

ОТКРЫТОЕ АКЦИОНЕРНОЕ ОБЩЕСТВО «РОССИЙСКИЕ ЖЕЛЕЗНЫЕ ДОРОГИ»
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
НЕГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
«ЦЕНТРАЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 2 им. Н.А. СЕМАШКО»

ПРИКАЗ

г. Москва

№ 7 - 494

от 15 октября 2015 г.

Об оказании медицинской помощи
амбулаторным пациентам

В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 года № 323-ФЗ (в ред. от 25.11.2013) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», в целях, наведения порядка в учете медицинских услуг оказываемых амбулаторным пациентам в условиях стационара, упорядочения работы диагностических отделений НУЗ «Центральная клиническая больница № 2 им. Н.А. Семашко» ОАО «РЖД»,

П Р И К А З Ы В А Ю:

1. Утвердить «Маршрутизация оказания медицинской помощи амбулаторным пациентам» (Приложение № 1).
2. Утвердить «Договор на оказание медицинских услуг амбулаторным пациентам» (Приложение № 2).
3. Утвердить «Перечень медицинских услуг, оказываемых по договору на оказание медицинских услуг амбулаторным пациентам (приложение к договору на оказание медицинских услуг амбулаторным пациентам)» (Приложение № 3).
4. Утвердить «Акт об оказанных медицинских услугах» (Приложение № 4).
5. Утвердить «Журнал записи рентгенологических исследований» форма № 050/у (Приложение № 5).
6. Утвердить «Журнал записи эндоскопических исследований» форма № 050/у (Приложение № 6).

7. Утвердить «Журнал записи ультразвуковых исследований» форма № 050/у (Приложение № 7).

8. Утвердить «Талон учета оказания медицинской помощи» (Приложение № 8).

9. Утвердить «Анкета пациента направленного на диагностические исследования в кабинет МРТ рентгеновского отделения» (Приложение № 9).

10. Утвердить форму «Справка о посещении консультативного приема в отделении» (приложение № 10).

11. Утвердить форму «Справка о посещении консультативного приема в отделении, при направлении на плановое хирургическое лечение» (приложение № 11).

12. И.о. заведующего рентгеновским отделением Ульдрих М.Л., заведующим эндоскопического отделения Тимченко И.В., ультразвуковой диагностики Гайнединову С.М. – еженедельно (на неделю вперед) информировать отделение координации оказания медицинской помощи о выделенном времени для исследований платных амбулаторных пациентов.

13. Заведующим: консультативно-диагностическим отделением Нодия Т.К., отделением координации оказания медицинской помощи Зискинд Г.А., клиничко-диагностическими отделениями (Климову Ю.В., Черемушкину С.В., Габуня З.Р., Полторацкой Н.А., Прилепо В.Н., Решетову Д.Н., Киркину В.В., Селезневой И.И., Маслову В.В., Ишевскому Г.Б., Брестовицкому С.М., Губкину А.В., Мурасевой Е.В., Карпеевой И.А., Чмутину Г.Е., Меркуловой Д.М., Учкину И.Г., Безрукову А.В., Зиренко Е.А., Ульдрих М.Л., Тимченко И.В., Гайнединову С.М.); главной медсестре Трахачевой С.В.

13.1. Во исполнение п.1. настоящего приказа, обеспечить сопровождение и сохранность медицинской карты амбулаторного пациента форма № 025/у, сотрудниками подразделений.

13.2. Обеспечить выполнение настоящего приказа под личную ответственность.

14. Главному бухгалтеру Гуровой В.В., заместителю главного врача по медицинской части территории № 2 Феночке О.Н., должностным лицам, указанным в п.13. настоящего приказа, безотлагательно проработать приказ с сотрудниками подразделений.

15. Начальнику хозяйственного отдела Рысиной О.Н., по представлению главной медсестры Трахачевой С.В., заказать в типографии

необходимое количество журналов форма № 050/у, для диагностических отделений больницы.

