



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

от 18.05. 2015 г.

№ 686

г. Саратов

**О маршрутизации онкологических
больных для проведения лучевой
терапии на период модернизации
радиотерапевтического оборудования
онкологических диспансеров области**

Во исполнение приказа Минздрава России от 15.11.2012г. № 915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология», на основании Положения о министерстве здравоохранения Саратовской области, утвержденного постановлением Правительства Саратовской области от 01.11.2007г. № 386-П, в целях обеспечения доступности специализированной медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями в соответствии с территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Саратовской области на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов, утвержденной постановлением Правительства области от 25.12.2014 № 710-П, в связи с проведением мероприятий по модернизации радиотерапевтического оборудования онкологических диспансеров области

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить перечень документов для направления пациентов Саратовской области на госпитализацию с целью проведения лучевой терапии за счет средств обязательного медицинского страхования в медицинские организации онкологического профиля других субъектов Российской Федерации (приложение к настоящему приказу).

2. Главному врачу ГУЗ «ООД № 1» В.А. Семенченя, и.о. директора ГУЗ «ООД № 1» «Вольский филиал» А.Ф. Парфенову, главному врачу ГУЗ «ООД № 2» Д.А. Кедрову:

2.1. Обеспечить проведение онкологических консилиумов для определения нуждаемости пациентов в проведении лучевой терапии, с последующим оформлением направления по единой форме (приложение к настоящему приказу).

Срок – постоянно, в рабочие дни.

2.2. Для согласования и оформления бесплатного проезда к месту лечения и обратно пациентов, имеющих инвалидность, сохранивших право на государственную социальную помощь в виде набора социальных услуг в части проезда в междугородном транспорте, формировать пакет документов на каждого пациента данной категории, включающий:

направление из онкологического диспансера, содержащее сведения о состоянии здоровья пациента, проведенном обследовании и лечении, результаты лабораторных, инструментальных и других исследований по профилю основного заболевания пациента, а также верифицированный клинический диагноз и рекомендации о необходимости проведения лучевой терапии;

ксерокопию паспорта гражданина Российской Федерации с данными о проживании на территории Саратовской области,

ксерокопию паспорта гражданина Российской Федерации с данными о проживании на территории Саратовской области – лица, сопровождающего инвалида (инвалидов) I группы:

ксерокопию свидетельства обязательного пенсионного страхования (СНИЛС);

ксерокопию полиса обязательного медицинского страхования;

ксерокопию справки медико-социальной экспертизы (МСЭ) об установлении инвалидности;

заявление на оказание специализированной медицинской помощи (заполненное собственноручно).

Срок – постоянно.

2.3. Обеспечить направление документов пациента в электронном виде в диспетчерскую службу ГУЗ «ООД № 1» на электронный адрес: saroblonko@yandex.ru.

Срок – постоянно.

2.4. По результатам согласования обеспечить информирование пациентов о дате госпитализации в медицинские организации онкологического профиля за пределами Саратовской области.

Срок – постоянно.

3. Главному врачу ГУЗ «ООД № 1» В.А. Семенченя:

3.1. Организовать работу диспетчерской службы по адресу: Саратовская область, г. Энгельс, ул. Полиграфическая, д. 3, в рабочие дни с 9.00 до 16.00.

3.2. Обеспечить ведение регистра больных, направляемых на лучевую терапию, и направление документов пациентов в медицинские организации онкологического профиля для согласования госпитализации.

Срок – постоянно.

3.3. По результатам согласования обеспечить информирование ГУЗ «ООД № 1» «Вольский филиал» и ГУЗ «ООД № 2» о дате госпитализации пациентов в медицинские организации онкологического профиля за пределами Саратовской области.

Срок – постоянно.

3.4. Обеспечить бесперебойную работу диспетчерской службы, оснащение ее техническими средствами на необходимом для работы уровне.

Срок – постоянно.

4. Главному врачу ГУЗ «ООД № 2» Д.А. Кедрову на период проведения мероприятий по модернизации радиотерапевтического оборудования онкологических диспансеров области направить врача-радиотерапевта в ГУЗ «ООД № 1» (Саратовская область, г. Энгельс, ул. Полиграфическая, д. 3) для обеспечения работы диспетчерской службы. Оплату труда сотрудника производить по основному месту работы.

5. Начальнику отдела организации высокотехнологичной помощи министерства здравоохранения области С.Ю. Черниковой обеспечить оформление документов на бесплатный проезд (талон № 2) пациентов, имеющих инвалидность, сохранивших право на государственную социальную помощь в виде набора социальных услуг в части проезда в междугороднем транспорте, нуждающихся в получении лучевой терапии, к месту лечения и обратно.

Срок – постоянно.

6. Настоящий приказ подлежит официальному опубликованию в средствах массовой информации.

7. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра Н.В. Мазину.

Министр



А.Н. Данилов

**Перечень документов
для направления пациентов Саратовской области на госпитализацию
с целью проведения лучевой терапии за счет средств обязательного
медицинского страхования в медицинские организации
онкологического профиля других субъектов Российской Федерации**

Направление на лучевую терапию

Фамилия, имя, отчество: _____

СНИЛС: _____

Дата рождения: _____ Пол: _____

Адрес регистрации по месту жительства: _____

Контактный телефон, e-mail: _____

Документ, удостоверяющий личность: паспорт _____

Серия _____ № _____ выдан _____

Страховой полис, № полиса _____

Место работы: _____

Должность: _____

Инвалидность: _____

Диагноз при поступлении: Основное заболевание (с указанием кода по МКБ-Х):
(МКБ – _____)

Онкоконсилиум от _____ № _____

Рекомендовано: _____

История настоящего заболевания (начало, развитие, течение): _____

Биохимический анализ крови: _____

Общий анализ мочи: _____

РПГА: _____

HBs-Ag: _____

HCV: _____

Кал на яйца гельминтов: _____

Гинеколог: _____

Ответственное лицо: _____

Дата: _____

Подпись: _____

В

(наименование медицинской организации)

В министерство здравоохранения Саратовской области

(Ф.И.О. полностью)

Инвалидность (группа, степень)

Участник ВОВ, боевых действий (нужное подчеркнуть): ДА, НЕТ

СНИЛС (свидетельство обязательного пенсионного страхования) _____

Страховой полис (наименование страховой компании, серия и № страхового полиса обязательного медицинского страхования) _____

Адрес по месту регистрации: _____

Контактный телефон: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу направить меня _____
для оказания специализированной медицинской помощи.

Даю согласие на обработку и использование данных, содержащихся в настоящем заявлении, с целью организации оказания специализированной медицинской помощи.

Даю согласие на передачу лично мне сведений о дате госпитализации и иных данных по телефонам, указанным в заявлении.

Дата _____

Подпись _____