ПРИЛОЖЕНИЕ № 1

**РЕГЛАМЕНТ**

**работы медицинских организаций Калининградской области**

**с медицинской информационной системой «БАРС»**

**для проведения записи на диагностические исследования**

**методом компьютерной томографии и**

**магнитно-резонансной томографии**

1. **Термины и определения**

**ЛПУ –** лечебно-профилактическое учреждение;

**ЕЦО -** Единый центр обслуживания МИАЦ;

**МИС** - медицинская информационная система «БАРС.Здравоохранение», программный комплекс автоматизации деятельности ЛПУ;

**РИС -** радиологическия информационная система;

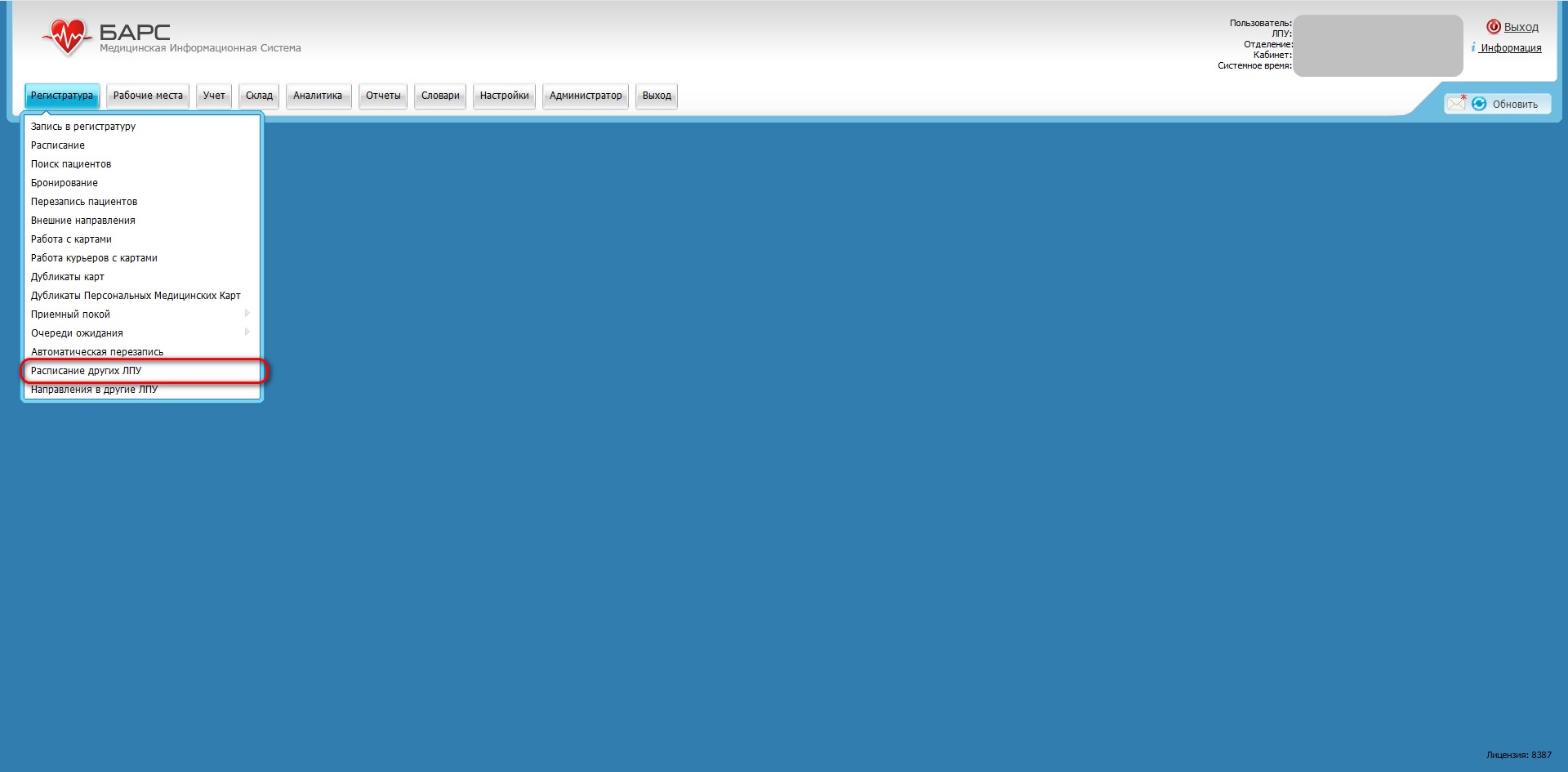
**КТ –** диагностическое исследование, проводимое методом компьютерной томографии;

