

Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 25 июля 2018 г. N 500

"Об утверждении регламента направления детского населения на госпитализацию в медицинские организации государственной системы здравоохранения города Москвы для оказания специализированной медицинской помощи (за исключением высокотехнологичной, а также медицинской помощи по профилям "Фтизиатрия", "Дерматовенерология", "Психиатрия", "Наркология") в условиях круглосуточного стационара в плановой форме"

в редакции Приказа Департамента здравоохранения г. Москвы от 13 января 2023 г. N 16  
в редакции Приказа Департамента здравоохранения г. Москвы от 7 февраля 2020 г. N 91  
в редакции Приказа Департамента здравоохранения г. Москвы от 21 марта 2019 г. N 196

В соответствии со статьями 32, 33, 34 и 51 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", Федеральным законом от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", приказом Минздрава России от 02.12.2014 N 796н "Об утверждении Положения об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи", в целях совершенствования организации оказания медицинской помощи детскому населению города Москвы, а также повышения преемственности на всех этапах ее оказания приказываю:

1. Утвердить регламент направления детского населения города Москвы на госпитализацию в медицинские организации государственной системы здравоохранения города Москвы для оказания специализированной медицинской помощи (за исключением высокотехнологичной, а также медицинской помощи по профилям "Фтизиатрия", "Дерматовенерология", "Психиатрия", "Наркология") в условиях круглосуточного стационара в плановой форме в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве (далее - Регламент) согласно приложению к настоящему приказу.

2. Директору Государственного казенного учреждения города Москвы "Дирекция по координации деятельности медицинских организаций Департамента здравоохранения города Москвы" А.Д. Матвеевой, руководителям медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы при организации оказания медицинской помощи детскому населению руководствоваться требованиями, установленными утвержденным Регламентом.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя руководителя Департамента здравоохранения города Москвы Старшина А.В. и заместителя руководителя Департамента здравоохранения города Москвы Токарева А.С.

Министр Правительства Москвы,  
руководитель Департамента  
здравоохранения города Москвы

А.И. Хрипун

**Регламент**  
**направления детского населения на госпитализацию в медицинские организации**  
**государственной системы здравоохранения города Москвы для оказания**  
**специализированной медицинской помощи (за исключением высокотехнологичной, а также**  
**медицинской помощи по профилям "Фтизиатрия", "Дерматовенерология", "Психиатрия",**  
**"Наркология") в условиях круглосуточного стационара в плановой форме в рамках**  
**Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам**  
**медицинской помощи в городе Москве**

1. Направление детского населения на госпитализацию в медицинские организации государственной системы здравоохранения города Москвы для оказания специализированной медицинской помощи (за исключением высокотехнологичной, а также медицинской помощи по профилям "Фтизиатрия", "Дерматовенерология", "Психиатрия", "Наркология") в условиях круглосуточного стационара (далее - стационар) в плановой форме в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве (далее - территориальная программа) осуществляется лечащим врачом (врачом-педиатром, врачом-специалистом) медицинской организации государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающей первичную медико-санитарную помощь детскому населению (далее - детская поликлиника), к которой прикреплен на медицинское обслуживание несовершеннолетний для оказания первичной медико-санитарной помощи.

2. Госпитализация в плановой форме детского населения в стационары осуществляется при наличии показаний, согласно приложению 1 к настоящему Регламенту, и отсутствии противопоказаний, согласно приложению 2 к настоящему Регламенту.

3. Госпитализация в плановой форме детского населения для оказания специализированной медицинской помощи осуществляется в соответствии с профилем коек медицинской организации, согласно приложению 3 к настоящему Регламенту.

4. В случае если в реализации территориальной программы принимают участие несколько стационаров, оказывающих медицинскую помощь по соответствующему профилю, лечащий врач обязан проинформировать пациента (законного представителя пациента) о возможности выбора стационара в установленном порядке, с учетом выполнения условий оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой.

