

## **ПРИКАЗ**

В целях развития телемедицинских технологий в Оренбургском филиале ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н.Федорова, приказываю:

1. Утвердить временный регламент телемедицинских консультаций в Оренбургском филиале ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С. Н. Федорова».
2. Назначить лицом, ответственным за прием, регистрацию заявки, отправку ответа при предоставлении телемедицинских консультаций – секретарь-машинистка Шевченко Н.Ф.
3. Назначить лицом, ответственным за организацию телемедицинских консультаций, подготовку ответа с привлечением соответствующих специалистов заместителя директора по КЭР Полякову О.М.
4. Утвердить соответствующих врачей-консультантов по профилям:
  - консультации по заболеваниям переднего отрезка глаза, требующим хирургического лечения – Сенников О.Б..
  - консультация по заболеваниям заднего отрезка глаза, требующим хирургического лечения – Ломухина Е.А.
  - консультация по заболеваниям, требующим окулопластического лечения – Чеснокова Е.Ф.
  - консультация по заболеваниям, требующим терапевтического лечения – Ким С.М.
5. Назначение врача-консультанта в каждом конкретном случае может быть изменено решением заместителя директора по КЭР.
6. Делопроизводителю Паршиной О.В. ознакомить с настоящим приказом врачей-офтальмологов Оренбургского Филиала ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н.Федорова в срок до 1 мая 2017 года.
7. Контроль за исполнением приказа оставляю за собой.

Директор, д.м.н.

Чупров А.Д.

«УТВЕРЖДАЮ»  
Директор ОФ ФГАУ «МНТК  
«Микрохирургия глаза»  
имени академика С.Н.Федорова  
Минздрава России  
\_\_\_\_\_ А.Д.Чупров  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 2017 г.

Временный регламент проведения телемедицинских консультаций в  
Оренбургском филиале ФГАУ  
«МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С. Н. Федорова».

Общие положения

1.1 Система телемедицинских консультаций в Оренбургском филиале ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С. Н. Федорова» (далее Учреждение, ТМ-система) - организационно упорядоченная совокупность документов и информационно-коммуникационных технологий, реализующих информационные процессы в области подготовки, проведения и документирования телемедицинских мероприятий внутри Учреждения.

1.2 .1 Правовой основой проведения ТМ-консультаций в Учреждении является настоящий регламент, 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», иные нормативно правовые документы, принятые в Учреждении, Российской Федерации.

1.2 Цель создания ТМ-системы – проведение телемедицинских мероприятий, в том числе телемедицинских консультаций (Далее -ТМ-консультаций).

1.2.1 ТМ-консультация - телемедицинская услуга по удаленному предоставлению консультационных услуг в области медицины средствами телемедицинских технологий. Объектом телемедицинской консультации может являться клинический случай конкретного пациента, отдельные данные клинического обследования и т.п.

1.3 Целями создания ТМ-системы являются:

- повышение эффективности работы Учреждения.
- снижение и рационализация расходов населения на высококвалифицированные медицинские услуги за счет исключения необходимости транспортировки пациентов в Учреждение;
- интеграция медицинских учреждений региона в российскую и мировую системы учреждений телемедицины.

1.4. С помощью ТМ- системы предполагается осуществлять следующие мероприятия:

- проведение телемедицинских консультаций и консилиумов как между удаленными друг от друга структурными подразделениями Учреждения, между Учреждением и другими медицинскими организациями как с

участием сотрудников Учреждения, так и с участием специалистов из других медицинских учреждений России и зарубежных клиник;

- дистанционное обучение как сотрудников Учреждения, так и сотрудников других медицинских учреждений силами сотрудников Учреждения;

- решение различных управленческих задач, в том числе проведение совещаний с дистанционным участием сотрудников Учреждения.

1.4.1 ТМ-система является Медицинской Информационной Системой, соответствует требованиям, предъявляемым действующим законодательством к подобным системам в части криптозащиты, организации информационных потоков.

1.5 Участником ТМ-системы может стать любое юридическое лицо на условиях не противоречащих действующему законодательству.