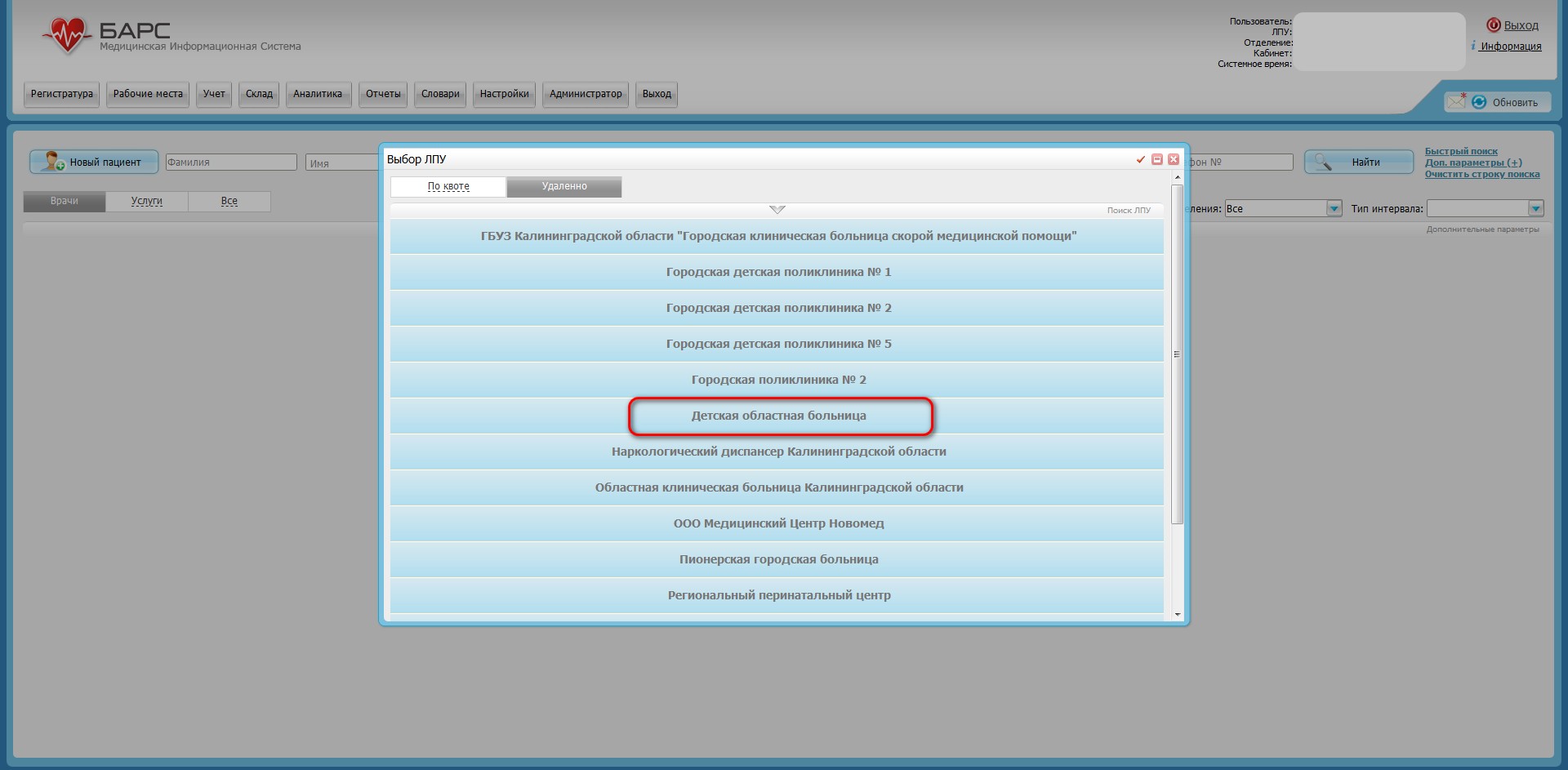
**МРТ -**диагностическое исследование, проводимое методом магнитно-резонансной томографии.

1. **Общие положения**

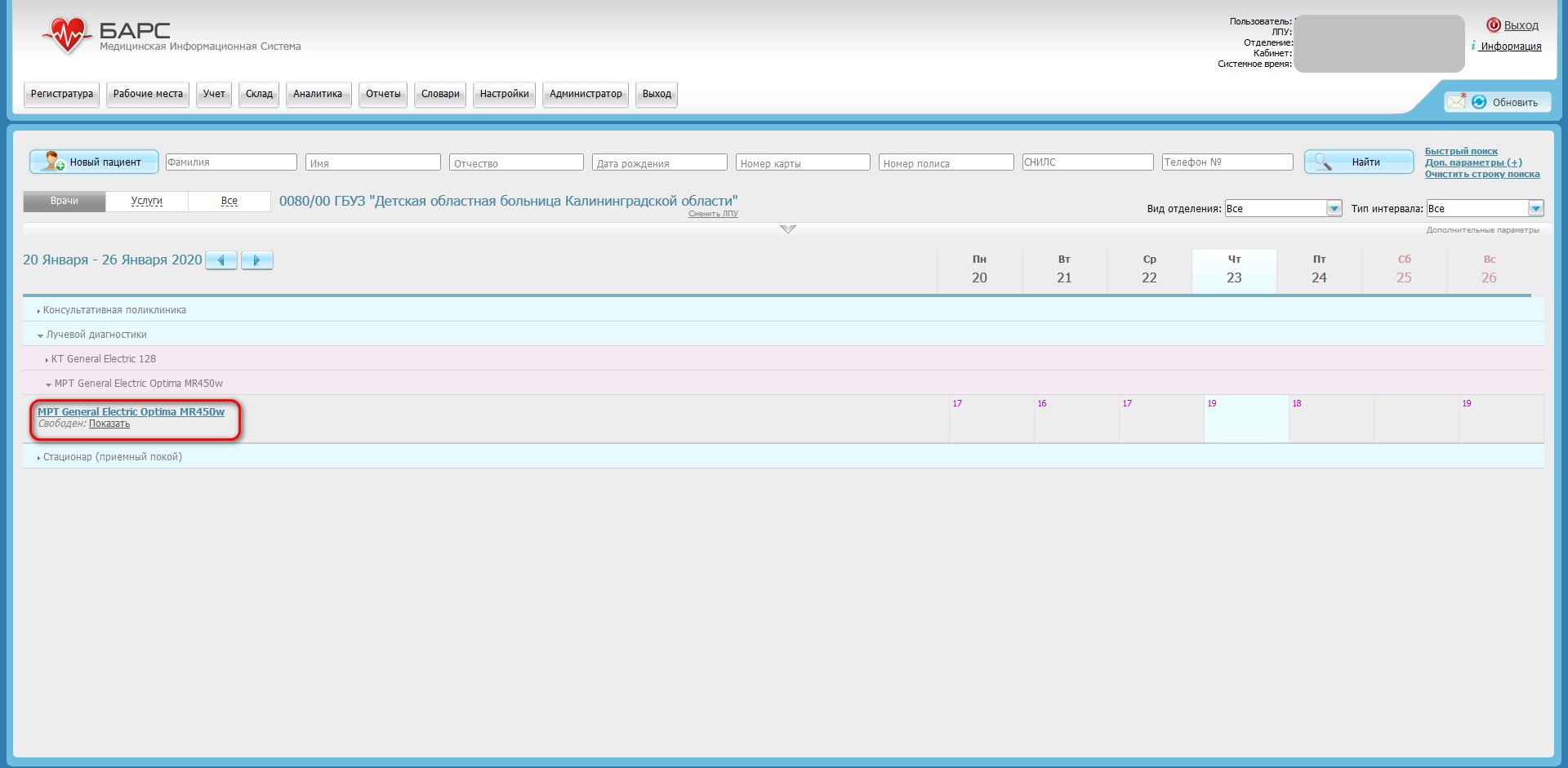
Настоящий Регламент определяет основные правила работы при проведении записи на КТ и МРТ через МИС. Основной задачей данного Регламента является обеспечение оптимизации работы по маршрутизации пациентов при направлении на КТ и МРТ.

