
ПРИЛОЖЕНИЕ № 2

ПЪРВИЧНИ МЕДИЦИНСКИ ДОКУМЕНТИ

КОДОВЕ НА ПАКЕТИТЕ ИЗСЛЕДВАНИЯ

Код	Пакет изследвания
01	Пакет клинична лаборатория
02	Пакет клинична микробиология
04	Пакет паразитологични изследвания
05	Пакет вирусологични изследвания
06	Пакет образна диагностика
07	Пакет обща и клинична патология
09	Пакет клинична имунология
12	Пакет трансфузионна хематология

ПРИЧИНА ЗА ОТПИСВАНЕ ОТ РЕГИСТЪРА НА ДИСПАНСЕРИЗИРАНО ЗОЛ

0	Оздравяване
1	Навършване на 18 г.
2	Летален изход
3	Изтичане на срока за диспансеризация
4	Преминаване на дисп.наблюдение от друг лекар
5	Служебно изключване
6	Други

ТИПОВЕ НАПРАВЛЕНИЯ (БЛ. 3, БЛ. 3А, БЛ. 4, БЛ. 6)

Тип	По повод посещение на ЗОЛ:
1	с остро заболяване или състояние извън останалите типове
2	с хронично заболяване, неподлежащо на диспансерно наблюдение
3	избор (преизбор) на специалист, извършващ диспансерно наблюдение
4	за диспансерно интердисциплинарно наблюдение и специализиран консултативен преглед за продължаване на домашното лечение на хронични заболявания за лекарствена терапия, диетични храни, медицински изделия
6	за медицинска експертиза
7	профилактика на ЗОЛ (до и над 18 г.) и профилактика на ЗОЛ над 18 г. с рискови фактори за развитие на заболяване
8	по искане на ТЕЛК (НЕЛК)
9	избор на специалист АГ - програма „Майчино здравеопазване“
10	избор на специалист педиатрия - „Детско здравеопазване“
11	преизбор на специалист по АГ - програма „Майчино здравеопазване“
12	преизбор на специалист педиатрия - „Детско здравеопазване“

НАПРАВЛЕНИЕ ЗА КОМПЛЕКСНО ДИСПАНСЕРНО НАБЛЮДЕНИЕ БЛ.МЗ-НЗОК №10

За комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение на пациенти с кожно-венерически заболявания (избор/преизбор)
за комплексно диспансерно(амбулаторно) наблюдение на пациенти с психични заболявания (избор/преизбор)

КОДОВЕ НА СПЕЦИАЛНОСТИ НА ЛЕКАРИ

Код	Лекар специалист
00	Общопрактикуващ лекар
01	Акушерство и гинекология
02	Клинична алергология
03	Гастроентерология
04	Кожни и венерически болести
05	Ендокринология и болести на обмяната
06	Вътрешни болести
07	Инфекциозни болести
08	Кардиология
09	Клинична лаборатория
10	Нервни болести
11	Нефрология
12	Медицинска онкология
13	Ортопедия и травматология
14	Ушно-носно-гърлени болести
15	Очни болести
16	Медицинска паразитология
17	Педиатрия
18	Психиатрия
19	Пневмология и фтизиатрия
20	Ревматология
21	Образна диагностика
22	Урология
23	Физикална и рехабилитационна медицина
24	Клинична хематология
25	Хирургия
26	Анестезиология и интензивно лечение
27	Гръдна хирургия
29	Неврохирургия
31	Съдова хирургия
32	Кардиохирургия
34	Детска ендокринология и болести на обмяната
35	Детска кардиология
36	Детска пневмология и фтизиатрия
37	Клинична токсикология
38	Детска психиатрия
39	Детска ревматология
40	Трансфузионна хематология
41	Микробиология
43	Обща и клинична патология
44	Вирусология
45	Клинична имунология
48	Нуклеарна медицина
50	Детска хирургия
51	Детска клинична хематология и онкология
52	Детска гастроентерология
53	Детска нефрология и хемодиализа
54	Детска неврология
55	Лицево-челюстна хирургия
56	Неонатология
57	Пластично-възстановителна и естетична хирургия
59	Медицинска генетика
62	Орална хирургия
69	Лъчелечение
70	Хранене и диететика
73	Ангиология
74	Професионални болести

Кодове на ИМУНИЗАЦИИ НА ДЕЦА ОТ 0 ДО 18-ГОДИШНА ВЪЗРАСТ, съгласно Приложение №7 на Наредба №15 от 2005 г. за имунизациите в Република България.

Кодове на ИМУНИЗАЦИИ НА ЗОЛ НАД 18-ГОДИШНА ВЪЗРАСТ, съгласно Приложение №7 на Наредба №15 от 2005 г. за имунизациите в Република България.

Кодове на здравните райони по области

- 01. Област Благоевград:** 01 Банско, 02 Белица, 03 Благоевград, 04 Гоце Делчев, 05 Гърмен, 06 Кресна, 07 Петрич, 08 Разлог, 09 Сандански, 10 Сатовча, 11 Симитли, 12 Струмяни, 13 Хаджидимово, 14 Якоруда.
- 02. Област Бургас:** 01 Айтос, 02 Бургас, 03 Камено, 04 Карнобат, 05 Малко Търново, 06 Несебър, 07 Поморие, 08 Приморско, 09 Руен, 10 Созопол, 11 Средец, 12 Сунгурларе, 13 Царево.
- 03. Област Варна:** 01 Аврен, 02 Аксаково, 03 Белослав, 04 Бяла, 05 Варна, 06 Ветрино, 07 Вълчи дол, 08 Девня, 09 Долни чифлик, 10 Дългопол, 11 Провадия, 12 Суворово.
- 04. Област Велико Търново:** 01 Велико Търново, 02 Горна Оряховица, 03 Елена, 04 Златарица, 05 Лясковец, 06 Павликени, 07 Полски Тръмбеш, 08 Свищов, 09 Стражица, 10 Сухиндол.
- 05. Област Видин:** 01 Белоградчик, 02 Бойница, 03 Брегово, 04 Видин, 05 Грамада, 06 Димово, 07 Кула, 08 Макреш, 09 Ново село, 10 Ружинци, 11 Чупрене.
- 06. Област Враца:** 01 Борован, 02 Бяла Слатина, 03 Враца, 05 Козлодуй, 06 Криводол, 07 Мездра, 08 Мизия, 09 Оряхово, 10 Роман, 11 Хайредин.
- 07. Област Габрово:** 01 Габрово, 02 Дряново, 03 Севлиево, 04 Трявна.
- 08. Област Добрич:** 01 Балчик, 02 Генерал Тошево, 03 Добрич, 04 Добрич -селска, 05 Каварна, 06 Крушари, 07 Тервел, 08 Шабла.
- 09. Област Кърджали:** 01 Ардино, 02 Джебел, 03 Кирково, 04 Крумовград, 05 Кърджали, 06 Момчилград, 07 Черноочене.
- 10. Област Кюстендил:** 01 Бобовдол, 02 Бобошево, 03 Дупница, 04 Кочериново, 05 Кюстендил, 06 Невестино, 07 Рила, 08 Сапарева баня, 09 Трекляно.
- 11. Област Ловеч:** 01 Априлци, 02 Летница, 03 Ловеч, 04 Луковит, 05 Тетевен, 06 Троян, 07 Угърчин, 08 Ябланица.
- 12. Област Монтана:** 01 Берковица, 02 Бойчиновци, 03 Брусарци, 04 Вълчедръм, 05 Вършец, 06 Георги Дамяново, 07 Лом, 08 Медковец, 09 Монтана, 10 Чипровци, 11 Якимово.
- 13. Област Пазарджик:** 01 Батак, 02 Белово, 03 Брацигово, 04 Велинград, 05 Лесичово, 06 Пазарджик, 07 Панагюрище, 08 Пещера, 09 Ракитово, 10 Септември, 11 Стрелча, 12 Сърница
- 14. Област Перник:** 01 Брезник, 02 Земен, 03 Ковачевци, 04 Перник, 05 Радомир, 06 Трън.
- 15. Област Плевен:** 01 Белене, 02 Гулянци, 03 Долна Митрополия, 04 Долни Дъбник, 05 Искър, 06 Левски, 07 Никопол, 08 Плевен, 09 Пордим, 10 Червен бряг, 11 Кнежа.
- 16. Област Пловдив:** 01 Асеновград, 02 Брезово, 03 Калояново, 04 Карлово, 05 Кричим, 06 Лъки, 07 Марица, 08 Перушица, 09 Пловдив, 10 Първомай, 11 Раковски, 12 Родопи, 13 Садово, 14 Стамболийски, 15 Съединение, 16 Хисаря, 17 Куклен, 18 Сопот
- 17. Област Разград:** 01 Завет, 02 Исперих, 03 Кубрат, 04 Лозница, 05 Разград, 06 Самуил, 07 Цар Калоян.
- 18. Област Русе:** 01 Борово, 02 Бяла, 03 Вятково, 04 Две могили, 05 Иваново, 06 Русе, 07 Сливно поле, 08 Ценово.
- 19. Област Силистра:** 01 Алфатар, 02 Главница, 03 Дулово, 04 Кайнарджа, 05 Силистра, 06 Ситово, 07 Тутракан.
- 20. Област Сливен:** 01 Котел, 02 Нова Загора, 03 Сливен, 04 Твърдица.
- 21. Област Смолян:** 01 Баните, 02 Борино, 03 Девин, 04 Доспат, 05 Златоград, 06 Мадан, 07 Неделино, 08 Рудозем, 09 Смолян, 10 Чепеларе.
- 22. Област София:** 01 София
- 23. Софийска област:** 01 Антон, 02 Божурище, 03 Ботевград, 04 Годеч, 05 Горна Малина, 06 Долна баня, 07 Драгоман, 08 Елин Пелин, 09 Етрополе, 10 Златица, 11 Ихтиман, 12 Копревци, 13 Костенец, 14 Костинброд, 15 Мирково, 16 Пирдоп, 17 Правец, 18 Самоков, 19 Своге, 20 Сливница, 21 Чавдар, 22 Челопеч.
- 24. Област Стара Загора:** 01 Братя Даскалови, 02 Гурково, 03 Гълъбово, 04 Казанлък, 05 Мъглиж, 06 Николаево, 07 Опан, 08 Павел баня, 09 Раднево, 10 Стара Загора, 11 Чирпан.
- 25. Област Търговище:** 01 Антоново, 02 Омуртаг, 03 Опака, 04 Попово, 05 Търговище.
- 26. Област Хасково:** 01 Димитровград, 02 Ивайловград, 03 Любимец, 04 Маджарово, 05 Минерални бани, 06 Свиленград, 07 Симеоновград, 08 Стамболово, 09 Тополовград, 10 Харманли, 11 Хасково.
- 27. Област Шумен:** 01 Велики Преслав, 02 Венец, 03 Върбица, 04 Каолиново, 05 Каспичан, 06 Никола Козлево, 07 Нови пазар, 08 Смядово, 09 Хитрино, 10 Шумен.
- 28. Област Ямбол:** 01 Болярово, 02 Елхово, 03 Стралджа, 04 Тунджа, 05 Ямбол