16. Приказы: НУЗ «Центральная клиническая больница № 2 им. Н.А. Семашко» ОАО «РЖД» от 23.10.2013 № 7-356 «Об организации консультаций заведующими и врачами-специалистами клинических отделений больницы амбулаторных пациентов», от 26.08.2014 № 7-270 «Об организации учета приема амбулаторных пациентов врачами-специалистами стационара», от 29.09.2015 № 7-476 «Об организации диагностических исследований проводимых платным амбулаторным пациентам» - признать утратившими силу.

17. Заместителю главного врача по ОМР Баранову В.Н. довести приказ до причастных лиц в электронном виде.

18. Администратору Терехиной И.В. исполнителей приказа ознакомить под роспись.

18. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на главного врача Завалишину Г.П.

ДИРЕКТОР



М.Р. КАЛИНИН

Приложение № 1 к приказу
НУЗ «Центральная клиническая
больница № 2 им. Н.А. Семашко»
ОАО РЖД»
от 15.10.2015 № 7-494

Маршрутизация оказания медицинской помощи амбулаторным пациентам.

В НУЗ «Центральная клиническая больница № 2 им. Н.А. Семашко» ОАО «РЖД» обращаются следующие категории амбулаторных пациентов:

- железнодорожники, пенсионеры железнодорожного транспорта, члены семей работников железнодорожного транспорта (далее - корпоративные пациенты);

- пациенты застрахованные по добровольному медицинскому страхованию (далее – пациенты ДМС);

- территориальное население.

Цель обращения – консультативный прием и диагностические исследования.

Консультативный прием проводится врачами-специалистами консультативно-диагностического отделения (далее – КДО) и клинических отделений больницы.

Диагностические исследования проводятся в диагностических отделениях больницы (рентгеновское, эндоскопическое, ультразвуковой диагностики и др.).

Оплата консультативного приема и диагностических исследований:

- работников ОАО «РЖД», пенсионеров железнодорожного транспорта и члены семей производится из корпоративных источников финансирования;

- пациентов ДМС осуществляется по договорам со страховыми компаниями.

- территориального населения производится за счет личных средств граждан и **осуществляется до выполнения медицинской услуги.**

Маршрутизация разных категорий пациентов отличается незначительно и представлена в таблице:

Этап	Корпоративные пациенты, пациенты ДМС	Территориальное население
Запись на прием	- по телефонам контакт-центра больницы; - самостоятельное обращение в справочно-информационную службу больницы или регистратуру КДО.	
Оформление документов перед	1. оформляется медицинская карта амбулаторного пациента форма № 025/у; при наличии ранее	

<p>выполнением услуги:</p> <p>1)корпоративные пациенты и пациенты ДМС– в регистратуре КДО;</p> <p>2)территориальное население – в 23 кабинете КДО (кабинет платных услуг).</p>	оформленной амбулаторной карты – выдается регистратурой.	
	2. оформляется и подписывается пациентом информированное добровольное согласие на получение первичной медико-санитарной помощи.	3. оформляется талон учета оказания медицинской помощи.
	4. в медицинскую карту амбулаторного пациента прикрепляется гарантийное письмо страховой компании (для пациентов ДМС).	4. производится оплата за медицинскую услугу; на руки пациенту выдается кассовый чек;
		5. в случае отсутствия у пациента направления на исследование, ему предлагается обратиться за консультацией к врачу-специалисту КДО (действует 100% скидка на данную услугу).
<p>Консультация врача-специалиста КДО</p>	1. врач подписывает информированное добровольное согласие на получение первичной медико-санитарной помощи;	
	2. проводит консультацию пациента;	
	3. при необходимости, выдает пациенту направление на исследование;	
	4. если пациент записан на исследование в этот день, согласно оплаченной (для территориального населения) или назначенной врачом услуге – амбулаторная карта выдается на руки пациенту;	
	5. если пациент не записан на исследование – врач по телефону записывает пациента на исследование; амбулаторная карта при этом возвращается в регистратуру;	
<p>Исследование в диагностическом</p>	1. пациент передает врачу-специалисту свою медицинскую карту амбулаторного пациента форма № 025/у с набором оформленных документов:	
	а) направление;	а) направление;

