



# Проверка работы с меддокументами. Полный комплект чек-листов для руководителя

## Введение

Эксперты Системы разработали полный комплект чек-листов для проверки медкарт в клинике — от подготовки к экспертизе страховщиков до выдачи меддокументов пациенту. Они помогут проконтролировать работу сотрудников, ответить на все вопросы проверяющих и избежать необоснованных штрафов.

### Авторы-составители

---



Татьяна Гроздова, директор ТФОМС,  
г. Севастополь



Галина Евстифеева, начальник юридического отдела государственного бюджетного учреждения «Курганская областная клиническая больница»



Галина Ткаченко, медицинский психолог, «Центральная клиническая больница с поликлиникой» Управления делами Президента России, Москва, к.п.н.

## Оглавление

### Глава I. Проверка медкарт пациентов перед экспертизой страховщиков

- 4 Предварительная оценка меддокументов
- 4 Подготовка карты к медико-экономической экспертизе
- 5 Подготовка карты к экспертизе качества медпомощи
- 6 Внесение недостающих записей и документов
- 9 Формы контроля и чек-листы

### Глава II. Проверка меддокументов при работе с претензиями пациентов

- 18 Информированное добровольное согласие
- 19 Амбулаторная карта пациента по форме 025/у
- 19 Медкарта стационарного больного по форме 003/у
- 20 Договор на оказание платных медуслуг
- 22 Чек-листы

### Глава III. Контроль выдачи меддокументации пациентам

- 36 Порядок выдачи меддокументов
- 37 Ответственный за выдачу меддокументов
- 38 Чек-листы

# Глава I. Проверка медкарт пациентов перед экспертизой страховщиков

Меддокументы проверяют в ходе медико-экономической экспертизы и экспертизы качества.

Когда получите заявку от страховой компании на представление меддокументации, рассчитайте, сколько медкарт нужно.

## Предварительная оценка меддокументов

Отберите медкарты для экспертизы. Сверьте данные в реестре счетов и меддокументах. Убедитесь, что совпадают даты госпитализаций, амбулаторных посещений.

Убедитесь, что в медкартах, историях есть ИДС на медвмешательство, заполнены все разделы. Если ИДС не взяли или нет подписи пациента или врача, страховщик уменьшит оплату на 10%. Есть случаи, когда можно добавить недостающие записи и документы, тогда медработника не обвинят в фальсификации.

## Подготовка карты к медико-экономической экспертизе

При медико-экономической экспертизе страховая проверит, что сроки медпомощи и объем медуслуг, которые клиника указала в реестре счетов, соответствуют записям в медкартах и учетно-отчетной документации (см. табл. 1).

При плановой экспертизе страховая запросит медкарты по теме или сделает случайную выборку. Как правило, запрашивают медкарты по заявке со списком конкретных амбулаторных карт или историй болезни. Медорганизация передает их точно по запросу. Если каких-то карт нет – дает письменное пояснение, где находятся карты, и представляет их после получения.

Больше всего нарушений в ведении документации выявляют при целевых экспертизах. Для них страховая запрашивает медкарты по конкретной ситуации. После приема реестра счетов страховая обязана сначала согласовать с ТФОМС график экспертизы в количественных показателях. Затем она отправляет заявку на медкарты в медорганизацию. Через пять дней клиника обязана их представить экспертам страховой. Карты надо проверять при написании заключительного выписного эпикриза: заотделением в день выписки – это лучший вариант или в конце месяца.

## Подготовка карты к экспертизе качества медпомощи

Экспертиза качества медпомощи проводится на основании критериев, утвержденных приказом Минздрава от 10.05.2017 № 203н. При экспертизе качества эксперт оценивает своевременность и правильность выбора ме-

### Внимание

При плановой экспертизе страховая может сделать случайную выборку, поэтому нужно заранее просматривать все карты. Назначьте врача или заотделением, который заранее, за пять дней, просмотрит медкарты. Сами проверяйте только отделения, где часто нарушают требования



### Внимание

Подпишите у заведений записи перед проверкой, но не зачеркивайте и не дописывайте информацию. Это могут признать фальсификацией документов

тодов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, а также степень достижения запланированного результата. Если при медико-экономической экспертизе инспекторы проверяют общие положения по оказанию медпомощи, то при плановой экспертизе качества врачи-специалисты выполняют тщательную проверку по своему профилю (см. табл. 2). Больше всего ошибок при целевой экспертизе страховая находит в оформлении случаев летальных исходов.

## Внесение недостающих записей и документов

После запроса страховой исправить дефекты в медкартах можно только в одном случае – когда все требования выполнили, но записей в медкарте нет.

Исправьте технические недоработки. Часто врачи забывают расписаться в ИДС, но при этом разъясняют пациенту его права, и подпись пациента в нем есть. Перед приходом страховой попросите врача поставить подпись.

С заведомлениями врачи согласуют дополнительные исследования пациентов, но забывают поставить подпись в медкарте.

Для проверки медкарт пациентов перед экспертизой страховщиков используйте чек-листы.

**Таблица 1. Случаи, которые точно возьмут на целевую медико-экономическую экспертизу**

**Случай**

Повторные обращения по поводу одного и того же заболевания: в течение 30 дней — при амбулаторной и стационарной медпомощи; в течение 24 часов — при вызове скорой помощи

Медпомощь по онкологии с применением противоопухолевой терапии

Случаи несвоевременной постановки на диспансерное наблюдение пациентов с впервые установленными диагнозами, при которых положено диспансерное наблюдение

Случаи несоблюдения периодичности осмотров граждан из групп диспансерного наблюдения в соответствии с порядком диспансерного наблюдения

Случаи непрофильной госпитализации плановых пациентов

**Как бороться с нарушениями**

Оценивайте на врачебной комиссии повторную госпитализацию, обращение и разбирайте каждый случай, вносите решения в меддокументы больного

Требуйте от врачей придерживаться клинрекомендаций и схем лечения. Если врач затрудняется определить тактику химиотерапии, запрашивайте телеконсультации в ведущих центрах страны, учреждениях, которые реализуют федеральный проект «Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров и внедрение инновационных медицинских технологий» нацпроекта «Здравоохранение»

Разработайте чек-листы своевременной постановки на диспансерный учет. Еженедельно контролируйте итоги диспансеризации и рассматривайте случаи несвоевременной постановки на учет. Требуйте, чтобы при необходимости по результатам медосмотров и диспансеризации врачи назначали дополнительные мероприятия, в том числе диспансерное наблюдение