.....
(подпис)
Источник на финансиране: ☐ 1 бюджет ; 2 НЗОК; 3 ДЗОФ; 4 пациент; 5 МЗ
Бл. МЗ-НЗОК №. 1

УКАЗАНИЯ ЗА ПОПЪЛВАНЕ НА АМБУЛАТОРЕН ЛИСТ ЗА ПРЕГЛЕД ОТ ОБЩОПРАКТИКУВАЩ ЛЕКАР, ЛЕКАР СПЕЦИАЛИСТ ИЛИ МЕДИЦИНСКА СЕСТРА/АКУШЕРКА/ЛЕКАРСКИ АСИСТЕНТ

Електронният "Амбулаторен лист" е предназначен за попълване от общопрактикуващия лекар или лекаря-специалист, оказващ извънболнична медицинска помощ при посещение на лице, потърсило лекарска помощ, или от медицинската сестра/акушерка/лекарския асистент, оказваща/а здравни грижи, осъществявани в дома.

1. Данни за пациента

- 1.1. **ЕГН (ЛНЧ)** – попълва се единен граждански номер. За чуждестранните граждани, пребиваващи в Р България, които нямат ЕГН, се попълва личен номер на чужденеца, маркира се с "X" ЛНЧ и се въвежда дата на раждане.
- 1.2. **РЗОК №, здравен район** – вписват се кодовете на РЗОК и здравния район по настоящ адрес на пациента.
- 1.3. **Име, презиме, фамилия, адрес** – вписват се имената на пациента, настоящият адрес
- 1.4. **Идентификационен номер** – вписва се персонален идентификационен номер на **осигурено в друга държава лице**.
- 1.5. **Код на държавата** – вписва се кодът на държавата за **осигурено в друга държава лице**.
- 1.6. **Отдалечени, труднодостъпни райони или ЛЗ** е единствен изпълнител - маркира се с "X" в случаите, когато ЗОЛ има постоянен или настоящ адрес в отдалечени, труднодостъпни райони или такива с ЛЗ, което е единствен изпълнител на съответната дейност в общината.

2. Данни за лекаря/медицинската сестра/акушерка/лекарския асистент:

- 2.1. **Регистрационен номер** на лечебно заведение – вписва се номерът, издаден от **ИАМН/РЗИ № на ЛЗ, в което работи титулярят и НЗОК номер (НЗОК номер се отнася за ЛЗ, които имат един ИАМН/№/РЗИ № и сключени договори в различни РЗОК или ЛЗ по чл. 5 от ЗЛЗ).**
- 2.2. **УИН** – вписва се УИН на лекаря титуляр.
- 2.3. **УИН** – вписва се УИН на лекаря – заместник (нает лекар), осъществил преглед или медицинската сестра/акушерка/лекарски асистент, оказали здравни грижи в дома; маркира се с "X" заместник или нает лекар или медицинската сестра/акушерка/лекарски асистент.
- 2.4. **Код на специалност** – вписва се кодът на специалността на лекаря, извършил прегледа според приложената номенклатура на специалностите.
- 2.5. **Име и фамилия** – вписват се имената на лекаря, извършил прегледа или медицинската сестра/акушерка/лекарски асистент, оказали здравни грижи в дома.

3. Амбулаторен лист № – В поле № на Амбулаторен лист се попълва национален референтен номер (НРН), издаден от Националната здравно-информационна система (НЗИС).

4. Дата, час – дата и час на прегледа/здравни грижи.

5. Данни, попълвани само от лекар специалист:

5.1. При първично посещение (бл. 3), назначена високоспециализирана дейност (бл. 3А) и експертна дейност (бл. 6) се попълват:

- НРН, издаден от НЗИС и дата на издаденото направление.
- Вид бланка – посочва се видът на направлението (3, 3А или 6).
- тип – посочва се типът на направлението по повод посещението на ЗОЛ, съгласно приложена номенклатура.
- Регистрационен номер на лечебно заведение.
- НЗОК номер - отнася се за ЛЗ, които имат един ИАМН/№/РЗИ № и сключени договори в различни РЗОК или ЛЗ по чл. 5 от ЗЛЗ.
- УИН на лекар – титуляр.
- УИН на лекар – заместник (нает персонал), в случаите, при които той е извършил прегледа.
- Код на специалността.

5.2. При вторично посещение се попълва и НРН, издаден от НЗИС и датата на амбулаторния лист от първичното посещение при специалиста.

6. Посещение за: маркира се с "X" видът на посещението. Задължително е вписването само на една от всички възможности.

- Консултация (посещение при ОПЛ за прегледи, включени в капитационно заплащане или консултативни прегледи при специалист).

- Профилактика – в зависимост от вида на профилактичния преглед с "X" се маркира само една от следните възможности:

- o "Майчино здравеопазване" и се отбелязва срокът на бременността в гестационна седмица;
- o "Детско здравеопазване";
- o ЗОЛ над 18 год. Ако ЗОЛ, на когото е извършен профилактичен преглед, е в група с рискови фактори за развитие на заболяване, то се маркира с "X";
- o здравни грижи, осъществявани в дома.

