

**ҺАУЛЫК ҺАКЛАУ
МИНИСТРЛЫҒЫ****МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Тукай урамы, 23 йорт, Өфө калаһы, 450002

ул. Тукаева, д. 23, г. Уфа, 450002

Тел. (347) 218-00-81, факс 218-00-62, e-mail: minzdrav@bashkortostan.ru

Бойорок

Приказ

« 02 » 08 2022 й

№ 1173-А

« 02 » 08 2022 г.

**Об организации Центра детской стоматологии и ортодонтии
Республики Башкортостан**

В целях совершенствования оказания амбулаторной медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями, координации профилактических стоматологических программ для детей в Республике Башкортостан, п р и к а з ы в а ю:

1. Главному врачу ГАУЗ РБ Детская стоматологическая поликлиника № 3 г. Уфа:

1.1. организовать Центр детской стоматологии и ортодонтии Республики Башкортостан (далее – ЦДСиО РБ) на базе ГАУЗ РБ Детская стоматологическая поликлиника № 3 г. Уфа (далее - ГАУЗ РБ ДСП № 3 г. Уфа) в срок до 15.08.2022 года;

1.2. утвердить локальным приказом Положение о ЦДСиО РБ и представить в отдел организации медицинской помощи детям и родовспоможения Минздрава РБ в срок до 15.08.2022 года.

2. Руководителям медицинских организаций Республики Башкортостан обеспечить:

2.1. направление в ЦДСиО РБ детей, нуждающихся в консультативной помощи по профилю «стоматология детская» и «ортодонтия», в том числе с применением телемедицинских технологий на базе функциональной компоненты «Центр дистанционных консультаций» государственной информационной системы РМИАС согласно приложению № 1 к настоящему приказу;

2.2. маршрутизацию в ЦДСиО РБ детей, нуждающихся в консультативной помощи по профилю «стоматология детская» и «ортодонтия», в том числе с применением телемедицинских технологий согласно приложению № 2 к настоящему приказу;

2.3. реализацию профилактических стоматологических программ для прикрепленного детского населения;

2.4. предоставление отчета 1 раз в 6 месяцев в срок не позднее 10 числа месяца, следующего за отчетным, на адрес электронной почты omo.dsp3@yandex.ru согласно приложению № 3 к настоящему приказу.

3. Главному врачу ГБУЗ РБ ДСП № 3 г. Уфа, главному внештатному детскому специалисту стоматологу Минздрава РБ обеспечить:

3.1. консультативно-методическую, в том числе выездную помощь по вопросу маршрутизации детского населения, реализации профилактических программ в городах и районах Республики Башкортостан;

3.2. предоставление аналитической информации в отдел организации медицинской помощи детям и родовспоможения Министерства здравоохранения Республики Башкортостан 1 раз в 6 месяцев, в срок не позднее 15 числа месяца, следующего за отчетным, согласно приложению № 4 к настоящему приказу.

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Республики Башкортостан И.С. Засядкина.

Министр



А.Р. Рахматуллин

Приложение № 1
к приказу Министерства здравоохранения
Республики Башкортостан
от « 02 » 08 2022 года
№ 1173-А

Перечень вопросов к проведению консультации, в том числе с применением телемедицинских технологий:

- определение (подтверждение) диагноза;
- определение (подтверждение) тактики лечения;
- определение методов профилактики осложнений;
- определение показаний к переводу пациента в специализированную медицинскую организацию;
- определение показаний к очной консультации пациента врачом-специалистом;
- необходимость диагностики и определения тактики лечения редких, тяжелых или атипично протекающих заболеваний;
- необходимость выполнения нового и\или редкого вида оперативного (лечебного или диагностического) вмешательства, процедуры и т. д.;
- внешний аудит лечебно-диагностической работы, разбор жалоб;
- поиск альтернативных путей решения клинической задачи;
- получение дополнительных знаний и умений по данной клинической проблеме.

Чек-лист
состава и формат представления документов
для консультирования, в том числе с применением телемедицинских технологий

№ п/п	наименование		примечание
1.	Выписка на актуальную дату из амбулаторной карты и/или выписной эпикриз*		<i>должен содержать подробный анамнез заболевания, диагноз (предварительный, клинический, окончательный), жалобы (максимально подробно) на момент проведения, критично важные данные из анамнеза (та информация, которая имеет наибольшее значение для диагностики и лечения), проводилось ли лечение по поводу данного заболевания (если да, то какое, где), какова эффективность проведенного лечения, общее состояние пациента, подробный локальный статус (при необходимости с визуализирующими данными (клинические фотографии);</i>
2.	Результаты исследований*		<i>в том числе рентгенограммы и другие лучевые методы исследования;</i>

3.	Цель консультации, вопросы к консультанту*		
4.	Информированное добровольное согласие на проведение телемедицинской консультации профилактики, диспансеризации и раннего выявления заболеваний**		

Оформление направления осуществляется через электронную медицинскую карту пациента (далее ЭМК) в государственной информационной системе «Республиканская медицинская информационно-аналитическая система Республики Башкортостан».