Требуйте соблюдать периодичность обследований и вносить записи о результатах диспансерного наблюдения

Контролируйте работу приемного отделения. Расширьте перечень обследований в приемном. Введите комплексный тариф приемного отделения при медуслугах для решения о показаниях к госпитализации. Если нужна экстренная или неотложная медпомощь непрофильному пациенту, требуйте внести записи в меддокументацию, провести консилиум и решить вопрос о сроках перевода в профильное учреждение. Если больного невозможно перевести, обеспечьте нужные консультации и обследования, по показаниям проведите оперативное лечение

Таблица 2. Случаи, которые однозначно возьмут на целевую экспертизу качества

Случай	Что посмотрят методом мультидисциплинарной экспертизы	Как бороться с нарушениями
Летальные исходы	Летальные исходы при ОКС (код МКБ-10 — I 20.0; I 21 — I 24). ОНМК (код МКБ-10 — I 60 — I 63; G 45 — G 46). Внебольничные и госпитальные пневмонии (код МКБ-10 — J 12 — J 18). Злокачественные новообразования молочной железы (код МКБ-10 — C 50). Злокачественные новообразования предстательной железы (код МКБ-10 — C61)	Взять на контроль заполнение меддокументации, ведение пациентов по клинрекомендациям. В сложных случаях проводить консилиумы, телеконсультации, ВКК. Контролировать, как внедрили корректирующие меры
Внутрибольничные инфицирования и осложнения заболеваний	Не будут смотреть	Контролировать, как соблюдают санэпидрежим и как реализуют программу эпидемиологической безопасности
Первичные выходы на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей	Посмотрят все случаи	Проверить, что все данные об обследовании вклеены в меддокументацию. Провести анализ каждого случая, чтобы выявить нарушения в заполнении меддокументации или тактике обследования и лечения пациента. Провести анализ качества диспансерного наблюдения, итогов диспансеризации
Повторные обоснованные обращения по поводу одного и того же заболевания: в течение 30 дней — при амбулаторной и стационарной медпомощи, в течение 24 часов от предшествующего вызова — при повторном вызове скорой помощи	Не будут смотреть	Проводить консилиум или ВКК при поступлении на лечение такой категории больных для рассмотрения возможных нарушений со стороны лечащего врача
Случаи, по которым поступили жалобы на доступность и качество медпомощи	Посмотрят все случаи	Организовать работу с обращениями пациентов



## Чек-листы для проверки медкарт

### Форма контроля оформления медицинской карты стационарного больного

Фамилия И.О. пациента \_\_\_\_\_

Фамилия И.О. лечащего врача \_\_\_\_\_

**Разделы контроля оформления медицинской карты стационарного больного (ф. 003/у)**      Да – 0 Нет – 1

Лицевая и оборотная стороны титульного листа медицинской карты заполнены

Согласие на обработку персональных данных оформлено

Информированные добровольные согласия на медицинское вмешательство либо форма отказа от медицинского вмешательства оформлены

Пациент ознакомлен под подпись с требованиями лечебно-охранительного режима

Первичный осмотр лечащего врача (не позднее 2 часов с момента поступления в отделение из приемного покоя) внесен в медицинскую карту в полном объеме с указанием времени и даты

Предварительный диагноз сформулирован (не позднее 2 часов с момента поступления пациента в профильное отделение) и подписан лечащим врачом

План обследования соответствует требованиям стандартов, клинических рекомендаций (протоколов), порядков оказания медицинской помощи, включает необходимые дополнительные методы исследования, консультации специалистов и т. д.

План лечения включает метод хирургического лечения при наличии медицинских показаний и лекарственные препараты, имеющие частоту применения в соответствии со стандартами

Клинический диагноз сформулирован в течение 24 часов (экстренная госпитализация) или в течение 72 часов (в остальных случаях), вынесен на лицевую часть титульного листа медицинской карты с указанием времени и даты и подписан лечащим врачом

Обоснование клинического диагноза (на основании данных осмотра, дополнительных методов исследования, консультации специалистов, консилиумов) подписано лечащим врачом и заведующим отделением с указанием времени и даты

Предоперационный эпикриз соответствует требованиям

Протокол операции (при оперативном лечении, информированное добровольное согласие получено) соответствуют требованиям

## Проверка работы с меддокументами. Полный комплект чек-листов для руководителя

### Разделы контроля оформления медицинской карты стационарного больного (ф. 003/у)

Да – 0 Нет – 1

Лист назначений оформлен в соответствии с требованиями, указана дозировка, кратность введения препаратов, курс лечения, одновременное назначение более пяти препаратов согласовано с заведующим отделением и клиническим фармакологом

---

Температурный лист оформлен в полном объеме за весь период госпитализации

---

Дневники оформлены за весь период лечения в соответствии с тяжестью состояния, отражают динамику состояния пациента, подписаны лечащим врачом с указанием даты и времени

---

Осмотр заведующим отделением (ответственным дежурным врачом) (не позднее 48 часов с момента поступления пациента в профильное отделение и не реже одного раза в неделю) оформлен и подписан с указанием даты и времени

---

Консилиум созван по инициативе лечащего врача, оформлен в виде протокола, подписан всеми участниками, особое мнение приложено

---

Коррекция плана лечения (по результатам осмотра заведующего отделением, дополнительных методов исследования, консультаций специалистов, консилиумов и т. д.) оформлена

---

Назначение сильнодействующих и наркотических препаратов оформлено

---

Проведение гемотрансфузий оформлено протоколом (информированное добровольное согласие получено), соответствует требованиям

---

Наличие результатов дополнительных методов исследования, консультаций специалистов в медицинской карте (соответствует плану обследования или назначению лечащего врача)

---

Госпитализация пациента для оказания плановой специализированной медицинской помощи за счет средств ОМС оформлена решением врачебной комиссии (подкомиссии)

---

Экспертиза временной нетрудоспособности проведена в соответствии с требованиями, имеется экспертный анамнез, этапный эпикриз, протокол врачебной подкомиссии подписан, указан период временной нетрудоспособности и № листка нетрудоспособности

---

Хронология ведения и порядок формирования медицинской карты соблюдены

---

Выписной эпикриз, при летальных случаях – посмертный эпикриз оформлен в соответствии с требованиями, подписан лечащим врачом и заведующим отделением

