



ГОМЕЛЬСКІ АБЛАСНЫ
ВЫКАНАЎЧЫ КАМІТЭТ

ГОМЕЛЬСКИЙ ОБЛАСТНОЙ
ИСПОЛНИТЕЛЬНЫЙ КОМИТЕТ

УПРАЎЛЕННЕ
АХОВЫ ЗДАОЎЯ

УПРАВЛЕНИЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ЗАГАД

ПРИКАЗ

16.04.2015 № 410
г. Гомель

г. Гомель

О реализации постановления
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь от 18 февраля
2015 года № 21

С целью исполнения в организациях здравоохранения области постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 18 февраля 2015г. № 21 «Об установлении норм наборов продуктов дополнительного высококалорийного питания для одного пациента больного туберкулезом органов дыхания, находящегося на контролируемом лечении в амбулаторных условиях в государственных организациях здравоохранения» (Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь, 10.03.2015, 8/29670) и приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 23 марта 2015г. № 286 «О некоторых мерах по реализации постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 18 февраля 2015г. № 21».

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить «Порядок выдачи наборов продуктов дополнительного высококалорийного питания для пациентов, больных туберкулезом органов дыхания, находящихся на контролируемом лечении в амбулаторных условиях» (приложение 1), «Журнал регистрации пациентов, больных туберкулезом органов дыхания, находящихся на контролируемом лечении в амбулаторных условиях, получающих наборы продуктов дополнительного высококалорийного питания» (приложение 2), «Карту выдачи наборов продуктов дополнительного высококалорийного питания пациенту, больному туберкулезом органов дыхания, находящемуся на контролируемом лечении в амбулаторных условиях» (приложение 3).

2. Главным врачам УЗ «ЦРБ», УЗ «Мозырская ЦГП» и ГУЗ «Гомельская ЦГП»:

2.1 организовать наличие продуктовых наборов дополнительного высококалорийного питания для пациентов, больных туберкулезом органов дыхания, находящихся на контролируемом лечении в амбулаторных условиях в необходимом количестве;

2.2 обеспечить выдачу наборов продуктов дополнительного высококалорийного питания для пациентов, больных туберкулезом органов дыхания, находящихся на контролируемом лечении в амбулаторных условиях;

2.3 информировать медицинских работников, пациентов, больных туберкулезом органов дыхания, находящихся на контролируемом лечении в амбулаторных условиях (далее – пациенты) и иных заинтересованных лиц о нормах постановления, в том числе путем размещения текста постановления для ознакомления в доступных местах;

2.4 утвердить в подчиненных организациях внутренние регламенты, регулирующие порядок взаимодействия структурных подразделений в целях выдачи пациентам наборов продуктов, указанных в постановлении (далее – наборы продуктов);

2.5 обеспечить соблюдение предметно-количественного учета приобретения, хранения, учета и выдачи пациентам наборов продуктов в порядке установленном Законом Республики Беларусь от 13 июля 2012 года «О государственных закупках товаров (работ, услуг)» (Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь, 21.07.2012, 2/1971), Законом Республики Беларусь от 12 июля 2013 года «О бухгалтерском учете и отчетности» (Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь, 24.07.2013, 2/2055), постановлением и иными актами законодательства Республики Беларусь;

2.6 организовать и обеспечить ведение медицинской документации пациентов с учетом норм постановления и в соответствии с утвержденными приложениями 2, 3;

2.7 представить информацию об исполнении настоящего приказа в управление здравоохранения до 22 апреля 2015г.

3. Контроль за выполнением настоящего приказа возложить на начальника лечебного отдела управления здравоохранения Мастерскую Н.Ф.

Начальник управления



Н.А.Васильков



Приложение 1 к приказу
управления здравоохранения
от 16.04.2015 № 410

**«Порядок выдачи наборов продуктов дополнительного
высококалорийного питания для пациентов, больных туберкулезом
органов дыхания, находящихся на контролируемом лечении в
амбулаторных условиях»**

1. Для выдачи наборов продуктов дополнительного высококалорийного питания для пациентов, больных туберкулезом органов дыхания, находящихся на контролируемом лечении в амбулаторных условиях (далее – наборов продуктов) пациент пишет письменное заявление с представлением документа, удостоверяющего личность, на имя руководителя организации здравоохранения, в которой пациент проходит контролируемое амбулаторное лечение.