5. Лечащий врач, в случае выявления у пациента медицинских показаний для оказания специализированной медицинской помощи в плановой форме, информирует пациента (законного представителя пациента) о перечне документов и лабораторно-диагностических и инструментальных исследований, необходимых для направления на госпитализацию пациента, в соответствии с приложениями 4, 5 к настоящему Регламенту, а также организывает их проведение и оформляет необходимую медицинскую документацию из указанного перечня.

6. Направление на госпитализацию в плановой форме оформляется лечащим врачом по форме N 057/у-04 "Направление на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию" в соответствии с порядком, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 22.11.2004 N 255 "О порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг".

7. Направление на госпитализацию в плановой форме (форма N 057/у-04), если оно было сформировано на бумажном носителе при отсутствии в медицинской организации технической

возможности его формирования в электронном виде с использованием сервисов ЕМИАС, и выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного (форма N 027/у) выдается пациенту (его законному представителю) лечащим врачом с внесением записи в медицинскую карту амбулаторного больного.

8. Детские поликлиники ведут учет направлений на плановую госпитализацию в стационары в соответствии с приказом Департамента здравоохранения города Москвы от 29.12.2012 N 1557 "Об утверждении Методических рекомендаций по организации оказания первичной медико-санитарной помощи детскому населению города Москвы". Контроль за соблюдением сроков госпитализации больного осуществляет лечащий врач и лицо, уполномоченное главным врачом детской поликлиники, с занесением сведений в журнал регистрации больных, назначенных на госпитализацию в бумажном или электронном виде.

9. Лицо, уполномоченное главным врачом детской поликлиники, обязано с использованием защищенных каналов связи (выделенный номер телефона и др.) в течение 3-х рабочих дней с момента выдачи пациенту направления уведомить лицо, уполномоченное главным врачом стационара, о направлении пациента на плановую госпитализацию, согласовать дату явки пациента на консультацию в стационар или госпитализацию и направить копии форм N 057/у-04, N 027/у.

10. Лицо, уполномоченное главным врачом стационара, в течение 2 рабочих дней рассматривает представленную документацию, определяет медицинские показания к госпитализации в соответствии с приложением 1, с учетом полноты и содержательности представленного пакета медицинских документов, принимает решение о дате госпитализации пациента или информирует лицо, уполномоченное главным врачом детской поликлиники, об отсутствии показаний к госпитализации в стационар.

11. Госпитализация для оказания специализированной медицинской помощи (за исключением высокотехнологичной, а также медицинской помощи по профилям "Фтизиатрия", "Дерматовенерология", "Психиатрия", "Наркология") в условиях круглосуточного стационара в плановой форме должна быть осуществлена не позднее 20 календарных дней со дня выдачи лечащим врачом детской поликлиники направления на госпитализацию.

12. При направлении пациентов на госпитализацию в плановой форме, направляющая детская поликлиника обеспечивает выполнение перечня лабораторно-диагностических и инструментальных исследований, необходимых для направления пациента на госпитализацию в плановой форме, согласно приложению 5 к настоящему Регламенту.

При невозможности проведения лабораторно-диагностических и инструментальных исследований в форме 057/у-04 указывается причина.

13. При невозможности проведения пациенту по состоянию здоровья дополнительного обследования, не входящего в перечень лабораторно-диагностических и инструментальных исследований (приложение 5), необходимых для госпитализации, стационар не вправе отказать пациенту в госпитализации и проводит необходимое дообследование с использованием лечебно-диагностических возможностей круглосуточного стационара.