*Результаты исследований, в том числе рентгенограммы и другие лучевые методы исследования, эпикриз, дополнительные текстовые данные, вопросы к консультанту, поясняющие данные прикрепляются в цифровом формате в параметре «Файл» в ЭМК.

Протокол проведенной консультации оформляется на базе функциональной компоненты «Центр дистанционных консультаций» государственной информационной системы «Республиканская медицинская информационно-аналитическая система Республики Башкортостан»

****Информированное добровольное согласие на проведение медицинской помощи с применением телемедицинских технологий**

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина (последнее - при наличии), законного представителя)

«__» _____ года рождения, зарегистрирован(а) по адресу:

_____ (адрес места жительства гражданина или законного представителя, паспортные данные: серия, номер, дата выдачи, выдавший его орган, документ, подтверждающий полномочия законного представителя)

настоящим подтверждаю, что в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральным законом от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», согласно моей воле, в доступной для меня форме, проинформирован(а) о необходимости проведения консультации (консилиума врачей) с применением телемедицинских технологий (далее - ТМК) по поводу:

а) моей болезни,

б) болезни _____
(Ф.И.О. пациента)

Представляемого мной на основании

_____ (наименование и реквизиты документа, кем, когда выдан)

1. Я подтверждаю свое согласие:

- на проведение мне консультации (консилиума врачей) с применением телемедицинских технологий;

- на передачу моих персональных данных, необходимых для консультации (консилиума врачей) с применением телемедицинских технологий, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, обновление, изменение, извлечение, использование, передачу, предоставление, доступ, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

2. Я получил(а) полные и всесторонние разъяснения, включая исчерпывающие ответы на заданные мной вопросы об условиях, целях и задачах проведения ТМК.
3. Я понимаю необходимость проведения ТМК.
4. Я ознакомлен со сведениями о консультирующей медицинской организации и о специалистах, непосредственно осуществляющих ТМК.
5. Я осознаю, что полученные в результате ТМК заключения могут быть применены для дальнейшего ведения в случае моей болезни (болезни, представляемого мной лица).
6. Не возражаю против передачи моих персональных данных (персональных данных представляемого мной лица) и данных о моей болезни (данные о болезни представляемого мной лица), записи консультации (консилиума врачей) с применением телемедицинских технологий на электронные носители и демонстрации лицам с медицинским образованием – исключительно в медицинских целях с учетом сохранения врачебной тайны.
7. Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на ТМК мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.
8. Настоящее согласие дано мной «___» _____ года и действует бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес медицинской организации по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю медицинской организации.

В случае получения письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных медицинская организация обязана прекратить их обработку.

«___» _____ 20___ г. _____ / _____ /
(подпись пациента или его законного представителя) (расшифровка подписи)

_____ (контактный телефон)

Настоящий документ оформлен

_____ (лечащий врач, заведующий отделением медицинской организации, другой специалист,

_____ (принимающий непосредственное участие в обследовании и лечении)

по результатам предварительного информирования пациента (законного представителя) о состоянии его здоровья (здоровья представляемого)

«___» _____ 20___ г. _____ / _____ /
(подпись) (расшифровка подписи)

Если пациент или его законный представитель по каким-либо причинам не может собственноручно подписать данный документ, настоящий документ заверяется двумя подписями медицинских работников медицинской организации:

«___» _____ 20___ г. _____ / _____ /
(подпись) (расшифровка подписи)

«___» _____ 20___ г. _____ / _____ /
(подпись) (расшифровка подписи)

Приложение № 3
к приказу Министерства здравоохранения
Республики Башкортостан
от « 02 » 08 2022 года
№ 1173-А

Отчет о проведенных врачебных консультациях,
в том числе с применением телемедицинских технологий

(наименование медицинской организации)

за период с _____ по _____

Направлено запросов / Выполнено (кол-во)			Цель направления (кол-во)				
по профилю «стоматология детская»	по профилю «стоматология хирургическая»	по профилю «ортодонтия»	уточнение диагноза	корректировка лечения	определение тактики ведения	отсутствие специалиста	другое

Приложение № 2
к приказу Министерства здравоохранения
Республики Башкортостан
от « 02 » 08 2022 года
№ 1173-А

Схема маршрутизации
детского населения Республики Башкортостан по профилю
«стоматология детская» и «ортодонтия»
в Центр детской стоматологии и ортодонтии
Республики Башкортостан