---

Всего баллов

---

## Форма контроля оформления медицинской карты стоматологического больного

Фамилия И.О. \_\_\_\_\_  
пациента

Фамилия И.О. \_\_\_\_\_  
лечащего врача

### Разделы оформления медицинской карты стоматологического больного (ф. 043/у-4) Да Нет

- 1 Использована соответствующая форма медицинской документации (043/у-4) \_\_\_\_\_
- 2 Данные о визите имеются в базе МИС и соответствуют данным в медицинской карте \_\_\_\_\_
- 3 Дневники оформлены за весь период лечения, с указанием даты, соответствующей данным МИС, и подписаны лечащим врачом \_\_\_\_\_
- 4 Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство оформлено в полном объеме (указаны Ф. И. О. пациента, Ф. И. О. врача, вид медицинского вмешательства (с указанием номера зуба(ов)), дата и подпись) \_\_\_\_\_
- 5 Отказ от медицинского вмешательства оформлен в соответствии с требованиями, на специальном бланке \_\_\_\_\_
- 6 Заполнена учетная карта онкоосмотра в соответствии с требованиями (Ф. И. О. пациента, подпись лечащего врача) \_\_\_\_\_
- 7 Согласие на обработку персональных данных оформлено \_\_\_\_\_
- 8 Имеются данные о перенесенных и сопутствующих заболеваниях \_\_\_\_\_
- 9 Собран аллергологический анамнез \_\_\_\_\_
- 10 При объективном осмотре указаны данные зондирования (с указанием поверхности), перкуссии, пальпации и реакция на температурный раздражитель \_\_\_\_\_
- 11 Заполнена зубная формула \_\_\_\_\_
- 12 Указаны и рассчитаны в соответствии с требованиями индексы гигиены, КПУ \_\_\_\_\_
- 13 Указан вид прикуса (ортогнатический, прямой и т. д.) \_\_\_\_\_
- 14 Имеются данные осмотра слизистой оболочки полости рта \_\_\_\_\_
- 15 Диагноз сформулирован в соответствии с требованиями, с указанием формы заболевания, кода по МКБ-10 и, при необходимости, класса по Блэку \_\_\_\_\_
- 16 Диагноз поставлен в соответствии с жалобами, анамнезом, объективными данными и результатами дополнительных методов исследования \_\_\_\_\_

**Разделы оформления медицинской карты стоматологического больного (ф. 043/у-4)**      **Да**    **Нет**

- |    |   |  |
|----|---|--|
| 17 | Анестезия проведена в соответствии с требованиями и указан вид местной анестезии (инфильтрационная, проводниковая, аппликационная)  |  |
| 18 | В лечении используемые препараты указаны в соответствующих дозировках (растворы в миллилитрах, с указанием %), латинскими буквами   |  |
| 19 | В рекомендациях указаны препараты по МНН (НПВП, антигистаминные препараты и т. д.)  |  |
| 20 | При удалении зуба произведен кюретаж лунки, гемостаз и дан совет  |  |
| 21 | В лечении указано, в области каких зубов производилась периостотомия  |  |
| 22 | При периостите проведено промывание раны с указанием антисептика и назначено медикаментозное лечение  |  |
| 23 | В лечении указано название антисептика, которым производилось промывание раны (корневых каналов)  |  |
| 24 | ПХО раны расписано (указано, накладывались ли швы)  |  |
| 25 | В лечении указаны названия антисептика, прокладки (изолирующей, лечебной), пломбы (временной, постоянной), лекарственных препаратов, наложенных под повязку, силеров с указанием группы (композит, СИЦ и т. д.) |  |
| 26 | Лечение кариеса, пульпита и периодонтита, альвеолита и т. д. проведено в полном объеме, с указанием номера зуба(ов), при необходимости даты следующего посещения (срок наложения девит-пасты, швов и т. д.)     |  |
| 27 | Произведена шлифовка пломбы из материала химического отверждения (шлифовка и полировка пломбы из материала светового отверждения)   |  |
| 28 | В лечении пульпита (периодонтита) указано, сколько корневых каналов было обработано и запломбировано  |  |
| 29 | Проведено (имеется описание) или рекомендовано проведение рентгенологического исследования  |  |
| 30 | При проф. осмотре указываются зубная формула, индексы гигиены, КПУ, данные осмотра СОПР и рекомендации  |  |
| 31 | При осмотре по беременности дополнительно указан срок беременности и даны рекомендации  |  |
| 32 | Верно выставлен КСГ (сложность удаления зуба, количество удаленных зубов, количество запломбированных корневых каналов, вид анестезии, класс по Блэку, все проведенные манипуляции)                             |  |
| 33 | Отсутствуют сокращения и исправления, оформленные надлежащим образом  |  |

**Чек-лист**  
**Что проверить в медкарте при подготовке**  
**к медико-экономической экспертизе**

**В медкарте амбулаторного больного**

В медкарте амбулаторного больного

ИДС на медвмешательство	Нет пустых строк	<input type="checkbox"/>
	Есть подпись врача	<input type="checkbox"/>
	Есть подпись пациента	<input type="checkbox"/>
Заполнение разделов медкарты	Нет сокращений	<input type="checkbox"/>
	Почерк разборчивый	<input type="checkbox"/>
Запись об осмотре врачом амбулаторного приема	Есть рекомендации по обследованию, лечению	<input type="checkbox"/>
	Есть информация о рекомендуемом повторном приеме	<input type="checkbox"/>
Запись о проведении консилиума врачей	Есть рекомендации и решение консилиума	<input type="checkbox"/>
	Есть подписи членов консилиума	<input type="checkbox"/>
	Есть запись, что выполнили решения консилиума	<input type="checkbox"/>
Запись о направлении на госпитализацию при заболевании или состоянии, при котором нужно стационарное лечение		<input type="checkbox"/>
Формулировка клинического диагноза по МКБ-10	Диагноз поставили в течение 10 дней с момента обращения	<input type="checkbox"/>
	Есть обоснование диагноза	<input type="checkbox"/>

В медкарте стационарного больного

Запись об установлении предварительного диагноза	Обосновали предварительный диагноз	<input type="checkbox"/>
Запись об установлении клинического диагноза и план обследования и лечения	Запись с обоснованием клинического диагноза сделали не позднее 72 часов от поступления в профильное отделение или дневной стационар, при поступлении по экстренным показаниям — не позднее 24 часов от поступления	<input type="checkbox"/>
	План обследования и лечения включает режим, лечебное питание, лекарственную терапию, порядок обследования	<input type="checkbox"/>