14. При поступлении пациента на госпитализацию в плановой форме:

14.1. Осуществляется его регистрация в журнале учета приема больных и отказов в госпитализации (учетная форма N 001/у);

14.2. Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства при оказании специализированной медицинской помощи является оформление информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником стационара в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи;

14.3. В случае отказа пациента или его законного представителя от госпитализации в плановой форме медицинский работник стационара дает разъяснения пациенту или законному

представителю пациента о возможных последствиях данного отказа для состояния здоровья и жизни пациента с соблюдением требований, установленных законодательством Российской Федерации. Делается запись в журнале учета приема больных и отказов в госпитализации (учетная форма N 001/у) с указанием состояния его здоровья, причин отказа и принятых мерах. На руки пациенту выдается соответствующая справка с указанием ФИО пациента, диагнозом, рекомендациями. Справка имеет порядковый номер по журналу приема пациентов и отказов в госпитализации, заверяется подписью дежурного врача или заведующего отделением стационара и штампом учреждения;

14.4. При госпитализации несовершеннолетнего одному из законных представителей предоставляется право на бесплатное совместное нахождение с ребенком в стационаре в течение всего периода лечения независимо от возраста ребенка (при совместном нахождении с ребенком до 4-х лет, с ребенком старше 4-х лет - по медицинским показаниям, с бесплатным предоставлением спального места и питания) при условии предоставления медицинской документации и результатов лабораторно-диагностических и инструментальных исследований, в соответствии с приложениями 4, 5 к настоящему Регламенту.

Режим совместного пребывания законного представителя с несовершеннолетним в стационаре может изменяться в период действия ограничительных (санитарно-противоэпидемических) мероприятий по инфекционным заболеваниям.

15. В случае отказа или неявки на госпитализацию пациента лицо, уполномоченное главным врачом стационара, информирует лицо, уполномоченное главным врачом детской поликлиники, о факте отказа от госпитализации или неявки пациента в срок не более 3 рабочих дней с момента назначенной даты госпитализации.

16. В случае невозможности госпитализировать больного в назначенный срок по причинам, независящим от пациента (острое инфекционное заболевание, контакт с инфекционными заболеваниями, травмы и иные причины) уполномоченное лицо детской поликлиники обязано проинформировать уполномоченное лицо стационара о факте необходимости переноса сроков плановой госпитализации в срок не более 3 рабочих дней с момента назначенной даты госпитализации и повторно согласовать дату госпитализации или отмену госпитализации.

17. В случае невозможности госпитализировать больного в назначенный срок по причинам, зависящим от стационара (ремонт, закрытие на проведение заключительной дезинфекции и иных причин), лицо, уполномоченное главным врачом стационара, обязано проинформировать лицо, уполномоченное главным врачом детской поликлиники, в срок не более 3 рабочих дней с момента назначенной даты госпитализации и повторно согласовать дату госпитализации или отмену госпитализации.

18. При выявлении дефектов направления на госпитализацию в плановой форме, в адрес руководителя детской поликлиники направляется талон выявленного дефекта направления на госпитализацию в плановой форме, согласно приложению 6 к настоящему Регламенту, а также направляется информация в Государственное казенное учреждение города Москвы "Дирекция по координации деятельности медицинских организаций Департамента здравоохранения города Москвы" о количестве направлений на госпитализацию по форме N 057/у-04, с выявленными дефектами, с указанием всех номеров соответствующих направлений, в срок до 5 числа ежемесячно.

19. По законченному случаю госпитализации в плановом порядке стационар выдает на руки пациенту выписку из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного (форма N 027/у). Дубликат выписки направляется лицу, уполномоченному главным врачом детской поликлиники, по защищенным каналам связи в день выписки пациента. В рекомендациях, в случае необходимости медикаментозной терапии, указывается лекарственный препарат по международному непатентованному наименованию.

20. Решение о возможности оказания плановой стационарной медицинской помощи иногородним и иностранным гражданам за счет средств бюджета города Москвы Принимается

Департаментом здравоохранения города Москвы (приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 02.11.2009 N 1400 (с изменениями и дополнениями) "Об организации оказания и учета стационарной медицинской помощи иногородним, а также иностранным гражданам в медицинских организациях Департамента здравоохранения города Москвы").