- Диспансерен преглед – маркира се с "X", ако ЗОЛ е диспансеризиран по основната диагноза.

- ВСД – маркира се с "X" при извършване на ВСД:

- Рецепта/ електронно предписание на хоспитализирано ЗОЛ; електронно предписание на трайно лежащо болен ЗОЛ по реда на чл.49, ал.2-5.

- Експертиза на работоспособността – маркира се с "X" при преглед на база направление бланка МЗ-НЗОК № 6.

- По искане на ТЕЛК – маркира се с "X" в случай на посещение на ЗОЛ при ОПЛ за назначаване на ВСМДИ по искане на ТЕЛК.

7. Вид преглед – маркира се с "X" видът на прегледа:

- Амбулаторен преглед: първичен или вторичен.
- Домашен преглед: първичен или вторичен.
- Инцидентно посещение /само за ОПЛ/.

При посещение по искане на ТЕЛК, при посещение за рецепта/ електронно предписание на хоспитализирано ЗОЛ, електронно предписание на трайно лежащо болен ЗОЛ по реда на чл.49, ал.2 - 5 и при посещение за ВСД – не се маркира вид преглед.

Имунизации – попълват се кодовете на извършените имунизации. Попълва се съответен код на направена проба за Манту.

8. Издадени документи, които се отразяват в амбулаторния лист:

- Направление за консултация и съвместно лечение/направление за КДН – вписват се код на специалност на лекар по приложена номенклатура, към който е издадено медицинско направление и номера на направлението.

- Направление за ВСД – вписват се код на специалност на лекар по приложена номенклатура, към който е издадено медицинско направление за ВСД; номер на направлението; код ВСД и КСМП код.

- Направление за МДД – вписват се номерът на направлението за МДД и кодове на назначените медико-диагностични изследвания.

- Талон за ТЕЛК – издава се от ОПЛ.

- Талон за МЕ (медицинска експертиза) – вписва се номерът на талона.

- Направление за КП, КПр, АПр – вписва се номерът на направлението.

- Болничен лист №. – вписва се номерът на болничния лист, ако е издаден такъв по време на посещението, брой дни, срок (от дата до дата), МКБ код на заболяване, вид (първичен, продължение).

- Рецепта/електронно предписание – маркира се с "X", когато на пациента е издадена рецепта/електронно предписание,

- Бързо известие – маркира се с "X" в случаите, в които е издадено.

- Етапна епикриза – маркира се с "X" в случаите, в които е издадена.

- Медицинска бележка – маркира се с "X" в случаите, в които се издава.

9. Медицинска информация

9.1. Основна диагноза – наименование на диагнозата (изписва се на български език), която е повод за посещението и код по МКБ 10 (1. основен код на диагноза; 2. допълнителен код).

9.2. Придружаващи заболявания и усложнения – вписват се наименования на съпътстващите заболявания (ако пациентът има такива) и кодовете им по МКБ 10 (1. основен код на диагноза; 2. допълнителен код). При отказ на пациента от задължителна имунизация се вписва МКБ код Z28.2 "Имунизация, непроведена поради отказ на пациента".

9.3. Анамнеза, обективно състояние, изследвания, терапия – в свободен текст се вписват всички медицински данни, отнасящи се до състоянието на пациента; терапия - вписват се данни от издадената рецепта/ издаденото електронно предписание: НРН номер на електронно предписание; код НЗОК на предписаните лекарства, мед. изделия и храни; МКБ код на заболяването, за което са предписани; сигнатура; предписано количество и срока, за който са предписани продуктите; при електронно предписание на трайно лежащо болен ЗОЛ по реда на чл.49, ал.2 - 5 в амбулаторния лист не се описва статус на пациента.

При издаване на Е-протокол: лекарят отразява: "Липсват изключващи критерии за започване/продължаване на лечение с ЛП":

- в поле „Терапия“ се вписва следния текст:

„Желая да ми бъде одобрено лечение с лекарствения продукт, като декларирам, че съм уведомен за действието на назначената лекарствена терапия и давам информирано съгласие същата да ми бъде прилагана“

- „Съгласен/а съм за използване на личните ми данни за целите на експертизата“

- „Желая да бъда уведомен/а за резултата от експертизата от РЗОК по един от следните начини: по e-mail, телефон, чрез SMS/Viber известяване или на място в РЗОК.

- „Разрешавам достъп до електронното ми здравно досие...“.

- вписва се информация, относима към издаване на Е-протокола, която е в документ, който няма електронен формат.

9.4. Кодове на извършени ВСД, специализирани медицински дейности или назначени и извършени процедури за физикална и рехабилитационна медицина (в т.ч. кодове на процедури по хирургия и ортопедия и травматология).

10. Лекарят извършил дейността, отразява начина на финансиране със съответната цифра от посочените възможности, в зависимост от източника на финансиране.

11. Пациентът (родител, настойник/приемен родител) удостоверява с подписа си информираност за извършените медицински дейности, назначените изследвания и терапия, както и че към момента на прегледа не е хоспитализиран.

При отказ на пациента от назначената терапия, отказ от задължителна имунизация или от хоспитализация, лекарят в свободен текст описва отказа в полето “Терапия” и задължително изисква подпис на пациента или негов законен представител.

При издаване на електронно предписание на трайно лежащо болен ЗОЛ по реда на чл.49, ал.2 - 5 в амбулаторния лист се вписва ЕГН на лице, представител на ЗОЛ (родител, настойник, попечител или упълномощено от ЗОЛ лице), което лице подписва медицинския документ.

12. Лекарят, осъществил прегледа/ медицинската сестра/акушерка/лекарския асистент, оказал/а здравни грижи в дома, подписва амбулаторния лист.

ПАЦИЕНТ		ИЗПРАЩАЩ ЛЕКАР	
ЕГН (ЛНЧ) на пациента РЗОК № здравен район		Рег. номер на лечебното заведение НЗОК номер УИН на лекаря/ЛПК на лекаря по дентална УИН на заместващ/нает лекар	
Идентификационен номер ☐ ЛНЧ дата на раждане код на държава Име, презиме, фамилия по лична карта/		☐ нает ☐ заместващ код специалност Име, фамилия/	
Адрес: гр. (с.) Ул. №. Ж.к. бл. ВХ. ет. ап.		Дата: лекар Подпис-/	
МЕДИЦИНСКО НАПРАВЛЕНИЕ №.		Код специалност	
Амбулаторен лист: №.		ЛЕКАР	
Диагнози: МКБ основна диагноза МКБ придр. заболяване МКБ придр. заболяване		Рег. номер на лечебното заведение НЗОК номер УИН на лекаря код специалност Име, фамилия/ Дата: лекар Подпис-/	
Изпраща се за: Тип ☐ 1 остро заболяване или състояние извън останалите типове ☐ 2 хронично заболяване, неподлежащо на диспансерно наблюдение ☐ 3 избор (преизбор) на специалист, извършващ диспансерно наблюдение ☐ 4 диспансерно интердисциплинарно наблюдение и специализиран консултативен преглед за продължаване на домашното лечение на хронични заболявания за лекарствена терапия, диетични храни, медицински изделия ☐ 7 профилактика на ЗОЛ (до 18г. и над 18г) г . и профилактика на ЗОЛ над 18 г. с рискови фактори за развитие на заболяване ☐ 9 първоначален избор на специалист АГ - програма „Майчино здравеопазване“ ☐ 10 първоначален избор на специалист педиатър - „Детско здравеопазване“ ☐ 11 преизбор на специалист АГ - програма „Майчино здравеопазване“ ☐ 12 преизбор на специалист педиатър - „Детско здравеопазване“		Приложени медицински документи:	
Източник на финансиране: ☐ 1 бюджет ; 2 НЗОК; 3 ДЗОФ; 4 пациент; 5 МЗ		Бл. МЗ-НЗОК № 3	

УКАЗАНИЯ ЗА ПОПЪЛВАНЕ НА МЕДИЦИНСКО НАПРАВЛЕНИЕ ЗА КОНСУЛТАЦИЯ ИЛИ ЗА ПРОВЕЖДАНЕ НА СЪВМЕСТНО ЛЕЧЕНИЕ

Първичният медицински документ "Медицинско направление" – бл. МЗ-НЗОК № 3 за консултация или за провеждане на съвместно лечение се издава електронно на лицето от лекар, работещ в ЛЗ за извънболнична медицинска/дентална помощ или в ЛЗ по чл.5 от ЗЛЗ. От лекар по дентална медицина се издава за лекар със специалност "Психиатрия" за консултация или за провеждане на съвместно лечение.