<p>кабинете</p>	<p>б) талон учета оказания медицинской помощи; в) гарантийное письмо страховой компании (для пациентов ДМС).</p>		<p>б) договор с физическим лицом на оказание платных медицинских услуг и приложение к настоящему договору с перечнем медицинских услуг; в) сведения об оплате за услугу (исследование) с кассового чека переносятся в журнал форма № 050/у;</p>	
	<p>2. оформляется информированное добровольное согласие на исследование, в котором расписывается пациент и врач, выполняющий исследование;</p>			
	<p>3. в кабинете МРТ - пациентом заполняется анкета пациента направленного на диагностические исследования;</p>			
	<p>4. по результатам исследования врач заполняет протокол исследования в двух экземплярах; один экземпляр выдается на руки пациенту, второй вклеивается в его амбулаторную карту;</p>			
	<p>5. амбулаторная карта на руки пациенту не выдается; в конце рабочего дня все амбулаторные карты доставляются в регистратуру КДО (организует заведующий соответствующего кабинета или отделения совместно с заведующим отделением координации оказания медицинской помощи);</p>			
<p>Консультация врача-специалиста клинического отделения</p>	<p>1. пациент передает врачу-специалисту свою медицинскую карту амбулаторного пациента форма № 025/у с набором оформленных документов:</p>			
	<p>а) направление; б) талон учета оказания медицинской помощи; в) гарантийное письмо страховой компании (для пациентов ДМС).</p>		<p>а) направление; б) договор с физическим лицом на оказание платных медицинских услуг и приложение к настоящему договору с перечнем медицинских услуг;</p>	
	<p>2. врач подписывает информированное добровольное согласие на получение первичной медико-санитарной помощи (если оно не подписано врачом на предыдущем этапе);</p>			
	<p>3. проводит консультацию пациента и осуществляет подробную запись в медицинскую карту амбулаторного больного;</p>			
<p>4. пациенту выдается справка о проведенной</p>				

	консультации с назначениями и рекомендациями либо подписанная копия записи консультации из амбулаторной карты;
	5. амбулаторная карта на руки пациенту не выдается; в конце рабочего дня все амбулаторные карты доставляются в регистратуру КДО (организует заведующий клиническим отделением совместно с заведующим отделением координации оказания медицинской помощи).

Обязательно:

По окончании любой консультации или исследования в электронной истории болезни (в разделе «Консультации, назначения») делается отметка о выполненной медицинской услуги. После этого консультация, исследование засчитывается как выполненная услуга за соответствующим врачом-специалистом.

Приложение № 2 к приказу
НУЗ «Центральная клиническая
больница № 2 им. Н.А. Семашко»
ОАО РЖД»
от 15.10.2015 № 7-494

ДОГОВОР № _____
на оказание медицинских услуг
амбулаторным пациентам

г. Москва

«__» _____ «201__» г.

Негосударственное учреждение здравоохранения «Центральная клиническая больница № 2 им. Н.А. Семашко открытого акционерного общества «Российские железные дороги» (НУЗ «Центральная клиническая больница №2 им. Н.А. Семашко ОАО «РЖД»), (свидетельство о государственной регистрации серии 77 № 007068958, выдано Межрайонной инспекцией МНС России № 46 по г. Москве 11 августа 2004 года), именуемая в дальнейшем Исполнитель, в лице Директора Калинина Михаила Рудольфовича, действующего на основании Устава и лицензий на осуществление медицинской деятельности: № ЛО - 77 - 01 - 008602 от 17.07.2014 года, выданной департаментом здравоохранения города Москвы и № ФС - 99 - 01 - 008834 от 18.04.2014 года, выданной Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения, с одной стороны, и _____ (Ф.И.О.), адрес _____ паспорт серия _____ дата выдачи _____ кем выдан _____ именуемый в дальнейшем Пациент, с другой стороны, они же «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

I. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Пациент поручает, а Исполнитель принимает на себя обязательства по оказанию в согласованный Сторонами срок медицинских услуг, указанных в Приложении (перечень медицинских услуг, оказываемых по договору) к настоящему Договору, которое является его неотъемлемой частью. Дата начала предоставления медицинских услуг - _____

1.2. Медицинские услуги оказываются амбулаторно.