**Приложение 1**  
**к Регламенту, утвержденному**  
**приказом Департамента**  
**здравоохранения города Москвы**  
**от 25.07.2018 г. N 500**

**Перечень**

**показаний для госпитализации детского населения в стационары для оказания специализированной медицинской помощи (за исключением высокотехнологичной, а также медицинской помощи по профилям "Фтизиатрия", "Дерматовенерология", "Психиатрия", "Наркология") в условиях круглосуточного стационара в плановой форме в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве**

1. Необходимость круглосуточного медицинского наблюдения при оказании специализированной медицинской помощи.
2. Невозможность по состоянию здоровья пациента проведения в условиях поликлиники необходимых лечебно-диагностических мероприятий.

**Приложение 2**  
**к Регламенту, утвержденному**  
**приказом Департамента**  
**здравоохранения города Москвы**  
**от 25.07.2018 г. N 500**

**Перечень**

**противопоказаний для госпитализации детского населения в стационары для оказания специализированной медицинской помощи (за исключением высокотехнологичной, а также медицинской помощи по профилям "Фтизиатрия", "Дерматовенерология", "Психиатрия", "Наркология") в условиях круглосуточного стационара в плановой форме в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве**

1. Острые инфекционные заболевания, контакт с больными острыми инфекционными заболеваниями в течение 21 дня до планируемой даты госпитализации. Пациент может быть госпитализирован после завершения острого периода заболевания при наличии заключения врача-педиатра.

2. Психические расстройства, требующие госпитализации в специализированные медицинские организации психиатрического профиля для купирования острой фазы заболевания. Пациент может быть госпитализирован в иные специализированные медицинские организации после купирования обострения психического заболевания, острого психического расстройства при наличии заключения врача-психиатра и соответствующих медицинских показаний.

**Приложение 3**  
**к Регламенту, утвержденному**  
**приказом Департамента**  
**здравоохранения города Москвы**  
**от 25.07.2018 г. N 500**

**Перечень**

**медицинских организаций для госпитализации детского населения для оказания специализированной медицинской помощи (за исключением высокотехнологичной, а также медицинской помощи по профилям "Фтизиатрия", "Дерматовенерология", "Психиатрия", "Наркология") в условиях круглосуточного стационара в плановой форме в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве**

Наименование медицинской организации	Профиль коек
ГБУЗ "Морозовская детская городская клиническая больница ДЗМ"	аллергологические
	гинекологические
	гастроэнтерологические
	гематологические
	инфекционные
	кардиологические
	кардиохирургическое
	неврологические
	нефрологические
	нейрохирургические
	онкологические
	ортопедические
	оториноларингологические
	офтальмологические
	паллиативные
	педиатрические соматические
	проктологические
	пульмонологические
	ревматологические
	стоматологические
	травматологические
торакальной хирургии	
урологические	
хирургические (трансплантация костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток)	
хирургические (трансплантация органов и (или) тканей)	
хирургические гнойные	
челюстно-лицевая хирургия	
эндокринологические	
ГБУЗ "Детская городская клиническая больница Святого Владимира ДЗМ"	аллергологические
	гастроэнтерологические
	инфекционные



	нефрологические
	нейрохирургические
	оториноларингологические
	ортопедические
	педиатрические соматические
	проктологические
	пульмонологические
	реабилитационные (для больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата)
	стоматологические
	сосудистая хирургия
	травматологические
	торакальной хирургии
	урологические
	хирургические
	хирургические гнойные
	челюстно-лицевая хирургия
ГБУЗ "Детская городская клиническая больница им. З.А. Башляевой ДЗМ"	аллергологические
	гастроэнтерологические
	инфекционные
	кардиологические
	неврологические
	нефрологические
	нейрохирургические
	оториноларингологические
	ортопедические
	офтальмологические
	педиатрические соматические
	травматологические
	урологические
	хирургические
хирургические гнойные	
эндокринологические	
ГБУЗ "Детская городская клиническая больница N 9 им. Г.Н. Сперанского ДЗМ"	аллергологические
	гастроэнтерологические
	инфекционные
	кардиологические
	психоневрологические
	неврологические
	нефрологические
	нейрохирургические
	ожоговые
	оториноларингологические
	травматологические
	урологические
	хирургические
	хирургические гнойные
уроандрологические для детей	