## Проверка работы с меддокументами. Полный комплект чек-листов для руководителя

Записи об осмотре заведующим профильным отделением или дневным стационаром с подписью	Запись сделали в течение 48 часов с момента поступления в отделение или дневной стационар	<input type="checkbox"/>
Выписной эпикриз с рекомендациями по дальнейшему лечению, обследованию и наблюдению	Есть подписи лечащего врача и завотделением, дневным стационаром	<input type="checkbox"/>
Медпомощь по онкологии соответствует клинрекомендациям, порядкам и стандартам медпомощи по профилю	Сроки проведения консультаций врачей-специалистов при подозрении на онкозаболевание не превышают трех рабочих дней	<input type="checkbox"/>
	Сроки проведения диагностических инструментальных и лабораторных исследований при подозрении на онкозаболевания не превышают семи рабочих дней со дня назначения исследований	<input type="checkbox"/>
	Срок установления диспансерного наблюдения врача-онколога за пациентом с онкозаболеванием не превышает трех рабочих дней с момента постановки диагноза	<input type="checkbox"/>
	Сроки ожидания специализированной (кроме высокотехнологичной) медпомощи не превышают семи рабочих дней с момента гистологической верификации опухоли или с момента установления предварительного диагноза	<input type="checkbox"/>
Запись о необходимости дополнительных сложных и длительных исследований в связи с особенностями течения заболевания	Есть подпись и согласование завотделением	<input type="checkbox"/>
Запись о решении врачебной комиссии о необходимости проведения вне медорганизации	Есть записи о решении врачебной комиссии и выполнении решения	<input type="checkbox"/>
	Есть протокол комиссии	<input type="checkbox"/>
Протокол и заключение консилиума при затруднении установления клинического диагноза или выбора метода лечения		<input type="checkbox"/>
Запись о коррекции плана обследования и плана лечения	В записи отражены: клинический диагноз, состояние пациента, особенности течения заболевания, сопутствующие заболевания, осложнения и результаты лечения	<input type="checkbox"/>
Запись о коррекции плана обследования и лечения после установления клинического диагноза	Запись внесена после осмотра лечащего врача, завотделением	<input type="checkbox"/>
Запись о коррекции плана обследования и лечения при изменении степени тяжести состояния пациента	Есть обоснование коррекции плана обследования и лечения	<input type="checkbox"/>

Проверка работы с меддокументами.  
Полный комплект чек-листов для руководителя

Обоснование перевода пациента в другую медорганизацию, где есть нужное оборудование и кадры	Решение о переводе приняла врачебная комиссия и оформила протоколом	<input type="checkbox"/>
	Решение комиссии внесли в медкарту	<input type="checkbox"/>
	Есть запись, что перевод согласовали с руководителем медорганизации, куда переводят пациента	<input type="checkbox"/>
Записи лечащего врача о рекомендациях на телеконсультации с медработниками федеральных учреждений Минздрава	Есть протокол телеконсультации и рекомендации	<input type="checkbox"/>
	Есть отметка о выполнении рекомендаций	<input type="checkbox"/>

**Чек-лист**  
**Что проверить в медкартах перед экспертизой**  
**качества медпомощи**

---

Общие требования

---

Назначение лекарств      В назначениях учитывают инструкцию по применению препарата, возраст, пол пациента, тяжесть заболевания, осложнения и сопутствующие заболевания     

---

Записи о плане обследования и плане лечения      Планы обследования и лечения учитывают клинический диагноз, состояние пациента, особенности течения заболевания, сопутствующие заболевания, осложнения и результаты лечения     

---

Планы основаны на стандартах медпомощи и клинических рекомендациях     

---

Указаны сроки повторного осмотра     

---

Этапные эпикризы      Указано проведенное и планируемое лечение и обследования     

---

Уточнен клинический диагноз, его осложнения и сопутствующая патология     

---

Этапный эпикриз подписали лечащий врач и завотделением     

---

Обоснование изменения клинического диагноза      Есть обоснование изменения диагноза и данные обследования, которые стали причиной изменения     

---

Обоснование клинического диагноза      Указано, что диагноз установлен на основании данных анамнеза, осмотра, лабораторных и инструментальных обследований, результатов консультаций врачей-специалистов, предусмотренных стандартами медпомощи, клиническими рекомендациями     

---

Назначение лекарств      Лекарства назначены с учетом инструкций по применению, возраста, пола пациента, тяжести заболевания, осложнений и сопутствующих заболеваний     

---

В плане лечения указаны метод и объем хирургического вмешательства при заболевании и медпоказания к хирургическим методам лечения или диагностики     

---

При летальном исходе

---

Протокол патолого-анатомического вскрытия      В протоколе патолого-анатомического исследования есть гистологическое подтверждение выявленных изменений     

---

Обоснование причины расхождения клинического и патолого-анатомического диагноза     

---



## Проверка работы с меддокументами. Полный комплект чек-листов для руководителя

---

### При отступлении от стандартов и клинрекомендаций

---

Запись об особенностях течения заболевания, которые требуют дополнительных сложных и длительных исследований	Стоит подпись о согласовании с завотделением или дневным стационаром	<input type="checkbox"/>
Запись врачебной комиссии о проведении дополнительных исследований вне данной медорганизации	Оформлен протокол врачебной комиссии	<input type="checkbox"/>
Запись о принятии решения консилиумом врачей при затруднении установления клинического диагноза или выбора метода лечения	Оформлен протокол консилиума	<input type="checkbox"/>
Запись о коррекции плана обследования и плана лечения	Учли клинический диагноз, состояние пациента, особенности течения заболевания, сопутствующие заболевания, осложнения заболевания и результаты лечения	<input type="checkbox"/>
Обоснование назначения лекарств вне перечня ЖНВЛП и медизделий, имплантируемых при медпомощи	Есть решение и протокол врачебной комиссии	<input type="checkbox"/>
Обоснование показаний для перевода в другое профильное отделение внутри медорганизации		<input type="checkbox"/>
Обоснование показаний для перевода в другую медорганизацию		<input type="checkbox"/>

---

## Глава II. Проверка меддокументов при работе с претензиями пациентов

### Информированное добровольное согласие

Если пациент не подписал информированное добровольное согласие (ИДС), или врач оформил его неправильно, то оказанную медпомощь признают некачественной, а медорганизацию оштрафуют.