## 2. Подключение нового пользователя к ТМ-системе

2.1 Подключение нового пользователя осуществляется по согласованию обеих сторон.

2.2 Согласование обеих сторон может быть оформлено в форме юридического документа (договора, соглашения о сотрудничестве)

2.3.1 В ТМ-системе могут оказываться следующие консультации

- плановые телемедицинские консультации - проводятся в течение одного (или более) рабочего дня

- экстренные телемедицинские консультации – проводятся по факту обращения в Учреждение.

2.3.2 ТМ-консультации могут проводиться в форме

- письменная форма

- видеоконференцсвязь

2.3.3 Обязательным условием проведения ТМ-консультации является дача информированного добровольного согласия на проведение телемедицинской врачебной консультации (Приложение 2). Информированное добровольное согласие прикладывается к прочей медицинской документации, прилагаемой для проведения телемедицинской консультации.

2.3.4 В случае проведения ТМ-консультации внутри Учреждения оформление информированного добровольного согласия на проведение телемедицинской врачебной консультации не требуется.

3.3 Тематика консультаций, организуемых в ТМ-системе:

3.1 консультация по заболеваниям переднего отрезка глаза, требующим хирургического лечения.

3.2 консультация по заболеваниям заднего отрезка глаза, требующим хирургического лечения

3.3 консультация по заболеваниям, требующим окулопластического лечения

3.4 консультация по заболеваниям, требующим терапевтического лечения

3.5 прочие консультации

4.1 Ответственной за прием, регистрацию заявки, отправку ответа ТМ-консультаций назначается приказом директора Учреждения

4.2 Ответственный за организацию ТМ-консультаций, привлечение соответствующих специалистов назначается приказом директора Учреждения из числа наиболее опытных офтальмохирургов, владеющих всеми основными методами диагностики и лечения патологии органа зрения.

4.3 Специалисты, отвечающие за основные тематические направления ТМ-консультаций (пп.3.1-3.5) назначаются приказом директора Учреждения.

5.1 Маршрутизация данных при проведении ТМ-консультации

5.2 Прием и регистрация сообщений осуществляются путем сохранения формализованной заявки на осуществление ТМ-консультации, поступившей в Учреждение.

5.3 Форма заявки утверждается настоящим регламентом (Приложение 1)

5.4 Формат заявки – документ в формате excel с приложенными к нему сканированными документами исследований, проведенных пациенту.

5.4.1 В заявке содержатся обязательные данные:

Цель консультации, сроки консультации, форма консультации, тематика консультации,

5.4.2 объективные данные:

Острота зрения с коррекцией, данные авторефрактокератометрии, значение внутриглазного давления, поле зрения.

Предварительный диагноз

Вопросы врачу-консультанту

5.4.3 Дополнительно могут быть присланы

Снимок переднего отрезка глаза,

снимок заднего отрезка глаза,

снимок оптической когерентной томографии (с описанием или без),

УЗИ глазного яблока (орбиты) (с описанием или без),

данные биометрии (ПЗР, глубина передней камеры, толщина хрусталика).

Прочие исследования, необходимые для полной консультации.

5.5 Лицо, ответственное за прием и регистрацию заявок, сохраняет полученные файлы во внутренней сети Учреждения, информирует о них лицо, ответственное за организацию ТМ-консультации.

5.6 Лицо, ответственное за организацию ТМ-консультации организует своевременный, полный ответ на поставленные в заявке вопросы сотрудниками, ответственными за тематические направления.

5.7 Ответ формируется в письменной форме в течение одного рабочего дня, согласовывается лицом, ответственным за организацию ТМ-консультаций, направляется на электронный почтовый ящик с которого была прислана заявка.

5.8 Форма ответа Утверждается настоящим регламентом

6.0 Правоотношения, не урегулированные настоящим регламентом, регулируются в соответствии с действующим законодательством.

6.1 Внесение изменений в настоящий регламент, его отмена утверждаются приказом директора Учреждения.