1.3. Пациент обязуется оплатить медицинские услуги в порядке и сроки, установленные настоящим Договором.

II. ЦЕНА УСЛУГ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

2.1. Стоимость медицинских услуг, оказываемых по настоящему Договору, указана в Приложении, являющемся неотъемлемой частью настоящего договора. Цена медицинских услуг определяется на основании прейскуранта, действующего на момент заключения Договора.

2.2. Пациент обязан оплатить медицинские услуги полностью до начала их оказания путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя. Оплата медицинских услуг может быть произведена третьим лицом

2.3. Исполнитель вправе повысить цены на медицинские услуги, оказываемые по настоящему Договору, в случае изменения тарифов на коммунально-бытовое и административное обслуживание, увеличения налогов и иных сборов, в других случаях увеличения себестоимости оказываемых услуг, а так же изменить стоимость медицинских услуг по договору в связи с изменением срока лечения и фактических затрат на лечение, усложнением операции, проведением дополнительных диагностических, лечебных мероприятий в порядке, установленном настоящим Договором. В этом случае оформляется дополнительное Соглашение к настоящему Договору с приложением к

дополнительному Соглашению и Пациент/Плательщик производит доплату на основании счета Исполнителя.

2.4. При невыполнении или уменьшении объема оказанных медицинских услуг Исполнитель в 15-дневный срок возвращает Пациенту соответственно оплаченную сумму или разницу между оплаченной суммой и стоимостью оказанных медицинских услуг.

III. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Исполнитель обязан:

3.1.1. Оказать услуги на условиях настоящего Договора.

3.1.2. В течение 10 (десяти) календарных дней информировать Пациента об изменении цен на медицинские услуги в письменной форме с приложением соответствующего дополнительного соглашения об изменении цен на медицинские услуги.

3.1.3. Обеспечить соответствие оказываемых им медицинских услуг требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.

3.1.4. Обеспечить Пациента необходимой и достоверной информацией об оказываемых медицинских услугах, а также о результатах лечения, возможных осложнениях.

3.1.5. Предоставлять отчет об оказанных медицинских услугах по требованию Пациента.

3.2. Пациент обязан:

3.2.1. Оплатить медицинские услуги в порядке и сроки, установленные настоящим Договором.

3.2.2. Выполнить требования, обеспечивающие качественное оказание медицинской услуги, включая сообщение необходимых для этого достоверных сведений (о перенесенных заболеваниях, противопоказаниях и пр.), точно выполнять назначения лечащих врачей, соблюдать лечебно-охранительный режим учреждения.

При грубых нарушениях перечисленных требований пациент подлежит выписке, сумма средств, затраченная на лечение, не возвращается.

3.2.3. В случае досрочного расторжения настоящего Договора по инициативе Пациента оплатить фактически произведенные до дня получения Исполнителем уведомления о расторжении настоящего Договора затраты Исполнителя на оказание медицинских услуг по настоящему Договору.

3.2.4. В суточный срок после получения от Исполнителя письменного уведомления об изменении цен на медицинские услуги согласовать произошедшие изменения цен путем подписания дополнительного соглашения либо отказаться от дальнейшего оказания услуг по настоящему договору.

Пациент имеет право требовать предоставления полной и достоверной информации об оказываемых медицинских услугах.

3.4. В случае, если Пациент в суточный срок с момента получения от Исполнителя письменного уведомления об изменении цен на медицинские услуги, не согласовывает произошедшие изменения и не подписывает соответствующее дополнительное соглашение, настоящий Договор считается расторгнутым со второго дня с момента получения Пациентом указанного уведомления. При этом Стороны обязуются завершить взаиморасчеты по настоящему Договору в 5 - дневной срок с даты расторжения настоящего Договора.

IV. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

4.1. Исполнитель обязуется сохранять конфиденциальность информации, полученной в ходе исполнения настоящего Договора.