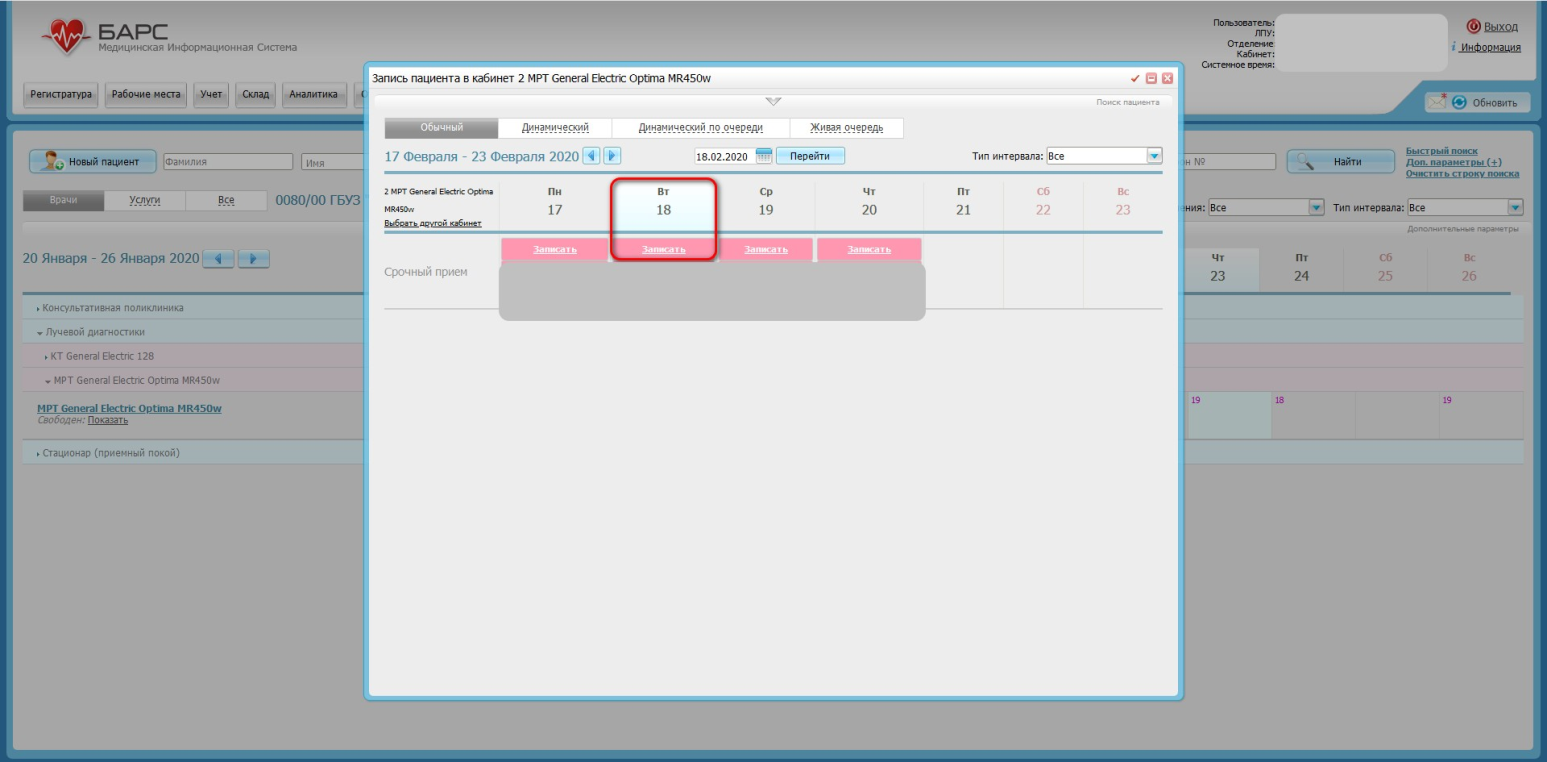
1. **Особенности проведения записи на КТ и МРТ.**
   1. Запись на КТ и МРТ осуществляется в МИС через пункт меню «Регистратура»-«Направления в другие ЛПУ» и выбором необходимого ЛПУ:



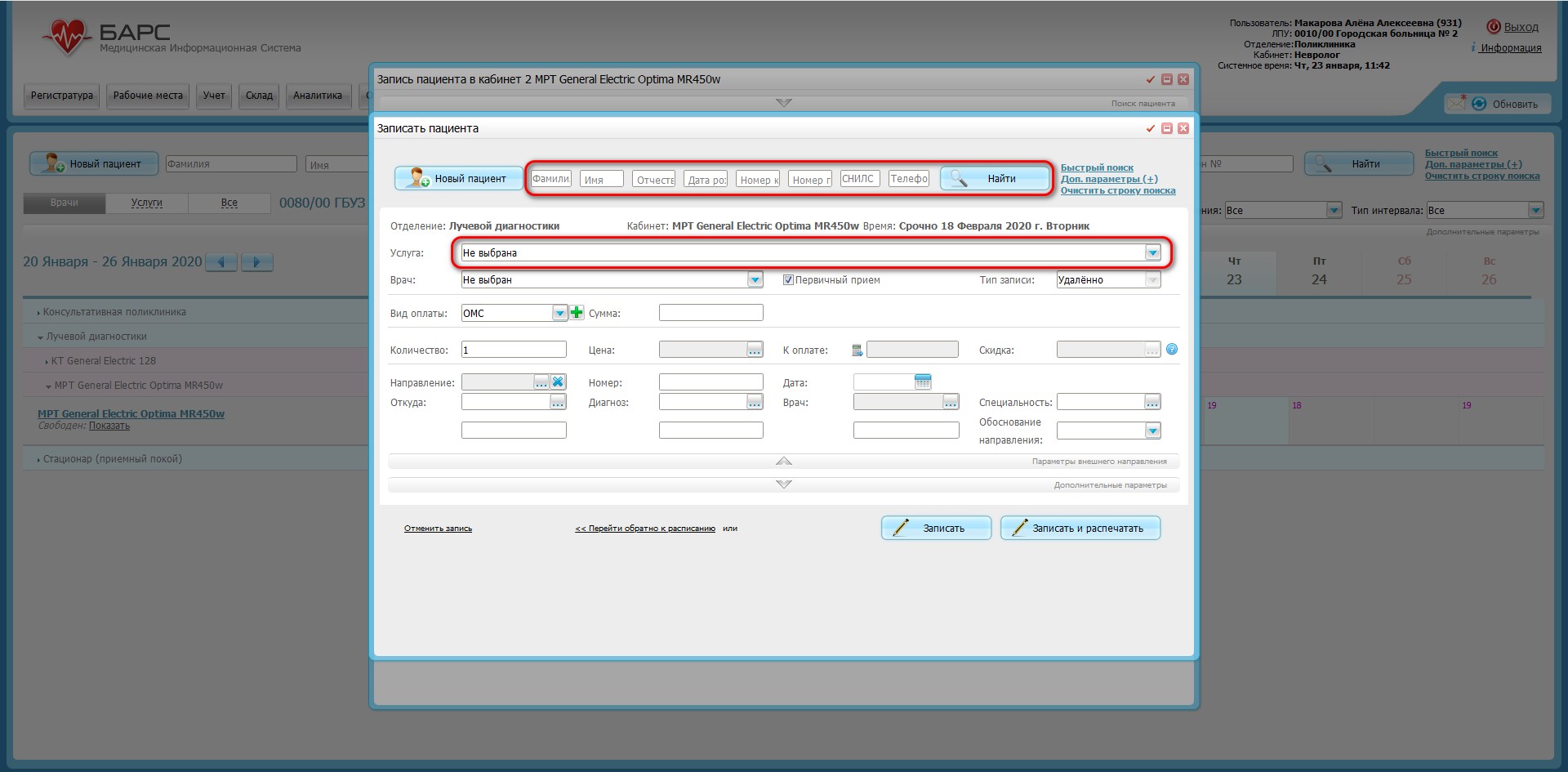


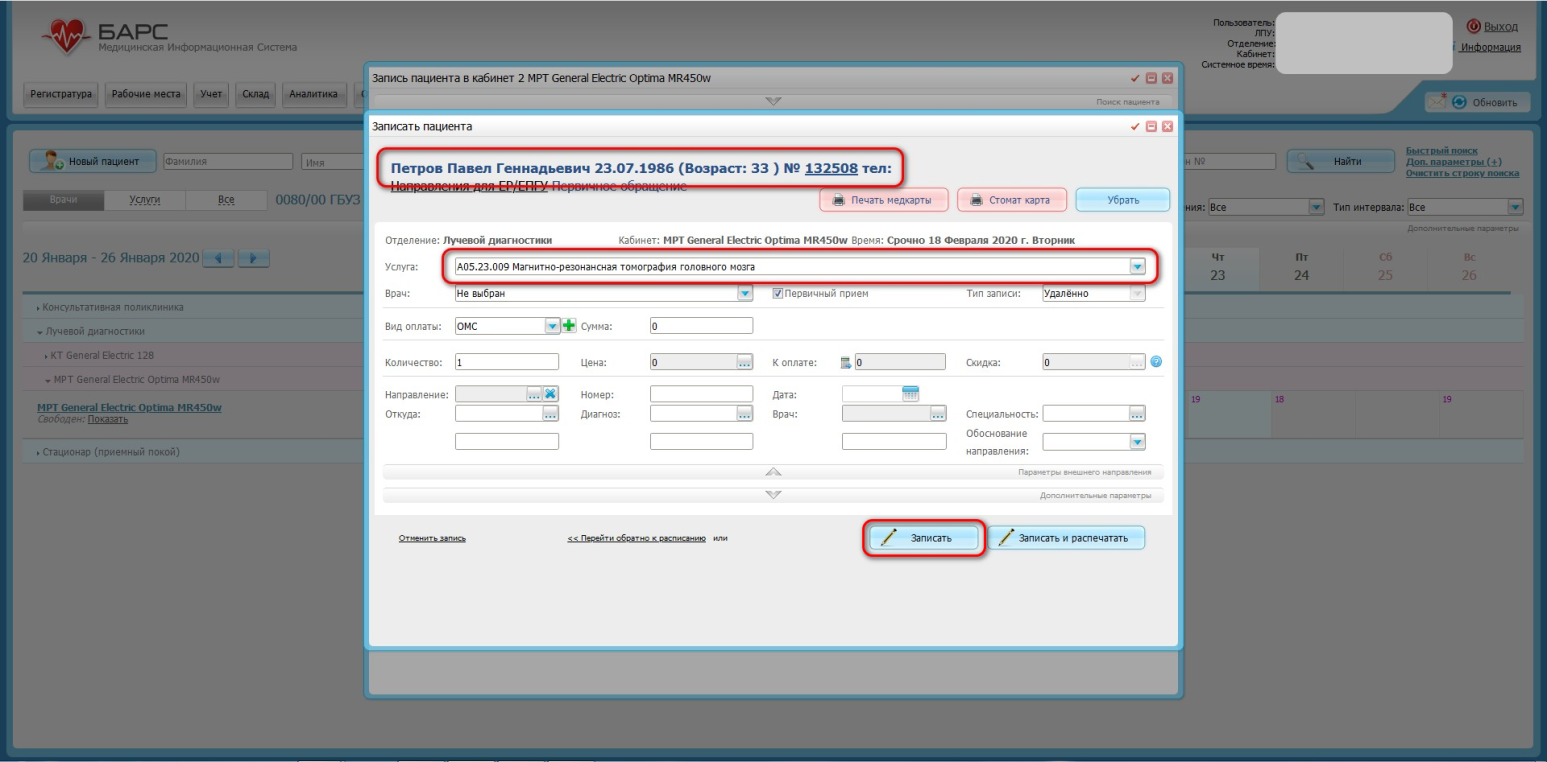
* 1. Далее выбирается необходимый кабинет КТ/МРТ и предполагаемая дата проведения исследования и нажимается кнопка "Записать":