Если врач попросил подписать ИДС, но на словах не разъяснил последствия процедуры, пациент тоже выиграет дело в суде.

Проверьте, чтобы пациент подписал информированное добровольное согласие до начала лечения. Врач имеет право оказывать медпомощь только после того, как пациент подписал ИДС. Документ может подписать как сам пациент, так и его представитель, например, родители или опекуны - ч. 1 ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ.

Заместитель главврача по медицинской части должен проверять, что врачи берут ИДС до начала медвмешательства, а не после того, как оказали помощь. Брать ИДС после лечения или манипуляции – нарушение Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ. Чтобы избежать таких ситуаций, начмед выборочно проверяет, как врачи заполняют ИДС.

Пациент имеет право отказаться от одного или нескольких видов вмешательств. В этом случае он должен подписать отказ от вмешательства. Минздрав не утвердил единую форму отказа, каждая медорганизация разрабатывает ее самостоятельно.



#### Внимание

Если врач не получил ИДС, то ему грозит штраф в размере от 1000 до 3000 руб. Штраф для должностных лиц – от 5000 до 10 000 руб, для юридических лиц – от 40 000 до 100 000 руб

## **Амбулаторная карта пациента по форме 025/у**

Если врач вписал в амбулаторную карту пациента все данные, жалобы и состояние, назначенное обследование и лечение при повторных приемах, медорганизацию нельзя будет обвинить в фальсификации меддокументации и некачественной медицинской помощи.

Как при первичном, так и при повторном обращении врач обязан заполнять все разделы амбулаторной карты. Титульный лист при этом заполняют в регистратуре.

Начмед выборочно проверяет карты и смотрит, что в ней после первичного осмотра заполнены все 35 пунктов, после повторного – есть запись об осмотре, анамнезе, обоснование диагноза, рекомендации по обследованию и лечению, дата следующего приема.

Если по пациенту проводили консилиум, в карте обязательно должна быть запись о нем, заверенная подписью заведующего амбулаторно-поликлиническим отделением.

В случае, когда врач направляет пациента на госпитализацию, он должен записать это в карте вместе с рекомендациями по лабораторным и инструментальным методам исследования.

## **Медкарта стационарного больного по форме 003/у**

Врач должен вносить все данные в стационарную карту больного.

В стационарной карте по форме 003/у должны быть:

- ИДС на медицинское вмешательство;
- запись врача приемного отделения о первичном осмотре пациента;
- запись врача приемного отделения или ОРИТ о постановке предварительного диагноза;
- клинический диагноз;

- первичный осмотр лечащего врача и заведующего отделением;
- дневники наблюдения;
- план обследования и лечения;
- данные лабораторных и диагностических исследований;
- этапный эпикриз;
- выписной эпикриз с рекомендациями по дальнейшему лечению, обследованию и наблюдению.

Если возникли трудности при постановке клинического диагноза или выборе метода лечения и собрали консилиум, лечащий врач должен внести в медкарту протокол и заключение консилиума.

Начмед контролирует выполнение критериев качества по группам заболеваний по приказу Минздрава от 10.05.2017 № 203н. Например, при диабетической ретинопатии пациенту нужно выполнить биомикроскопию глаза. Данные об исследовании врач должен внести в медицинскую карту.

В случае смерти пациента врач обязан вложить в историю болезни протокол патологоанатомического вскрытия. Если заключительный клинический и патологоанатомический диагнозы не совпадают, в протоколе нужно указать причину такого расхождения.

Раздайте врачам чек-лист по заполнению стационарной карты больного по форме 003/у, чтобы избежать претензий от пациентов.

## **Договор на оказание платных медуслуг**

Если в медкарте нет договора на оказание платных медуслуг, пациент сможет через суд вернуть деньги, которые он заплатил больнице или поликлинике. Требования к договору на платные услуги прописаны в постановлении Правительства от 04.10.2012 № 1006. Юристы должны прописывать предмет договора, условия и сроки оказания

медуслуг. Предмет договора – это процесс оказания услуги, а не ее результат. После лечения не всегда наступает полное выздоровление, например, если пациент не выполнял предписания врача или отказывался принимать лекарства.

Юристы медорганизации должны указать в договоре, что «МО устранит недостатки медпомощи в разумный срок, указанный потребителем». Если в договоре нет такого пункта, то должностному лицу может грозить административная ответственность по части 2 статьи 14.8 КоАП в виде штрафа от 1000 до 2000 руб., для юрлица – от 10 000 до 20 000 руб.

Распечатайте справочник с распространенными ошибками в договорах на платные медуслуги и раздайте юристам медорганизации.

## Чек-листы для проверки меддокументации

### ЧЕК-ЛИСТ

#### Что нужно внести в амбулаторную карту во время первичного приема

- 1 Дата первичного заполнения карты
- 2–6 Паспортные данные
- 7 Серия и номер страхового полиса ОМС
- 8 СНИЛС
- 9 Название страховой медорганизации
- 10 Код категории льготы
- 11 Документ, удостоверяющий личность
- 12 Заболевания (травмы), по поводу которых пациент находится на диспансерном наблюдении, и их код по МКБ
- 13 Семейное положение
- 14 Образование
- 15 Занятость
- 16 При наличии инвалидности указывают: «впервые» или «повторно», группу инвалидности и дату ее установления
- 17 Место работы или должность
- 18, 19 Изменения места работы и (или) места жительства
- 20 Все впервые или повторно установленные заключительные диагнозы и Ф. И. О. врача
- 21, 22 Группа крови и резус-фактор
- 23 Аллергические реакции
- 24 Записи врачей-специалистов
- 25 Записи о состоянии пациента при наблюдении в динамике
- 26 Этапный эпикриз
- 27 Сведения о консультации заведующего отделением
- 28 Заключение врачебной комиссии
- 29 Данные о пациенте на диспансерном наблюдении
- 30 Сведения о проведенных госпитализациях
- 31 Сведения о проведенных оперативных вмешательствах
- 32 Сведения о полученных дозах облучения при рентгенологических исследованиях
- 33, 34 Результаты функциональных и лабораторных исследований
- 35 Эпикриз из-за переезда из района обслуживания МО или в случае смерти

## ЧЕК-ЛИСТ для проверки формы ИДС

- Полное название медорганизации.
- Данные медработника, который получает ИДС и оказывает медуслугу: имя, должность, образование, квалификация.
- Ф. И. О. пациента или его законного представителя.
- Дата дачи согласия.
- Нормы из пункта 2 статьи 37 Закона № 323-ФЗ о порядке оказания медпомощи.
- Сведения о порядках и стандартах медпомощи, которые медработник применил при оказании медуслуги.
- Перечень медвмешательств.
- Основание и цель медвмешательства.
- Возможные варианты развития заболевания, и как медорганизация будет реагировать.
- Риски медвмешательства.
- Информация о праве пациента отказаться от медвмешательства.
- Возможные последствия отказа от медвмешательства.

