




Наименование структурного подразделения:	Все структурные подразделения		
Названия документа:	СОП «Правила идентификации пациентов».		
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.	
	Заведующий отделением	Садыков Г.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 « 09 » « 01 » 2024г

Дата следующего пересмотра « _____ » « _____ » 2027г

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

СОП «Правила идентификации пациентов»

1. Цель:

- 1) Правильное определение пациента, которому предназначено проведение лечебной или другой манипуляции.
- 2) Предоставление пациенту корректной лечебно-диагностической процедуры.
- 3) Снижение риска нежелательных исходов при диагностике и лечении пациентов.

2. Область применения: клинические и параклинические отделения больницы.

3. Ответственность: все медицинские работники Поликлиники

1. Весь медицинский персонал несет ответственность за полную и правильную идентификацию пациента перед:

- 1/ предоставлением лечения (например, введения медицинских препаратов);
- 2/ проведением процедур (например, внутривенной инъекции, постановки капельницы);
- 3/ диагностическими процедурами (например, взятие крови и других образцов для клинического обследования);
- 4/ предоставлением медицинских услуг пациентам в коматозном или бредовом/дезориентированном состоянии.

2. Если произошла ошибка или почти-ошибка (чуть не случилась, ее вовремя обнаружили и исправили) при идентификации пациента (например манипуляцию сделали не тому пациенту), заполнить «Отчет об инциденте» \ передать в Службу поддержки пациента и внутренней экспертизы (можно анонимно).

4. Определения:

- 1) *Идентификационный браслет* – браслет, одеваемый на запястье или на область голеностопного сустава пациента (по состоянию), в целях правильного определения личности пациента для оказания безопасной медицинской помощи.
- 2) *Идентификационный стикер* (наклейка, этикетка) – самоклеящаяся небольшая наклейка, которая содержит в себе информацию о пациенте – идентификаторы, используется в целях правильного определения личности пациента, применяется в медицинской документации (медицинская карта стационарного больного), для идентификации образцов материала пациента, личных лекарственных средств пациента и др.
- 3) *Особые обстоятельства* – ситуации, когда пациент находится в коматозном или бредовом/дезориентированном состоянии, без документов, в случае только что родившегося ребенка, когда родители еще не выбрали ему имя.
- 4) *МЗ РК* - Министерство здравоохранения Республики Казахстан;
- 5) *Ф.И.О.* - фамилия, имя, отчество.

6. Ресурсы/оснащение:

- 1) идентификационные браслеты/бейджи;
- 2) стикеры/наклейки;



3) принтер для распечатки идентификационного браслета.

7. Документирование:

Два идентификатора – Ф.И.О. и дату рождения полностью указывают:

- 1) на идентификационном браслете;
- 2) на стикере, наклейке;

8. Требования по расцветкам идентификационных браслетов:

- 1) Всем пациентам выдают браслет **белого** цвета;
- 2) Пациенту с аллергией на лекарственное средство выдают браслет **синего** цвета;
- 3) Пациенту с высоким риском падения выдают браслет **красного** цвета или клеят дополнительную красную наклейку на белый идентификационный браслет.

9. Требования по идентификационным браслетам/бейджам.

Идентификационные браслеты, бейджи выдают пациентам:

- 1) стационара;
- 2) стационарозамещающей помощи (дневной стационар).


10. Требования к медицинскому персоналу организации:

Весь медицинский персонал несет ответственность за полную и правильную идентификацию пациента:

- 1) перед лечением, например, введением лекарственных средств, крови или компонентов крови; предоставлением специальной диеты или проведением лучевой терапии;
- 2) перед проведением процедур, например, внутривенной инъекции, постановки капельницы или гемодиализа;
- 3) перед диагностическими процедурами, например, взятие крови и других образцов для клинического исследования или радиологическим исследованием;
- 4) перед предоставлением медицинских услуг пациентам в коматозном или бредовом, дезориентированном состоянии и новорожденным, кому еще не дали имя.

11. Методы идентификации пациента:

- 1) Идентификаторы пациента (фамилия, имя и число, месяц, год рождения) отражают письменно в медицинской документации в любом виде – набранный и распечатанный текст, либо запись от руки, либо стикер (наклейка). Обязательное требование – читабельность текста.
- 2) Стикеры с идентификационными данными пациента своевременно клеят на медицинскую документацию до печати текста на принтере либо моментально при распечатке документа. Не допускают работу с медицинской документацией без идентификаторов пациента.
- 3) Допускают сокращение до фамилии и инициалов пациента и года рождения пациента в немедицинских документах, таких как направления на оплату, талонах, бегунках, квитанциях об оплате, актах выполненных работ, а также на CD-дисках с цифровым изображением исследования пациента.