4.2. Передача конфиденциальной информации третьим лицам, опубликование или иное разглашение такой информации может осуществляться только с письменного согласия Пациента, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

V. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.2. Вред, причиненный жизни и здоровью пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

VI. ОБСТОЯТЕЛЬСТВА НЕПРЕОДОЛИМОЙ СИЛЫ

6.1. Ни одна из Сторон не несет ответственности перед другой Стороной за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, обусловленное действием обстоятельств непреодолимой силы.

6.2. Свидетельство, выданное компетентным органом, является достаточным подтверждением наличия и продолжительности действия обстоятельств непреодолимой силы.

6.3. Сторона, которая не исполняет свои обязательства вследствие действия обстоятельств непреодолимой силы, должна не позднее, чем в трехдневный срок известить другую сторону о таких обстоятельствах и их влиянии на исполнение обязательств по настоящему Договору.

6.4. Если обстоятельства непреодолимой силы действуют на протяжении 3 (трех) последовательных месяцев, настоящий Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, либо в порядке, установленном пунктом 8.3 настоящего Договора.

VII. РАЗРЕШЕНИЕ СПОРОВ

7.1. Все споры, возникающие при исполнении настоящего Договора, решаются Сторонами путем переговоров, которые могут проводиться, в том числе, путем отправления писем по почте, обмена факсимильными сообщениями.

7.2. Если Стороны не придут к соглашению путем переговоров, все споры рассматриваются в претензионном порядке. Срок рассмотрения претензии – три недели с даты получения претензии.

7.3. В случае, если споры не урегулированы Сторонами с помощью переговоров и в претензионном порядке, то они передаются заинтересованной Стороной в федеральный суд общей юрисдикции по месту нахождения ответчика.

VIII. ПОРЯДОК Внесения изменений, дополнений в Договор и его Расторжения

8.1. В настоящий Договор могут быть внесены изменения и дополнения, которые оформляются Сторонами дополнительными соглашениями к настоящему Договору.

8.2. Настоящий Договор может быть досрочно расторгнут:

8.2.1. В случае неисполнения/ненадлежащего исполнения Пациентом обязательств по оплате медицинских услуг.

8.2.2. По основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации и настоящим Договором.

8.3. Пациент, решивший расторгнуть настоящий Договор, должен направить письменное уведомление о намерении расторгнуть настоящий Договор Исполнителю не позднее чем за 30 (тридцать) календарных дней до предполагаемой даты расторжения настоящего Договора. Настоящий Договор считается расторгнутым с даты, указанной в уведомлении о расторжении. При этом Пациент обязан оплатить фактические затраты по оказанию Услуг, произведенные до даты получения Исполнителем уведомления о расторжении настоящего Договора.

8.4. При несоблюдении Исполнителем обязательств Пациент вправе потребовать уменьшения стоимости лечения, изменения срока оказания медицинской услуги, лечения другим специалистом или расторжения настоящего Договора и потребовать возмещения убытков.

IX. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

9.1. Настоящий Договор вступает в силу с даты его подписания Сторонами и действует до полного исполнения Сторонами принятых на себя обязательств.

9.2. Стороны обязуются провести сверку взаимных расчетов не позднее дня выписки Пациента.

X. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

10.1. В случае досрочного расторжения настоящего Договора по основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации и настоящим Договором, Исполнитель обязуется возвратить Пациенту авансовый платеж в части, превышающей стоимость оказанных услуг, в течение 10 (десяти) календарных дней с даты расторжения настоящего Договора.

10.2. Все вопросы, не предусмотренные настоящим Договором, регулируются законодательством Российской Федерации.

10.3. Настоящий Договор составлен в двух подлинных экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

10.4. Приложением к настоящему Договору является перечень медицинских услуг, оказываемых по настоящему Договору и уведомление.