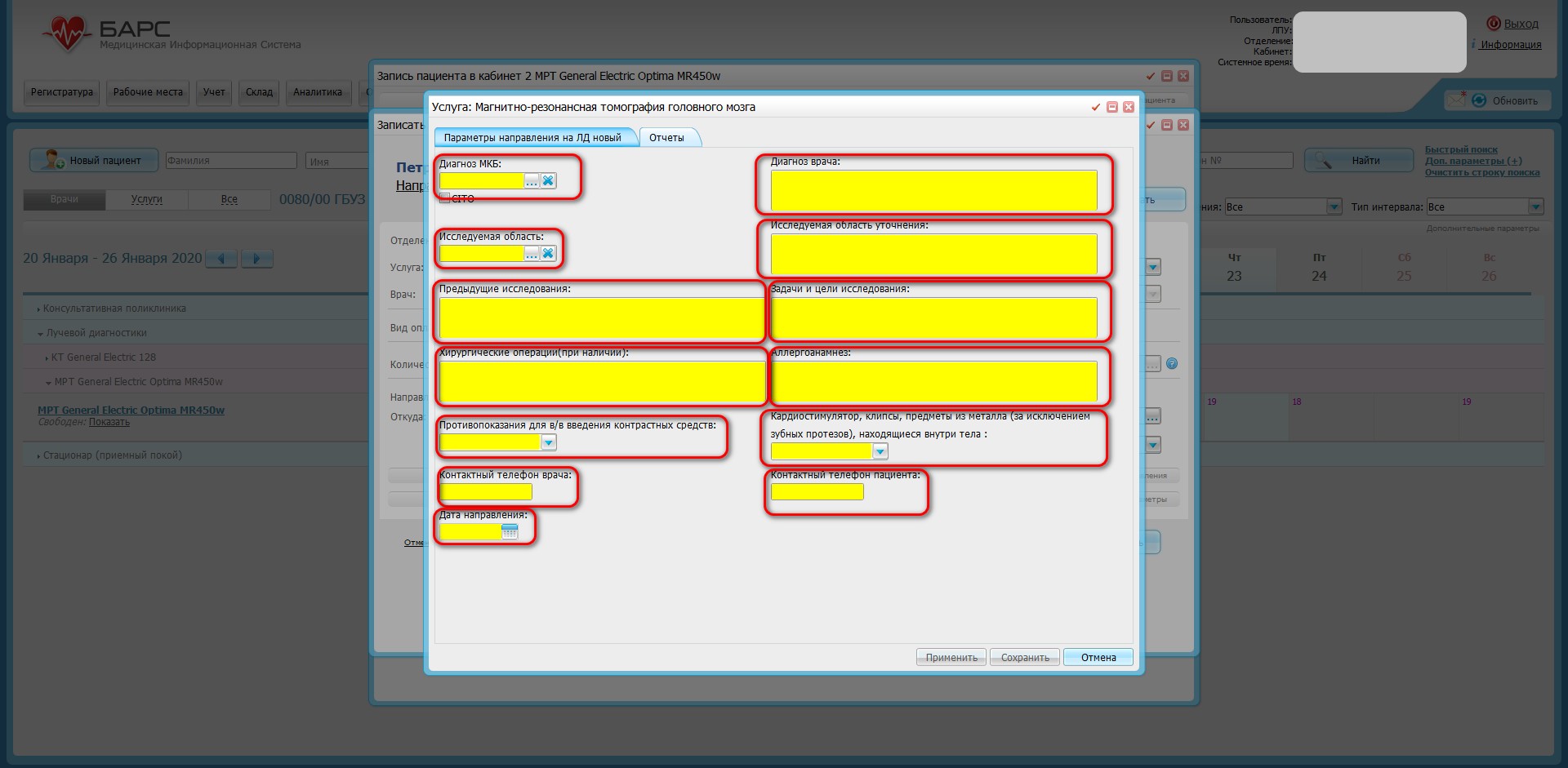


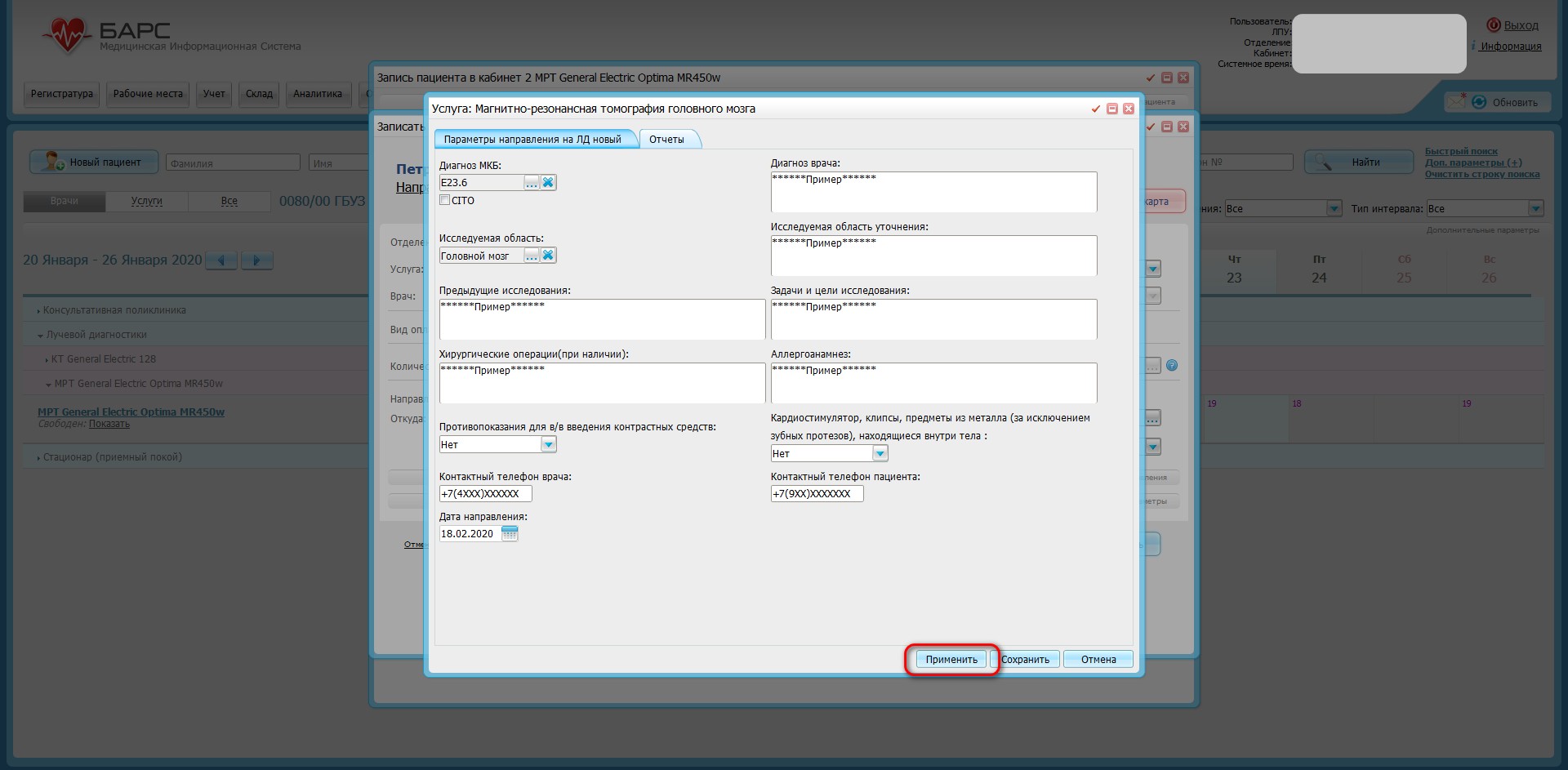
* 1. Производится поиск пациента, указывается медицинская услуга и нажимается кнопка "Записать":