ГБУЗ "Детская городская клиническая больница N 13 им. Н.Ф. Филатова ДЗМ"	аллергологические
	кардиологические
	кардиохирургические
	неврологические
	нефрологические
	ортопедические
	оториноларингологические
	паллиативные
	педиатрические соматические
	сосудистой хирургии
	стоматологические
	травматологические
	торакальной хирургии
	токсикологические
	урологические
	хирургические (пластической хирургии)
хирургические	
хирургические гнойные	
челюстно-лицевой хирургии	
ГБУЗ "Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии ДЗМ"	нейрохирургические
	оториноларингологические
	реабилитационные (для больных с заболеваниями центральной нервной системы, реабилитационные для больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы)
	травматологические
	урологические
	хирургические
ГБУЗ "Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗМ"	хирургические гнойные
	неврологические
	нейрохирургические
	ортопедические
ГБУЗ "Научно-практический центр специализированной медицинской помощи детям им. В.Ф. Войно-Ясенецкого ДЗМ"	терапевтические
	неврологические
	нейрохирургические
	онкологические
	ортопедические
	оториноларингологические
	офтальмологические
	педиатрические соматические
	психоневрологические
	уроандрологические
	челюстно-лицевой хирургии
хирургические	
ГБУЗ "Инфекционная клиническая больница N 1 ДЗМ"	инфекционные (при заболеваниях: вирусные гепатиты, клещевой боррелиоз, вялые параличи, цитомегаловирусная инфекция, герпесвирусные инфекции; инфекции, вызванные вирусом Эпштейна Барр)

ГБУЗ "Инфекционная клиническая больница N 2 ДЗМ"	инфекционные (ВИЧ-инфекция)
ГБУЗ "Детская инфекционная клиническая больница N 6 ДЗМ"	Инфекционные
	Кардиологические
	Пульмонологические
ГБУЗ "Городская клиническая больница имени М.П. Кончаловского ДЗМ"	педиатрические соматические

**Приложение 4**  
**к Регламенту, утвержденному**  
**приказом Департамента**  
**здравоохранения города Москвы**  
**от 25.07.2018 г. N 500**

**Перечень**

**документов, необходимых для госпитализации детского населения в стационары для оказания специализированной медицинской помощи (за исключением высокотехнологичной, а также медицинской помощи по профилям "Фтизиатрия", "Дерматовенерология", "Психиатрия", "Наркология") в условиях круглосуточного стационара в плановой форме в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве**

1. Свидетельство о рождении ребенка, детям с 14 лет - паспорт.
2. Полис обязательного медицинского страхования.
3. Направление на госпитализацию (форма N 057/у-04).
4. Выписка из медицинской документации, с указанием результатов проведенных лабораторных, инструментальных и других видов исследования по профилю заболевания пациента, сведений о перенесенных заболеваниях (форма 027/у).
5. Медицинская справка (карта профилактических прививок форма N 063/у) о вакцинации ребенка, с указанием результатов туберкулинодиагностики, в соответствии с постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 22.10.2013 N 60 "Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.2.3114-13 "Профилактика туберкулеза".
6. Справка об отсутствии контактов с инфекционными больными в течение последних 21 дней по месту жительства, а также по месту обучения, в соответствии с Приложением 7, оформленную в соответствии с порядком, согласно Приложению 8 (срок действия 3 суток).  
Родители, госпитализирующиеся с детьми, должны иметь при себе:
  1. Документ, удостоверяющий личность законного представителя - паспорт.
  2. Полис обязательного медицинского страхования.
  3. Справка об отсутствии контактов с инфекционными больными по месту жительства в течение последних 21 дней из поликлиники по месту жительства (срок действия 3 суток).