**Чек-лист**  
**по оформлению карты амбулаторного пациента по форме 025/у**

- Титульный лист амбулаторной карты заполнен в регистратуре.
- На обложке документа указано: присвоенный номер карты, полное название медорганизации, ОГРН учреждения.
- Врач заполнил все разделы амбулаторной карты, внес в них информацию о полученных в поликлинике услугах, пройденных процедурах в хронологической последовательности.
- Записи в медкарту внесли на русском языке, разборчиво.
- Ошибочные записи аккуратно исправлены и подтверждены подписью лечащего врача.
- Диагноз пациента сформулирован на основе МКБ-10.
- Врач отразил в карте проведенные процедуры, медицинские мероприятия, лечебно-диагностический план.
- Анкетные данные пациента – Ф. И. О., дату и место рождения, адрес – внесли на основании документа, удостоверяющего личность.

Врачи-специалисты внесли в медкарту:

- место и дату осмотра больного (в ФАПе, на приеме в поликлинике, на дому);
- жалобы больного;
- анамнез жизни, анамнез заболевания;
- код основного и сопутствующего заболевания, осложнений;



## Проверка работы с меддокументами. Полный комплект чек-листов для руководителя

- код группы диспансерного наблюдения и здоровья; причины отравления или травмы;
- результаты консультации специалистов или диагностических исследований;
- рекомендованное лечение, физиопроцедуры, медикаменты;
- информацию о выдаче больничного листа, номер бланка, сроки нетрудоспособности;
- информацию о праве на получение льготных лекарств;
- сведения о выдаче справок.
- В медкарте есть заполненное информированное добровольное согласие на медицинские процедуры или письменный отказ от них по форме, утвержденной действующим законодательством.
- В медкарте есть этапный эпикриз. В него включают данные о пациенте, динамику его состояния, результаты оказания медпомощи после проведенных обследований и лечения.
- Раздел медкарты с этапным эпикризом подписан лечащим врачом.
- Указана информация о консультации у заведующего отделением, в котором наблюдался пациент.
- Если было заседание врачебной комиссии, то указать итоговое решение ВК.
- В пункте 35 медкарты есть итоговый эпикриз, если пациент выбыл в другой район обслуживания или умер.
- Если пациент умер, заполняют посмертный эпикриз. В нем указывают актуальную информацию о состоянии здоровья на момент смерти, ее причины, перенесенные заболевания, данные медицинской справки о смерти.

### Чек-лист по заполнению стационарной карты больного по форме 003/у

На титульном листе медицинской карты стационарного больного указываются:

- наименование медицинской организации, отделения;
- шифр по МКБ, номер КСГ;
- фамилия, имя, отчество больного (по паспорту);
- паспортные данные (серия, номер паспорта);
- серия и номер медицинского страхового полиса;
- возраст с указанием даты рождения;
- адрес места регистрации и места проживания;
- место работы (учебы) основное и по совместительству (с какого времени работает по совместительству), профессия, должность;
- дата и время поступления в медицинское учреждение;
- госпитализация для оказания плановой медицинской помощи, экстренной медицинской помощи (время после начала заболевания, травмы);
- наличие группы инвалидности (причина группы и длительность);
- сведения о временной нетрудоспособности (наличии листка нетрудоспособности);
- диагноз направившего учреждения и название направившей медицинской организации;
- диагноз при поступлении;

Проверка работы с меддокументами.  
Полный комплект чек-листов для руководителя

- заключительный клинический диагноз;
- Ф. И. О., телефон, адрес ближайших родственников.

В разделе «Особые отметки» указать:

- сведения о предшествующих госпитализациях;
- данные об инъекциях и лечении у стоматолога за последние шесть месяцев;
- данные о перенесенном гепатите, туберкулезе;
- данные о результатах флюорографии (дата, № исследования, медицинская организация, где проводилась флюорография);
- для иногородних пациентов – причину нахождения в данной местности (нахождение в командировке, в гостях у родственников, учеба и пр.);
- антропометрические данные;
- данные осмотра на наличие чесотки, педикулеза;
- данные о наличии кашля, мокроты;
- данные о санитарной обработке больного;
- данные о проведенной вакцинации от столбняка (в случаях поступления больного с травмой с повреждением целостности кожных покровов); запись о проведенной вакцинации осуществляется врачом;
- сведения о выданном листке нетрудоспособности, о ВК в случае проведения.
- В разделе «Особые отметки» указать о факте ознакомления пациента с режимом больницы и переносимости лекарственных препаратов.

- При поступлении пациента по скорой помощи врач отделения, куда гражданин госпитализируется, заполняет и подписывает талон к сопроводительному листу скорой помощи.
- Если пациента, которого привезла скорая помощь, не госпитализируют, то талон к сопроводительному листу скорой помощи заполняет врач приемного отделения.

В медкарту вкладывают заполненные информированные добровольные согласия:

- на медицинское вмешательство;
- на обработку персональных данных;
- о помещении информации в столе справок о пребывании пациента в стационаре;
- об ознакомлении с режимом больницы.

Осмотр врача в приемном отделении:

- Указать дату и время осмотра пациента в приемном отделении.
- Кратко описать жалобы, анамнез настоящего заболевания с указанием патологических изменений и данных, которые относятся к заболеванию.
- Внести данные о лекарственной непереносимости.
- Сформулировать предварительный диагноз, план обследования и указать проведенное лечение в приемном отделении.
- Если пациент поступил с травмами, то описывают обстоятельства их получения (дата, приблизительное время, место), дают подробную характеристику телесных повреждений, проводят освидетельствование на состояние опьянения.

- Провести исследование крови на содержание этанола всем пациентам, поступающим в стационар с подозрением на отравление неизвестным ядом и с выраженными нарушениями сознания неизвестной этиологии.
- При поступлении пациента в крайне тяжелом состоянии лист осмотра врача приемного отделения не заполняется.