Заявка на проведение телемедицинской консультации									
Ф.И.О,специалиста, запрашивающего консультацию				№					
Наименование медицинского учреждения				от		" "		2017 г.	
Цель консультации					Сроки консультации				
		о маршрутизации пациента					неотложная (по согласованию)		
		о тактике лечения					плановая (1 рабочий день)		
Форма консультации					Тематика консультации				
		письменная					Передний отрезок глаза		
		видеоконференцсвязь					Задний отрезок глаза		
Врач-консультант (по согласованию)							Окулопластика		
							Нехирургическое заболевание		
Жалобы					Анамнез				
Объективные данные									
Острота зрения									
OD		sph		cyl		ax		=	
OS		sph		cyl		ax		=	
Авторефрактокератометрия				OD		D		ВГД, мм.рт.ст.	
				OS		D			
OD		sph		cyl		ax		OD	
OS		sph		cyl		ax		OS	
Приложенные файлы					Биометрия				
		Поле зрения					ПЗР		
		Снимок переднего отрезка глаза					Передняя камера		
		Снимок заднего отрезка глаза					Хрусталик		
		Оптическая когерентная томография							
		УЗИ глазного яблока (орбиты)							
		Прочие (status oculorum)					Прочие исследования		
Предварительный диагноз									
OD									
OS									
Вопросы врачу-консультанту:									

## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКОЙ ВРАЧЕБНОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

1. Я, нижеподписавшийся(аяся), \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. пациента/законного представителя(родители, усыновители, опекуны))

настоящим подтверждаю, что в соответствии со ст. 19 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", согласно моей воле, в доступной для меня форме, проинформирован(а) о необходимости проведения телемедицинской консультации по поводу:

а) моей болезни \_\_\_\_\_

б) болезни \_\_\_\_\_,

(Ф.И.О. несовершеннолетнего до 15 лет, недееспособного)

представляемого мной на основании

\_\_\_\_\_

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

Я получил(а) полные и всесторонние разъяснения, включая исчерпывающие ответы на заданные мной вопросы об условиях, целях и задачах проведения телемедицинской консультации.

Добровольно, в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" даю свое согласие на проведение мне (представляемому мной лицу) телемедицинской консультации.

4. Я понимаю необходимость проведения телемедицинской консультации. Я осознаю, что полученные в результате телемедицинской консультации заключения будут иметь рекомендательный характер и что дальнейшее ведение случая моей болезни будет осуществляться по решению моего лечащего врача.

Не возражаю против передачи данных о моей болезни, записи телемедицинской консультации на электронные носители и демонстрации лицам с медицинским образованием - исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на телемедицинскую консультацию мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 201\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

(подпись и расшифровка подписи пациента или его законного представителя)

Настоящий документ оформлен \_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка подписи)

Если пациент по каким-либо причинам не может собственноручно подписать данный документ, настоящий документ заверяется двумя подписями (с расшифровкой) медицинских сотрудников медицинской организации.

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 201\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

## ФОРМА ПРОТОКОЛА ТЕЛЕМЕДИЦИНСКОЙ ВРАЧЕБНОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

Подлежит обязательному прикреплению  
к первичной медицинской документации

Дата проведения консультации: \_\_\_\_\_ Пациент: \_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_ Пациент представлен на консультацию врачом:

\_\_\_\_\_ (фамилия имя отчество, специальность)

В настоящее время пациент находится на стационарном лечении (отделение \_\_\_\_\_), на амбулаторном лечении \_\_\_\_\_

Жалобы (со слов пациента, со слов лечащего врача):

\_\_\_\_\_ Анамнез заболевания (со слов пациента, со слов лечащего врача):

\_\_\_\_\_ Дополнительные сведения (со слов пациента, со слов лечащего врача):

\_\_\_\_\_ Представлены данные обследований и заключения специалистов в соответствии с заявкой.

На основании данных анамнеза, данных объективного осмотра (со слов лечащего

врача) и данных дополнительного обследования диагноз:

\_\_\_\_\_ Рекомендации:

\_\_\_\_\_ Врач-консультант:

\_\_\_\_\_ Ответственный за проведение Телемедицинских консультаций ОФ МНТК «Микрохирургия глаза»  
им. акад. С.Н.Федорова

\_\_\_\_\_ м.п.