### **Перечень**

**лабораторно-диагностических и инструментальных исследований, необходимых для госпитализации детского населения в стационары для оказания специализированной медицинской помощи (за исключением высокотехнологичной, а также медицинской помощи по профилям "Фтизиатрия", "Дерматовенерология", "Психиатрия", "Наркология") в условиях круглосуточного стационара в плановой форме в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве**

1. При госпитализации в плановой форме с целью консервативного лечения:
  - 1.1. Клинический анализ крови (сроком давности до 20 дней).
  - 1.2. Общий анализ мочи (сроком давности до 20 дней).
  - 1.3. Электрокардиография (сроком давности до 30 дней).
  - 1.4. Анализ кала на яйца гельминтов и протозоозы, соскоб на энтеробиоз (сроком давности до 20 дней).
  - 1.5. Анализ кала на кишечную группу (для детей до 2-х лет, сроком давности до 14 дней).
2. При госпитализации с целью проведения инвазивного обследования, оперативного лечения и проведения анестезиологического пособия (наркоза):
  - 2.1. Клинический анализ крови (сроком давности до 14 дней).
  - 2.2. Общий анализ мочи (сроком давности до 14 дней).
  - 2.3. Анализ кала на яйца гельминтов и протозоозы, соскоб на энтеробиоз (сроком давности до 20 дней).
  - 2.4. Анализ кала на кишечную группу (для детей до 2-х лет, сроком давности до 14 дней).
  - 2.5. Биохимический анализ крови: глюкоза, общий билирубин и его фракции, АСТ, АЛТ, мочевины, креатинин, щелочная фосфатаза, белок (сроком давности до 14 дней).
  - 2.6. Электрокардиография (сроком давности до 30 дней, при наличии изменений на ЭКГ обязательно заключение кардиолога о возможности оперативного вмешательства).
  - 2.7. Исследование крови на сифилис методом ИФА (суммарные антитела) (сроком давности до 3 месяцев).
  - 2.8. Исследование крови на маркеры гепатитов В и С (сроком давности до 3 месяцев).
  - 2.9. Исследование крови на ВИЧ-инфекцию (сроком давности до 3 месяцев).
  - 2.10. Исследование свертывающей системы крови (протромбиновое время, тромбиновое время, фибриноген, АЧТВ; сроком давности до 14 дней).
  - 2.11. Определение группы крови, резус-фактора.
  - 2.12. Заключение врача-стоматолога о санации полости рта (сроком давности до 30 дней).
  - 2.13. Заключение врача-педиатра об отсутствии противопоказаний к оперативному лечению (сроком давности до 10 дней).
3. При госпитализации в плановой форме в отделения оториноларингологического профиля дополнительно предоставляются:
  - 3.1. Мазок из глотки и из зева на ВЛ (дифтерию) (действителен 20 дней).
4. При госпитализации в плановой форме в отделение гинекологического профиля (у девочек, живущих половой жизнью) дополнительно предоставляются:
  - 4.1. Мазок на флору (сроком давности до 20 дней).

4.2. Посев на флору (микробиологическое исследование по показаниям, сроком давности до 20 дней).

4.3. Цитологическое исследование соскоба шейки матки и цервикального канала (сроком давности до 20 дней).

Законные представители несовершеннолетних, госпитализирующиеся с детьми, должны иметь при себе:

1. Результат проведенной флюорографии (сроком давности до 1 года);
2. Анализ кала на кишечную группу (для родителей детей до 2-х лет, сроком давности до 14 дней).
3. Анализ кала на яйца гельминтов и протозоозы, соскоб на энтеробиоз (сроком давности до 20 дней).