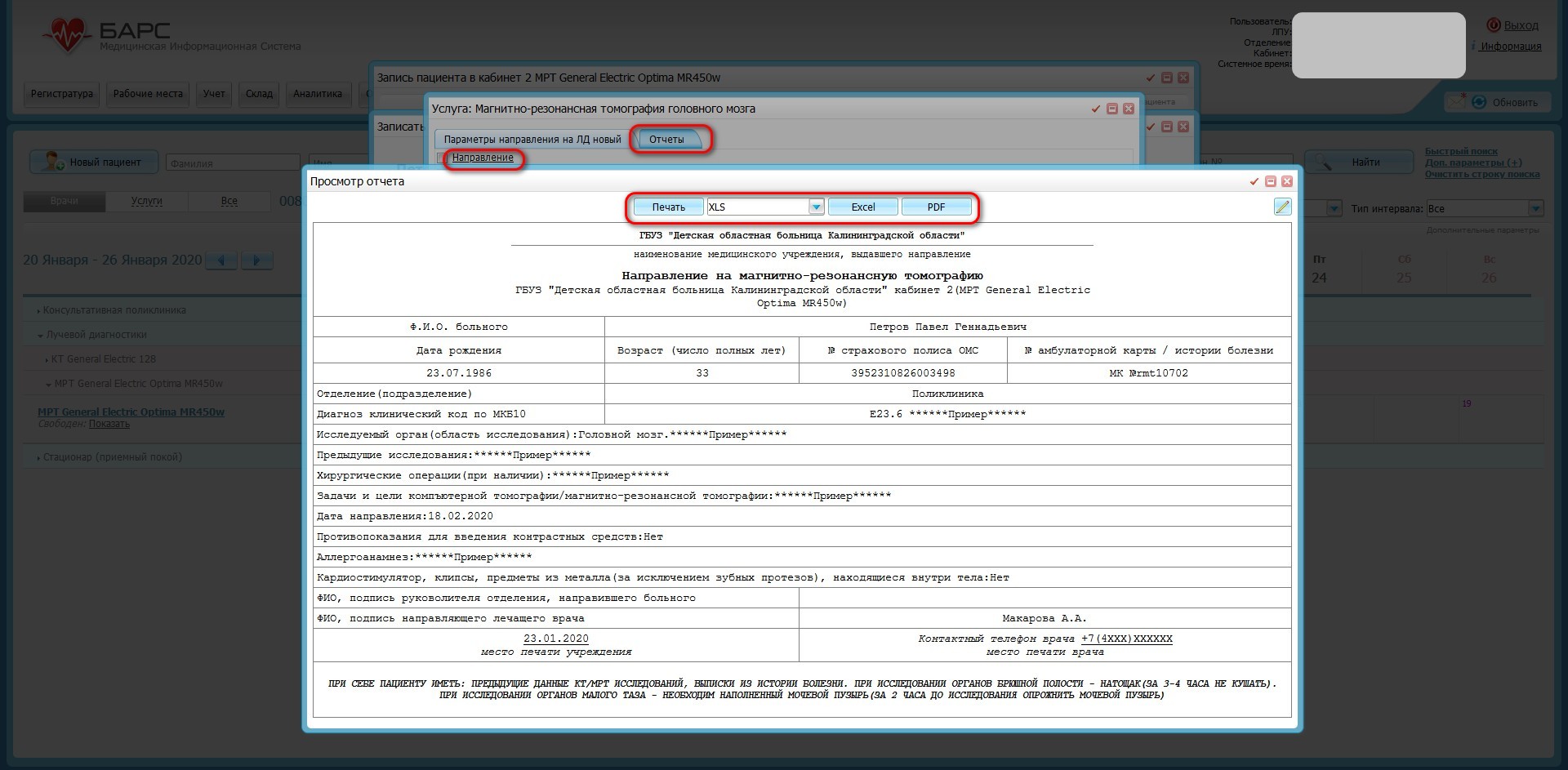


* 1. Заполняются обязательные поля направления на исследование и нажимается кнопка "Применить":