"Медицинско направление" – бл. МЗ-НЗОК № 3, се регистрира в Националната здравно-информационна система (НЗИС), откъдето получава национален референтен номер (НРН).

I. Данни попълвани от лекаря/лекарка по дентална медицина, издал направлението:

1. **Данни за пациента** – попълват се само при преглед по линия на задължителното здравно осигуряване.
 - 1.1. **ЕГН (ЛНЧ)** – попълва се единен граждански номер. За чуждестранните граждани, пребиваващи в Р България, който нямат ЕГН, се попълва личен номер на чужденеца, маркира се с "X" ЛНЧ и се въвежда дата на раждане.
 - 1.2. **РЗОК №, здравен район** – вписват се кодовете на РЗОК и здравния район по настоящ адрес на пациента, съгласно здравната карта на Р България.
 - 1.3. **Име, презиме, фамилия, адрес** – вписват се имената на пациента и настоящият адрес.
 - 1.4. **Идентификационен номер** – вписва се персонален идентификационен номер на **осигурено в друга държава лице**.
 - 1.5. **Код на държавата** – вписва се кодът на държавата за **осигурено в друга държава лице**.
2. **Данни за лекаря/лекарка по дентална медицина, издал направлението:**
 - 2.1. **Регистрационен номер на лечебното заведение** – вписва се номерът на ЛЗ, издаден от ИАМН или РЗИ на ЛЗ, в което работи титулярят и НЗОК номер (НЗОК номер се отнася за ЛЗ, които имат един ИАМН № или РЗИ № и сключени договори в различни РЗОК или ЛЗ по чл. 5 от ЗЛЗ).
 - 2.2. **УИН** – вписва се УИН на лекаря титуляр или ЛПК на лекаря по дентална медицина.
 - 2.3. **УИН** – вписва се УИН на лекаря – заместник (нает персонал), осъществил преглед; маркира се с "X" заместник или нает персонал.
 - 2.4. **Име и фамилия** – имената на лекаря, издал направлението.
 - 2.5. **Код на специалност** – вписва се кодът на специалността на лекаря/лекарка по дентална медицина, издал направлението, според приложената номенклатура на специалностите.
 - 2.6. **Изпращащият лекар/лекарка по дентална медицина** вписва датата на издаване на направлението и го подписва.
 - 2.7. **"Специалност"** – изпращащият лекар вписва кода и наименованието на специалността на специалиста, към който се изпраща пациентът, съгласно приложена номенклатура.

3. Общи данни

- 3.1. **Медицинското направление №.** – Попълва се НРН издаден от НЗИС.
- 3.2. **Амбулаторен лист №.**
– вписва се номерът на амбулаторния лист, на базата на който лекарят, извършил прегледа, е издал направлението.

4. Медицинска информация

- 4.1. **Основна диагноза** – наименование на диагнозата (изписва се на български език), която е повод за посещението и код по МКБ 10 (1. основен код на диагноза; 2. допълнителен код).
- 4.2. **Придружаващи заболявания и усложнения** – вписват се наименования на съпътстващите заболявания (ако пациентът има такива) и кодовете им по МКБ 10 (1. основен код на диагноза; 2. допълнителен код).
- 4.3. **Изпраща се за** – поводът за издаване на направлението се маркира с "X" в съответното поле: тип 1 – по повод остро заболяване или състояние извън останалите типове, издава се от ОПЛ/ лекар –специалист/ лекар по дентална медицина; тип 2 – по повод хронично заболяване, неподлежащо на диспансерно наблюдение, издава от ОПЛ/ лекар – специалист/ лекар по дентална медицина; тип 3 – за избор (преизбор) на специалист, извършващ диспансерното наблюдение, издава се само от ОПЛ за извършване на преглед и вписване на ЗОЛ в диспансерната листа на специалиста; тип 4 – за диспансерно интердисциплинарно наблюдение и насочване за специализиран консултативен преглед за продължаване на домашното лечение на хронични заболявания за лекарствена терапия, диетични храни, медицински изделия, издава се от ОПЛ на ЗОЛ от диспансерната му листа, издава се от специалист или ОПЛ само на лица включени в диспансерната им листа за консултация със специалист в хода на диспансерното наблюдение; тип 7 – издава се от ОПЛ за профилактика на ЗОЛ до 18 г. и над 18-годишна възраст, както и за профилактика на ЗОЛ над 18 г. с рискови фактори за развитие на заболяване или от специалист по „Педиатрия“, изпълняващ програма „Детско здравеопазване“ за профилактика на ЗОЛ до 18 г.; тип 9 – за първоначален избор на специалист по АГ, извършващ профилактичното наблюдение по програма „Майчино здравеопазване“, издава се само от ОПЛ; тип 10 – за първоначален избор на специалист педиатрия, извършващ профилактичното наблюдение по програма „Детско здравеопазване“, издава се само от ОПЛ; тип 11 – за преизбор на специалист по АГ, извършващ профилактичното наблюдение по програма „Майчино здравеопазване“, издава се само от ОПЛ; тип 12 – за преизбор на специалист педиатрия, извършващ профилактичното наблюдение по програма „Детско здравеопазване“, издава се само от ОПЛ.

- 4.4. **Приложени медицински документи** – вписват се приложените медицински документи.

II. Данни попълвани от лекаря, извършил прегледа

1. Данни за лекаря специалист, провел консултация или съвместно лечение:

- 1.1. **Регистрационен номер на лечебното заведение** – вписва се номерът на ЛЗ, издаден от ИАМН или РЗИ на ЛЗ, в което работи титулярят и НЗОК номер (НЗОК номер се отнася за ЛЗ, които имат един ИАМН №/РЗИ № и сключени договори в различни РЗОК или ЛЗ по чл. 5 от ЗЛЗ).
 - 1.2. **УИН** – вписва се УИН на лекаря специалист.
 - 1.3. **Име и фамилия** – име и фамилия на лекаря специалист, извършил прегледа.
 - 1.4. **Лекарят/лекарка по дентална медицина, извършил прегледа** вписва датата на извършването му и го подписва.
2. Лекарят извършил дейността, отразява начина на финансиране със съответната цифра от посочените възможности, в зависимост от източника на финансиране.

ПАЦИЕНТ

ЕГН (ЛНЧ) на пациента

РЗОК №

здравен район

Идентификационен номер

☐ ЛНЧдата на раждане

код на държава

/име, презиме, фамилия по лична карта/

Адрес: гр. (с.)

Ул. №.

Ж.к. бл. вх. ет. ап.

ИЗПРАЩАЩ ЛЕКАР

Рег. номер на лечебното заведение

НЗОК номер

УИН на лекаря/ЛПК на лекаря по дентална медицина

УИН на заместващ/нает лекар

☐ нает☐ заместващ

код специалност

/име, фамилия/

Дата: лекар:

/подпис-/

МЕДИЦИНСКО НАПРАВЛЕНИЕ ЗА

ВИСОКОСПЕЦИАЛИЗИРАНИ ДЕЙНОСТИ №

Код специалност

Амбулаторен лист: №

ЛЕКАР

Рег. номер на лечебното заведение

НЗОК номер

УИН на лекаря

код специалност

/име, фамилия/

Дата: лекар:

/подпис-/

Диагнози:

МКБ

основна диагноза

МКБ

придр. заболяване

МКБ

придр. заболяване

Изпраща се за:

ВСД

КСМП код

Тип

☐

1 остро заболяване или състояние извън останалите типове

☐

2 хронично заболяване, неподлежащо на диспансерно наблюдение

☐

4 диспансерно наблюдение

☐

6 медицинска експериза

☐

7 профилактика на ЗОЛ над 18г. - рискови фактори за развитие на заболяване

Източник на финансиране: ☐ 1 бюджет ; 2 НЗОК; 3 ДЗОФ; 4 пациент; 5 МЗ

Приложени медицински документи:

Бл. МЗ-НЗОК № 3 А

УКАЗАНИЯ ЗА ПОПЪЛВАНЕ НА МЕДИЦИНСКО НАПРАВЛЕНИЕ ЗА ВИСОКОСПЕЦИАЛИЗИРАНИ ДЕЙНОСТИ

Първичният медицински документ "Медицинско направление" – бл. МЗ-НЗОК № 3А за извършване на високоспециализирани дейности се съставя електронно на лица от лекар, работещ в ЛЗ за оказване на извънболнична медицинска/дентална помощ по договор с НЗОК. От лекар по дентална медицина за анестезиологична консултация. "Медицинско направление" – бл. МЗ-НЗОК № 3А, се регистрира в Националната здравно-информационна система (НЗИС), откъдето получава национален референтен номер (НРН).

I. Данни попълвани от лекаря/лекаря по дентална медицина, издал направлението:

1. **Данни за пациента** – попълват се само при преглед по линия на задължителното здравно осигуряване.
 - 1.1. ЕГН (ЛНЧ) – попълва се единен граждански номер. За чуждестранните граждани, пребиваващи в Р България, които нямат ЕГН, се попълва личен номер на чужденеца, маркира се с "X" ЛНЧ и се въвежда дата на раждане.
 - 1.2. РЗОК № здравен район – вписват се кодовете на РЗОК и здравния район по настоящ адрес на пациента, съгласно здравната карта на Р България.
 - 1.3. Име, презиме, фамилия, адрес – вписват се имената на пациента и настоящият адрес.
 - 1.4. Идентификационен номер – вписва се персонален идентификационен номер на осигурено в друга държава лице.
 - 1.5. Код на държавата – вписва се кодът на държавата за осигурено в друга държава лице.
2. **Данни за лекаря/лекаря по дентална медицина, издал направлението:**
 - 2.1. Регистрационен номер на лечебното заведение – вписва се номерът на ЛЗ, издаден ИАМН или РЗИ на ЛЗ, в което работи титулярят и НЗОК номер (НЗОК номер се отнася за ЛЗ, които имат един ИАМН №/РЗИ № и сключени договори в различни РЗОК или ЛЗ по чл. 5 от ЗЛЗ).
 - 2.2. УИН – вписва се УИН на лекаря титуляр на ЛЗ и ЛПК на лекаря по дентална медицина.
 - 2.3. УИН – вписва се УИН на лекаря – заместник (нает персонал), осъществил преглед; маркира се с "X" заместник или нает персонал.
 - 2.4. Име и фамилия – имената на лекаря, издал направлението.
 - 2.5. Код на специалност – вписва се кодът на специалността на лекаря/лекаря по дентална медицина, издал направлението, според приложената номенклатура на специалностите.
 - 2.6. Изпращащият лекар/лекар по дентална медицина вписва датата на издаване на направлението и го подписва.
 - 2.7. "Специалност" – изпращащият лекар изписва кода и наименованието на специалността на специалиста, към който се изпраща пациентът, съгласно приложена номенклатура.
3. **Общи данни**
 - 3.1. **Медицинско направление №.** – Попълва се НРН, издаден от НЗИС.
 - 3.2. **Амбулаторен лист №.** – вписва се номерът на амбулаторния лист, на базата на който лекарят, извършил прегледа, е издал направлението.
4. **Медицинска информация**
 - 4.1. **Основна диагноза** – наименование на диагнозата (изписва се на български език), която е повод за посещението и код по МКБ 10 (1. основен код на диагноза; 2. допълнителен код).
 - 4.2. **Придружаващи заболявания и усложнения** – вписват се наименования на съпътстващите заболявания (ако пациентът има такива) и кодовете им по МКБ 10 (1. основен код на диагноза; 2. допълнителен код).
 - 4.3. **Изпраща се за** – вписва се кодът на ВСД, в т.ч. и КСМП код и код по МКБ и се маркира с "X" съответно: **тип 1** – по повод остро заболяване или състояние извън останалите; **тип 2** – по повод хронично заболяване, неподлежащо на диспансерно наблюдение; **тип 4** – за диспансерно наблюдение, издава се от ОПЛ/специалист само на лица включени в диспансерната им листа за ВСМД в хода на диспансерното наблюдение; **тип 6** – за медицинска експертиза; **тип 7** – издава се от лекар специалист за профилактика на ЗОЛ над 18-годишна възраст с рискови фактори за развитие на заболяване;
 - 4.4. **Приложени медицински документи** – вписват се приложените медицински документи.

II. Данни попълвани от лекаря, извършил прегледа.

1. Данни за лекаря специалист, провел консултация или съвместно лечение:

- 1.1. **Регистрационен номер на лечебното заведение** – вписва се номерът на ЛЗ, издаден от ИАМН или РЗИ на ЛЗ, в което работи титулярят и НЗОК номер (НЗОК номер се отнася за ЛЗ, които имат един ИАМН №/РЗИ № и сключени договори в различни РЗОК или ЛЗ по чл. 5 от ЗЛЗ).
 - 1.2. **УИН** – вписва се УИН на лекаря специалист.
 - 1.3. **Име и фамилия** – име и фамилия на лекаря специалист, извършил прегледа.
 - 1.4. **Лекарят/лекарят по дентална медицина, извършил прегледа** вписва датата на извършването му и го подписва.
2. Лекарят извършил дейността, отразява начина на финансиране със съответната цифра от посочените възможности, в зависимост от източника на финансиране.

НАПРАВЛЕНИЕ ЗА МЕДИКО-ДИАГНОСТИЧНА ДЕЙНОСТ

№

амбулаторен лист №

Пациент

ЕГН (ЛНЧ) на пациента

РЗОК №

здравен район

Идентификационен номер

☐ ЛНЧ

дата на раждане

код държава

име, презиме и фамилия по лична карта

Адрес: гр. (с.)

Ул. №

ж.к. бл. вх. ет. ап.

Изпращащ
лекар/лекар по дентална
медицина

Рег. номер на лечебното заведение

НЗОК номер

УИН на лекаря/ЛПК на лекаря по дентална медицина

УИН на заместващ/нает лекар

код специалност

☐

заместващ

☐

нает

Дата: лекар/лекар по дентална медицина

/подпис/

Изпраща се за: МКБ Тип

Номер на зъб

(попълва се от лекар по дентална медицина за код 06_01/57930-00)

Кодове на назначени МДД:

НЗОК код

КСМП код

☐ изпълнено

НЗОК код

КСМП код

☐ изпълнено

НЗОК код

КСМП код

☐ изпълнено

НЗОК код

КСМП код

☐ изпълнено

НЗОК код

КСМП код

☐ изпълнено

НЗОК код

КСМП код

☐ изпълнено

Извършващ
лекар/лекар по дентална медицина

Рег. номер на лечебното заведение

НЗОК номер

УИН на лекаря/ЛПК на лекаря по дентална медицина

Подпис на лекар

код специалност

Дата:

Дата: Пациент:

Източник на финансиране: ☐ 1 бюджет ; 2 НЗОК; 3 ДЗОФ; 4 пациент; 5 МЗ

Бл. МЗ-НЗОК № 4

УКАЗАНИЯ ЗА ПОПЪЛВАНЕ НА НАПРАВЛЕНИЕ ЗА МЕДИКО-ДИАГНОСТИЧНА ДЕЙНОСТ

Първичният медицински документ "Направление за медико-диагностична дейност" – бл. МЗ-НЗОК № 4 се съставя електронно от лекар по дентална медицина/ от изпълнител на ПИМП/СИМП.

"Медицинско направление" – бл. МЗ-НЗОК № 4, се регистрира в Националната здравно-информационна система (НЗИС), откъдето получава национален референтен номер (НРН).

Резултатите се изпращат от медико-диагностичната лаборатория в НЗИС.

1. Общи данни:

1.1. **Направление за медико-диагностична дейност №.** – НРН издаден от НЗИС.

1.2. **Амбулаторен лист №.** – вписва се номерът на амбулаторния лист, на базата на който лекарят, извършил прегледа, е издал направлението.

2. Данни за пациента:

2.1. **ЕГН (ЛНЧ)** – попълва се единен граждански номер. За чуждестранните граждани, пребиваващи в Република България, които нямат ЕГН, се попълва личен номер на чужденеца, маркира се с "X" ЛНЧ и се въвежда дата на раждане.

2.2. **РЗОК №., здравен район** – вписват се кодовете на РЗОК и здравния район по настоящ адрес на пациента, съгласно здравната карта на Република България.

2.3. **Име, презиме, фамилия, адрес** – вписват се имената на пациента и настоящият адрес.

2.4. **Идентификационен номер** – вписва се персонален идентификационен номер на **осигурено в друга държава лице**.

2.5. **Код на държавата** – вписва се кодът на държавата за **осигурено в друга държава лице**.

3. Данни за лекаря, издаващ направлението:

3.1. **Регистрационен номер на лечебното заведение** – вписва се номерът на ЛЗ, издаден от ИАМН или РЗИ на ЛЗ, в което работи титулярят и НЗОК номер (НЗОК номер се отнася за ЛЗ, които имат един ИАМН №/РЗИ № и сключени договори в различни РЗОК или ЛЗ по чл. 5 от ЗЛЗ).

Код специалност – вписва се кодът на специалността на лекаря, назначил МДД, според приложената номенклатура на специалностите.

3.2. **УИН** – вписва се УИН на лекаря титуляр/ЛПК на лекаря по дентална медицина.

3.3. **УИН** – вписва се УИН на лекаря заместник (нает персонал), осъществил преглед; маркира се с "X" заместник или нает персонал.

4. Изпраща се за – изпращащият лекар, издал направлението, вписва:

4.1. **Кода на диагнозата по МКБ 10** (1. основен код на главна диагноза; 2. допълнителен код).

4.2. **НЗОК кодовете и КСМП кодовете на назначените МДД.** Кодовете в едно направление са от един пакет.

4.3. **Посочва се типът на направлението, съгласно приложена номенклатура, както следва:** **тип 1** – по повод остро заболяване или състояние извън останалите типове, издава се от ОПЛ/лекар-специалист/ лекар по дентална медицина; **тип 2** – по повод хронично заболяване, неподлежащо на диспансерно наблюдение; издава се от ОПЛ/лекар-специалист/ лекар по дентална медицина; **тип 4** – за диспансерно наблюдение, издава се от специалист или ОПЛ само на лица включени в диспансерната им листа за медико-диагностични изследвания в хода на диспансерното наблюдение; **тип 6** – за медицинска експертиза, издава се от ОПЛ /лекар –специалист/ лекар по дентална медицина за МДД, необходими в хода на експертизата; **тип 7** – издава се от ОПЛ за профилактика на ЗОЛ до 18 г. и над 18-годишна възраст или от специалист по „Педиатрия“ изпълняващ програма „Детско здравеопазване“ за профилактика на ЗОЛ до 18 г., както и от ОПЛ/лекар специалист за профилактика на ЗОЛ над 18 г. с рискови фактори за развитие на заболяване; **тип 8** – по искане на ТЕЛК/НЕЛК, издава се само от ОПЛ за ВСМДИ по искане на ТЕЛК или НЕЛК; **тип 9** – по програма „Майчино здравеопазване“, издава се от изпълнителя на програмата – ОПЛ или специалист АГ; **тип 10** – по програма „Детско здравеопазване“, издава се от изпълнителя на програмата – ОПЛ или специалист педиатрия;

4.4. **Попълва се номер на зъб** само от лекар по дентална медицина при назначаване на МДД с код 06_01/57930-00 (секторна рентгенография).

5. Изпращащият лекар/лекар по дентална медицина вписва датата на издаване на направлението и го подписва.

6. Данни на лекаря, извършил изследванията:

6.1. **Регистрационен номер на лечебното заведение** – вписва се номерът на ЛЗ, издаден от ИАМН или РЗИ на ЛЗ, в което работи титулярят и НЗОК номер (НЗОК номер се отнася за ЛЗ, които имат един ИАМН №/РЗИ № и сключени договори в различни РЗОК или ЛЗ по чл. 5 от ЗЛЗ).

6.2. **Код специалност** – вписва се кодът на специалността на лекаря, извършил МДД, според приложената номенклатура на специалностите.

6.3. **УИН на лекаря** – вписва се УИН на лекаря/ЛПК на лекаря по дентална медицина, извършил МДД и подпис. Повече от един УИН се вписва само в случай, че назначените МДД се извършват от повече от един лекар.

6.4. **Отбелязват се с „X“ кодовете на извършените МДД.**

6.5. **Вписва се дата на завършване на дейността по направлението.**

7. **Лекарят извършил дейността, отразява начина на финансиране със съответната цифра от посочените възможности, в зависимост от източника на финансиране.**

8. **Вписва се датата, на която пациентът с подписа си удостоверява, че е взет биологичен материал или е извършено образно изследване. (Не се отнася за МДД от пакет „Обща и клинична патология“).**

Талон за медицинска експертиза №

Амбулаторен лист №

Пациент

ЕГН (ЛНЧ) на пациента

РЗОК №. здравен район

Идентификационен номер

☐ ЛНЧ

дата на раждане

код държава

име, презиме и фамилия по лична карта

Адрес: гр. (с.) ул. №

Ж.к. бл. вх. ет. ап.

лекар /лекар по
дентална медицина

регистрационен номер на лечебното заведение

НЗОК номер на лечебното заведение

☐ заместващ ☐ нает

УИН лекаря/ЛПК на лекар по дентална медицина

УИН на заместващ/нает лекар

име и фамилия на лекаря/лекаря по дентална медицина

☐ подготовка за ЛКК

Основна диагноза: МКБ

☐ ЛКК

придружаващи заболявания: МКБ

☐ по искане на ЛКК

Към: (кодове специалисти)

☐ подготовка за ТЕЛК/НЕЛК

Дата: лекар/лекар по дентална медицина

подпис

талон за МЕ №

дата:

регистрационен номер на лечебното заведение

НЗОК номер на лечебното заведение

УИН лекаря/ЛПК на лекар по дентална медицина

Код специалност

Специалист

име и фамилия

амб. лист №. дата: МКБ

дата: лекар/лекар по дентална медицина

подпис

талон за МЕ №

дата:

регистрационен номер на лечебното заведение

НЗОК номер на лечебното заведение

УИН лекаря/ЛПК на лекар по дентална медицина

Код специалност

Специалист

име и фамилия

амб. лист №. дата: МКБ

дата: лекар/лекар по дентална медицина

подпис

талон за МЕ №

дата:

регистрационен номер на лечебното заведение

НЗОК номер на лечебното заведение

УИН лекаря/ЛПК на лекар по дентална медицина

Код специалност

Специалист

име и фамилия

амб. лист №. дата: МКБ

дата: лекар/лекар по дентална медицина

подпис

талон за МЕ №

дата:

регистрационен номер на лечебното заведение

НЗОК номер на лечебното заведение

УИН лекаря/ЛПК на лекар по дентална медицина

Код специалност

Специалист

име и фамилия

амб. лист №. дата: МКБ

дата: лекар/лекар по дентална медицина

подпис

талон за МЕ №

дата:

регистрационен номер на лечебното заведение

НЗОК номер на лечебното заведение

УИН лекаря/ЛПК на лекар по дентална медицина

Код специалност

Специалист

име и фамилия

амб. лист №. дата: МКБ

дата: лекар/лекар по дентална медицина

подпис

Източник на финансиране: ☐ 1 бюджет ; 2 НЗОК; 3 ДЗОФ; 4 пациент; 5 МЗ

Бл. МЗ-НЗОК № 6

УКАЗАНИЯ ЗА ПОПЪЛВАНЕ НА ТАЛОН ЗА МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА (МЕ)

“Талон за медицинска експертиза (МЕ)” – бл. МЗ-НЗОК № 6 се издава електронно от лекари и лекари по дентална медицина, работещи в ЛЗ за оказване на извънболнична медицинска или дентална помощ. Използва се в случаите, когато ЗОЛ се насочва за преглед по повод извършване на експертиза на работоспособността към лекар/лекар по дентална медицина в извънболничната помощ

Съдържание на обща част от “Талон за МЕ”

Талон за медицинска експертиза (МЕ)” – бл. МЗ-НЗОК № 6 се издава електронно и се регистрира в Националната здравно-информационна система (НЗИС), откъдето получава национален референтен номер (НРН)

1. Талон за МЕ №: - Попълва се НРН, издаден от НЗИС.

2. Амбулаторен лист № – вписва се номерът и датата на амбулаторния лист, на базата на който лекарят, извършил прегледа, е издал талона за ЛКК.

3. Данни за пациента:

3.1. ЕГН (ЛНЧ) – попълва се единен граждански номер. За чуждестранните граждани, пребиваващи в Република България, които нямат ЕГН, се попълва личен номер на чужденеца, маркира се с “X” ЛНЧ и се въвежда дата на раждане.

3.2. РЗОК №., здравен район – вписват се кодовете на РЗОК и здравния район по настоящ адрес на пациента, съгласно здравната карта на Република България.

3.3. Идентификационен номер – вписва се персонален идентификационен номер на **осигурено в друга държава лице**.

3.4. Код на държавата – вписва се кодът на държавата за **осигурено в друга държава лице**.

3.5. Име, презиме, фамилия, адрес – вписват се имената на пациента и настоящият адрес.

4. Данни за изпращащия лекар/лекар по дентална медицина:

4.1. Регистрационен номер на лечебното заведение – вписва се номерът на ЛЗ, издаден от **ИАМН/регионална здравна инспекция (РЗИ на ЛЗ, в което работи титулярят и НЗОК номер (НЗОК номер се отнася за ЛЗ, които имат един ИАМН №/РЗИ № и сключени договори в различни РЗОК или ЛЗ по чл. 5 от ЗЛЗ).**

При издаване на талон по искане на ЛКК, председателят издава талона, като попълва регистрационния номер на лечебното заведение, където е разкрита ЛКК и вписва собствения си ЕГН.

4.2. УИН – вписва се УИН на лекаря/ ЛПК на лекаря по дентална медицина, издал “Талон за МЕ”.

4.3. УИН – вписва се УИН на лекаря заместник (нает персонал), осъществил преглед; маркира се с “X” заместник или нает персонал.

4.4. Име и фамилия – вписват се имената на лекаря, издал “Талон за МЕ”.

4.5. Вид на прегледа, за който се издава талонът за МЕ – “подготовка за ЛКК”, “от ЛКК”, “по искане на ЛКК”, “подготовка за ТЕЛК/НЕЛК” (освидетелстване или преосвидетелстване от ТЕЛК/НЕЛК) като се маркира с “X”.

5. Основна диагноза – вписва се наименованието на заболяването и код по МКБ.

5.1. Придружаващите заболявания – вписват се кодове по МКБ на заболяванията.

6. Насочва се към – вписват се кодовете на специалистите, към които се насочва пациентът за преглед, според приложената номенклатура на специалностите.

7. Вписва се датата на издаване на “Талона за ЛКК”. Лекарят, издал талона, го подписва.

Съдържание на отделните части от “Талон за МЕ”:

Данни за лекар специалист/лекар по дентална медицина извършил преглед на база получен “Талон за МЕ”:

1. № на отделната част от “Талон за МЕ” от датата на издаването му – еднакъв с номера и датата на талона от общата част.

2. Регистрационен номер на лечебното заведение – вписва се номерът на ЛЗ, издаден от **ИАМН или (РЗИ на ЛЗ, в което работи титулярят и НЗОК номер (НЗОК номер се отнася за ЛЗ, които имат един ИАМН №/РЗИ № и сключени договори в различни РЗОК или ЛЗ по чл. 5 от ЗЛЗ).**

3. УИН – вписва се УИН на лекаря/ЛПК на лекаря по дентална медицина – специалист, извършил прегледа.

4. Име и фамилия – име и фамилия на лекаря/лекаря по дентална медицина – специалист.

5. Код на специалността – според приложената номенклатура на специалистите.

6. Амбулаторен лист № – номерът на амбулаторния лист, издаден за извършения преглед и датата на прегледа.

7. МКБ на основното заболяване.

8. Вписва се датата на извършване на прегледа и лекарят, извършил прегледа го подписва.

9. Лекарят извършил дейността, отразява начина на финансиране със съответната цифра от посочените възможности, в зависимост от източника на финансиране.

Движение на общата част от “Талон за МЕ”

1. При преглед за подготовка за ЛКК: общата част от “Талон за МЕ” - се съхранява в електронен вид в медицинския софтуер на лекаря/лекаря по дентална медицина извършил прегледа.

2. При ЛКК преглед: общата част от “Талон за МЕ” - се съхранява в електронен вид в медицинския софтуер на председателя на ЛКК.

3. При преглед по искане на ЛКК: общата част от “Талон за МЕ” - се съхранява в електронен вид в медицинския софтуер на лекаря/лекаря по дентална медицина извършил прегледа.

4. При преглед за подготовка за ТЕЛК/НЕЛК (освидетелстване или преосвидетелстване от ТЕЛК/НЕЛК) общата част от “Талон за МЕ” се съхранява в електронен вид в медицинския софтуер на лекаря/лекаря по дентална медицина извършил прегледа.

Движение на отделните части от “Талон за МЕ”

1. При преглед за подготовка за ЛКК: Специалистът, извършил преглед на базата на “Талон за МЕ”, попълва отделна част от “Талон за МЕ” и я подписва. В електронен вид отделната част се съхранява в медицинския софтуер на лекаря извършил прегледа.

2. При ЛКК преглед: Всеки лекар от ЛКК попълва отделна част от “Талон за МЕ” и я подписва. В електронен вид отделната част се съхранява в медицинския софтуер на лекаря извършил прегледа.

3. При преглед по искане на ЛКК: Специалистът, извършил преглед на базата на “Талон за МЕ”, попълва отделна част от “Талон за МЕ” и я подписва. В електронен вид отделната част се съхранява в медицинския софтуер на лекаря извършил прегледа.

4. При преглед за подготовка за ТЕЛК/НЕЛК (освидетелстване и преосвидетелстване от ТЕЛК) специалистът, извършил преглед на базата на “Талон за МЕ”, попълва отделна част от “Талон за МЕ” и я подписва. В електронен вид отделната част се съхранява в медицинския софтуер на лекаря извършил прегледа.

ПАЦИЕНТ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ЕГН (ЛНЧ) на пациента

--	--	--	--

РЗОК №. здравен район

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Идентификационен номер

☐ ЛНЧ

дата на раждане

--	--

 .

--	--

 .

--	--	--	--

--	--

код на държава

/име, презиме, фамилия по лична карта/

Адрес: гр. (с.).....

Ул..... №.....

Ж.к.....бл.....вх.....ет.....ап.....

ИЗПРАЩАЩ ЛЕКАР ☐ 1 – ОПЛ, 2 – СИМП, 3 – ЛЗБП, 4 – ЦКВЗ/ЦПЗ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

регистрационен номер на лечебното заведение

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

НЗОК номер

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

УИН на лекаря

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

УИН на заместващ/нает лекар

☐ нает ☐ заместващ

--	--

код специалност

/име, фамилия/

Дата: лекар:.....

/подпис и личен печат и/или печат на лечебното заведение/

МЕДИЦИНСКО НАПРАВЛЕНИЕ ЗА КОМПЛЕКСНО ДИСПАНСЕРНО НАБЛЮДЕНИЕ №

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Амбулаторен лист:

№.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Диагнози: МКБ

--	--	--

 .

--	--	--	--	--	--

 .

--	--

основна диагноза

МКБ

--	--	--

 .

--	--

--	--	--	--	--	--

 .