**Приложение 6**  
**к Регламенту, утвержденному**  
**приказом Департамента**  
**здравоохранения города Москвы**  
**от 25.07.2018 г. N 500**

Угловой штамп стационара	Кому (учреждение (организация), выдавшее направление на плановую госпитализацию)
--------------------------	--

**Талон выявленного дефекта  
направления на госпитализацию в плановой форме**

№ \_\_\_ (медицинской карты стационарного (амбулаторного) больного стационара).

Дата обращения в стационар с направлением на плановую госпитализацию \_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество пациента \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Возраст \_\_\_\_\_ Инвалидность \_\_\_\_\_

Способность к самостоятельному передвижению (да, нет, ограничена) \_\_\_\_\_

Адрес пациента \_\_\_\_\_

Учреждение, направившее на плановую госпитализацию \_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество врача \_\_\_\_\_

Диагноз направления \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Цель направления \_\_\_\_\_

Проведенное обследование в стационаре (консультации специалистов, результаты исследований): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Диагноз стационара \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Рекомендовано: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Дефекты направления на госпитализацию: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Выявлено необоснованное направление на плановую госпитализацию (указать причины):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Врач стационара (Ф.И.О., должность, отделение) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Председатель врачебной комиссии стационара

(Ф.И.О., должность, отделение) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Члены комиссии стационара \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Место печати  
(для справок и медицинских документов)



**Приложение 7**  
**к Регламенту, утвержденному**  
**приказом Департамента**  
**здравоохранения города Москвы**  
**от 25.07.2018 г. N 500**

**Справка**  
**об отсутствии контакта с инфекционными больными**

Контрольный талон к справке N ____	Линия отреза	СПРАВКА N ____
1. Фамилия, имя, отчество _____ _____		Выдана _____ (наименование медицинской организации) в том, что по адресу _____ _____
2. Домашний адрес _____ _____ _____		где проживает _____ (указать фамилию, И.О.) _____
Фамилия лица, выдавшего справку _____		В образовательном учреждении N ____ по адресу: _____
Дата "__" _____ 201_ г.		В ТЕЧЕНИЕ 21 ДНЯ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НЕ ЗАРЕГИСТРИРОВАНО (если зарегистрировано, вычеркнуть и вписать) _____ _____
Примечание. Корешки служат для учета выданных справок.		Дата "__" _____ 201_ года. М.П. Подпись _____ лица, выдавшего справку _____ Заведующий отделением _____

**Приложение 8**  
**к Регламенту, утвержденному**  
**приказом Департамента**  
**здравоохранения города Москвы**  
**от 25.07.2018 г. N 500**

**Порядок**  
**оформления справки о контактах с инфекционными больными**

1. Выдача справок о контактах с инфекционными больными осуществляется при обращении к врачам-педиатрам участковым или в кабинет "Выдачи справок и направлений" в детской поликлинике по месту жительства законным представителям несовершеннолетних, направляемым на плановую госпитализацию в стационары, за 1-3 дня до даты госпитализации.

2. Справка выдается на основании сведений об отсутствии инфекционных заболеваний в течение 21 дня по месту постоянного проживания или временного пребывания по конкретному адресу в вышеуказанные сроки, зарегистрированных в журнале регистрации инфекционных заболеваний (форма N 060/у), а также по данным регистрации контактных из очагов инфекционных заболеваний и сведений об инфекционной заболеваемости в посещаемом ребенком организованном коллективе.

3. При выдаче справки детям<sup>^</sup> посещающим детские дошкольные учреждения и общеобразовательные учреждения, необходимо также получение сведений об отсутствии контакта с инфекционными больными в детском дошкольном учреждении (по группе), в общеобразовательном учреждении (по школе, по классу)

Указанные сведения получают в медицинском кабинете, расположенном в образовательной организации, где обучается несовершеннолетний, или в кабинете выдачи справок и направлений детской поликлиники.

4. Справка заверяется подписью лица, выдавшего его и печатью учреждения, с регистрацией в журнале регистрации справок об отсутствии контакта с инфекционными больными и последующим внесением записи в истории развития ребенка (форма N 112/у).