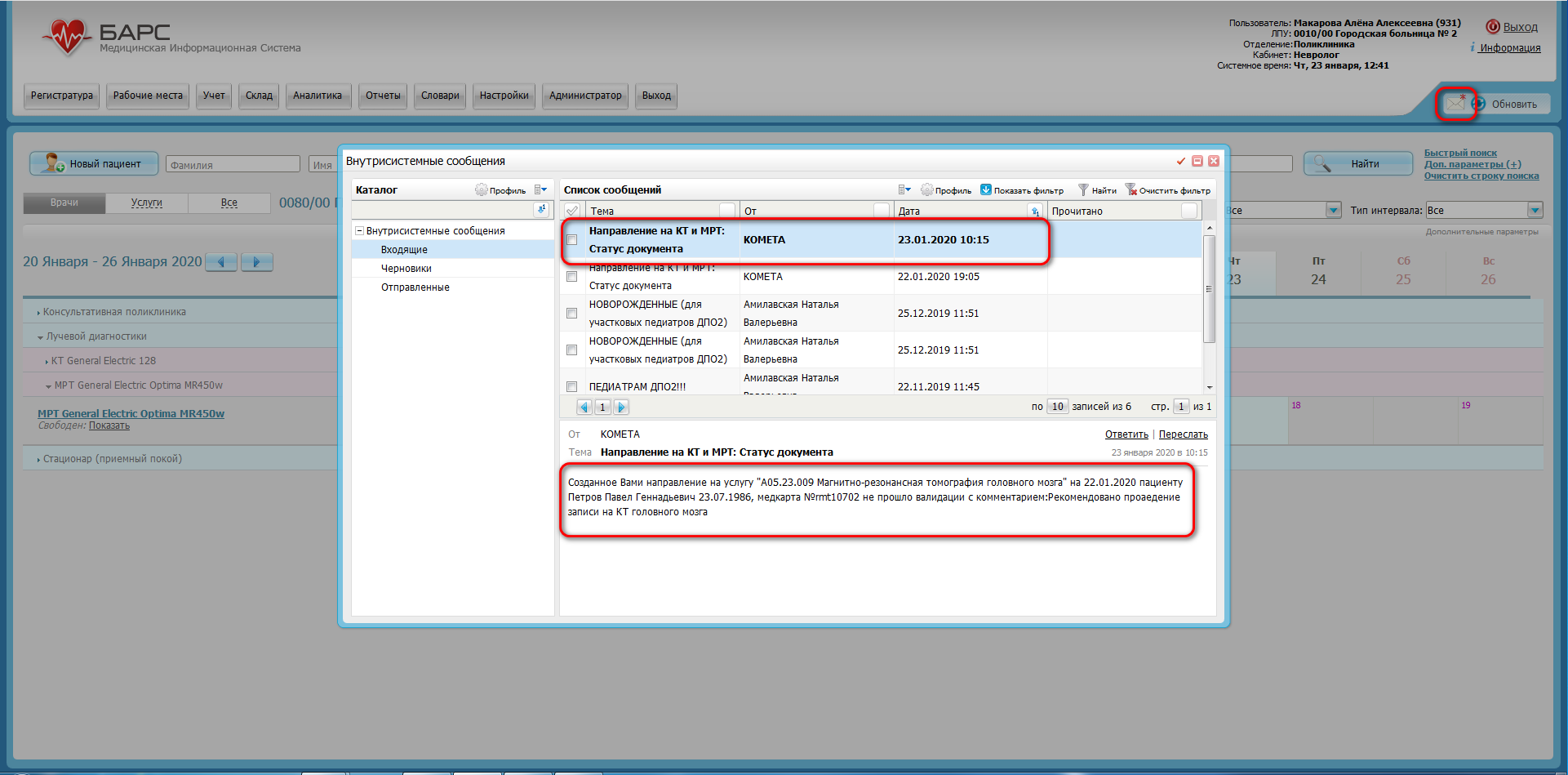




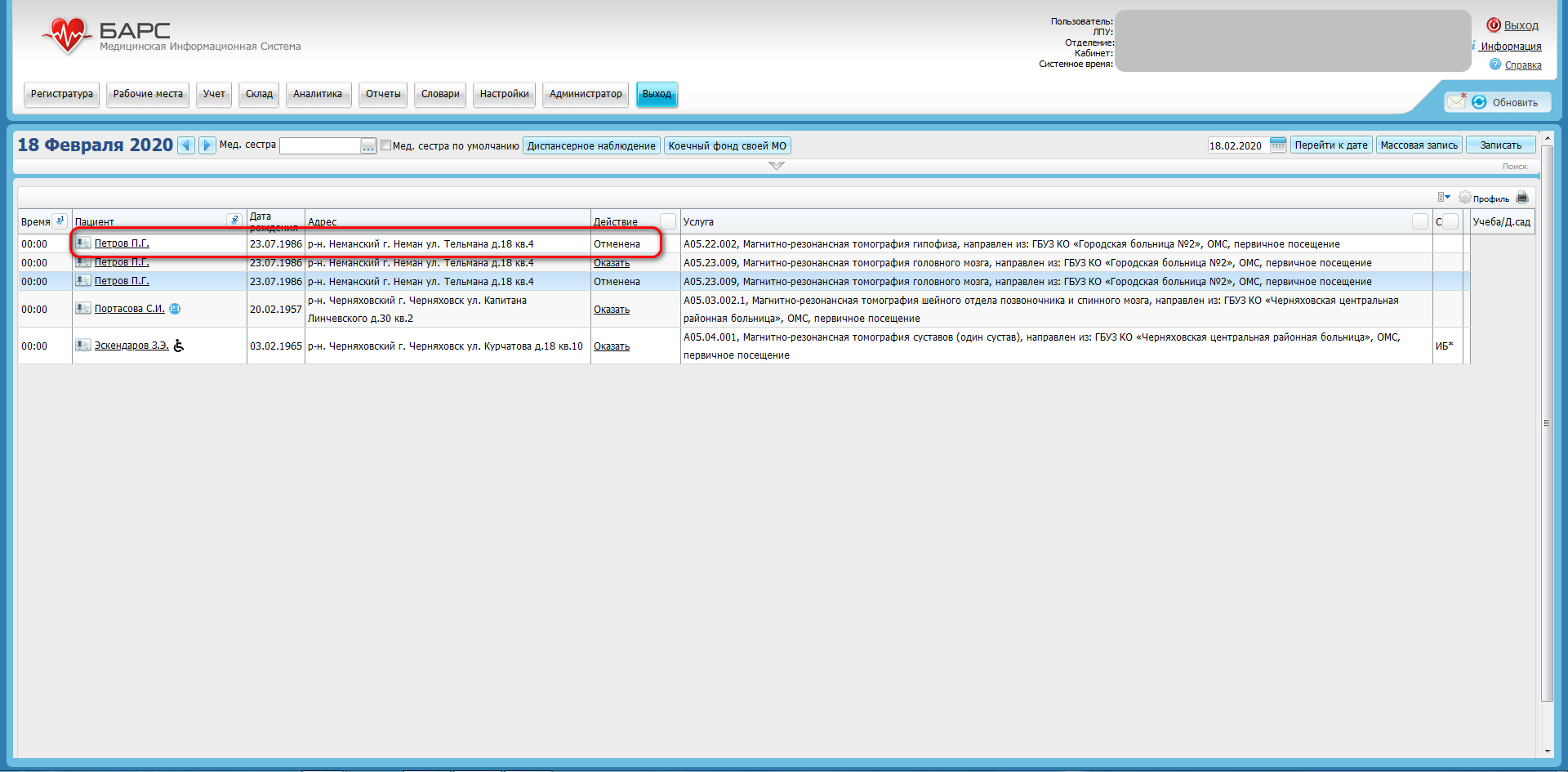
* 1. Формируется печатная форма направления во вкладке "Отчеты" нажатием кнопки "Направление" и печатается (при необходимости экспортируется в формат xls, pdf):