### **Ведение карты в клинических отделениях**

При поступлении пациента в отделение лечащий (дежурный) врач заполняет бланк первичного осмотра, где записывает:

- дату и час осмотра больного;
- жалобы пациента;
- анамнез заболевания с указанием данных о предшествующих госпитализациях, проводимом ранее лечении, его эффективности, даты и возможные причины ухудшения состояния;
- экспертный анамнез с обязательным указанием периодов временной нетрудоспособности, этапов обращения за медпомощью перед настоящей госпитализацией, наличия листка нетрудоспособности, необходимости выдачи или продления листка нетрудоспособности, наличия группы инвалидности (с какого времени и по какому заболеванию);
- анамнез жизни;
- эпидемиологический анамнез;
- данные объективного обследования пациента с оценкой тяжести состояния при поступлении и обоснованности госпитализации;
- диагноз при поступлении (основной, осложнения, сопутствующие заболевания);
- план обследования и лечения.
- Первичный осмотр подписывает лечащий или дежурный врач с расшифровкой подписи.
- При поступлении пациента в тяжелом состоянии осмотр проводят совместно с заведующим отделением.

## Чек-лист

### Как оформить протокол врачебной комиссии

#### Наименование документа

- Отрадите в шапке документа, что заседание врачебной комиссии по претензии пациента – внеплановое. Оно всегда внеплановое, поскольку график плановых заседаний утвержден пунктом 14 приказа Минздравсоцразвития № 502н.
- Укажите в шапке дату заседания и номер протокола по правилам нумерации документов, принятым в организации.

#### Состав врачебной комиссии

- Перечислите в протоколе участников комиссии. В ней не может быть менее четырех человек. Обычно это председатель, один или два заместителя, секретарь и члены комиссии (п. 8 приказа Минздравсоцразвития № 502н).
- В состав врачебной комиссии входят заведующие структурными подразделениями и врачи-специалисты.
- Учитывайте профильность конфликта. Например, если пациент предъявил претензию к медицинской помощи по профилю «акушерство-гинекология», то в состав членов комиссии должен входить врач – акушер-гинеколог.
- Не включайте в состав комиссии врача, который непосредственно оказывал медпомощь: он заинтересованное лицо.
- Председателем комиссии назначьте представителя руководящего лечебного персонала. Как правило, председателем назначают руководителя медорганизации – главврача или его заместителя, руководителя структурного подразделения.

#### Повестка заседания врачебной комиссии

- Укажите причину, по которой проводят заседание комиссии.

- Сделайте ссылку на претензию пациента или номер судебного дела, если претензионный порядок не соблюдался.
- В части протокола «Рассматриваемые на комиссии документы» укажите всю документацию, которая позволяет объективно исследовать обстоятельства дела, в том числе саму претензию (исковое заявление) и объяснительную врача.

#### Описание событий по существу

- Объективно опишите все события в строго хронологической последовательности.
- Перенесите все записи из карты пациента в протокол.
- Укажите существенные моменты: дату, врача-специалиста, жалобы пациента, результаты объективного осмотра и опроса, результаты лабораторных и инструментальных исследований, диагноз по МКБ-10, рекомендации и назначения врача. Если есть вложенные результаты лабораторных исследований, отразите их в протоколе отдельными записями.
- Укажите в протоколе, если есть выписки из других медорганизаций и результаты отдельных исследований, которые внесены в медицинскую историю.

#### Обсуждение вопроса по существу

- Укажите нормативно-правовые документы, которые использовали в ходе обсуждения.
- Дайте ответы на вопросы: есть ли нарушения при оказании медицинской помощи; отступали врачи от требований порядков и клинических рекомендаций или нет; есть ли в претензии пациента действительные основания, позволяющие удовлетворить ее полностью или частично.
- В протоколе отражайте не только дефекты со стороны медорганизации, но и нарушения со стороны пациента. Например, что он не соблюдал

назначения и рекомендации, не приходил на приемы, отказывался от медицинских вмешательств и госпитализации и др.

- Члены комиссии исследуют и оценивают все фактические обстоятельства дела, например, объяснительную врача.
- Устно опросить врача и отразить полученную информацию в протоколе.
- Данные этого раздела можно приобщить к материалам судебного дела.

#### Выводы комиссии

- Описать причинно-следственную связь между медицинской помощью и негативными последствиями для пациента.
- Если причинно-следственная связь отсутствует, то желательно, чтобы комиссия предложила свой вариант объяснения негативных последствий для пациента.

#### Решение комиссии и подписи участников

- Секретарь вносит запись о решении, которое приняла комиссия. Например, об отказе или удовлетворении требований пациента.
- Если в документах есть дефекты, комиссия может решить провести дополнительное обучение медицинских работников порядку заполнения документов.



## ЧЕК-ЛИСТ

### для проверки заполнения договора на платные медуслуги

Договор оформлен в письменной форме.

В договоре есть:

- наименование и фирменное наименование (если имеется) медорганизации, адрес места нахождения, данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в ЕГРЮЛ, с указанием органа, который провел госрегистрацию;
- номер лицензии на осуществление медицинской деятельности, дата ее регистрации с указанием перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, наименование, адрес места нахождения и телефон лицензирующего органа;
- фамилия, имя и отчество (если имеется), адрес места жительства и телефон потребителя (законного представителя потребителя);
- фамилия, имя и отчество (если имеется), адрес места жительства и телефон заказчика – физического лица;
- наименование и адрес места нахождения заказчика – юридического лица;
- перечень платных медуслуг, которые предоставляются в соответствии с договором;
- стоимость платных медуслуг, сроки и порядок их оплаты;
- условия и сроки предоставления платных медуслуг;
- должность, фамилия, имя, отчество (если имеется) лица, заключающего договор от имени исполнителя, его подпись, фамилия, имя, отчество (если имеется) потребителя (заказчика) и его подпись;

- ответственность сторон за невыполнение условий договора;
- порядок изменения и расторжения договора;
- иные условия по соглашению сторон.
- Если заказчик – юридическое лицо, то указали должность лица, заключающего договор от имени заказчика.
- В договоре указали, что «...медорганизация устраняет недостатки оказанных услуг в разумный срок, указанный потребителем».
- В договоре указали, что «...согласно статье 779 ГК стороны пришли к соглашению, что предметом договора является процесс оказания медицинской услуги, а не ее результат».
- В договоре указали, что «...пациент осознает, что услуга входит в программу госгарантий и он может ее получить бесплатно, но желает получить эту услугу платно в конкретном (наименование медорганизации) учреждении».