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

4) На контейнере с биоматериалом (кровь, моча) полную Ф.И.О и дату рождения необходимо указать в присутствии пациента.

5) Если произошла ошибка или почти-ошибка (чуть не случилась, ее вовремя обнаружили и исправили) при идентификации пациента (например, манипуляцию сделали не тому пациенту), необходимо заполнить форму «Отчет об инциденте» и передать в службу поддержки пациентов (отдел качества) или положить в ящик «Отчет об инциденте» (можно анонимно).

12. Требования к проведению идентификации амбулаторных пациентов:

1) Процесс идентификации амбулаторных пациентов начинается с регистратуры.
2) Регистратор регистрирует обратившегося в поликлинику пациента на основании оригиналов либо нотариально заверенных документов, удостоверяющих личность: удостоверение личности, паспорт или военный билет у взрослых, свидетельство о рождении у детей с документами ухаживающего лица.

3) В медицинской информационной системе регистратор, когда заполняет паспортную часть данных пациента, обязательно указывает:

- фамилию, имя, отчество;
- число, месяц и год рождения.

4) Вышеуказанные данные являются идентификаторами для амбулаторного пациента на все время прохождения исследований, получения консультаций и процедур.

5) Идентификацию амбулаторных пациентов выполняют путем:

- устного опроса Ф.И.О. и даты рождения пациента полностью, необходимо, чтобы пациент сам вслух произнес все свои идентификационные данные;
- сверки с данными медицинской документации.


13. Требования к идентификации перед процедурами:

1) Перед началом трансфузии в общем отделении: уточняют фамилию, имя и отчество, год рождения пациента – пациент должен устно подтвердить данные. При несовпадении данных выясняют причину, трансфузию не начинают.

2) Перед началом трансфузии в отделении реанимации у больных без сознания: сравнить данные, указанные в медкарте пациента (пол, возраст, рост, вес), с внешними данными пациента и уточнить фамилию, имя и отчество, год рождения пациента. При несовпадении данных выясняют причину, трансфузию не начинают.

3) Перед началом трансфузии во время наркоза: сравнить данные, указанные в медкарте пациента (пол, возраст, национальность, рост, вес), с внешними данными пациента и уточнить фамилию, имя и отчество, год рождения пациента у хирурга и анестезиолога. При несовпадении данных выясняют причину, трансфузию не начинают.

4) При заборе анализов и крови на совместимость в общем отделении: уточнить фамилию, имя и отчество, год рождения пациента – пациент должен устно подтвердить данные. При несовпадении данных выясняют причину.

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

- 5) При заборе анализов и крови на совместимость в отделении реанимации у больных без сознания: сравнить данные, указанные в медкарте пациента (пол, возраст, национальность, рост, вес), с внешними данными пациента и уточнить фамилию, имя и отчество, год рождения. При несовпадении данных выясняют причину.
- 6) При заборе анализов и крови на совместимость во время наркоза: сравнить данные, указанные в медкарте пациента (пол, возраст, национальность, рост, вес), с внешними данными пациента и уточнить фамилию, имя и отчество, год рождения пациента у хирурга и анестезиолога.
- 7) Маркировка анализов и крови на совместимость: сразу после забора крови на пробирке указываются фамилия, инициалы и номер медкарты пациента. Идентификацию, забор и маркировку крови проводят одновременно только у одного больного.

2. Ссылки:

- 1) Приказ МЗ РК от 05.11.2021 № ҚР ДСМ-111 «Об утверждении стандартов аккредитации медицинских организаций»;
- 2) Приказ МЗСР РК от 26.01.2015 № 32 «Об утверждении Правил использования в медицинских целях наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Республике Казахстан» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 04.11.2021);
- 3) Стандарты аккредитации Международной объединенной комиссии (Joint Commission International Accreditation Standards for Hospital – 6th Edition) для больниц, 6-е издание, Глава 1: Международные цели по безопасности пациента, 2017 г., США;
- 4) Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 24 августа 2021 года № «Об утверждении «Правил оказания первичной медико-санитарной помощи» ҚР ДСМ-90.

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