XI. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ «СТОРОН»

Исполнитель:

НУЗ «Центральная клиническая больница № 2 им. Н. А. Семашко ОАО «РЖД»

129128 г. Москва, ул.Будайская 2, ИНН 7716511464

БИК: 044525187

р/с 40703810700430000007 в ОАО Банк (ПАО) ВТБ

г. Москва

К/с 30101810700000000187

Пациент:

(подписывая данный Договор, согласен с его условиями, также подтверждаю, что ознакомлен с перечнем предоставляемых мед. услуг и их стоимостью)

Ф.И.О. _____

Паспорт серии _____

Выдан _____

Адрес _____

Телефон _____

«Пациент» _____

«Исполнитель» _____

Приложение № 4 к приказу
НУЗ «Центральная клиническая
больница № 2 им. Н.А. Семашко»
ОАО РЖД»
от 15.10.2015 № 7-494

АКТ № ____ (дог. № _____)
об оказанных медицинских услугах

г. Москва

«__» _____ .201_г.

Мы, нижеподписавшиеся, со стороны заказчика (Ф.И.О.), со стороны исполнителя –
Директор НУЗ «Центральной клинической больницы № 2 им. Н.А. Семашко» ОАО
«РЖД» Калинин М.Р., удостоверяем, что за период с «__» ____ .201_г. по «__» ____ .201_г.
оказаны медицинские услуги на (сумма цифрами)
(сумма прописью)

НДС не облагается.
Пациент: (ФИО)

Медицинская помощь оказана в полном объеме.

Стороны друг к другу претензий не имеют.

Настоящий акт составлен в 2-х экземплярах, по одному для каждой из сторон.

Код услуги	Наименование услуги	К-во	Цена	Сумма
Всего:				
Скидка:				
Итого:				

От заказчика

От Исполнителя

(подпись) (ФИО)

Директор
НУЗ «ЦКБ № 2 им. Н.А.Семашко»
ОАО «РЖД»

(подпись) Калинин М.Р.

М.П.

Приложение № 5 к приказу
 НУЗ «Центральная клиническая больница № 2
 им. Н.А. Семашко» ОАО РЖД»
 от 15.10.2015 № 7-494

ЖУРНАЛ
 записи рентгенологических исследований
 за 201__ г.

Дата исследования	№ п/п	Фамилия, имя, отчество больного	Возраст	№ медицинской карты стационарного (амбулаторного) больного	Диагноз при направлении в рентгеновский кабинет по МКБ X	Область исследования
1	2	3	4	5	6	7

и т.д. до конца страницы

Виды рентгенологического исследования больного (просвечивание, снимки, диагн. флюор.,	Число снимков диагностических флюорограмм, электрорентгенограмм (их формат)	Диагноз врача-рентгенолога	Число рентгенологических исследований	Отметка об оплате (№ кассового чека)

электро- рентгенография, спец. методики)				
8	9	10	11	12

и т.д. до конца страницы

Приложение № 6 к приказу
 НУЗ «Центральная клиническая больница № 2
 им. Н.А. Семашко» ОАО РЖД»
 от 15.10.2015 № 7-494

ЖУРНАЛ
 записи эндоскопических исследований
 за 201__ г.

Дата исследования	N п/п	Фамилия, имя, отчество больного	Возраст	N медицинской карты стационарного (амбулаторного) больного	Диагноз при направлении в эндоскопический кабинет по МКБ X	Область исследования
1	2	3	4	5	6	7

и т.д. до конца страницы

Виды эндоскопического исследования больного	Число исследований	Диагноз врача-эндоскописта	Примечание	Отметка об оплате (№ кассового чека)
8	9	10	11	12

и т.д. до конца страницы

Приложение № 7 к приказу
 НУЗ «Центральная клиническая больница № 2
 им. Н.А. Семашко» ОАО РЖД»
 от 15.10.2015 № 7-494

ЖУРНАЛ
 записи ультразвуковых исследований
 за 201__ г.

