6. Выполнение исследований и передача результатов

1. При выявлении результатов исследований в пределах нормы, а также при плановых исследованиях, сотрудникам отделения лучевой диагностики не требуется оповещать врача пациента о результатах по телефону или устно.
2. При выявлении критических результатов исследований, сотрудники действуют согласно Правил передачи информации устно и по телефону.
3. Диагностические исследования должны проводиться своевременно согласно определенных в Поликлинике временных рамок (Приложение 1):
 - Выдача заключений по результатам плановых рентгенологических исследований производится не позднее 2 часов, в зависимости от сложности исследования
 - Заключения экстренных рентгенологических исследований выдаются не позднее 1 часа в случаях, когда необходимо заключение врача-рентгенолога.
4. Услуги рентгендиагностики, флюорография, ультразвуковой и функциональной диагностики доступны в рабочие часы Поликлиники.
5. Заведующим отделения лучевой диагностики проводится сбор данных о своевременности выполнения экстренных (СИТО) исследований.


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

8. 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

Запрещается несанкционированное ксерокопирование документа

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
	Система менеджмента качества	Версия: 1	Страница: 5 из 6

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



Лист ознакомления

№	Фамилия И.О.	Должность	Дата	Подпись
1	Шокибаев Г	мед. с	04.01.2024	
2	Аметелибаеве Ж.С	мед. сестра	04.01.2024	
3	Тотайбева А	мед. сестра	04.01.2024	
4	Кампанурская	медсестра	04.01.2024	
5	Ирismetova A	анушер	04.01.2024	
6	Кудобердиева О.И	мн. мед	04.01.2024	
7	Ушироваева А.В	уч. мед	04.01.2024	
8	Жаракереева Р.Т	ст. мед.	04.01.2024	
9	Сардауб СА	Технический	04.01.2024	
10	Абдиева Г. Э	стоматолог	04.01.2024	
11	Абдрахманов М	стом. мед	04.01.24	
12	Оташева А.О	стоматолог	04.01.24	
13	Торшибаева С.И	стом зуб врач	04.01.24	
14	Мампарова М.	ст. мед. мед	04.01.24	
15	Арибаев Г	стом. мед	04.01.24	
16	Самиева А. А	стом. ст. мед	04.01.2024	
17	Садрбаев. В.Н.	стоматолог	04.01.2024	
18	Шокибаев Г. К	КЗР мед	04.01.2024	
19	Курбанов А.И	Мед. сестра	04.01.2024	
20	Ибрагимов Г.И	М. мед	04.01.2024	
21	Ибрагимов Б.Т	Терапевт	04.01.2024	
22	Ибраимова Р.В	медсестра	04.01.2024	
23	Намишбаева М	медсестра	04.01.2024	
24	Навоилова Ф	медсестра	04.01.2024	
25	Исраилов И	Медсестра	04.01.2024	
26	Чинилова С	медсестра	04.01.24	