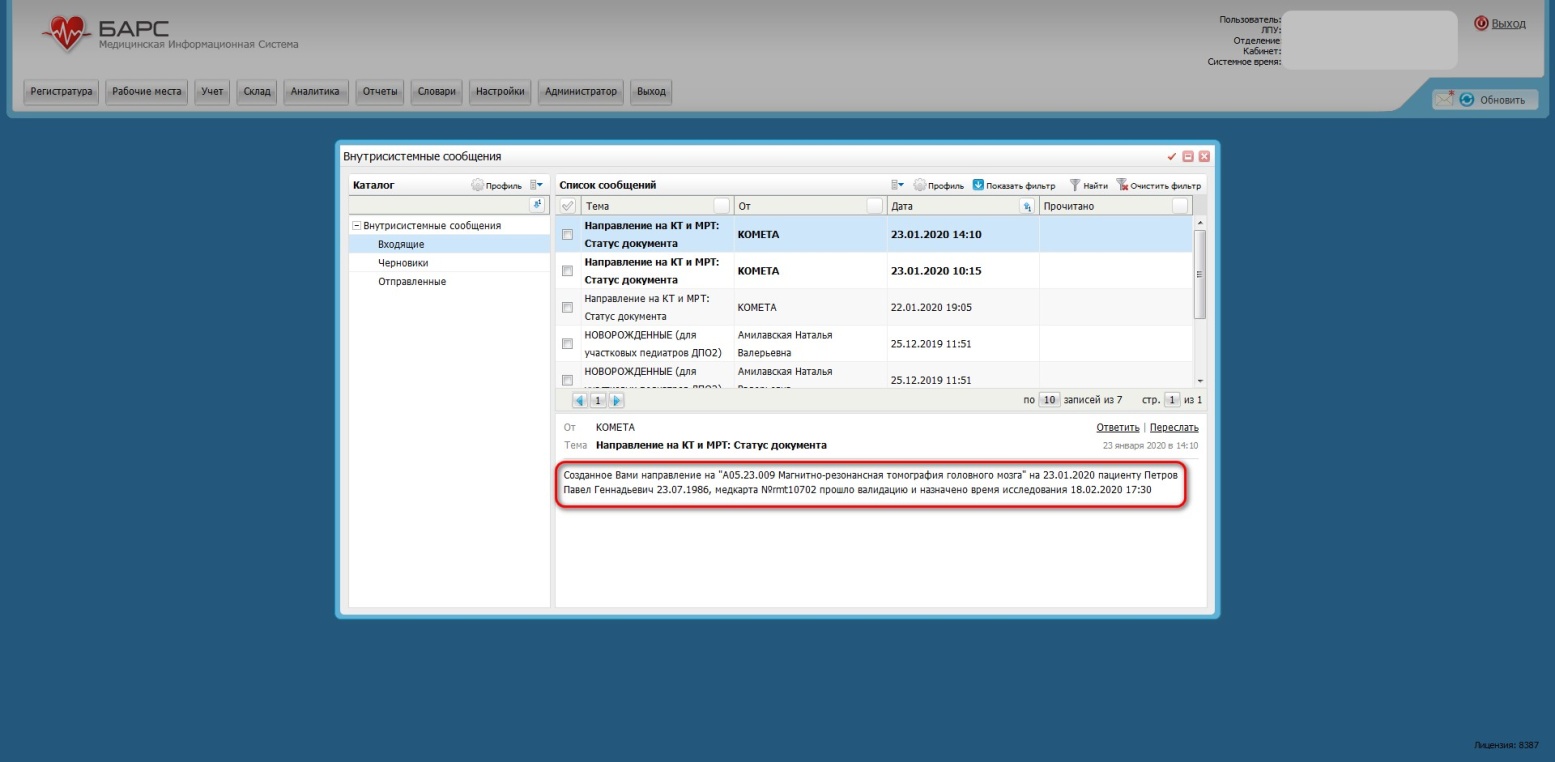
* 1. Направление отправляется в РИС для валидации (проверки) главным внештатным специалистом по лучевой и инструментальной диагностике министерства здравоохранения Калининградской области или экспертами ЕЦО МИАЦ. Срок валидации 24 часа. В течении этого времени в МИС попадает результат валидации во внутрисистемные сообщения и проверяется нажатием иконки "Конверт".



* 1. В случае отказа в исследовании в поле комментарии будет указана причина и контактные данные эксперта. А также у врача-рентгенолога (врачей), который приписан к кабинету оборудования, в списке пациентов в пункте "Дневник врача" в поле "Действие" будет отметка "Отменена". В расписании запись будет удалена.



* 1. В случае подтверждения проведения исследования в комментарии указывается дата и время проведения. Направляющий врач должен будет уведомить пациента о дате, времени и месте проведения исследования.



ПРИЛОЖЕНИЕ № 2

наименование медицинского учреждения, выдавшего направление

Направление на компьютерную томографию

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ф.И.О. больного |  | | | | |
| Дата рождения | Возраст  (число полных лет) | | | № страхового полиса ОМС | № амбулаторной карты/истории болезни |
|  |  | |  | |  |
| Отделение (подразделение) |  | | | | |
| Диагноз клинический  код по МКБ 10 |  | | | | |
| Исследуемый орган (область исследования): | | | | | |
| Предыдущие исследования: | | | | | |
| Хирургические операции (при наличии): | | | | | |
| Задача и цели компьютерной томографии: | | | | | |
| Дата направления: | | | | | |
| Противопоказаний для в/в введения контрастных средств (нет/да): | | | | | |
| Аллергоанамнез: | | | | | |
| Кардиостимулятор, клипсы, предметы из металла (за исключением зубных протезов), находящиеся внутри тела (нет/да):нет | | | | | |
| ФИО, подпись руководителя отделения, направившего больного | |  | | | |
| ФИО, подпись направляющего лечащего врача | |  | | | |
| «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.  *место печати учреждения* | | *Контактный телефон врача: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *место печати врача* | | | |

***При себе пациенту иметь: предыдущие данные КТ/МРТ исследований, выписки из истории болезни.***

***при исследовании органов брюшной полости- НАТОЩАК (за 3-4 часа не кушать), при исследовании органов малого таза- необходим наполненный мочевой пузырь (за 2 часа ДО ИССЛЕДОВАНИЯ опорожнить мочевой пузырь).***

ПРИЛОЖЕНИЕ № 3

наименование медицинского учреждения, выдавшего направление

Направление на магнитно-резонансную томографию

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ф.И.О. больного |  | | | | |
| Дата рождения | Возраст  (число полных лет) | | | № страхового полиса ОМС | № амбулаторной карты/истории болезни |
|  |  | |  | |  |
| Отделение (подразделение) |  | | | | |
| Диагноз клинический  код по МКБ 10 |  | | | | |
| Исследуемый орган (область исследования): | | | | | |
| Предыдущие исследования: | | | | | |
| Хирургические операции (при наличии): | | | | | |
| Задача и цели компьютерной томографии: | | | | | |
| Дата направления: | | | | | |
| Противопоказаний для в/в введения контрастных средств (нет/да): | | | | | |
| Аллергоанамнез: | | | | | |
| Кардиостимулятор, клипсы, предметы из металла (за исключением зубных протезов), находящиеся внутри тела (нет/да):нет | | | | | |
| ФИО, подпись руководителя отделения, направившего больного | |  | | | |
| ФИО, подпись направляющего лечащего врача | |  | | | |
| «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.  место печати учреждения | | Контактный телефон врача: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  место печати врача | | | |

***При себе пациенту иметь: предыдущие данные КТ/МРТ исследований, выписки из истории болезни.***

***при исследовании органов брюшной полости- НАТОЩАК (за 3-4 часа не кушать), при исследовании органов малого таза- необходим наполненный мочевой пузырь (за 2 часа ДО ИССЛЕДОВАНИЯ опорожнить мочевой пузырь).***