Дата исследования	№ п/п	Фамилия, имя, отчество больного	Возраст	№ медицинской карты стационарного (амбулаторного) больного	Диагноз при направлении на УЗИ по МКБ X	Область исследования
1	2	3	4	5	6	7

и т.д. до конца страницы

Виды исследования больного	Число исследований	Диагноз врача-УЗИ	Примечание	Отметка об оплате (№ кассового чека)
8	9	10	11	12

и т.д. до конца страницы

Приложение № 9 к приказу
 НУЗ «Центральная клиническая больница № 2
 им. Н.А. Семашко» ОАО РЖД»
 от 15.10.2015 № 7-494

АНКЕТА ПАЦИЕНТА
направленного на диагностические исследования
в кабинет МРТ

Фамилия, имя, отчество: _____
 Карта №: _____ Пол: _____ Дата рождения: _____ Вес: _____

ВНИМАНИЕ! НАЛИЧИЕ ЭТИХ УСТРОЙСТВ ИЛИ ПРЕДМЕТОВ МОЖЕТ БЫТЬ
противопоказанием для проведения МРТ исследования или вызвать артефакты на МР изображениях.

	Да	Нет
Водитель сердечного ритма (кардиостимулятор)		
Клипсы сосудистых аневризм, любой тип хирургического клипа		
Импантированный сердечный дефибрилятор		
Нейростимулятор		
Импантированный инсулиновый насос		
Металлическое устройство фиксации шеи, и(или) позвоночника		
Слуховой аппарат, ушной протез		
Любой тип внутрисосудистых фильтров, сеток и т.д.		
Протез сердечного клапана		
Протез орбиты/глаза		
Порт доступа к сосудам		
Любой импантированный ортопедический объект		
Зубные протезы		
Татуировка линии глаз или на коже другой области тела		
Пирсинг		
Вам выполняли МРТ ранее?		
Вас оперировали ранее?		
У Вас было ранение металлическим объектом?		
Вы боитесь замкнутого пространства?		
У Вас были судорожные припадки ранее?		
У Вас есть заболевания почек?		
У Вас есть аллергические реакции?		
Вопросы для женщин!		
Вы беременны или подозреваете беременность?		
Вы кормите грудью?		

Вы принимаете оральные контрацептивы?		
Какой день менструального периода?		
Менопауза? С «___» _____ г.		

Дата заполнения анкеты «___» _____ 20__ г.

Врач назначивший исследование _____ (подпись)

Пациент _____ (подпись)

Дата «___» _____ 201_ г. Врач отделения МРТ _____ (подпись)

Приложение № 10 к приказу
НУЗ «Центральная
клиническая больница № 2
им. Н.А. Семашко ОАО РЖД»
от 15.10.2015. № 7-494

**НУЗ «ЦЕНТРАЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА №2
ИМ. Н.А. СЕМАШКО» ОАО «РЖД»**

Адрес: г. Москва, улица Будайская, дом 2. Телефоны: (499)187-11-32, (499)187-08-17

« _____ » _____ 201 ____ г.

СПРАВКА

Гр-н

посетил консультативный прием в _____

Установлено заболевание _____

Рекомендовано _____

Подпись врача _____

Печать

Приложение № 11 к приказу
НУЗ «Центральная
клиническая больница № 2
им. Н.А. Семашко ОАО РЖД»
от 15.10.2015. № 7-494

НУЗ «ЦЕНТРАЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА №2
ИМ. Н.А. СЕМАШКО» ОАО «РЖД»

Адрес: г. Москва, улица Будайская, дом 2. Телефоны: (499)187-11-32, (499)187-08-17

« _____ » _____ 201 _____ г.

СПРАВКА

Иметь результаты исследований:

- 1.Общий анализ крови.
- 2.Время кровотечения и время свертываемости.
- 3.Общий анализ мочи.
- 4.Группа крови и резус-фактор.
- 5.Анализ крови на RW.
- 6.Анализ крови на ВИЧ.
- 7.Анализ крови на HBsAg, aHCV.
- 8.Глюкоза крови.
- 9.Биохимический анализ крови.
- 10.Коагулограмма крови.
- 11.Протромбиновый индекс.
- 12.ЭКГ.
- 13.Рентгенограммы легких.

Необходимо представить:

- 1.Паспорт.
- 2.Страховой полис.
- 3.Железнодорожное удостоверение или трудовую книжку.

Гр-н _____

посетил консультативный прием в _____

Установлено заболевание _____

Рекомендовано _____

Подпись врача _____ Печать _____