**Чек-лист**  
**по контролю работы с жалобами пациентов**

<b>Номер вопроса</b>	<b>Наличие в медорганизации</b>	<b>Да</b>	<b>Нет</b>
1	Порядок организации работы по рассмотрению обращений граждан, который утвердила администрация		
2	Система регистрации обращений граждан		
3	График личного приема граждан руководителем медорганизации и его заместителями		
4	Сведения о месте приема граждан, а также об установленных для приема днях и часах		
5	Возможность направить обращения через интернет		
6	Возможность рассмотрения обращения с участием гражданина, направившего обращение		
7	Возможность для заявителя ознакомиться с документами и материалами по рассмотрению обращения		
8	Анализ работы с обращениями граждан		

# Глава III. Контроль выдачи меддокументации пациентам

## Порядок выдачи меддокументов

Порядок выдачи оригиналов, копий и выписок из меддокументов регулирует Приказ Минздрава от 31.07.2020 № 789н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них». Сроки выдачи меддокументации регулирует ФЗ от 02.05.2006 № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации».

Также продолжает действовать Приказ Минздравсоцразвития от 14.09.2020 № 972н «Об утверждении Порядка выдачи медицинскими организациями справок...». Он регулирует смежную сферу — справки и заключения, тогда как № 789н — меддокументы, копии, выписки из них.

Выдавать оригиналы, копии и выписки из меддокументов можно только пациентам и их законным представителям. Приказ Минздрава № 789н запрещает выдавать меддокументы уполномоченным представителям пациента по доверенности, к примеру, адвокату или нотариусу.

Меддокументацию выдают по письменному заявлению пациента или его представителя. Текст запроса составляют в свободной форме. Обязательно указывают Ф. И. О., реквизиты паспорта, адрес проживания, наименование меддокументов. Максимальный срок — 30 дней с даты регистрации обращения (ст. 12 Закона № 59-ФЗ, п. 8 Приказа № 789н). Клиника может, но не обязана выдать меддокументы раньше срока. Исключение — медицинские справки.

Медсвидетельство о смерти — в день обращения (п. 17 Приказа № 972н). Если запрос поступил от стационарного или амбулаторного пациента, документы вы-



### Внимание

Медзаключения после медосвидетельствований, медосмотров, диспансеризации, решений ВКК выдаются в течение трех рабочих дней

дают в течение суток после получения. В новом Приказе № 789н Минздрав не указал, в каких ситуациях выдавать оригиналы, а в каких — копии или выписки. Но установил перечень меддокументов, которые выдают только в виде копии или выписки.

## Ответственный за выдачу меддокументов

В медорганизации назначают ответственного медработника по приему запросов и выдаче меддокументов, например, сотрудника канцелярии.

Ответственный медработник регистрирует запросы в день их поступления, организует хранение запросов, оформляет копии документов, выдает меддокументы, копии и выписки из них, также направляет электронные документы.

Ответственный медработник ведет журнал приема запросов и выдачи оригиналов, копий и выписок из меддокументов – п. 15 Приказа № 789н.

Если меддокументы ведут в электронном формате, их распечатывают на бумажном носителе, заверяют и отдают заявителю. Если заявитель просит направить меддокументы по почте, их отправляют заказным письмом с уведомлением о вручении. Чтобы доказать факт отправки конкретных документов, направляют письмо с описью вложения. Клиника имеет право выдавать меддокументы в электронном виде. У ответственного медработника и сотрудника канцелярии должна быть усиленная квалифицированная электронная подпись (УКЭП). Сведения о медработнике вносят в Федеральный регистр медицинских работников Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ), а о медорганизации — в Федеральный реестр медицинских организаций ЕГИСЗ.

Для контроля работы с меддокументацией используйте чек-листы.

## Чек-листы для контроля выдачи меддокументов

### Чек-лист для проверки запроса пациента на меддокументы

#### Параметр

#### Отметка о выполнении

Фамилия, имя, отчество

---

Реквизиты документа, удостоверяющего личность

---

Адрес пребывания (жительства)

---

Почтовый адрес, e-mail

---

Наименование запрашиваемых медицинских документов, их период

---

Вид запрашиваемого документа (в бумажном виде или электронно)

---

Дата запроса, подпись

---

Ф. И. О. \_\_\_\_\_

Подпись: \_\_\_\_\_

Дата:

## Чек-лист для контроля реквизитов журнала выдачи меддокументов

### Параметр

### Отметка о выполнении

Сведения о пациенте: Ф.И.О., реквизиты документа, удостоверяющего личность, адрес места жительства (места пребывания), почтовый адрес для направления письменных ответов и уведомлений и номер контактного телефона (если есть), адрес электронной почты (если есть)

---

Сведения о законном представителе, если обращение от его имени — те же, что для пациента, плюс информация о документе, подтверждающем статус законного представителя

---

Дата подачи запроса и дата выдачи меддокументов (копий) и выписок из них или дата направления в форме электронных документов

---

Наименование выдаваемого документа с указанием его типа: оригинал, копия, выписка. Для копий и выписок указывают период времени, за который они выданы

---

Срок возврата оригиналов медицинских документов

---

Подпись пациента либо его законного представителя о получении медицинских документов (их копий) и выписок из них. Исключение — если меддокументы, копии, выписки направили заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении либо в форме электронных документов

---

Сведения о медицинском работнике, который выдал или направил медицинские документы (их копии) и выписки из них (фамилия, инициалы, должность), и его подпись (усиленная квалифицированная электронная подпись, если журнал ведут в электронной форме)

---

Ф. И. О. \_\_\_\_\_

Подпись: \_\_\_\_\_

Дата:

**Чек-лист**  
**для проверки технической возможности выдавать электронные**  
**меддокументы**

**Параметр**

**Отметка о выполнении**

У медработника и сотрудника канцелярии, которые должны подписать меддокументы, копии и выписки по запросу, есть усиленные квалифицированные электронные подписи

---

Сведения о медработниках есть в Федеральном регистре медицинских работников ЕГИСЗ

---

Сведения о медорганизации есть в Федеральном регистре медицинских организаций ЕГИСЗ

---

У клиники есть возможность направить документы в личный кабинет пациента (его законного представителя) на Едином портале государственных и муниципальных услуг с использованием единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения или посредством иных информационных систем, которые указаны в частях 1 и 5 статьи 91 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

---

Ф. И. О. \_\_\_\_\_

Подпись: \_\_\_\_\_

Дата: