



Формы медицинских документов: контроль на соответствие новым требованиям закона. Методичка

Проект журнала

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

ЖУРНАЛ ДЛЯ УПРАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ

Формы медицинских документов: контроль на соответствие новым требованиям закона. Методичка

В книге – материалы для контроля новых требований к формам медицинских документов. Скорректировали правила работы с согласиями, формы амбулаторных меддокументов, направлений на исследования. Изменения показали в формате «было-стало» для удобства контроля ваших форм.



Автор-составитель

Наталья КОТОВА, главный редактор

© Акцион Медицина, 2025

Содержание

Новые формы меддокументов: согласия, карты, направления. Точки контроля для руководителя	4
Новые формы меддокументов: обязательно ли передавать в единый цифровой контур. Разъяснения Минздрава и инструктаж по заполнению	10
Новые правила эндоскопических и функциональных исследований: проверьте, что внедрили	24
Новые правила патолого-анатомических исследований: инструктаж по работе с формами документов и главные изменения для отделений	46
Изменения по медосмотрам и диспансеризации. Точки контроля	67

Новые формы меддокументов: согласия, карты, направления. Точки контроля для руководителя

В статье – инструкция, как проверить, что в клинике внедрили новые формы меддокументов – амбулаторных карт и карт, которые используют при диспансеризации, ИДС, а также новые формы направлений на исследования. Ее подготовила руководитель ТФОМС Татьяна Гроздова – фонды уже начали проверки по новым правилам.

Формы амбулаторных документов

Минздрав разработал новые формы для шести меддокументов, а также обновил порядки, как их заполнять. Часть форм упразднили. Так, в новый приказ не включили форму № 043-1/у «Медицинская карта ортодонтического пациента». Теперь в стоматологиях будут заполнять формы, разработанные и утвержденные локальным документом, если Минздрав не утвердит их отдельно.

Больше всего изменений внесли в форму № 025/у «Медкарта амбулаторная». Проверьте, что сотрудники по-новому заполняют титульный лист и другие разделы. Например, указывают дату выдачи полиса ОМС и данные об организации, которая выдала этот полис. Пишут «код меры социальной поддержки», а не «код категории льготы».

Сотрудникам будет проще сориентироваться в новшествах с комплектом документов, в которых прокомменти-



Татьяна ГРОЗДОВА,
директор ТФОМС,
Севастополь

ровали изменения в примечаниях. Формы с примечаниями найдете на странице 14.

Формы согласий

ИДС на аборт. Проверьте список осложнений, которые могут возникнуть после медвмешательства. В новой форме информированного добровольного согласия теперь нужно указывать такие последствия, как аденомиоз, сердечно-сосудистые заболевания и рак молочной железы. Убедитесь, что сотрудники информируют пациенток в ИДС об осложнениях, которые могут потребовать хирургического вмешательства. Возможны кровотечения, может возникнуть необходимость удалить остатки плодного яйца, не исключена прогрессирующая беременность (приказ Минздрава от 19.03.2025 № 136н).

Форма ИДС осталась прежней – в ней нужно прописывать, что женщина подтверждает три факта. Первый – ей дали время обдумать и принять окончательное решение – семь дней или 48 часов. Второй – рассказали

Памятка. Какие осложнения, к которым может привести аборт, нужно указывать в ИДС

- ❶ Бесплодие.
- ❷ Хронические воспалительные процессы матки.
- ❸ Различные осложнения при вынашивании последующей беременности.
- ❹ Психические расстройства.
- ❺ Вероятность острого и (или) подострого воспалительного процесса матки и (или) придатков матки, вплоть до перитонита.
- ❻ Аденомиоз (разновидность эндометриоза).
- ❼ Сердечно-сосудистые заболевания.
- ❽ Рак молочной железы.

об отсутствии медицинских противопоказаний к вынашиванию ребенка. Третий – продемонстрировали сердцебиение плода.

ИДС на клиническую апробацию. Теперь оформлять ИДС или отказ от вмешательства можно не только в бумажном формате, но и в электронном. Пациент или его законный представитель в таком случае подписывает документ электронной подписью – усиленной квалифицированной или простой – в ЕСИА. Медработник вправе использовать только усиленную квалифицированную (п. 4 приказа Минздрава от 04.04.2025 № 165н).

Убедитесь, что используете в ИДС новую графу – в ней пациент может определить ряд лиц, которым медорганизация вправе передать информацию о его здоровье, в том числе после смерти (п. 5 приказа Минздрава от 04.04.2025 № 165н). Раньше в форме не было уточнения, что выбранным лицам можно сообщать сведения о здоровье после смерти больного.

Проверьте, на каком этапе пациент дает ИДС. Делать это он должен до заседания врачебной комиссии, на котором принимают решение о целесообразности помощи в рамках клинической апробации (п. 3 приказа Минздрава от 04.04.2025 № 165н).

ИДС на трансфузию. Убедитесь, что оформляете его однократно – при поступлении пациента в клинику. Теперь согласие действует весь период госпитализации (п. 80 постановления Правительства от 14.05.2025 № 641). Раньше его требовали получать перед каждым переливанием.

Согласие на обработку персональных данных. Его необходимо составлять отдельным документом. Включать согласие в текст иных документов, например в договоры на оказание медуслуг или в трудовые договоры с медработниками, законодатели запретили (Федеральный закон от 24.06.2025 № 156-ФЗ).

Документы врачебной комиссии

Журнал решений врачебных комиссий. Теперь его можно оформлять в электронном виде, а подписывать УКЭП. Убедитесь, что секретарь врачебной комиссии включает в журнал информацию о дате, времени проведения заседаний, а также сведения о принятых решениях (подп. 6 п. 11 приказа Минздрава от 10.04.2025 № 180н).

Выписка из протокола. Необходимо проверить, что в приказе указали изменение, – выписку из протокола можно выдавать лицу, которое пациент указал в письменном согласии на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, или ИДС. Также ответственные должны установить, что на запрос выписки из протокола в электронной форме отвечают на Госуслугах не позже трех рабочих дней с момента поступления запроса (п. 16 приказа Минздрава от 10.04.2025 № 180н).

Новые формы по функциональным и эндоскопическим исследованиям

Эндоскопические исследования. Проконтролируйте, что специалисты проводят эндоскопию только по направлению лечащего врача – за исключением исследований в рамках профосмотров и диспансеризации. Это касается даже платных пациентов (п. 9 приказа Минздрава № 206н). Также лечащие врачи теперь обязательно должны заполнять в направлении графу «Показания к проведению эндоскопического исследования» (п. 12 приказа Минздрава № 206н).

Убедитесь, что специалисты ознакомлены с новыми правилами оформления протокола эндоскопии. На составление протокола дают три рабочих дня с момента проведения процедуры (п. 15 приказа Минздрава № 206н). Раньше это требовали делать в тот же день, когда проходила эндоскопия.

Напомните сотрудникам, что в протоколе обязали указывать наименование медорганизации, которая выписала

направление на эндоскопию (п. 17 приказа Минздрава № 206н). К каждому протоколу необходимо прикладывать изображения, которые получили в ходе исследования. Теперь их можно сохранять на цифровом носителе или в централизованной системе хранения и обработки результатов диагностических исследований.

Функциональные исследования. Все функциональные исследования специалисты проводят по направлению лечащего врача, фельдшера или акушера, если на них возложены соответствующие функции. Исключения два. Первое – функциональные исследования в рамках профилактических медосмотров и диспансеризации. Второе – функциональные исследования без нагрузочных проб. Для таких исследований требовать направление не нужно.

Убедитесь, что в направлениях учетной формы № 057/у-04 лечащие врачи заполняют новую графу – медпоказания к исследованию (п. 3 приказа Минздрава № 205н). Также направление должно содержать наименование медорганизации, диагноз и его код по МКБ-10, клинические данные, вид исследования, Ф. И. О. и должность направившего специалиста.

Проконтролируйте действия сотрудников: если у пациента есть экстренные показания или выявили угрожающие жизни состояния, специалист оформляет протокол сразу после исследования и немедленно передает его лечащему врачу (п. 22 приказа Минздрава № 205н). В остальных случаях – в течение трех рабочих дней со дня проведения исследования. Протокол составляют в бумажном или электронном виде.

Новые формы при трансплантации и патолого-анатомических исследованиях

Направление на патолого-анатомические исследования. Порядок заполнения формы направления не изменился, однако формулировки граф стали более точные

и полные. Так, вместо наименования отделения сотрудники теперь указывают структурное подразделение медорганизации, которая направляет биопсийный (операционный) материал. Вместо краткого указания «Полис ОМС» теперь полностью прописывают номер полиса обязательного медицинского страхования, а в отдельном пункте – страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС).

Проверьте, что в способах получения биопсийного материала можно выбирать новый вид – эндоскопическую биопсию. В связи с этим в ряде пунктов формулировка должна быть уточненной: не «дата забора материала», а «дата забора биопсийного (операционного) материала». Аналогично с формулировкой о помещении материала в раствор нейтрального формалина (приказ Минздрава от 14.04.2025 № 207н).

Протокол исследования. В заключительной части протокола добавили новое требование – указывать в полном формате сведения о враче-патологоанатоме и враче-специалисте, которые выполнили прижизненное патологоанатомическое исследование. Теперь необходимо прописывать фамилию имя и отчество, раньше было достаточно указать только фамилию и инициалы. В обновленной форме протокола № 014-1/у уточнили формулировки тех же граф, что и в направлении на исследование.

Журнал регистрации поступления биоматериала. В форме № 014-2/у внесли изменения в графы 2, 3, 4, 5, 8, 9 и 10. Так, в графе 3 четко прописали, что регистрировать нужно именно «биопсийный (операционный) материал». Данные пациента и врача-патологоанатома в графах 4 и 8 необходимо прописывать подробно – указать только инициалы и фамилию уже недостаточно.

Уточнили название графы 9 «Дата выдачи» – теперь она должна выглядеть так: «Дата выдачи результатов прижизненных патолого-анатомических исследований». Аналогично детализировали графу 10 о расписке в получении результатов.

Новые формы меддокументов: обязательно ли передавать в единый цифровой контур. Разъяснения Минздрава и инструктаж по заполнению

В статье – разъяснения Минздрава: обязательно ли передавать данные о новых формах электронных меддокументов в единый цифровой контур. Ведомство пересмотрело порядки ведения шести форм – клиники смогут автоматически заполнять их данными из МИС других медорганизаций, ГИС субъектов. Инструкции для сотрудников, как вести новые формы документов, прилагаются.

В статье – две части. В первой разъясним, для всех ли клиник обязательно условие – передавать данные электронных меддокументов в единый цифровой контур: мы запросили официальные разъяснения в Минздраве. Во второй части статьи – инструктаж для сотрудников: как заполнять обновленные формы амбулаторных меддокументов*.

Для кого обязательно условие – передавать данные из меддокументов в единый цифровой контур

В новых порядках заполнения меддокументов Минздрав указал, что формы можно вести в электронном виде, причем допустимо автозаполнение сведениями из МИС

** Приказ Минздрава
от 13.05.2025 № 274н*

других клиник, ГИС субъектов и ЕГИСЗ. Это право, а не обязанность клиник, но все не так однозначно. Сейчас разъясним почему.

У клиник есть право выбрать – вести документы только в электронной форме, дублировать их на бумаге либо вести полностью на бумаге. Тут клиники действуют по своему усмотрению. А вот обязанность передавать электронные документы в реестр электронных медицинских документов (далее – РЭМД), подсистему ЕГИСЗ, – лицензионное требование, которое контролируют Росздравнадзор и прокуратура. Отказаться от этой обязанности нельзя. Для проверки инспекторам достаточно посмотреть базу данных, если в ней нет сведений – в клинику направляют письмо с требованием их разместить. Пример предостережения, которое в мае получила частная стоматологическая клиника, приводим ниже.

Фрагмент предостережения Росздравнадзора частной клинике

Установлено, что АО «Врачебная история» не реализовало интеграцию с подсистемой «Федеральный реестр электронных медицинских документов» ЕГИСЗ и не предоставляет электронные услуги и сервисы для граждан в личном кабинете пациента «Мое здоровье» на ЕПГУ, что является несоблюдением требований статьи 91.1 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и подпункта «е» пункта 6 Положения о лицензировании медицинской деятельности, утвержденного постановлением Правительства РФ от 01.06.2021 № 852. Таким образом, в действиях АО «Врачебная история» усматриваются признаки нарушений лицензионных требований при осуществлении медицинской деятельности.

В крупных госклиниках давно ведут электронный документооборот и обмениваются информацией с ЕГИСЗ и другими медорганизациями. Процесс отлажен на уровне региона, хотя есть сложности.

В частных клиниках другой уровень проблем: там до последнего надеются, что передавать электронные меддокументы в ЕГИСЗ не нужно, ведь формально электронный документооборот необязателен. Есть еще одно заблуждение: работу с РЭМД требуют только от клиник, которые работают в ОМС. Чтобы развеять эти мифы, мы сделали официальный запрос в Минздрав. Ведомство подтвердило, что клиники, которые не передают сведения, нарушают лицензионные требования. Официальные разъяснения Минздрава по нашему запросу – в приложении.

Продолжаем историю частной клиники, о которой мы упомянули выше. Ей пришлось срочно искать, как поставить МИС и интегрировать ее с ЕГИСЗ, наладить работу с СЭМД. Разобраться в требованиях сложно: официальные инструкции не содержат точных алгоритмов, нет перечня рекомендованных программ, нет списков аккредитованных организаций, которые помогают передавать сведения в ЕГИСЗ. Непрозрачность порождает рынок: клинике начали предлагать платные решения –

Памятка. В какие формы меддокументов внесли изменения

- 1** Форма № 025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях».
- 2** Форма № 025-1/у «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях».
- 3** Форма № 070/у «Справка для получения путевки на санаторно-курортное лечение».
- 4** Форма № 072/у «Санаторно-курортная карта».
- 5** Форма № 076/у «Санаторно-курортная карта для детей».
- 6** Форма № 079/у «Медицинская справка о состоянии здоровья ребенка, выезжающего в организацию отдыха детей и их оздоровления».

установить свою программу, оплатить годовую поддержку, настроить синхронизацию с ЕГИСЗ. При этом медорганизация не может проверить, отвечает ли такая программа требованиям регуляторов.

Как заполнять новые формы меддокументов

Минздрав разработал новые формы для шести меддокументов, а также обновил порядки, как их заполнять. Для каких именно документов появились новые формы – показали в памятке на странице 12. Далее в статье – инструктаж, как заполнять формы, проверьте, что персонал знает правила*.

** Карточки по мед-документам подготовила
Татьяна Гроздова,
директор ТФОМС,
г. Севастополь*

Карточка 1. Форма № 025/у «Медкарта амбулаторная»

В эту форму внесли больше всего изменений. Нужно по-новому заполнять титульный лист и другие разделы. Формировать электронную карту необходимо в порядке, который утвердило руководство в соответствии с приказом Минздрава от 07.09.2020 № 947н и нормативно-справочной информацией из РНСИ.

Памятка. Какую новую информацию нужно вносить в форму № 025/у

Титульный лист

- 1 Гражданство пациента.
- 2 Данные документа, удостоверяющего личность.
- 3 Адрес регистрации по месту жительства и по месту пребывания.
- 4 Полис ОМС: дата выдачи, какая СМО выдала.
- 5 Код меры соцподдержки: 1–10 по перечню*.

* Теперь кодом «10» можно обозначить пациентов, которые подверглись воздействию радиации после катастрофы на Чернобыльской АЭС либо ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне, а также из приравненных к ним категорий граждан.

Дата заполнения медицинской карты: число _____ месяц _____ год _____.

Фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента _____

Дата рождения: « _____ » _____ г. Пол: муж. — 1, жен. — 2 Гражданство: _____

Документ, удостоверяющий личность: _____ серия _____ № _____

Номер телефона: _____ Адрес электронной почты: _____

Регистрация по месту жительства: субъект Российской Федерации _____

район _____ город _____ населенный пункт _____

улица _____ дом _____ строение/корпус _____ квартира _____

Местность: городская — 1, сельская — 2 _____

Регистрация по месту пребывания: субъект Российской Федерации _____

район _____ город _____ населенный пункт _____

улица _____ дом _____ строение/корпус _____ квартира _____

Местность: городская — 1, сельская — 2 _____

Полис обязательного медицинского страхования: _____

дата выдачи полиса обязательного медицинского страхования: число _____, месяц _____

год _____ данные о страховой медицинской организации, выбранной застрахованным лицом _____

или определенной застрахованному лицу _____

СНИЛС: _____

Код меры социальной поддержки _____

Сведения о лице, которому может быть передана информация о состоянии здоровья пациента: _____

фамилия, имя, отчество (при наличии), номер контактного телефона _____

Занятость: работает — 1, проходит военную и приравненную к ней службу — 2; пенсионер — 3, обучающийся — 4, не работает — 5, прочее — 6 _____.

Группа инвалидности _____

Место работы, учебы _____

Признан нуждающимся в оказании паллиативной медицинской помощи: не признан — 1; признан — 2 _____

Ранее сведения вносили в одну графу «Место регистрации»

Ранее дату выдачи и данные об организации указать не требовали

Ранее требовали указать «Код категории льготы» и документ

Рисунок 1. Титульный лист в новой форме № 025/у*

* Изменения в графах выделили цветом.

- 6 Сведения о лице, которому может быть передана информация о состоянии здоровья пациента: фамилия, имя, отчество, номер контактного телефона.
- 7 Место учебы – если пациент учится.
- 8 Признан ли пациент нуждающимся в паллиативной помощи.

Лист записи заключительных (уточненных) диагнозов

- 9 Коды диагнозов по МКБ.
- 10 Должность и специальность врача, который наблюдает за пациентом.
- 11 Антиген K1 системы Kell.
- 12 Иные сведения групповой принадлежности крови при наличии.
- 13 Пищевая аллергия или иные виды непереносимости в анамнезе, с указанием типа и вида аллергической реакции.

Лист записи заключительных (уточненных) диагнозов:

Дата (число, месяц, год)	Заключительные (уточненные) диагнозы	Код по МКБ	Установлен- ные впер- вые – 1, повторно – 2	Фамилия, имя, отчество (при наличии) врача, наблюдающего пациента, долж- ность, специ- альность

Ранее отмечали
не цифрами,
а «+» и «-»

Группа крови _____ Резус-принадлежность _____ антиген K1 системы Kell _____ иные _____
сведения групповой принадлежности крови (при наличии) _____
Аллергические реакции на лекарственные препараты, пищевая аллергия или иные виды непереносимости в анамнезе, с указанием типа и вида аллергической реакции _____

Ранее было
просто
«Аллергические
реакции»

Рисунок 2. Лист записи заключительных (уточненных) диагнозов в форме № 025/у**

** Изменения в графах выделили цветом. Столбец «Установленные впервые» был и раньше, но теперь требуют отмечать цифрами 1 и 2.

Медицинское наблюдение в динамике

- 1 Этапный эпикриз.
- 2 Осложнения основного заболевания с кодами МКБ.

Этапный эпикриз

Проведенное обследование, лечение и медицинская реабилитация

Диагноз основного заболевания:

Осложнения основного заболевания:

Сопутствующие заболевания

Внешняя причина при травмах (отравлениях)

Рекомендации

Листок нетрудоспособности (при наличии)

Фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, специальность лечащего врача

подпись

код по МКБ

код по МКБ

код по МКБ

код по МКБ

код по МКБ

код по МКБ

Раньше были графы:
Дата
Временная нетрудоспособность
Жалобы
и динамика состояния

Рисунок 3. Медицинское наблюдение в динамике в новой форме № 025/у*
* Новое выделили цветом. Вместо графы «Этапный эпикриз» ранее были графы: «Дата», «Временная нетрудоспособность», «Жалобы и динамика состояния».

Карточка 2. Форма № 025-1/у «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях»

Учетную форму № 025-1/у скорректировали в соответствии с изменениями формы амбулаторной карты. Теперь можно кодировать информацию и добавлять дополнительные структурные элементы, например, штрихкоды и QR-коды. Коды в графах «Результат обращения» и «Основное заболевание» скорректировали. Также увеличили число кодов для граф «Анестезия» и «Операция проведена с использованием аппаратуры».

Карточка 3. Форма № 070/у «Справка для получения путевки на санаторно-курортное лечение»

Памятка. Что изменили в форме № 070/у

- 1 Изменили титульный лист формы: в него нужно будет вносить ту же новую информацию, что и в титульный лист формы № 025/у.
- 2 Уточнили, что справка действительна в течение 12 месяцев.
- 3 Перед подписью нужно будет указывать должность лечащего врача.

Справка № _____
для получения путевки на санаторно-курортное лечение
« ____ » _____ 20 ____ года

Настоящая справка не заменяет санаторно-курортной карты и не дает права на санаторно-курортное лечение. Справка действительна в течение 12 месяцев

Фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента _____
Дата рождения: « ____ » _____ 20 ____ г. Пол: муж. — 1, жен. — 2
Регистрация по месту жительства: субъект Российской Федерации _____
район _____ город _____ населенный пункт _____
улица _____ дом _____ строение/корпус _____ квартира _____ тел. _____
Регистрация по месту пребывания: субъект Российской Федерации _____
район _____ город _____ населенный пункт _____
улица _____ дом _____ строение/корпус _____ квартира _____ тел. _____

Полис обязательного медицинского страхования:
дата выдачи полиса обязательного медицинского страхования « ____ » _____ 20 ____ г.
данные о страховой медицинской организации, выбранной застрахованным лицом или определенной застрахованному лицу _____
Код субъекта Российской Федерации _____
Климат в месте проживания пациента (код) _____
Климатические факторы в месте проживания пациента (код) _____
Код меры социальной поддержки _____
Сопровождение: да — 1, нет — 2 _____
Документ, подтверждающий право на получение мер социальной поддержки в виде набора социальных услуг:
серия _____ номер _____ дата выдачи « ____ » _____ 20 ____ г.
СНИЛС: _____
Диагноз заболевания, для лечения которого направляется в санаторно-курортную организацию: _____ код по МКБ _____
Сопутствующие заболевания _____ код по МКБ _____
Заболевание, являющееся причиной инвалидности _____ код по МКБ _____

Противопоказания для санаторно-курортного лечения отсутствуют

Рекомендуемое лечение: в условиях пребывания в санаторно-курортной организации — 1;
амбулаторно — 2

Предпочтительное место лечения	
--------------------------------	--

Рекомендуемые сезоны лечения: зима — 1, весна — 2, лето — 3, осень — 4
Лечащий врач, должность врача-специалиста _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии)) _____ подпись _____
Заведующий отделением _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии)) _____ подпись _____
Председатель врачебной комиссии _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии)) _____ подпись _____

Ранее
«Код льготы»

Рисунок 4. Новая форма № 070/у*
* Изменения выделили цветом.

Карточка 4. Форма № 072/у «Санаторно-курортная карта»

При оформлении на бумажном носителе учетной формы № 072/у «Санаторно-курортная карта» бланк должен состоять из карты и отрезного талона. При формировании документа в электронном виде для карты и отрезного талона следует использовать отдельные структурированные электронные медицинские документы.

Памятка. Какую новую информацию нужно будет вносить в форму № 072/у

- 1 Адрес регистрации по месту пребывания.
- 2 Полис ОМС: дата выдачи, какая СМО выдала.
- 3 Код меры социальной поддержки.
- 4 Сопровождение.
- 5 Осложнения основного заболевания.
- 6 Внешнюю причину при травмах и отравлениях.

Обратный талон

Наименование санаторно-курортной организации _____

ОГРН СКО _____

Фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента _____

Период санаторно-курортного лечения: с « ____ » _____ 20 __ г. по « ____ » _____ 20 __ г.

Диагноз, установленный направившей медицинской организацией:

Основное заболевание _____	код по МКБ _____
Осложнения основного заболевания _____	код по МКБ _____
Сопутствующие заболевания: _____	код по МКБ _____
Внешняя причина (при травмах, отравлениях) _____	код по МКБ _____
Заболевание, явившееся причиной инвалидности: _____	код по МКБ _____

Диагноз при выписке из санаторно-курортной организации:

Основное заболевание _____	код по МКБ _____
Сопутствующие заболевания: _____	код по МКБ _____

Рисунок 5. Новые графы на обратном талоне санаторно-курортной карты

Карточка 5. Форма № 076/у «Санаторно-курортная карта детей»

В форме № 076/у необходимо заполнять несколько новых разделов. Так, сотрудники должны прописывать, какие природные лечебные ресурсы, лечебно-оздоровительные мероприятия и курорты рекомендуют. Необходимо вносить информацию об аллергических заболеваниях и реакциях, а также данные о проведенных профилактических прививках и результатах обследований в целях выявления туберкулеза. Еще следует сделать пометку об отсутствии контакта с больными инфекционными заболеваниями, результатах осмотра на педикулез и чесотку и обследования на гельминтозы.

Обратный талон

Наименование санаторно-курортной организации _____

ОГРН СКО _____

Фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента _____

Период санаторно-курортного лечения: с « ____ » _____ 20 __ г. по « ____ » _____ 20 __ г.

Диагноз, установленный направившей медицинской организацией:

Основное заболевание _____ код по МКБ _____

Осложнения основного заболевания _____ код по МКБ _____

Сопутствующие заболевания: _____ код по МКБ _____

Внешняя причина (при травмах, отравлениях) _____ код по МКБ _____

Заболевание, явившееся причиной инвалидности: _____ код по МКБ _____

Диагноз при выписке из санаторно-курортной организации:

Основное заболевание _____ код по МКБ _____

Сопутствующие заболевания: _____ код по МКБ _____

_____ оборотная сторона ф. № 076/у

Жалобы _____

Анамнез заболевания (включая данные о предшествующем лечении, в том числе санаторно-курортном) _____

Аллергические заболевания (пищевая, лекарственная, бытовая аллергия), аллергические реакции: _____

Проведенные профилактические прививки:

наименование вакцинации: _____ дата: « ____ » _____ 20 __ г.

наименование вакцинации: _____ дата: « ____ » _____ 20 __ г.

Результаты обследований в целях выявления туберкулеза

наименование исследования _____ дата: « ____ » _____ 20 __ г. .

Данные клинического, лабораторного, рентгенологического и других исследований (даты проведения исследований) _____

Диагноз основного заболевания: _____ код по МКБ _____

Осложнения основного заболевания _____ код по МКБ _____

Внешняя причина при травмах, отравлениях _____ код по МКБ _____

Сопутствующие заболевания: _____ код по МКБ _____

_____ код по МКБ _____

Дополнительные сведения о заболевании _____

Заболевание, явившееся причиной инвалидности: _____ код по МКБ _____

Отсутствие контакта с больными инфекционными заболеваниями _____

Осмотр на педикулез и чесотку _____

Обследование на гельминтозы (энтеробиоз, гименолепидоз) _____

Ранее анамнез и жалобы прописывали в одной графе

Рисунок 6. Обратный талон новой формы № 076 /у

Карточка 6. Форма 079у «Медицинская справка о состоянии здоровья ребенка, направляемого в организацию отдыха детей и их оздоровления»

При оформлении на бумажном носителе учетной формы № 079/у бланк должен состоять из карты и отрезного талона. При формировании документа в электронном виде для карты и отрезного талона следует использовать отдельные структурированные электронные медицинские документы. Теперь на документе должна быть подпись руководителя.

Памятка. Какую новую информацию нужно указывать в форме 079у

- 1 Гражданство пациента.
- 2 Адрес регистрации по месту жительства и по месту пребывания.
- 3 Класс, в котором учится пациент.
- 4 Перенесенные заболевания, операции, травмы с кодами по МКБ и датами.

Медицинская справка о состоянии здоровья ребенка, направляемого в организацию отдыха детей и их оздоровления

Фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка _____

Дата рождения: «__» _____ г. Пол: муж. — 1, жен. — 2

Гражданство _____

Регистрация по месту жительства: субъект Российской Федерации _____

район _____ город _____ населенный пункт _____

улица _____ дом _____ строение/корпус _____ квартира _____ тел. _____

Регистрация по месту пребывания: субъект Российской Федерации _____

район _____ город _____ населенный пункт _____

улица _____ дом _____ строение/корпус _____ квартира _____ тел. _____

Сведения об образовательной организации: тип: _____ № _____ класс _____

(наименование) _____ № _____ класс _____

Перенесенные заболевания, операции, травмы

_____ код по МКБ _____	Дата «__» _____ 20__ г.
_____ код по МКБ _____	Дата «__» _____ 20__ г.

Рисунок 7. Новые графы в форме № 079 /у

Должность, специальность, фамилия, имя, отчество (при наличии) и подпись врача _____

Фамилия, имя, отчество (при наличии) и подпись руководителя медицинской организации _____

Рисунок 8. Новые графы в форме № 079 /у



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**
(Минздрав России)

Рахмановский пер., д. 3/25, стр. 1, 2, 3, 4,
Москва, ГСП-4, 127994
Тел.: (495) 628-44-53, факс: (495) 628-50-58



№ _____
На № _____ от _____

Департамент цифрового развития и информационных технологий Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее – Департамент, Минздрав России) рассмотрел Ваше обращение (вх. № 3063867 от 07.05.2025) и сообщает следующее.

Подпунктом 6.6 Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 19.06.2012 № 608, установлено, что Минздрав России имеет право давать юридическим и физическим лицам разъяснения по вопросам, отнесенным к установленной сфере деятельности Министерства здравоохранения Российской Федерации, только в части оказания государственных услуг и управления государственным имуществом.

Учитывая, что вопрос, затронутый в обращении, не касается оказания государственных услуг и управления государственным имуществом, настоящее письмо не является официальным разъяснением Минздрава России и не может быть использовано в суде.

Вместе с тем полагаем возможным отметить следующее.

Согласно части 1 статьи 91 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 323-ФЗ) информационное обеспечение в сфере здравоохранения осуществляется посредством создания, развития и эксплуатации федеральных государственных информационных систем в сфере здравоохранения, информационных систем в сфере здравоохранения Федерального фонда обязательного медицинского страхования и территориальных фондов обязательного медицинского страхования, государственных информационных систем в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации, медицинских информационных систем медицинских организаций, информационных систем фармацевтических организаций (далее – информационные системы в сфере здравоохранения).

Оператором государственных информационных систем в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации (далее – ГИС субъектов Российской Федерации) являются органы исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченные высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации на создание, развитие и эксплуатацию ГИС субъекта

Российской Федерации, операторами медицинских информационных систем медицинских организаций являются медицинские организации (часть 2 статьи 91 Федерального закона № 323-ФЗ) в соответствии с частью 1 статьи 91.1 Федерального закона № 323-ФЗ «в целях обеспечения доступа граждан к услугам в сфере здравоохранения в электронной форме, а также взаимодействия информационных систем в сфере здравоохранения уполномоченным федеральным органом исполнительной власти создается, развивается и единая государственная информационная система в сфере здравоохранения (далее – ЕГИСЗ).

Задачи ЕГИСЗ, структура и порядок ее ведения, порядок и сроки представления в нее информации, участники информационного взаимодействия, порядок доступа к информации, содержащейся в ЕГИСЗ, требования к программно-техническим средствам ЕГИСЗ, порядок обмена информацией с использованием ЕГИСЗ и порядок защиты информации, содержащейся в ЕГИСЗ установлены в Положении о ЕГИСЗ, утвержденном постановлением Правительства Российской Федерации от 09.02.2022 № 140 (далее – Положение о ЕГИСЗ).

В соответствии с пунктом 6 части 6 статьи 91.1 Федерального закона № 323-ФЗ поставщиками информации в ЕГИСЗ и пользователями информации, содержащейся в ЕГИСЗ, являются медицинские организации и фармацевтические организации.

При этом в соответствии с пунктом 16 части 1 статьи 79 Федерального закона № 323-ФЗ **медицинская организация обязана обеспечивать** предоставление информации в ЕГИСЗ в соответствии с законодательством Российской Федерации.

В соответствии со статьей 2 Федерального закона № 323-ФЗ медицинская организация - юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, предоставленной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о лицензировании отдельных видов деятельности.

Положения Федерального закона № 323-ФЗ, регулирующие деятельность медицинских организаций, распространяются на иные юридические лица независимо от организационно-правовой формы, осуществляющие наряду с основной (уставной) деятельностью медицинскую деятельность, и применяются к таким организациям в части, касающейся медицинской деятельности.

В соответствии с пунктом 36 Положения о ЕГИСЗ **поставщики информации обязаны размещать информацию в единой системе** в составе и сроки, которые приведены в Приложении № 1 к Положению о единой системе.

Кроме того, в соответствии с подпунктом «б» пункта 45 указанного выше постановления поставщики сведений обеспечивают актуальность и достоверность сведений, представляемых в ЕГИСЗ.

Основываясь на изложенном, законодательством Российской Федерации предусмотрена обязанность медицинских организаций по передаче информации в ЕГИСЗ.

Дополнительно сообщаем, что в соответствии с подпунктом «ж» пункта 5 Положения о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 1 июня 2021 г. № 852 (далее – Положение о лицензировании), лицензионным требованием, предъявляемым к соискателю лицензии на осуществление

медицинской деятельности является размещение в ЕГИСЗ сведений в федеральном реестре медицинских и фармацевтических организаций и в федеральном регистре медицинских и фармацевтических работников в соответствии с Положением о ЕГИСЗ.

Также подпунктом «е» пункта 6 Положения о лицензировании лицензионным требованием, предъявляемым к лицензиату при осуществлении им медицинской деятельности, является размещение информации в ЕГИСЗ в соответствии со статьей 91.1 Федерального закона № 323-ФЗ и Положением о ЕГИСЗ.

Директор Департамента

Новые правила эндоскопических и функциональных исследований: проверьте, что внедрили

В статье – точки контроля, чтобы проверить работу по новым правилам эндоскопических и функциональных исследований. Их подготовили директор ТФОМС из Севастополя и специалист клиники при Президенте. Убедитесь, что изменили штатные нормативы и стандарты оснащения подразделений, которые проводят функциональные исследования. Проконтролируйте, что скорректировали протоколы исследований и сотрудники заполняют направления в соответствии с изменениями.

Эндоскопические исследования

В разделе объясняем, как проводить эндоскопические исследования с учетом новых требований*. Проверьте, что сотрудники верно оформляют направления и протоколы исследования, а также знают о новых правилах хранения эндоскопических изображений.

Татьяна ГРОЗДОВА,
директор ТФОМС,
Севастополь

Екатерина ПОТЕХИНА,
врач-эндоскопист
эндоскопического отделения
ФГБУ «Объединенная
больница с поликлиникой»
Управления делами
Президента Российской
Федерации, к. м. н., доцент
кафедры хирургии с курсом
эндоскопии ФГБУ ДПО
ЦГМА УД Президента РФ

Направление на исследование. Проконтролируйте, что специалисты проводят эндоскопию только по направлению лечащего врача – за исключением исследований в рамках профосмотров и диспансеризации. Такое изменение касается даже платных пациентов (п. 9 приказа Минздрава № 206н). Также лечащие врачи теперь обязательно должны заполнять в направлении графу «Показания к проведению эндоскопического исследования» (п. 12 приказа Минздрава № 206н).

Важно

Порядок записи на эндоскопические исследования необходимо вести строго по направлению, в том числе в случае с пациентами, которые оплачивают наличием

Если пациент обращается с направлением из другой медорганизации, документ следует отсканировать, а копию прикрепить к меддокументации. Если направления на исследование нет – организовывать очную консультацию врача-терапевта или гастроэнтеролога, чтобы он определил показания и оформил направление.

Протокол исследования. Убедитесь, что специалисты ознакомлены с новыми правилами оформления протокола эндоскопии. На составление протокола дают три рабочих дня с момента проведения процедуры (п. 15 приказа Минздрава № 206н). Раньше это требовали делать в тот же день, когда проходила эндоскопия. Какие сведения необходимо указывать в документе, смотрите в памятке.

Напомните сотрудникам, что в протоколе обязали указывать наименование медорганизации, которая выписала направление на эндоскопию (п. 17 приказа Минздрава № 206н). К каждому протоколу необходимо прикладывать

Памятка. Сведения, которые необходимо заполнять в протоколе эндоскопического исследования

- 1** Наименование медорганизации и ее адрес.
- 2** Дата и время эндоскопического исследования.
- 3** Ф. И. О. и дата рождения пациента.
- 4** Характер изменений исследуемого органа (ткани).
- 5** Информация о патологических процессах, которые могут обуславливать обнаруженные изменения исследуемого органа (ткани).
- 6** Заключение по результатам эндоскопического исследования.
- 7** Наименование эндоскопического исследования.
- 8** Ф. И. О., контактный телефон, электронная почта врача-эндоскописта.
- 9** Ф. И. О., контактный телефон, электронная почта врача-специалиста, который проводил консультирование.

Важно

Проводить эндоскопические исследования в санаторно-курортных учреждениях запретили (п. 5 приказа Минздрава № 206н)

изображения, которые получили в ходе исследования. Теперь их можно сохранять на цифровом носителе или в централизованной системе хранения и обработки результатов диагностических исследований. Сроки хранения зависят от клинической ситуации – памятка ниже.

Действия врача. Проверьте, что сотрудники знают, как должен действовать врач-эндоскопист по новым правилам перед исследованием и в процессе (п. 14 приказа Минздрава № 206н).

В начале приема врач оценивает готовность организма пациента к исследованию на основе осмотра, жалоб, анамнеза. Определяет, есть ли показания либо противопоказания к исследованию. При необходимости вправе принять решение о том, что исследование провести невозможно. Решение принимает сам или вместе с другими врачами, в том числе с использованием телемедицины. В заключении указывает причины, по которым исследование провести невозможно, добавляет его в документацию пациента.

В ходе исследования в зависимости от его результатов врач вправе изменить первоначальный объем и характер исследования. Решение об изменении может принять сам или вместе с коллегами, в том числе с помощью телемедицинских технологий.

Оснащение кабинетов. По новым требованиям в медорганизации, в структуре которой создают эндоскопические

Памятка. Сроки хранения эндоскопических изображений

- 1** При отсутствии патологии — 2 года.
- 2** При наличии патологии — 5 лет.
- 3** При наличии патологии у ребенка — 10 лет.

К сведению

Средний объем фото-документации при ЭГДС — 70 мб, при колоноскопии — 50 мб. Средний объем видеодокументации при ЭГДС — 1,0 Гб, при колоноскопии — 2,0 Гб. Средний объем фотодокументации при оперативном вмешательстве — 50 мб, видеодокументации — 7–8 Гб

кабинеты, эндоскопические отделения, должны быть укладки для экстренной профилактики парентеральных инфекций (п. 8 приказа Минздрава № 206н).

Регламентация. Проверьте, что сотрудники знают: перечень эндоскопических исследований теперь регламентируется приказом Минтруда от 14.07.2021 № 471н «Об утверждении профессионального стандарта “Врач-эндоскопист”». Требования к врачу-эндоскописту также привязали к профстандарту.

Функциональные исследования

В этом разделе разъясняем, как по новым правилам проводить функциональные исследования*. Изменили требования к направлениям, оформлению протоколов, срокам их подготовки, а также к штатным нормативам и оснащению кабинетов.

Случаи проведения. Убедитесь, что специалисты знают: функциональные исследования теперь проводят только при оказании первичной, специализированной, скорой помощи и при санаторно-курортном лечении. Паллиативная помощь больше не входит в этот перечень.

Направление на исследование. Уточните, что все функциональные исследования специалисты проводят

** Приказ Минздрава от 14.04.2025 № 205н «Об утверждении Правил проведения функциональных исследований», далее – приказ Минздрава № 205н*



Совет

Направления и протоколы можно формировать в форме электронного документа и подписывать их ЭЦП, если клиника ведет меддокументацию в электронной форме полностью или частично (п. 24 приказа

Минздрава № 206н). Выдачу копии протокола следует оформлять по заявлению пациента либо его законного представителя в соответствии с частью 5 статьи 22 Федерального закона № 323-ФЗ.

Важно

Проводить исследования без нагрузочных проб можно без направления лечащего врача. Порядок исследований без направления определяет руководитель медорганизации локальным актом

по направлению лечащего врача, фельдшера или акушера, если на них возложены соответствующие функции. Исключения два. Первое – функциональные исследования в рамках профилактических медосмотров и диспансеризации. Второе – функциональные исследования без нагрузочных проб. Для таких исследований требовать направление не нужно. Образец направления – в приложении 1.

Медпоказания к исследованию. Убедитесь, что в направлениях учетной формы № 057/у-04 лечащие врачи заполняют новую графу – медпоказания к исследованию (п. 3 приказа Минздрава № 205н). Также направление должно содержать: наименование медорганизации, диагноз и его код по МКБ-10, клинические данные, вид исследования, Ф. И. О. и должность направившего специалиста. Полный перечень требований к сведениям в направлении смотрите в приложениях 2, 3. Шаблон формы направления № 057/у-04 – в приложении 4.

Протокол исследования. Проконтролируйте действия сотрудников: если у пациента есть экстренные показания или выявили угрожающие жизни состояния, специалист оформляет протокол сразу после исследования и немедленно передает его лечащему врачу (п. 22 приказа Минздрава № 205н). В остальных случаях – в течение трех рабочих дней со дня проведения исследования.



К сведению

Для взрослых пациентов с паллиативным статусом функциональные исследования при необходимости проводят в специализированных медицинских организациях по направлению (приказ Минздрава, Минтруда от 14.04.2025 № 208н/243н). Для детских

паллиативных отделений правила другие: при наличии врача функциональной диагностики и необходимого оборудования исследования проводят на месте в соответствии с приказом Минздрава от 14.04.2025 № 205н.

Памятка. Примеры медпоказаний к проведению функциональных проб

- 1 Оценка функционального состояния сердечно-сосудистой, дыхательной и других систем организма.
- 2 Оценка приспособляемости (адаптации).
- 3 Выявление изменений со стороны сердечно-сосудистой и других систем и процессов адаптации к нагрузке от одного исследования к другому.
- 4 Выявление предпатологических состояний.

Протокол составляют в бумажном или электронном виде. Алгоритм оформления, а также образцы протоколов – в приложениях 5, 6 и 7.

Протокол должен содержать: дату и время проведения исследования, наименование медорганизации, Ф. И. О. пациента и врача, технологические параметры исследования, расчетные показатели нарушений, полное заключение, а также контакты врача. Весь перечень сведений – в памятке → 30.

Совет

Напомните специалистам: в диагностически сложных случаях они могут привлекать к помощи других врачей-специалистов из медорганизаций. Например, из медорганизации, которая проводит функциональное исследование, или из той, которая выдала направление на него

Штатные нормативы. Поручите отделу кадров проверить, что в отделении функциональной диагностики у всех специалистов есть подтвержденная квалификация по профстандартам.

Так, врач функциональной диагностики и заведующий отделением должны соответствовать требованиям, которые утвердил Минтруд в приказе от 11.03.2019 № 138н «Об утверждении профессионального стандарта “Врач функциональной диагностики”». Медсестра или медбрат по функциональной диагностике – требованиям из приказа Минтруда от 31.09.2020 № 475н «Об утверждении профессионального стандарта “Медицинская сестра/медицинский брат”».

Памятка. Сведения, которые содержит протокол функционального исследования

- 1 Наименование и адрес медорганизации, в которой проводили функциональное исследование.
- 2 Дата и время проведения.
- 3 Ф. И. О. и дата рождения пациента.
- 4 Технологические характеристики исследования.
- 5 Подробное описание результатов.
- 6 Расчетные показатели функциональных нарушений.
- 7 Заключение по результатам исследования.
- 8 Ф. И. О., номер телефона и электронная почта медработника и врача функциональной диагностики, которые проводили функциональное исследование и анализ его результатов.

Важно

Убедитесь, что в перечне оборудования кабинета функциональной диагностики теперь указывают код и наименование вида медизделия по номенклатурной классификации. Раньше требовали прописывать только наименование медизделий и количество

Стандарты оснащения. Кабинет функциональной диагностики должен быть укомплектован в соответствии с новым стандартом оснащения. Обратите внимание: формулировку «по требованию» из стандарта исключили. Вместо нее ввели новую – «наличие одной из указанных позиций». Это значит, что медучреждение обязано иметь хотя бы один из предложенных вариантов оборудования.

Наличие аппарата для холтеровского мониторирования сердечной деятельности сделали обязательным и предоставили два варианта на выбор. Первый – регистратор амбулаторный для электрокардиографического мониторинга. Второй – регистратор амбулаторный для электрокардиографического мониторинга телеметрический. Обновленный стандарт оснащения кабинетов и отделения функциональной диагностики с примечаниями смотрите в приложении 8 в электронной книге на e.zdravohrana.ru/1156423.

Медизделия с искусственным интеллектом. Проверяйте, что в учреждении применяют медизде-

** Кодекс этики применения искусственного интеллекта в сфере охраны здоровья. Версия 2.1 (утв. Межведомственной рабочей группой при Минздраве России по вопросам создания, развития и внедрения в клиническую практику медицинских изделий и сервисов с использованием технологий искусственного интеллекта, протокол от 14.02.2025 № 90/18-0/117)*

лия с искусственным интеллектом (ИИ), которые прошли государственную регистрацию или регистрацию в соответствии с международными договорами ЕАЭС. Минздрав разрешил использовать их в функциональной и инструментальной диагностике.

Разъясните сотрудникам: медизделия с ИИ не заменяют врачей, но помогают интерпретировать данные, формировать протоколы и передавать результаты исследований. Например, их применяют для автоматического анализа ЭКГ, построения ключевых точек и контуров анатомических и патологических структур, расчета линейных и объемных характеристик структур. Так, клиники могут использовать изделия, которые интерпретируют данные лучевых, лабораторных или инструментальных методов диагностики. Еще – изделия, которые интерпретируют данные электронной медицинской карты*.

Проверьте, что учреждение обеспечило хранение результатов работы медизделий с ИИ в соответствии с требованиями к хранению исходных результатов диагностических исследований. В идеале – интегрировало хранение в ГИС субъекта РФ и обеспечило туда доступ врачам.

Направление для проведения функционального исследования в медорганизации

Наименование медицинской организации в соответствии с уставом медицинской организации, направляющей пациента на функциональное исследование, адрес организации: Городская поликлиника № 1, г. Саратов, ул. Чапаева, д. 45.

Фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента, дата его рождения: Сидоренко О.П., 23 апреля 1985 года рождения.

Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях: № 124.

Диагноз основного заболевания, код диагноза в соответствии с МКБ-10: 80.3.

Дополнительные клинические сведения (основные симптомы, результаты проведенных лабораторных, инструментальных и иных видов медицинских исследований, срок беременности, описание медицинских вмешательств (манипуляций, операций) (при необходимости): болезненность при пальпации в правом подреберье, усиление болей после приема жирной пищи.

Вид необходимого функционального исследования: ультразвуковое исследование внутренних органов: желчный пузырь, поджелудочная железа.

Медицинские показания к проведению функционального исследования: беспокоят постоянные боли, усиливающиеся после приема пищи. Наследственность отягощена по женской линии желчекаменной болезнью.

Фамилия, имя, отчество (при наличии) и должность лечащего врача (фельдшера, акушера (акушерки): Федоров П.А., участковый врач.

Памятка. Какие сведения должно содержать направление на функциональное исследование

1. Наименование и адрес медорганизации, которая направляет пациента.
2. Ф. И. О. и дата рождения пациента.
3. Номер медкарты пациента.
4. Диагноз основного заболевания, код диагноза в соответствии с МКБ-10.
5. Дополнительные клинические сведения: основные симптомы, результаты проведенных лабораторных, инструментальных и иных видов медицинских исследований, срок беременности, описание медвмешательств.
6. Вид необходимого функционального исследования.
7. Медицинские показания к проведению функционального исследования
8. Ф. И. О. и должность лечащего врача/фельдшера/акушера (акушерки).

Памятка. Какие сведения должно содержать направление на функциональное исследование в другой медорганизации

1. Наименование медорганизации, в которую направляют пациента.
2. Наименование и адрес медорганизации, которая направляет пациента.
3. Ф. И. О. и дата рождения пациента.
4. Номер медкарты пациента.
5. Диагноз основного заболевания, код диагноза в соответствии с МКБ-10.
6. Дополнительные клинические сведения: основные симптомы, результаты проведенных лабораторных, инструментальных и иных видов медицинских исследований, срок беременности, описание медвмешательств.
7. Вид необходимого функционального исследования.
8. Медицинские показания к проведению функционального исследования
9. Ф. И. О. и должность лечащего врача/фельдшера/акушера (акушерки).
10. Номер телефона и электронная почта врача/фельдшера/акушера (акушерки) — при наличии.

Алгоритм. Как оформить протокол функционального исследования

1. Выберите формат протокола: бумажный или электронный:

- Если медучреждение ведет меддокументацию на бумаге, оформите протокол на бумажном носителе.
- Если медучреждение использует электронную форму, протокол составьте в виде электронного документа с УКЭП.

2. Подпишите протокол:

- На бумажной версии подписи ставят два специалиста: медицинский работник, проводивший исследование, и врач функциональной диагностики/врач-специалист/фельдшер, акушер (акушерка), который анализировал результаты.
- Электронный протокол подписывает УКЭП один медработник, который выполнял исследование.

3. Внесите протокол в документацию пациента:

- Бумажный протокол вклеивайте в медкарту пациента.
- Электронный протокол вносите в электронную меддокументацию пациента и сохраняйте в медицинской информационной системе без дублирования на бумажном носителе, если нет отдельного заявления от пациента.

4. Выдайте копию при запросе:

- Копию протокола выдайте пациенту или его законному представителю по письменному заявлению, в том числе направленному в электронной форме.
- Копию предоставляет медорганизация, которая проводила исследование.

5. Обеспечьте доступность и сохранность данных:

- Электронные протоколы храните в медицинских информационных системах учреждения.
- Хранение и доступ к протоколам регулируйте локальными и нормативными требованиями.

Протокол электрокардиографии № _____

Наименование медицинской организации

Адрес медорганизации:

Ф. И. О.: _____ Дата рождения: ____ ____ ____ () Пол:

Дата исследования: ____ ____ ____ Время исследования: _____

Отделение: _____

Исследование выполнено на аппарате: _____

Протокол описания

Основные показатели	Результат	Ед. изм.	Примечания
P		сек	
PQ (PR)		сек	
QRS		сек	
QT (QTc)		сек	должный; удлинён; укорочен
RR		сек	
AXIS		град	нормальная; горизонтальная; вертикальная; резко отклонена влево/ вправо

Патологические зубцы: _____

Изменения ST: _____

Заключение

Ритм: синусовый/ другое _____

ЧСС: _____ уд/мин

Врач: _____ / _____

Номер телефона (при наличии), адрес электронной почты (при наличии)

Данное заключение не является диагнозом и требует интерпретации лечащим врачом.

Протокол велоэргометрии № _____

Наименование медицинской организации

Адрес медорганизации:

Ф. И. О.: _____ Дата рождения: ____ ____ ____ () Пол:

Дата исследования: ____ ____ ____ Время исследования: _____

Отделение: _____

Исследование выполнено на аппарате: _____

Препараты: _____

Протокол описания

Рост: _____ см Вес: _____ кг

Цель исследования:

- ☐ диагностика ИБС
- ☐ определение толерантности к физической нагрузке
- ☐ определение типа гемодинамики
- ☐ проверка нарушений ритма и проводимости
- ☐ другое: _____

Протокол тестирования:

	Время, мин	ЧСС, уд/мин	АД	ЭКГ	Жалобы
Исходно			/		
			/		
			/		
			/		
			/		
			/		

Дополнительные сведения: _____

Заключение

Тестирование: полное/ неполное по причине _____

Оценка теста: положительный/ отрицательный/ сомнительный _____

ТФН: низкая/ средняя/ высокая/ другое _____

Тип изменения АД: нормотонический/ гипертонический/ гипотонический/ дистонический/ другое _____

Нарушения ритма и проводимости: отсутствуют/ другое _____

Реакция ЧСС: адекватная/ другое _____

Восстановительный период: _____

Врач: _____/ _____

Номер телефона (при наличии), адрес электронной почты (при наличии)

Данное заключение не является диагнозом и требует интерпретации лечащим врачом.

Протокол электроэнцефалографии № _____

Наименование медицинской организации

Адрес медорганизации:

Ф. И. О.: _____ Дата рождения: ____ ____ ____ () Пол:

Дата исследования: ____ ____ ____ Время исследования: _____

Отделение: _____

Исследование выполнено на аппарате: _____

Протокол описания

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в рамках общего плана медицинского обследования и лечения:

_____/_____

Альфа-активность:

Индекс: _____

Частота: _____ Гц

Амплитуда: _____ мкВ

Модуляции: _____

Локализация: _____

Форма волн: _____

Бета-активность:

Индекс: _____

Частота: _____ Гц

Амплитуда: _____ мкВ

Модуляции: _____

Локализация: _____

Форма волн: _____

Тета-активность:

Частота: _____ Гц

Амплитуда: _____ мкВ

Локализация: _____

Дельта-активность:

Частота: _____ Гц

Амплитуда: _____ мкВ

Локализация: _____

Зональные различия: _____

Асимметрия: _____

Медленная активность: _____

Эпилептиформная активность: _____

Реакция активации: _____

Асимметрия: _____

Патологические формы активности: _____

Реакция фотостимуляции: _____

Асимметрия: _____

Патологические формы активности: _____

Гипервентиляция: _____

Асимметрия: _____

Патологические формы активности: _____

Состояние пациента: _____

Дополнительные сведения: _____

Заключение

Врач: _____ / _____

Номер телефона (при наличии), адрес электронной почты (при наличии)

Данное заключение не является диагнозом и требует интерпретации лечащим врачом.

Протокол спирометрии № _____

Наименование медицинской организации

Адрес медорганизации:

Ф. И. О.: _____ Дата рождения: ____ ____ ____ () Пол:

Дата исследования: ____ ____ ____ Время исследования: _____

Отделение: _____

Исследование выполнено на аппарате: _____

Протокол описания

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в рамках общего плана медицинского обследования и лечения:

_____/_____

Показатель	Значение	
ЖЕЛ		% от долж.
ФЖЕЛ		% от долж.
ОФВ1		% от долж.
ОФВ1/ФЖЕЛ		%
СОС		% от долж.

Дополнительные сведения: _____

Заключение

ЖЕЛ: _____

Проходимость дыхательных путей: _____

Проба с сальбутамолом (400 мкг):

☐ отрицательная (нет прироста ОФВ1)

☐ положительная (прирост ОФВ1 на _____ мл и _____ %)

Номер телефона (при наличии), адрес электронной почты (при наличии)

Врач: _____/_____

Номер телефона (при наличии), адрес электронной почты (при наличии)

Данное заключение не является диагнозом и требует интерпретации лечащим врачом.

Протокол холтеровского мониторирования
сердечного ритма № _____

Наименование медицинской организации
Адрес медорганизации:

Ф. И. О.: _____ Дата рождения: ____ ____ ____ () Пол: _____
Дата исследования: ____ ____ ____ Время исследования: _____
Отделение: _____
Исследование выполнено на аппарате: _____

Препараты: _____

Протокол описания

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в рамках
общего плана медицинского обследования и лечения:

_____/_____

Длительность записи: ____ ч ____ мин, из них пригодно для анализа ____ ч ____ мин.

ЧСС	Максимальное значение, уд/мин	Среднее значение, уд/мин	Минимальное значение, уд/мин
День			
Ночь			

Дополнительные сведения: _____

Заключение

Оценка динамики ЧСС в течение суток: _____
Нарушения ритма: _____
Нарушения проводимости: _____
Изменения сегмента ST: _____
Анализ длительности QT: _____
Врач: _____/_____

Номер телефона (при наличии), адрес электронной почты (при наличии)

Данное заключение не является диагнозом и требует интерпретации лечащим врачом.

Форма протокола УЗИ

Форма протокола ультразвукового исследования утверждена приказом Минздрава России от 8 июня 2020 года № 557н «Об утверждении Правил проведения ультразвукового исследования». Приложение № 7.

Название медицинской организации, адрес ее местонахождения	
Дата и время проведения исследования	
Номер протокола исследования	
Данные о пациенте	
Фамилия	
Имя	
Отчество (при наличии)	
Пол (М/Ж)	
Дата рождения (ДД/ММ/ГГГГ)	
Номер медицинской карты пациента*	
Технические особенности ультразвуковой диагностической системы	
Название ультразвуковой диагностической системы	
Тип датчика с указанием его диапазона частот	
Характеристики ультразвукового исследования	
Название ультразвукового исследования	
Значимая для интерпретации результатов ультразвукового исследования информация	
Дополнительная информация, включающая проведение функциональных проб, ультразвукового исследования с контрастным усилением, анестезии с указанием названия, дозировки и способа введения лекарственных препаратов	
Информация о наличии осложнений	

Подробное описание результатов проведенного ультразвукового исследования с необходимыми измерениями (в том числе описание выявленных патологических изменений и вариантов развития)

Заключение по результатам ультразвукового исследования (с указанием: стандартизированных шкал оценки результатов; ультразвуковых признаков: заболеваний (болезней); травм; физиологических или патологических состояний; врожденных пороков развития (в том числе внутриутробно); заболеваний и состояний, которые позволяют сформировать дифференциально-диагностический ряд; неспецифических изменений

Дата проведения исследования	Ф. И. О. медицинского работника	Подпись

** Номер медицинской карты стационарного больного или медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (форма № 025/у, утвержденная приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 декабря 2014 г. № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 20 февраля 2015 г., регистрационный № 36160), с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 9 января 2018 г. № 2н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 4 апреля 2018 г., регистрационный № 50614).*

Новые правила патолого-анатомических исследований: инструктаж по работе с формами документов и главные изменения для отделений

Директор ТФОМС Севастополя предложила материалы для инструктажа по работе с медицинскими формами, которые изменили в связи с новым порядком проведения посмертных и прижизненных патолого-анатомических исследований. Показала, что поменялось в порядке проведения, штатных нормативах бюро или отделений клиники, требованиях к стандартам оснащения. Сравнительные таблицы «было-стало» прилагаются.

В статье две части. В первой в формате инструктажа рассмотрим поправки* в формы направления на прижизненное патолого-анатомическое исследование, а также другие формы документов. Во второй покажем, что поменялось в порядке патолого-анатомических исследований, штатных нормативах бюро или отделений клиники, требованиях к стандартам оснащения.



Татьяна ГРОЗДОВА,
директор ТФОМС
Севастополя, д. м. н.

Новое в формах направления на исследования, протоколах и журналах

Во многом изменения технические, но есть особенно-сти, на которые важно обратить внимание персонала на инструктаже.

** Приказ Минздрава от 14.04.2025 № 207н «Об утверждении Правил проведения патолого-анатомических исследований и унифицированных форм медицинской документации, используемых при проведении прижизненных патолого-анатомических исследований». Документ вступает в силу 1 сентября 2025 года*

Форма направления. Объясните сотрудникам, что порядок заполнения формы направления не изменился, однако формулировки граф стали более точные и полные. Так, вместо наименования отделения теперь указывают структурное подразделение медорганизации, которая направляет биопсийный (операционный) материал. Вместо краткого указания «Полис ОМС» теперь полностью прописывают номер полиса обязательного медицинского страхования, а в отдельном пункте – страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС).

Также в способах получения биопсийного материала можно выбрать новый вид – эндоскопическую биопсию. В связи с этим в ряде пунктов уточнили формулировку: например, «дату забора материала» заменили на «дату забора биопсийного (операционного) материала». Аналогично изменили формулировку о помещении материала в раствор нейтрального формалина. Полный перечень изменений привели в приложении 1.

Форма протокола исследования. Расскажите медперсоналу, что в заключительной части протокола добавили новое требование – указывать в полном формате сведения о враче-патологоанатоме и враче-специалисте, которые выполнили прижизненное патолого-анатомическое исследование. Теперь необходимо прописывать фамилию имя и отчество, раньше было достаточно указать только фамилию и инициалы.

В обновленной форме протокола 014-1 уточнили формулировки тех же граф, что и в направлении на исследование. Все технические изменения в форме протокола исследования смотрите в приложении 2.

Форма журнала регистрации поступления биоматериала. Разъясните сотрудникам, что в форме № 014-2/у внесли изменения в графы 2, 3, 4, 5, 8, 9 и 10. Так, в графе 3 четко прописали, что регистрировать нужно именно «биопсийный (операционный) материал». Данные пациен-

та и врача-патологоанатома в графах 4 и 8 требуют прописывать подробно – указать только инициалы и фамилию будет недостаточно. Уточнили название графы 9 «Дата выдачи» – теперь она выглядит так: «Дата выдачи результатов прижизненных патолого-анатомических исследований». Аналогично детализировали графу 10 о расписке в получении результатов.

Сравнительные таблицы старой и новой форм журнала регистрации – в приложении 3.

Новое в правилах патолого-анатомических исследований

Главные изменения в правилах перечислили в таблице, ее найдете в приложении 4. Далее сосредоточимся на ключевых поправках для медорганизаций.

Уточнили возрастные критерии. Прописали обязанность проводить исследования для умерших детей в возрасте до 28 дней жизни включительно. Ранее формулировка была менее конкретной – в предыдущей редакции требовали исследовать внутренние органы и ткани умерших, новорожденных и плодов без четкого возрастного ограничения.

Расширили показания для прижизненных исследований. Их нужно проводить, в том числе если гражданину оказывали паллиативную медпомощь. Раньше это нужно было делать только при оказании специализированной и первичной специализированной медико-санитарной помощи.

Детализировали меддокументацию. С сентября в протоколах необходимо указывать коды медуслуг в соответствии с утвержденной номенклатурой. В предыдущей редакции требований к номенклатуре не было.

Важно

Поскольку новые правила только предлагают вариант рекомендованных штатных нормативов, руководитель вправе решать сам, вводить новые должности или нет

Скорректировали штатные нормативы. Рекомендуемые штатные нормативы патолого-анатомического бюро (отделения) скорректировали. Например, добавили должности старшего лаборанта, инженеров по автоматизированным системам управления производством и по эксплуатации медтехники.

Организовать работу специалистов можно двумя способами: обеспечить совместительство или составить отдельные договоры. Образцы должностных инструкций врача-методиста и инженера по автоматизированным системам – в приложениях 5, 6.

Поменяли название должности врача-статистика – теперь она называется врач-методист. В связи с этим необходимо внести изменения в штатное расписание, должностные инструкции специалиста и в его данные, которые находятся в отделе кадров. Новые штатные нормативы с комментариями, что нового, – в приложении 7.

Уточнили стандарт оснащения отделения. В новом стандарте прописали набор оборудования в зависимости от уровня патолого-анатомического бюро. Без оборудования не сможете получить или продлить лицензию на проведение патолого-анатомических исследований, в том числе прижизненных биопсионных.

Возможность выбрать оборудование «по требованию» убрали, однако ввели требование выбирать одну необходимую позицию из нескольких вариантов, которые прописали в стандарте оснащения. Для некоторых медизделий уточнили названия. Например, микротом криостатический стал микротомом криостатическим ИВД. Также в перечень добавили новые позиции: систему для цифровой фоторегистрации аутопсии и аутопсийного материала, цифровой сканер микропрепаратов с серверным хранилищем для отделений первой, второй и третьей групп.

Все нововведения по оснащению смотрите в приложении 8.

Памятка. Что утвердить руководителю медорганизации, которая решила перейти на электронный документооборот

- 1 Перечень форм и видов электронных меддокументов, в том числе которые не утвердили приказом или ведут в произвольной форме.
- 2 Перечень МИС и государственных информационных систем, которые используют, чтобы формировать и хранить электронные меддокументы и предоставлять к ним доступ.
- 3 Порядок доступа медработников и иных лиц к электронным меддокументам.
- 4 Порядок определения лиц с правом подписывать электронные меддокументы. от имени медорганизации, и порядок подписания ими электронных меддокументов.
- 5 Порядок предоставления меддокументации по контролю оказания медпомощи по ОМС в территориальный фонд ОМС и страховую медорганизацию.

Электронный документооборот. Если ваша медорганизация решила вести меддокументацию в электронной форме полностью или частично, объясните сотрудникам: электронные направления, протоколы и журнал нужно подписывать усиленной квалифицированной электронной подписью.

Если нужно подписать документ, который на бумажном носителе надо заверять печатью медорганизации, помимо УКЭП сотрудников, на документе должна стоять УКЭП руководителя или уполномоченного руководителем действовать от имени медорганизации.

Разъясните медперсоналу: введение системы электронного документооборота дает возможность использовать меддокументацию другим медорганизациям, которые направляют пациентов к вам для проведения исследования. Поэтому поручите ответственным формировать единые электронные карты пациента.

Телемедицинские консультации. В новой редакции приказа уточнили правила проведения телемедицинских консультаций – указали две основные задачи медработ-

Важно

Сотрудники должны предупреждать пациентов или их представителей: без заявления о просьбе вести их меддокументацию на бумаге электронные документы не будут дублировать в бумажный вариант

Важно

Приложения 5, 6 и 8

смотрите в электронной

версии книги

на e.zdravohrana.ru/1156407

ников сторонней клиники, которых привлекают к телемедицинским консультациям для вынесения заключения в сложных случаях. Их первая задача – оценивать и интерпретировать данные, которые указаны в направлении на консультацию. Вторая – оценивать и интерпретировать результаты прижизненного патолого-анатомического исследования (приказ Минздрава от 11.04.2025 № 193н «Об утверждении Порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий»).

Напомним: чтобы решить вопрос о необходимости проведения телемедицинской консультации, определите участников консилиума врачей. В состав могут входить врачи-патологоанатомы из бюро/отделения, врачи-специалисты, которые участвуют в обследовании и лечении пациентов, а также врачи других медорганизаций. Необходимость проведения телемедицинской консультации в плановой форме устанавливает врач, который проводил биопсионное исследование по согласованию с руководителем. Консультацию можно считать завершённой, если медорганизация получила медзаключение, – образец в приложении 9.



К сведению

Медорганизации вправе решать сами, переходить им на электронный документооборот или нет. Электронный документооборот может быть как полный, так и частичный. При его организации необходимо соблюдать требования двух документов. Первый – Правила взаимодействия иных информационных систем, предназначенных для сбора, хранения, обработки и предоставления информации, касающейся деятельности медицинских организаций и предоставляемых

ими услуг, с информационными системами в сфере здравоохранения и медицинскими организациями, утв. постановлением Правительства от 12.04.2018 № 447. Второй – Требования к государственным информационным системам в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации, медицинским информационным системам медицинских организаций и информационным системам фармацевтических организаций, утв. приказом Минздрава от 24.12.2018 № 911н.

Памятка. Три документа, которые должны оценивать и интерпретировать эксперты при телемедицинской консультации

- 1 Протоколы.
- 2 Сканированные микропрепараты.
- 3 Полноразмерные цифровые изображения всех тканевых образцов в микропрепарате.

Потребность в проведении телемедицинских консультаций определяют исходя из уровня сложности случая. Критерии сложности – в приложении 10. Алгоритм, как провести телемедицинскую консультацию по новому приказу Минздрава, и памятка с основными требованиями – в приложениях 11, 12.

Референс-центры. Ранее функции референс-центров выполняла четвертая группа патолого-анатомических отделений – теперь ее исключили. Напомним: телемедицинские консультации проводят со специалистами, которые работают в таких центрах. С сентября референс-центры могут быть организованы на базе патолого-анатомического бюро (отделения) первой или второй группы в медорганизациях, подведомственных федеральному органу исполнительной власти.



К сведению

При телемедицинских консультациях, в том числе отложенных, разрешают использовать системы поддержки принятия врачебных решений на основе искусственного ин-

теллекта. Условие – программное обеспечение официально зарегистрировано как медизделие в соответствии с правилами государственной регистрации медизделий.

Таблица «было-стало» по всем изменениям в форме 014/у – направлении на прижизненное патолого-анатомическое исследование

Форма 014/у		
Было	Стало	Внесенные изменения
Направление на прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала	НАПРАВЛЕНИЕ НА ПРИЖИЗНЕННОЕ ПАТОЛОГО-АНАТОМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БИОПСИЙНОГО (ОПЕРАЦИОННОГО) МАТЕРИАЛА	Техническая правка
1. Отделение, направившее биопсийный (операционный) материал	1. Структурное подразделение медицинской организации, направившее биопсийный (операционный) материал	
2. Фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента	2. Фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента	Техническая правка
3. Пол: муж. — 1, жен. — 2	3. Пол: муж. — 1, жен. — 2	
4. Дата рождения: число ____ месяц ____ год	4. Дата рождения: число ____ месяц ____ год	Техническая правка
5. Полис ОМС	5. Номер полиса обязательного медицинского страхования	
6. СНИЛС	6. Страховой номер индивидуального лицевого счета	Техническая правка
7. Место регистрации тел.	7. Место регистрации	
8. Местность: городская — 1, сельская — 2	8. Местность: городская — 1, сельская — 2	Техническая правка
9. Диагноз основного заболевания (состояния)	9. Диагноз основного заболевания (состояния)	
10. Код по МКБ	10. Код по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем	Техническая правка
11. Задача прижизненного патолого-анатомического исследования биопсийного (операционного) материала	11. Задача прижизненного патолого-анатомического исследования биопсийного (операционного) материала	
12. Дополнительные клинические сведения (основные симптомы, оперативное или гормональное, или лучевое лечение, результаты инструментальных и лабораторных исследований)	12. Дополнительные клинические сведения (основные симптомы, оперативное или гормональное, или лучевое лечение, результаты инструментальных и лабораторных исследований)	

Формы медицинских документов: контроль на соответствие новым требованиям закона. Методичка

Форма 014/у				
Было		Стало		Внесенные изменения
<p>13. Результаты предыдущих прижизненных патолого-анатомических исследований (наименование медицинской организации, дата, регистрационный номер, заключение)</p> <p>14. Проведенное предоперационное лечение (вид лечения, его сроки, дозировка лекарственного препарата, доза облучения)</p> <p>15. Способ получения биопсийного (операционного) материала: эндоскопическая биопсия — 1, пункционная биопсия — 2, аспирационная биопсия — 3, инцизионная биопсия — 4, операционная биопсия — 5, операционный материал — 6, самопроизвольно отделившиеся фрагменты тканей — 7</p> <p>16. Дата забора материала _____ время _____.</p> <p>17. Материал помещен в 10 %-ный раствор нейтрального формалина (да/нет) _____</p> <p>18. Маркировка биопсийного (операционного) материала (расшифровка маркировки флаконов):</p>		<p>13. Результаты предыдущих прижизненных патолого-анатомических исследований (наименование медицинской организации, дата, регистрационный номер, заключение)</p> <p>14. Проведенное предоперационное лечение (вид лечения, его сроки, дозировка лекарственного препарата, доза облучения)</p> <p>15. Способ получения биопсийного (операционного) материала: эндоскопическая биопсия — 1, пункционная биопсия- 2, аспирационная биопсия — 3, инцизионная биопсия — 4, операционная биопсия — 5, операционный материал — 6, самопроизвольно отделившиеся фрагменты тканей — 7.</p> <p>16. Дата забора биопсийного (операционного) материала _____ время _____.</p> <p>17. Биопсийный (операционный) материал помещен в 10 % раствор нейтрального формалина (да или нет) _____</p> <p>18. Маркировка биопсийного (операционного) материала (расшифровка маркировки флаконов):</p>		<p>Внесен новый вид: эндоскопическая биопсия</p> <p>Добавлено биопсийный</p>
Номер флакона	Локализация патологического процесса (орган, топография)	Характер патологического процесса (эрозия, язва, полип, пятно, узел, внешне не измененная ткань, отношение к окружающим тканям)	Количество объектов	
19. Фамилия, инициалы врача _____		19. Фамилия, имя, отчество (при наличии) врача подпись _____		
20. Дата направления: «__» _____ 20__ г., телефон _____		20. Дата направления: «__» _____ 20__ г., телефон _____		

Таблица «было-стало» по всем изменениям в форме 014-1 – протокола прижизненного патолого-анатомического исследования биопсийного (операционного) материала

Было	Стало	Изменения
Протокол прижизненного патолого-анатомического исследования биопсийного (операционного) материала	ПРОТОКОЛ ПРИЖИЗНЕННОГО ПАТОЛОГО-АНАТОМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БИОПСИЙНОГО (ОПЕРАЦИОННОГО) МАТЕРИАЛА	
1. Отделение, направившее биопсийный (операционный) материал _____	1. Структурное подразделение медицинской организации, направившее биопсийный (операционный) материал	Техническая правка
2. Фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента _____	2. Фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента _____	
3. Пол: муж. – 1, жен. – 2 _____	3. Пол: муж. – 1, жен. – 2 _____	
4. Дата рождения: число ____ месяц ____ год ____	4. Дата рождения: число ____ месяц ____ год ____	
5. Полис ОМС _____	5. Номер полиса обязательного медицинского страхования _____	Техническая правка
6. СНИЛС _____	6. Страховой номер индивидуального лицевого счета _____	Техническая правка
7. Место регистрации: _____ тел. _____	7. Место регистрации: _____ тел. _____	
8. Местность: городская – 1, сельская – 2. _____	8. Местность: городская – 1, сельская – 2 _____	
9. Диагноз заболевания (состояния) по данным направления _____	9. Диагноз заболевания (состояния) по данным направления _____	
10. Код по МКБ _____	10. Код по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем _____	Техническая правка
11. Дата забора материала поданным направления время _____	11. Дата забора биопсийного (операционного) материала по данным направления ____ время ____	
12. Материал доставлен в 10% раствор нейтрального формалина (да/нет) ____ загрязнен (да/нет) ____	12. Биопсийный (операционный) материал доставлен в 10% растворе нейтрального формалина (да или нет) ____ загрязнен (да или нет) ____	Техническая правка

Формы медицинских документов: контроль на соответствие новым требованиям закона. Методичка

Было	Стало	Изменения
13. Дата поступления биопсийного (операционного) материала: дата _____ время _____	13. Дата поступления биопсийного (операционного) материала: дата _____ время _____	
14. Отметка о сохранности упаковки _____	14. Отметка о сохранности упаковки _____	
15. Дата регистрации биопсийного (операционного) материала: дата _____, время _____	15. Дата регистрации биопсийного (операционного) материала: дата _____, время _____	
16. Регистрационный номер _____	16. Регистрационный номер _____	
17. Медицинские услуги: код _____, количество _____	17. Медицинские услуги: код _____, количество _____	
18. Категория сложности (1–5) код _____, количество _____ код _____, количество _____	18. Категория сложности (1–5) _____ код _____, количество _____ код _____, количество _____	
19. Вырезка проводилась: дата _____ время _____	19. Вырезка проводилась: дата _____ время _____	
20. В проводку взято: _____ объектов	20. В проводку взято: _____ объектов	
21. Назначенные окраски (реакции, определения):	21. Назначенные окраски (реакции, определения):	
22. Макроскопическое описание:	22. Макроскопическое описание:	
23. Микроскопическое описание:	23. Микроскопическое описание:	
24. Заключение:	24. Заключение:	
25. Код по МКБ _____	25. Код по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем _____	Техническая правка
26. Комментарии к заключению и рекомендации:	26. Комментарии к заключению и рекомендации (при наличии) :	
27. Прижизненное патолого-анатомическое исследование выполнили: Врач-патологоанатом _____ (фамилия, инициалы) М. П. (подпись) Врач-специалист, осуществляющий консультирование _____	27. Прижизненное патолого-анатомическое исследование выполнили: Врач-патологоанатом _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии)) М. П. (подпись) Врач-специалист, осуществляющий консультирование _____	Техническая правка
(фамилия, инициалы) М. П. (подпись)	(фамилия, имя, отчество (при наличии) М. П. (подпись)	Техническая правка
28. Дата проведения прижизненного патолого-анатомического исследования: «__» _____ 20__ г.	28. Дата проведения прижизненного патолого-анатомического исследования: «__» _____ 20__ г.	

Приложение 3

Сравнительные таблицы старой и новой форм журнала регистрации по форме 014-2/у

Форма № 014-2/регистрационный №	Наименование направившей медицинской организации (структурного подразделения)	Дата и время поступления (число, месяц, год, мин) материала	Ф. И. О. пациента(ки)	Дата рождения	Порядковый номер флакона	Количество объектов	Ф. И. О. врача-патологоанатома	Дата выдачи	Расписка в получении
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Регистрационный №	Наименование направившей медицинской организации (структурного подразделения медицинской организации)	Дата и время поступления (число, месяц, год, мин) биопсийного (операционного) материала	Фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента	Дата рождения пациента	Порядковый номер флакона	Количество объектов	Фамилия, имя, отчество (при наличии) врача-патологоанатома	Дата выдачи результатов прижизненных патолого-анатомических исследований	Расписка в получении результатов прижизненных патолого-анатомических исследований
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Внесены уточнения по разделам 2, 3, 4, 5, 8, 9, 10

Таблица. Основные изменения в правилах патолого-анатомических исследований

Приказ Минздрава от 24.03.2016 № 179н «О Правилах проведения патолого-анатомических исследований» (с изменениями и дополнениями)	Изменения, которые вносит новый приказ
Правила проведения патолого-анатомических исследований	
Пункт 3. 2) патолого-анатомические вскрытия (посмертное патолого-анатомическое исследование внутренних органов и тканей умершего человека, новорожденных, а также мертворожденных и плодов)	Уточнили требования об обязательном проведении исследований в возрастной группе до 28 дней жизни
4. Патолого-анатомические исследования проводятся с учетом клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи	Ввели уточнение о статусе клинреков в части их применения как основе патолого-анатомического вскрытия
6. Прижизненные патолого-анатомические исследования проводятся в рамках оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной, за исключением высокотехнологичной, медицинской помощи и паллиативной медицинской помощи при наличии медицинских показаний	Включили показания для проведения прижизненных патолого-анатомических исследований при проведении паллиативной медпомощи
15. Первичные учетные данные при прижизненном патолого-анатомическом исследовании (коды выполняемых медицинских услуг, категория сложности исследования, дата и время проведения вырезки, количество вырезанных объектов, назначенные окраски (реакции, определения)) вносятся в пункты 17–21 Протокола	Ввели уточнение о обязательном применении кодов выполняемых прижизненных патолого-анатомических исследований номенклатурой медицинских услуг

Таблица. Рекомендуемые штатные нормативы патолого-анатомического бюро (отделения)

№ п/п	Наименование*	Количество должностей	
		Новый приказ	Изменения
1	Руководитель (главный врач, начальник) патолого-анатомического бюро	1 должность (только для патолого-анатомического бюро)	Нет
2	Главная медицинская сестра (главный медицинский брат)	1 должность (только для патолого-анатомического бюро)	Нет
3	Заведующий (начальник) патолого-анатомическим отделением — врач-патологоанатом	1 должность — при штатной численности свыше 15 должностей врачей и специалистов с высшим (немедицинским) образованием; 0,75 должности — при штатной численности 10—15 должностей врачей и специалистов с высшим (немедицинским) образованием; 0,5 должности — при штатной численности 5—10 должностей врачей и специалистов с высшим (немедицинским) образованием; 0,25 должности — при штатной численности до 5 должностей врачей и специалистов с высшим (немедицинским) образованием	Нет
4	Врач-патологоанатом	1 должность при годовой нагрузке: 1000 случаев прижизненных патолого-анатомических исследований 1-й категории сложности, или 900 случаев прижизненных патолого-анатомических исследований 2-й категории сложности, или 800 случаев прижизненных патолого-анатомических исследований 3-й категории сложности, или 700 случаев прижизненных патолого-анатомических исследований 4-й категории сложности, или 600 случаев прижизненных патолого-анатомических исследований 5-й категории сложности, или 200 патолого-анатомических вскрытий 1-й категории сложности, или 175 патолого-анатомических вскрытий 2-й категории сложности, или 150 патолого-анатомических вскрытий 3-й категории сложности, или 125 патолого-анатомических вскрытий 4-й категории сложности, или 100 патолого-анатомических вскрытий 5-й категории сложности	Нет

Формы медицинских документов: контроль на соответствие новым требованиям закона. Методичка

№ п/п	Наименование*	Количество должностей	
		Новый приказ	Изменения
5	Врач лабораторный генетик	1 должность при годовой нагрузке 1000 генетических определений биопсийного (операционного) материала	Нет
6	Врач-методист	Не менее 1 должности (только для патолого-анатомического бюро)	Изменили наименование должности, ранее — врач-статистик
7	Биолог	1 должность при годовой нагрузке: 2000 иммуногистохимических или 2000 молекулярно-генетических, или 500 электронно-микроскопических окрасок (постановок реакций, определений) микропрепаратов	Нет
8	Старший лаборант (старший медицинский лабораторный техник (старший фельдшер-лаборант), старший медицинский технолог)	1 должность при штатной численности свыше 15 должностей медицинских работников со средним профессиональным образованием (только для патолого-анатомического отделения); 0,75 должности при штатной численности 10—15 должностей медицинских работников со средним профессиональным образованием (только для патолого-анатомического отделения); 0,5 должности при штатной численности 5—10 должностей медицинских работников со средним профессиональным образованием (только для патолого-анатомического отделения); 0,25 должности при штатной численности до 5 должностей медицинских работников со средним профессиональным образованием (только для патолого-анатомического отделения)	Вновь введенная должность
9	Медицинский технолог, или медицинский лабораторный техник (фельдшер-лаборант), или лаборант	На 1 должность врачей и специалистов с высшим (немедицинским) образованием: 1 должность для патолого-анатомических отделений с уровнем автоматизации, обеспечивающим 30% и более снижения трудоемкости исследований, и для патолого-анатомического бюро, имеющих в своем составе такие патолого-анатомические отделения; 1,5 должности для патолого-анатомических отделений с уровнем автоматизации, не обеспечивающим 30% снижения трудоемкости исследований, и для патолого-анатомического бюро, имеющих в своем составе такие патолого-анатомические отделения	Нет

Формы медицинских документов: контроль на соответствие новым требованиям закона. Методичка

№ п/п	Наименование*	Количество должностей	
		Новый приказ	Изменения
10	Медицинский регистратор	0,25 должности на каждую должность врачей и специалистов с высшим (немедицинским) образованием, но не менее 2 должностей на патолого-анатомическое бюро (отделение)	Нет
11	Санитар (санитарка)	0,7 должности на каждую должность врача-патологоанатома при наличии секционного раздела работы; 0,5 должности на 1 должность врача и специалиста с высшим (немедицинским) образованием, но не менее 2 должностей на патолого-анатомическое бюро (отделение) при отсутствии секционного раздела работы; должности сменных (дежурных, ночных) санитаров (санитарок) вводятся при производственной необходимости сверх расчетного числа должностей	Нет
12	Инженер по автоматизированным системам управления производством	Не менее 1 должности на патолого-анатомическое бюро и в случае отсутствия в медицинской организации, в структуре которой создано патолого-анатомическое отделение	Вновь введенная должность
13	Инженер по эксплуатации медицинской техники	Не менее 1 должности на патолого-анатомическое бюро и в случае отсутствия в медицинской организации, в структуре которой создано патолого-анатомическое отделение	Вновь введенная должность

* Исключили должность сестры-хозяйки.

Образец протокола консультации с применением телемедицинских технологий

ПРОТОКОЛ КОНСУЛЬТАЦИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИЖИЗНЕННОГО ПАТОЛОГО-АНАТОМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БИОПСИЙНОГО (ОПЕРАЦИОННОГО) МАТЕРИАЛА

1. Структурное подразделение медицинской организации, направившее на телемедицинскую консультацию биопсийный (операционный) материал _____
2. Фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента _____
3. Пол: муж. — 1, жен. — 2
4. Дата рождения: число _____ месяц _____ год _____
5. Номер полиса обязательного медицинского страхования _____
6. Страховой номер индивидуального лицевого счета _____
7. Место регистрации: _____
тел. _____
8. Местность: городская — 1, сельская — 2
9. Диагноз заболевания (состояния) по
10. Код по Международной данным направления _____
статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем _____
11. Дата забора биопсийного (операционного) материала по данным направления _____
время _____
12. Биопсийный (операционный) материал доставлен в 10% растворе нейтрального формалина (да или нет) _____ загрязнен (да или нет) _____
13. Дата поступления биопсийного (операционного) материала:
дата _____, время _____
14. Отметка о сохранности упаковки _____
15. Дата регистрации биопсийного (операционного) материала:
дата _____, время _____
16. Регистрационный номер _____
17. Медицинские услуги: код _____, количество _____

18. Категория сложности (1–5) _____

код _____, количество _____

код _____, количество _____

19. Вырезка проводилась: дата _____ время _____

20. В проводку взято: _____ объектов

21. Назначенные окраски (реакции, определения):

22. Макроскопическое описание:

23. Микроскопическое описание:

24. Обоснование причины направления на телемедицинскую консультацию

25. Перечисление материала, отправленного на телемедицинскую консультацию _

26. Заключение по проведенному анализу переданного для проведения телемедицинской консультации и рекомендации (при наличии):

27. Прижизненное патолого-анатомическое исследование выполнили:

Врач-патологоанатом _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) М. П. (подпись))

Врач-специалист, осуществляющий телемедицинское консультирование

(фамилия, имя, отчество (при наличии) М. П. (подпись))

28. Дата проведения телемедицинской консультации прижизненного патолого-анатомического исследования:

« ____ » _____ 20__ г.

Памятка. Как определить потребность в проведении телемедицинских консультаций по критериям сложности прижизненных патолого-анатомических исследований

Категории сложности прижизненных патолого-анатомических исследований	Возможная частота потребности в проведении телемедицинских консультаций
Категория 1. Прижизненные патолого-анатомические исследования первой категории сложности — прижизненные патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала, полученного от пациентов с неосложненными формами неспецифического острого или хронического воспаления или дистрофическими процессами	Редко, практически не направляются
Категория 2. Прижизненные патолого-анатомические исследования второй категории сложности — прижизненные патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала, полученного от пациентов с осложненными формами неспецифического острого или хронического воспаления, дистрофическими процессами и пороками развития, последствий	Редко, практически не направляются
Категория 3. Прижизненные патолого-анатомические исследования третьей категории сложности — прижизненные патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала, полученного от пациентов с инфекционными заболеваниями, в том числе сопровождающиеся гранулематозным воспалением, болезнями, связанными с нарушением обмена веществ, доброкачественными опухолями при наличии гистологической верификации, опухолеподобными процессами, неонкологическими заболеваниями глаза, соскобов эндометрия	При наличии различного мнения специалистов организации, могут стать причиной направления для проведения телемедицинских консультаций
Категория 4. Прижизненные патолого-анатомические исследования четвертой категории сложности — прижизненные патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала, полученного от пациентов с диспластическими (неопластическими) процессами, пограничными и злокачественными опухолями при наличии гистологической верификации, а также полученного при срочных интраоперационных или эндоскопических биопсиях	Могут стать основанием для диагностического поиска и проведения телемедицинской консультации
Категория 5. Прижизненные патолого-анатомические исследования пятой категории сложности — прижизненные патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала, полученного от пациентов с иммунопатологическими процессами, опухолями и опухолеподобными процессами при отсутствии гистологической верификации, болезнями системы крови и кроветворных органов, полученного при пункционных биопсиях или любого иного биопсийного (операционного) материала, требующего применения декальцинации и (или) дополнительных методов	Наиболее частая причина назначения телемедицинских консультаций

Алгоритм. Как провести телемедицинскую консультацию по новому приказу Минздрава*

ШАГ 1. Подготовиться к телемедицинской консультации

Врач, который проводил биопсионное исследование, должен предварительно подготовить материал для телемедицинской консультации по результатам проведенного прижизненного биопсионного исследования. Материал нужно подготовить в электронном виде и направить для согласования участникам консилиума либо обеспечить дистанционный доступ к нему.

ШАГ 2. Оформить протокол (заключение)

По результатам проведения консультации или консилиума врачи оформляют медзаключение — протокол. Все участники консилиума подписывают документ и направляют в электронном виде врачу, который проводил прижизненное биопсионное исследование, либо обеспечивают ему дистанционный доступ.

Врач-патологоанатом и врач-специалист, которые проводили консультацию при проведении прижизненного биопсионного исследования, подписывают протокол и оформляют в двух экземплярах. Первый экземпляр направляют в медорганизацию, направившую биопсийный (операционный) материал. Второй экземпляр отправляют хранить в архив патолого-анатомического бюро (отделения). Копию протокола можно выдать пациенту либо его законному представителю в соответствии с частью 5 статьи 22 Федерального закона № 323-ФЗ.

ШАГ 3. Зафиксировать и сохранить результаты консультации

Все материалы, которые получили в ходе телемедицинской консультации, нужно внести в электронную медкарту пациента с помощью УКЭП. Срок хранения сопутствующих материалов — аудио- и видеозаписей консультаций, текстовых сообщений, голосовой информации и изображений — составляет один год. Доступ к этим материалам нужно обеспечить в течение всего срока хранения. Если пациент или его законный представитель просит предоставить копию документации, это нужно сделать в порядке, установленном законодательством.

* Приказ Минздрава от 11.04.2025 № 193н «Об утверждении Порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий».

Памятка. Основные требования при проведении телемедицинских консультаций

- 1.** Медорганизация, которая оказывает помощь в телемедицинской консультации, должна обеспечить помещением, оборудованием, средствами связи и привлечь своих медработников для консультации или консилиума.
- 2.** Все участники консультации обязаны подтвердить свою личность через единую систему идентификации и аутентификации.
- 3.** Консультацию можно считать завершенной, если медорганизация получила медзаключение по результатам консультации или консилиума или доступ к нему.
- 4.** Консультант или консилиум знают, что несут ответственность за рекомендации, которые они предоставили по результатам консультации.
- 5.** Телемедицинские консультации могут проводить врачи из медорганизаций, которые есть в Федеральном реестре медорганизаций. Врачи должны быть добавлены в Федеральный регистр медработников.
- 6.** Консультации проводят через государственные или утвержденные медицинские информационные системы: Единую систему, государственную информационную систему, медицинские информационные системы медорганизации, иные информационные системы, предназначенные для сбора, хранения, обработки и предоставления мединформации.

Изменения по медосмотрам и диспансеризации.

Точки контроля

В статье – точки контроля, чтобы проверить работу по новому порядку диспансеризации и медосмотров. Практики из центров компетенций показали, как проинструктировать сотрудников. Читайте, в какие формы меддокументов внести изменения и порядки проведения каких медосмотров скорректировать.

В статье пять разделов, первые два – о диспансерном наблюдении детей и профилактических осмотрах несовершеннолетних. Далее читайте о новом в диспансеризации государственных и муниципальных служащих, медосмотрах работников транспортной безопасности и медосмотрах для выявления туберкулеза. Каждый раздел подготовили эксперты из центров компетенций, где уже перешли к работе по новым правилам.

Диспансерное наблюдение детей



Марина САЛОВА, невролог, заведующая детской поликлиникой № 8 ОБУЗ Ивановская клиническая больница им. Куваевых, член Общественной палаты Ивановской области, к. м. н.: Уточните у персонала, что диспансерное наблюдение проводят в течение

пяти рабочих дней со дня, когда установили диагноз в поликлинике либо получили выписной эпикриз из стационара, в том числе дневного*. Ранее сроки четко установлены не были. Предупредите сотрудников, что нарушение сроков диспансеризации могут посчитать

* Приказ Минздрава от 11.04.2025 № 192н

некачественным оказанием медпомощи. Более того, полноту охвата диспансерным наблюдением детей необходимо контролировать при ВКК по критериям качества. При проверке код нарушения в этом случае будет 1.2 – за страховой случай могут снять оплату (приказ Минздрава от 19.03.2021 № 231н).

Проинформируйте сотрудников, что группу диспансерного наблюдения больше определять нет необходимости. Ранее группы диспансерного наблюдения формировали на основании длительности заболевания и стойкости ремиссии и по ним определяли кратность посещения врачей и перечень необходимых исследований.

Принципиальных отличий в процессе диспансерного наблюдения в новом порядке нет. Функционал врача оставили прежним с небольшими уточнениями. Так, врач должен составлять свободный план проведения наблюдения с учетом всех заболеваний и состояний пациента. Примерную схему плана смотрите в приложении 1.

Памятка. Случаи, когда надо прекратить диспансерное наблюдение за пациентом

- 1** Пациент выздоровел или достиг стойкой компенсации физиологических функций после перенесенного острого заболевания, в том числе травмы, отравления.
- 2** Пациент достиг стойкой компенсации физиологических функций или стойкой ремиссии хронического заболевания, состояния.
- 3** Пациент больше не подвержен основным факторам риска развития хронических неинфекционных заболеваний и их осложнений вплоть до умеренного или низкого уровня. Либо степень риска для пациента снизили до соответствующего уровня.
- 4** Пациент достиг возраста 18 лет и перешел в медорганизацию, которая оказывает первичную медико-санитарную помощь взрослому населению.
- 5** Пациент умер.

Обратите внимание, что в новых правилах повторили лицензионное требование: клиника обязана передавать информацию о меддокументах в электронном формате в ЕГИСЗ. Если раньше проводить обобщение и анализ результатов должен был врач-педиатр или заведующий ФАП, то теперь это обязанность руководителя. Сроки – не позднее 10-го числа месяца, который следует за отчетным.

Профилактические осмотры несовершеннолетних



Наталья ТЮМЕНЦЕВА, заведующий сектором внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности ГАУЗ ТО «Городская поликлиника № 12»*:
Сообщите персоналу, что теперь в случае подозрений на употребление наркотических

средств и психотропных веществ без назначения врача педиатр вправе направить пациента к психиатру-наркологу**. Предупредите коллег: если в процессе осмотра у пациента выявили факторы риска или признаки развития психических расстройств или расстройств поведения, его необходимо направить в кабинет детского психиатра или в клинику, которая оказывает медпомощь по профилю «психиатрия» по месту жительства или фактического проживания пациента. Признаками развития расстройств могут быть, например, следы самоповреждений, суицидальное поведение, выраженная агрессия.

Профосмотр необходимо закончить в течение не более 20 рабочих дней, если направляете в другие клиники – не более 45 дней. Сроки проведения осмотра оставили прежними, но разделение на этапы убрали.

Как скорректировали перечень исследований при проведении профосмотров, смотрите в приложении 2. В примечаниях указали, какие исследования и направ-

** Материал подготовлен в соавторстве с Маргаритой Кисловой, врачом-профпатологом ГУЗ «Липецкая городская поликлиника № 1»*

*** Приказ Минздрава от 14.04.2025 № 211н*

Важно

Напомните сотрудникам, что перед проведением профмедосмотра необходимо взять ИДС на проведение профилактического осмотра несовершеннолетнего у родителя или законного представителя

ления сократили, а также какие требования предъявили к новым исследованиям.

Порядок ведения карты профосмотра. Убедитесь, что учетную форму № 030-ПО/у «Карта профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего» заполняют по-новому. Врачи должны вносить в меддокументацию результаты профосмотров детей следующих возрастных категорий: до года, в год и три месяца, в полтора года. Если ведете меддокументацию в МИС, сроки, Ф. И. О. пациента, возраст, дата рождения и результаты анализов из системы заполняются автоматически. В электронном виде также разрешили кодировать медкарту: добавлять штрихкоды и QR-коды.

Проинструктируйте сотрудников, как по новым правилам заполнять титульный лист. Необходимо указывать наименование медорганизации и адрес в соответствии с учредительными документами, проставлять ОГРН. Если меддеятельность осуществляет ИП, необходимо указать Ф. И. О., адрес и ОГРНИП.

Первый пункт карты с Ф. И. О., полом и датой рождения следует заполнять по свидетельству о рождении пациента. Дату рождения необходимо указывать арабскими цифрами в формате: два-два-четыре (число – месяц – год). Предупредите сотрудников, что никакие другие форматы дат использовать нельзя.



К сведению

На данный момент из-за нового порядка в нормативке возникло противоречие. Ранее согласно приказу Минздрава от 10.08.2017 № 514н в списки не включали детей-сирот и детей в трудной жизненной ситуации старше двух лет. Согласно приказу Минздрава от 14.04.2025 № 211н поименные списки для

профилактических осмотров необходимо составлять без исключений. При этом данное исключение сохраняется по действующему порядку ведения учетной формы № 030-ПО/у «Карта профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего», приложение № 3.



Важно

К перечню заболеваний, с которыми человек не может поступить на госслужбу, добавили группу III: болезни нервной системы с диагнозом «Эпилепсия G40»

Карту осмотра должен подписать врач, который отвечает за проведение профилактического осмотра, и руководитель медорганизации. Печать ставят на последнем листе, дату – арабскими цифрами.

Диспансеризация государственных и муниципальных служащих



Инна ТАГИЛЬЦЕВА, начальник отдела внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, врач-методист, ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №3»: Проинформируйте сотрудников, что теперь необходимо уделять особое внимание выявлению у госслужащих неинфекционных хронических заболеваний и суммарного сердечно-сосудистого риска. В связи с этим необходимо выполнять

Памятка. Что включает осмотр врача-терапевта для установления диагноза

- 1** Осмотр на выявление визуальных и иных локализаций онкологических заболеваний: осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпация щитовидной железы, лимфатических узлов.
- 2** Определение группы здоровья и группы диспансерного наблюдения с учетом заключений врачей-специалистов и результатов медицинских исследований.
- 3** Проведение краткого профилактического консультирования. В процессе врач должен дать пациенту рекомендации по здоровому питанию, уровню физической активности, отказу от курения табака и снижению риска пагубного потребления алкоголя.
- 4** Определение медицинских показаний для углубленного профилактического консультирования, а также для дополнительных обследований и консультаций вне рамок диспансеризации.

Таблица. Группы здоровья, которые необходимо определить по новым требованиям

Группа здоровья	Состояние пациента	Необходимость в дальнейшем наблюдении
I	Нет хронических неинфекционных заболеваний Нет факторов риска развития таких заболеваний Есть факторы риска при низком или среднем абсолютном суммарном сердечно-сосудистом риске	Не нуждается в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний и состояний Необходимо провести краткое профилактическое консультирование
II	Нет хронических неинфекционных заболеваний, но есть факторы риска развития таких заболеваний, как ожирение по индексу массы тела 30 кг/м ² и более Установили, что уровень общего холестерина более 8 ммоль/л В анамнезе интенсивное курение по индексу курящего более 20 Высокий или очень высокий абсолютный суммарный сердечно-сосудистый риск	Не нуждается в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний и состояний Необходимо провести углубленное профилактическое консультирование
IIIa	Есть хронические неинфекционные заболевания, которые требуют диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медпомощи Есть подозрение на наличие этих заболеваний или состояний	Необходимо провести дополнительные обследования
IIIб	Нет хронических неинфекционных заболеваний, но необходимо установить диспансерное наблюдение или оказать специализированную, в том числе высокотехнологичную, медпомощь по поводу иных заболеваний Есть подозрение на наличие этих заболеваний	Необходимо провести дополнительные обследования

несколько новых исследований, в том числе определять относительный и абсолютный сердечно-сосудистый риск. Полный перечень исследований, которые следует провести в процессе диспансеризации, смотрите в приложении 3*.

С учетом новых требований скорректировали группы здоровья, которые определяют по итогам диспансеризации. По старому приказу они были связаны с видами медпомощи, по новому – с объемом обследований (табли-

* Приказ Минздрава от 14.04.2025 № 201н

К сведению

По новым правилам диспансеризацию госслужащих проводят медорганизации всех форм собственности при наличии поименного списка и ИДС пациентов. В связи с этим убрали упоминание об оплате диспансеризации за счет средств бюджетов

ца). Проинформируйте терапевтов, что в новом порядке подробно расписали все действия, которые им необходимо выполнить в процессе обследования – памятка → 71.

Предупредите сотрудников, что больше нет необходимости вести карту учета диспансеризации госслужащего (форма № 131/у-ГС) и паспорт здоровья (форма № 025/у-ГС). Результаты исследований и диспансеризации следует формировать с помощью МИС клиники или ГИС и передавать в ЕГИСЗ. Заключение по форме № 001-ГС/у можно выдавать не только на бумаге, но и электронно. Оно действительно не только до следующей диспансеризации, но и 1 год со дня выдачи, если человек уволится с госслужбы.

Медосмотры работников транспортной безопасности



Александр ДОДОНОВ, внештатный эксперт Росздравнадзора, замглаврача по КЭР Клиники ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, к. м. н.: По новому приказу в процессе медосмотра выделяют

два этапа: сначала предварительные химико-токсикологические исследования (ХТИ), а затем, если необходимо, подтверждающие*. Ранее этапа было четыре: профбеседа, предварительное и подтверждающее ХТИ, разъяснение результатов. Теперь профбеседу и разъяснение проводить не надо.

Список химических веществ, на которые необходимо провести предварительное ХТИ, расширили – памятка → 74. Также добавили новую причину для подтверждающего ХТИ. Теперь оно необходимо не только при выявлении в моче наркотических средств и психотропных веществ, но и если выявили в процессе осмотра признаки опьянения.

Признаков опьянения должно быть не менее 3 из 18. Полный перечень смотрите в приложении 4. При этом срок

* Приказ Минздрава от 11.04.2025 № 194н

подтверждающего ХТИ уточнили – 10 рабочих дней на доставку в лабораторию и 3 рабочих дня для проведения. Ранее для получения результатов давали 10 календарных дней. Напомним, подтверждающее ХТИ необходимо, только если в процессе предварительного исследования выявили в образце наркотические средства или психотропные вещества. Если в образце ничего нет, врач сразу оформляет заключение.

Проинформируйте сотрудников лаборатории, что из нового приказа убрали обязанность проводить предварительное ХТИ не позднее 2 часов с момента отбора пробы и заносить его результаты в журнал по форме № 450/у-06.

Изменения в документах. В журнале регистрации выданных заключений необходимо заполнить две новые позиции: наименование работодателя и наименование выполняемого работником вида работы.

В заключительном акте по новым требованиям следует указать численность работников, в отношении которых есть медицинские рекомендации для прохождения внеочередного медицинского осмотра, и их список. Еще – рекомендации работодателю, как реализовать комплекс оздоровительных, профилактических и других мероприятий. Также в форме выделили новую строку о результатах медосмотра. Подписать документ должен

Памятка. Химические вещества, на которые проводят предварительное ХТИ

- | | |
|--|------------------|
| ▶ Опиаты | ▶ Кокаин |
| ▶ Каннабиноиды | ▶ Метадон |
| ▶ Фенилалкиламины
(амфетамин, метамфетамин) | ▶ Бензодиазепины |
| ▶ Синтетические катионы | ▶ Барбитураты |
| | ▶ Фенциклидин |

** Приказ Минздрава
от 11.04.2025 № 190н*

не только руководитель клиники, но и психиатр-нарколог – подписи последнего ранее не требовали.

Медосмотры для выявления туберкулеза



Александр ТОКАРЕВ, заместитель главного врача по КЭР и контролю качества Уральского НИИ фтизиопульмонологии – филиала ФГБУ «НМИЦ ФПИ» Минздрава: Сообщите сотрудникам, что расширили спектр диагностики на рекомбинантный

туберкулиновый антиген в зависимости от возраста* – приложение 5. Например, у детей в возрасте с 8 до 15 лет разрешили учитывать результаты *in vitro* IGRA-тестов. Скорректировали список контингентов: добавили участников СВО – в течение двух лет после демобилизации. Предупредите персонал, что исследования проводят 2 раза в год. Все изменения в сроках проведения и категориях граждан смотрите в приложении 6.



К сведению

Как и ранее, проводить профмедосмотр работников транспортной безопасности необходимо ежегодно. Оплачивает медуслуги работодатель. Организовать медосмотры можно

во всех клиниках с лицензией на наркологию и КДЛ. Обратите внимание, если в клинике нет лицензии на КДЛ, она может привлечь для таких работ иную медорганизацию.

Приложение 1

Схема этапного эпикриза на ребенка, состоящего на диспансерном учете, 20__ год

1. С какого года на диспансерном наблюдении _____
2. Диагноз при взятии на диспансерный учет _____
3. Где установлен диагноз _____
4. Перенесенные заболевания за год _____
5. Заключение профильного врача _____
6. Санация ЛОР-органов, полости рта _____
7. Противорецидивное лечение _____
8. Стационарное лечение _____
9. Санаторное лечение _____
10. Рецидивы заболевания за год _____
11. Диагноз к концу 20__ года _____
12. Сопутствующие заболевания _____

План оздоровления на 20__ год

1. Осмотр педиатром (кратность) _____
2. Осмотр врачами-специалистами (какими, сколько раз в год) _____
3. Лабораторные и инструментальные методы исследования (какие, кратность) _____
4. Санация ЛОР-органов, полости рта _____
5. Противорецидивное лечение _____
6. Рекомендуемый санаторий _____
7. Физиолечение _____
8. ЛФК _____
9. Другие методы оздоровления _____
10. Профилактические прививки (по национальному календарю, по индивидуальному календарю, медотвод до _____)
11. Группа занятий физкультурой _____
12. Рекомендации в образовательное учреждение _____

Таблица. Перечень исследований для несовершеннолетних разных возрастов в рамках профилактических медосмотров*

Возраст пациента	Врачи	Исследования	Примечания
До 1 месяца	Педиатр	Неонатальный скрининг на врожденные и наследственные заболевания. Аудиологический скрининг	Неонатальный скрининг на врожденные и наследственные заболевания необходимо провести, если нет данных о его проведении, но не позднее 28 дней жизни. Аудиологический скрининг для новорожденных — это исследование слуха с помощью вызванной отоакустической эмиссии. Проводить его следует в течение первого года жизни в любое время, если нет данных о его проведении
1 месяц	Педиатр, детский хирург, офтальмолог	Комплексное УЗИ органов брюшной полости. УЗИ почек. УЗИ тазобедренных суставов. ЭхоКГ. Нейросонография. Офтальмоскопия в условиях мидриаза	Исключили аудиологический скрининг. Офтальмоскопию в условиях мидриаза следует проводить в рамках осмотра офтальмолога
2 месяца	Педиатр		Убрали ОАК, ОАМ, аудиологический скрининг
3 месяца	Педиатр, невролог, травматолог-ортопед	ОАК, ОАМ	
С 4 по 11 месяц включительно	Педиатр		
1 год	Детский стоматолог , педиатр, невролог, детский хирург, оториноларинголог, офтальмолог	Офтальмоскопия в условиях мидриаза. Исследование вызванной отоакустической эмиссии (ОАЭ). ОАК, ОАМ, ЭКГ	Вместо осмотра травматолога-ортопеда необходимо направить пациента к детскому стоматологу. ЭКГ включает в себя регистрацию электрокардиограммы, расшифровку, описание и интерпретацию электрокардиографических данных. Исследование вызванной отоакустической эмиссии следует проводить в рамках осмотра оториноларинголога
1 год 3 месяца	Педиатр		

Формы медицинских документов: контроль на соответствие новым требованиям закона. Методичка

Возраст пациента	Врачи	Исследования	Примечания
1 год 6 месяцев	Педиатр, невролог (для детей из группы риска возникновения нарушений психического развития)	Скрининг на выявление группы риска нарушения психического развития	Скрининг у детей, достигших возраста 1 года 6 месяцев и 2 лет, проводит педиатр: анкетировать родителей или иных законных представителей несовершеннолетнего
2 года	Педиатр, детский стоматолог, детский психиатр (для детей из группы риска возникновения нарушений психического развития)	Скрининг на выявление группы риска нарушения психического развития	Уточнили, к детскому психиатру необходимо направлять детей из группы риска возникновения или наличия нарушений психического развития по результату скрининга
3 года	Педиатр, невролог, детский хирург, детский стоматолог, офтальмолог, оториноларинголог	ОАК, ОАМ	Исключили осмотры акушером-гинекологом (для девочек) и детским урологом-андрологом (для мальчиков)
4 года, 5 лет	Педиатр, детский стоматолог		
6 лет	Педиатр, невролог, детский хирург, детский стоматолог, травматолог-ортопед, офтальмолог, оториноларинголог, детский психиатр, детский акушер-гинеколог (для девочек), детский уролог-андролог (для мальчиков), детский эндокринолог	Исследование вызванной отоакустической эмиссии. Исследование уровня холестерина в крови экспресс-методом. Комплексное УЗИ органов брюшной полости. УЗИ почек. ЭКГ, ЭхоКГ. ОАК, ОАМ	Исследование уровня холестерина в крови экспресс методом с использованием тест-полосок необходимо провести детям, которых педиатр по результату осмотра отнес к группе риска
7 лет	Педиатр, невролог, детский стоматолог, офтальмолог		Исключили осмотр врачом-оториноларингологом и ОАК, ОАМ
8 и 9 лет	Педиатр, детский стоматолог		
10 лет	Педиатр, невролог, детский стоматолог, детский эндокринолог, детский хирург, офтальмолог	ОАК, ОАМ, исследование уровня холестерина в крови экспресс-методом с использованием тест-полосок для детей из группы риска	Вместо осмотра травматологом-ортопедом необходимо направить пациента к детскому хирургу
11 лет	Педиатр, стоматолог детский		
12 лет	Педиатр, детский стоматолог, детский психиатр, травматолог-ортопед		

Формы медицинских документов: контроль на соответствие новым требованиям закона. Методичка

Возраст пациента	Врачи	Исследования	Примечания
13 лет	Педиатр, детский стоматолог, офтальмолог, детский уролог-андролог (для мальчиков), акушер-гинеколог (для девочек)		
14 лет	Педиатр, детский психиатр* , детский хирург , детский стоматолог, детский уролог-андролог (для мальчиков), акушер-гинеколог (для девочек)		
15 лет	Педиатр, детский хирург, детский стоматолог, детский уролог-андролог (для мальчиков), акушер-гинеколог (для девочек), детский эндокринолог, невролог, травматолог-ортопед, офтальмолог, оториноларинголог, детский психиатр	ОАК, ОАМ, комплексное УЗИ органов брюшной полости, УЗИ почек, ЭКГ	
16 лет	Педиатр, детский хирург, детский стоматолог, детский уролог-андролог (для мальчиков), акушер-гинеколог (для девочек), невролог, офтальмолог, детский психиатр	ОАК, ОАМ	Исключили осмотры врачом-эндокринологом детским и врачом — травматологом-ортопедом
17 лет	Педиатр, детский хирург, детский стоматолог, детский эндокринолог, невролог, травматолог-ортопед, офтальмолог, оториноларинголог, акушер-гинеколог (для девочек), детский уролог-андролог (для мальчиков), детский психиатр	ОАК, ОАМ, ЭКГ	

** Ранее с 14 лет исследования должен мог проводить психиатр подростковый, но в новом порядке уточнение «при отсутствии врача-психиатра детского» исключили.*

Памятка. Функциональные и лабораторные исследования и иные медицинские мероприятия

- 1 Измерение артериального давления на периферических артериях
- 2 Опрос (анкетирование), направленное на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача
- 3 Антропометрические исследования (измерение роста стоя, массы тела, окружности талии), расчет индекса массы тела
- 4 Определение относительного суммарного сердечно-сосудистого риска у граждан в возрасте от 21 до 39 лет и абсолютного суммарного сердечно-сосудистого риска у граждан в возрасте от 40 лет, не имеющих заболеваний, связанных с атеросклерозом, сахарного диабета второго типа и хронического заболевания почек
- 5 Общий (клинический) анализ крови
- 6 Общий (клинический) анализ мочи
- 7 Исследование уровня холестерина в крови
- 8 Исследование уровня глюкозы в крови
- 9 Исследование уровня общего билирубина крови
- 10 Исследование уровня общего белка в крови
- 11 Определение активности амилазы в крови
- 12 Исследование уровня креатинина в крови

- 13** Исследование уровня мочевой кислоты в крови
- 14** Исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим методом (для граждан в возрасте от 45 лет и старше)
- 15** Цитологическое исследование мазка из цервикального канала
- 16** Регистрация электрокардиограммы и расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных
- 17** Исследование уровня холестерина липопротеидов низкой плотности сыворотки крови
- 18** Исследование уровня триглицеридов сыворотки крови; онкомаркер специфический СА-125 (женщинам после 40 лет)
- 19** Онкомаркер специфический PSA (мужчинам после 40 лет)
- 20** Электрокардиография
- 21** Флюорография (1 раз в год)
- 22** Маммография обеих молочных желез в двух проекциях (для женщин в возрасте от 40 лет и старше при первичном прохождении диспансеризации, далее 1 раз в 2 года)

Памятка. Признаки опьянения

- 1 Неадекватность поведения, в том числе сопровождающаяся нарушением общественных норм, демонстративными реакциями, попытками диссимуляции
- 2 Заторможенность, сонливость или возбуждение
- 3 Эмоциональная неустойчивость
- 4 Ускорение или замедление темпа мышления
- 5 Гиперемия или бледность, мраморность кожных покровов, акроцианоз
- 6 Инъецированность склер, гиперемия или бледность видимых слизистых
- 7 Сухость кожных покровов, слизистых или гипергидроз
- 8 Учащение или замедление дыхания
- 9 Тахикардия или брадикардия
- 10 Сужение или расширение зрачков
- 11 Вялая реакция зрачков на свет
- 12 Двигательное возбуждение или заторможенность
- 13 Пошатывание при ходьбе с быстрыми поворотами
- 14 Неустойчивость в позе Ромберга
- 15 Ошибки при выполнении координаторных проб
- 16 Тремор век и (или) языка, рук
- 17 Нарушение речи в виде дизартрии
- 18 Признаки внутривенного введения средств (веществ), включая следы от инъекций

Методы исследований, которые применяют, чтобы выявить туберкулез, в зависимости от возраста

Категория пациентов	Исследования
Дети в возрасте от 1 до 7 лет, включительно	<p>Иммунодиагностика с применением аллергена бактерий с 2 туберкулиновыми единицами очищенного туберкулина в стандартном разведении</p> <p>Если врач-фтизиатр диагностирует состояние инфицирования микобактериями туберкулеза — иммунодиагностика с применением аллергена туберкулезного рекомбинантного в стандартном разведении</p>
Дети в возрасте от 8 до 14 лет включительно	<p>Иммунодиагностика с применением аллергена туберкулезного рекомбинантного в стандартном разведении</p> <p>Врач может учесть результаты тестов in vitro, основанных на оценке высвобождения Т-лимфоцитами гамма-интерферона (IGRA-тесты), выполненных в сроки проведения профилактических осмотров</p>
Дети в возрасте от 15 до 17 лет включительно	<p>Иммунодиагностика с применением аллергена туберкулезного рекомбинантного в стандартном разведении, или флюорография легких, или рентгенография легких, в том числе с использованием медизделей с применением технологий ИИ, обрабатывающих результаты исследований. Проводить не нужно, если гражданину в течение предшествующего профилактическому медицинскому осмотру года выполняли флюорографию, рентгенографию (рентгеноскопию) или компьютерную томографию органов грудной клетки</p> <p>Врач может учесть результаты тестов in vitro, основанных на оценке высвобождения Т-лимфоцитами гамма-интерферона (IGRA-тесты), выполненных в сроки проведения профилактических осмотров</p>

Формы медицинских документов: контроль на соответствие новым требованиям закона. Методичка

Категория пациентов	Исследования
Граждане в возрасте 18 лет и старше	Флюорография легких или рентгенография легких, в том числе с использованием медизделий с применением технологий ИИ, обрабатывающих результаты исследований. Проводить не нужно, если гражданину в течение предшествующего профилактическому медицинскому осмотру года выполняли флюорографию, рентгенографию (рентгеноскопию) или компьютерную томографию органов грудной клетки
Лица, которые получают лекарственную терапию с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов	Низкодозовая компьютерная томография
Нетранспортабельные и маломобильные граждане, если невозможно провести флюорографию или рентгенографию легких	Исследование мокроты на кислотоустойчивые микобактерии методом микроскопии

Сроки проведения профилактических медосмотров
в отношении отдельных категорий граждан

Категории граждан	Сроки проведения профилактического медицинского осмотра				Примечания
	1 раз в год	1 раз в два года	2 раза в год	В индивидуальном порядке	
Дети	+				
Взрослые	+(при показателе общей заболеваемости туберкулезом в субъекте Российской Федерации 40 и более на 100 тыс. населения)	+(при показателе общей заболеваемости туберкулезом в субъекте Российской Федерации менее 40 на 100 тыс. населения)			
Работники родильных домов (отделений), перинатальных центров)			+		
Лица с ВИЧ-инфекцией			+		
Лица, снятые с диспансерного наблюдения в медицинских противотуберкулезных организациях в связи с выздоровлением от туберкулеза, — в течение первых 3 лет после снятия с диспансерного наблюдения	+				Ранее 2 раза в год
Лица, состоящие на диспансерном наблюдении (в том числе профилактическом наблюдении) в медицинских организациях, имеющих лицензию на медицинскую деятельность по выполнению работ (услуг) по «психиатрии-наркологии»			+		

Формы медицинских документов: контроль на соответствие новым требованиям закона. Методичка

Категории граждан	Сроки проведения профилактического медицинского осмотра				Примечания
	1 раз в год	1 раз в два года	2 раза в год	В индивидуальном порядке	
Лица, освобожденные из мест лишения свободы, из мест содержания под стражей, — в течение первых 2 лет после освобождения			+		
Лица, отбывающие наказание в местах лишения свободы, содержащиеся в местах содержания под стражей			+		
Дети в возрасте от 1 до 7 лет включительно, не вакцинированные против туберкулеза при отрицательном результате иммунодиагностики с применением аллергена бактерий с 2 туберкулиновыми единицами очищенного туберкулина в стандартном разведении			+		Новая категория
Дети в возрасте от 1 до 17 лет включительно, больные сахарным диабетом, хроническими неспецифическими заболеваниями органов дыхания			+		Ранее в эту категорию также входили дети с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы
Дети в возрасте от 1 до 17 лет включительно, получающие кортикостероидную, лучевую, цитостатическую терапию и лекарственную терапию с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов			+		

Формы медицинских документов: контроль на соответствие новым требованиям закона. Методичка

Категории граждан	Сроки проведения профилактического медицинского осмотра				Примечания
	1 раз в год	1 раз в два года	2 раза в год	В индивидуальном порядке	
Дети в возрасте от 1 до 17 лет включительно, проживающие в стационарных организациях социального обслуживания			+		
Взрослые, больные хроническими неспецифическими заболеваниями органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы	+				
Взрослые, больные сахарным диабетом	+				
Взрослые, получающие кортикостероидную, лучевую, цитостатическую терапию и лекарственную терапию с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов	+				Ранее только взрослые, получающие кортикостероидную, лучевую, цитостатическую и иммуносупрессивную терапию
Лица без определенного места жительства	+				
Беженцы	+				
Участники специальной военной операции (в течение 2 лет после демобилизации)			+		Новая категория
Взрослые, проживающие в стационарных организациях социального обслуживания	+				
Работники организаций социального обслуживания	+				

Формы медицинских документов: контроль на соответствие новым требованиям закона. Методичка

Категории граждан	Сроки проведения профилактического медицинского осмотра				Примечания
	1 раз в год	1 раз в два года	2 раза в год	В индивидуальном порядке	
Работники медицинских, в том числе санаторно-курортных организаций, образовательных, оздоровительных и спортивных организаций для детей	+				
Лица, проживающие совместно с беременными женщинами и новорожденными				+	
Лица, у которых диагноз «ВИЧ-инфекция» установлен впервые				+	
Лица из окружения детей, имеющих измененную чувствительность к аллергенам туберкулезным или впервые положительный результат теста in vitro, основанный на оценке высвобождения Т-лимфоцитами гамма-интерферона (IGRA-тест), если с момента последнего обследования прошло более 6 месяцев				+	Ранее лица, которые впервые получили положительный результат IGRA-теста, в эту категорию не входили
Лица, в отношении которых имеются данные о наличии контакта с больным с заразной формой туберкулеза				+	