2. Заявление по представлению лечащего врача в 10-дневный срок рассматривается Комиссией, состав и положение о работе которой утверждается руководителем организации здравоохранения (далее – Комиссия) медицинской организации с оформлением протокола о принятом решении. Копия заявления и копия решения Комиссии подшиваются в амбулаторную карту.

3. Лечащий врач информирует пациента о принятом решении в установленном законодательством порядке.

4. Наборы продуктов чередуются последовательно с № 1 по № 4 и далее повторяются. Информация о пациентах фиксируется лечащим врачом и (или) лицом ответственным за организацию противотуберкулезной работы в регионе в журнале регистрации пациентов, больных туберкулезом органов дыхания, находящихся на контролируемом лечении в амбулаторных условиях, получающих наборы продуктов дополнительного высококалорийного питания (приложение 2 к приказу).

5. Набор продуктов выделяется пациенту последовательно один раз в две недели, что фиксируется в карте выдачи наборов продуктов дополнительного высококалорийного питания пациенту, больному туберкулезом органов дыхания, находящемуся на контролируемом лечении в амбулаторных условиях (приложение 3 к приказу). Карта выдачи хранится вместе с картой лечения (копией карты лечения) пациента.

6. За выдачу наборов продуктов закрепляется ответственное лицо из числа средних медицинских работников организации здравоохранения.

Допускается заключение договора со сторонней организацией, определенной в соответствии с процедурой государственной закупки, на формирование и выдачу набора продуктов пациенту. В таком случае ответственный медработник выдает талон на получение набора продуктов, форма которого утверждается руководителем организации здравоохранения.

7. Периодический контроль (не менее 1 раза в месяц) за качеством контролируемого амбулаторного лечения, проводимого медицинскими работниками первичной медицинской помощи, осуществляет врач-фтизиатр и (или) лицо ответственное за организацию противотуберкулезной работы в регионе. При этом врач-фтизиатр и (или) лицо ответственное за организацию противотуберкулезной работы в регионе должен осуществлять посещение пациента на дому без предупреждения для выявления случаев бесконтрольного приема ПТЛС, выдачи их на руки пациенту.

8. В случае нарушения режима лечения, врач-фтизиатр и (или) лицо ответственное за организацию противотуберкулезной работы в регионе извещает Комиссию организации здравоохранения, осуществляющей контролируемое лечение, для решения вопроса о прекращении выдачи наборов продуктов.

9. Пациенту по решению Комиссии организации здравоохранения, осуществляющей контролируемое лечение, отказывается в выдаче наборов продуктов в следующих случаях: нарушение предписанного режима лечения (принятие менее 20 доз противотуберкулезных лекарственных средств в месяц, отказ от лечения); госпитализация пациента в стационар сроком более чем на 21 день; окончание курса лечения. Пациент информируется об отказе в выдаче наборов продуктов в установленном законодательством порядке.

Приложение 2 к приказу
управления здравоохранения
от 16.04.2015 № 410

(название государственной организации здравоохранения)

Журнал
регистрации пациентов, больных туберкулезом органов дыхания,
находящихся на контролируемом лечении в амбулаторных условиях,
получающих наборы продуктов дополнительного высококалорийного
питания

№ п/п	Ф.И.О. пациента	Адрес проживания	Ф.И.О. лечащего врача	Дата назначения	Дата отмены	Причина отмены
1	2	3	4	5	6	7

Приложение 3 к приказу
управления здравоохранения
от 16.04.2015 № 410

(название государственной организации здравоохранения)

Карта

выдачи наборов продуктов дополнительного высококалорийного питания
пациенту, больному туберкулезом органов дыхания, находящемуся на
контролируемом лечении в амбулаторных условиях

1. Фамилия, собственное имя, отчество (если такое имеется) пациента

2. Адрес места регистрации (места пребывания) _____

3. Фамилия, собственное имя, отчество (если такое имеется) лечащего
врача _____

2 Отметка пациента о получении:

№ п/п	Дата выдачи набора	Ф.И.О. выдавшего набор медицинского работника	Вид набора (№1, №2, №3, №4)	Роспись пациента о получении