--	--

придр. заболяване

МКБ

--	--	--

 .

--	--

--	--	--	--	--	--

 .

--	--

придр. заболяване

Лечебно заведение, осъществяващо комплексното диспансерно (амбулаторно) наблюдение

--	--

код специалност

Дата.....

Представяващ лечебното заведение:..... Началник клиника/отделение:..... Лекуващ лекар:.....
подпис и печат на лечебното заведение фамилия, подпис фамилия, подпис

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Рег. номер на лечебното заведение

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

УИН на лекуващ лекар

Изпраща се за:

- ☐ комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение на пациенти с кожно-венерически болести от лечебни заведения за болнична помощ с клиники/отделения по кожно-венерически болести / центрове по кожно-венерически заболявания (избор/преизбор)
- ☐ комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение на пациенти с психични заболявания от лечебни заведения за болнична помощ с психични клиники/отделения / центрове за психично здраве (избор/преизбор)

Източник на финансиране: ☐ 1 бюджет ; 2 НЗОК; 3 ДЗОФ; 4 пациент; 5 МЗ

Приложени медицински документи:

Бл. МЗ-НЗОК № 10

УКАЗАНИЯ ЗА ПОПЪЛВАНЕ НА МЕДИЦИНСКО НАПРАВЛЕНИЕ ЗА КОМПЛЕКСНО ДИСПАНСЕРНО НАБЛЮДЕНИЕ

Първичният медицински документ „Медицинско направление за комплексно диспансерно наблюдение“ – бл. МЗ-НЗОК № 10 се издава в един екземпляр от ОПЛ, от лекар – специалист от лечебно заведение за СИМП, или от лекар – специалист по кожно-венерически болести от ЛЗ за БП с клиника/отделение по кожно-венерически заболявания/ЦКВЗ, работещи в изпълнение на договор с НЗОК, при необходимост от провеждане на комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение на лица с кожно-венерически заболявания в лечебно заведение за болнична помощ с клиника/отделение по кожно-венерически заболявания или ЦКВЗ.

Първичният медицински документ „Медицинско направление за комплексно диспансерно наблюдение“ – бл. МЗ-НЗОК № 10 се издава в един екземпляр от лекар – специалист по психиатрия/детска психиатрия от лечебно заведение за СИМП, работещ в изпълнение на договор с НЗОК, при необходимост от провеждане на комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение на лица с психични заболявания в лечебно заведение за болнична помощ с клиника/отделение по психиатрия или ЦПЗ.

Лечебното заведение, което осъществява комплексното диспансерно наблюдение, отчита документа при първо посещение заедно с първия екземпляр от „Амбулаторен лист за комплексно диспансерно наблюдение – бл. МЗ-НЗОК № 11“ и финансово-отчетните документи в РЗОК.

I. Данни, попълвани от лекаря, издал направлението:

1. Данни за пациента:

1.1. **ЕГН (ЛНЧ)** – попълва се единен граждански номер. За чуждестранните граждани, пребиваващи в Р България, които нямат ЕГН, се попълва личен номер на чужденеца, маркира се с „X“ ЛНЧ и се въвежда дата на раждане.

1.2. **РЗОК №, здравен район** – вписват се кодовете на РЗОК и здравния район по настоящ адрес на пациента.

1.3. **Идентификационен номер на чужденеца** – вписва се персонален идентификационен номер на чужденеца.

1.4. **Код на държавата** – вписва се кодът на държавата.

1.5. **Име, презиме, фамилия, адрес** – вписват се имената на пациента и настоящият адрес.

2. Данни за лекаря, издал направлението:

2.1. **Регистрационен номер** на лечебното заведение – вписва се номерът на ЛЗ, издаден от ИАМН/ РЗИ на титуляря на ЛЗ).

2.2. **УИН** – вписва се УИН на лекаря – титуляр на ЛЗ.

2.3. **УИН** – вписва се УИН на лекаря – заместник (нает персонал), осъществил преглед; маркира се с „X“ заместник или нает персонал.

2.4. **Име и фамилия** – имената на лекаря, издал направлението.

2.5. **Код на специалност:**

– в случаите, когато се издава на лица с кожно-венерически заболявания – вписва се код на ОПЛ или кодът на специалността на лекаря в ЛЗ за СИМП или на лекаря – специалист по кожно-венерически болести, работещ в клиника/отделение от ЛЗ за БП или ЦКВЗ, работещи по договор с НЗОК;

– в случаите, когато се издава на лица с психични заболявания – вписва се код на специалността на лекаря по психиатрия/детска психиатрия в ЛЗ за СИМП, работещи по договор с НЗОК.

2.6. Изпращащият лекар вписва датата на издаване на направлението, подписва се и задължително подпечатва документа с личния си печат и/или с печата на лечебното заведение (за нает персонал).

3. Общи данни:

3.1. **Медицинско направление за комплексно диспансерно наблюдение №** – пореден номер на направлението за календарна година. Номерацията е последователна в рамките на календарна година. Номерът се изписва „**дясно подравнен**“.

При електронно издаване на „Медицинско направление“ – бл. МЗ-НЗОК № 10, същото се регистрира в НЗИС, откъдето получава НРН.

3.2. **Амбулаторен лист №** – вписва се номерът на амбулаторния лист в случаите, при които ОПЛ или лекар в ЛЗ за СИМП е издал направлението след извършен преглед на лица с кожно-венерически заболявания.

3.3. **Амбулаторен лист №** – вписва се номерът на амбулаторния лист в случаите, при които лекарят специалист по психиатрия/детска психиатрия в ЛЗ за СИМП, е издал направлението след извършен преглед на лица с психични заболявания.

4. Медицинска информация:

4.1. **Основна диагноза** – наименование на диагнозата (изписва се на български език), която е повод за посещението, и код по МКБ 10 (1. основен код на диагноза; 2. допълнителен код).

4.2. Придружаващи заболявания и усложнения – вписват се наименования на съпътстващите заболявания (ако пациентът има такива) и кодовете им по МКБ 10 (1. основен код на диагноза; 2. допълнителен код).

4.3. **Изпраща се за:** поводът за издаване на направлението се маркира с „X“ в съответното поле:

– за комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение на пациенти с кожно-венерически болести от лечебни заведения за болнична помощ с клиника/отделения по кожно-венерически болести/центрове по кожно-венерически заболявания;

– за комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение на пациенти с психични заболявания от лечебни заведения за болнична помощ с психиатрични клиника/отделения/центрове за психично здраве.

4.4. Приложени медицински документи – вписват се приложените медицински документи.

II. Данни попълвани от лечебното заведение, осъществяващо комплексното диспансерно (амбулаторно) наблюдение:

1. Данни за лечебното заведение, осъществяващо комплексното диспансерно (амбулаторно) наблюдение:

1.1. **Регистрационен номер на лечебното заведение** – вписва се номерът на лечебното заведение, код от МЗ – задължителен за всички лечебни заведения.

1.2. **Код на специалност** – вписва се код специалност на лекар – специалист по кожно-венерически болести/ психиатрия/детска психиатрия от ЛЗ за БП с клиника/отделение по кожно-венерически заболявания/ЦКВЗ, съответно от ЛЗ за БП с клиника/отделение по психиатрични заболявания/ЦПЗ.

1.3. **Дата** на осъществяване на диспансерното (амбулаторно) наблюдение.

1.4. **УИН** – вписва се УИН на лекаря – специалист по кожно-венерически болести/психиатрия/детска психиатрия, осъществяващ комплексното диспансерно (амбулаторно) наблюдение.

1.5. **Лекуващ лекар** – задължително вписва фамилията си и се подписва на документа, с което удостоверява, че посочените в амбулаторния лист за комплексно диспансерно наблюдение дейности и изследвания са извършени.

1.6. **Началник-клиника/отделение** по психиатрични заболявания/кожно-венерически заболявания в ЛЗ за БП или ЦПЗ/ЦКВЗ – задължително вписва фамилията си и се подписва на документа, с което удостоверява, че посочените в амбулаторния лист за комплексното диспансерно наблюдение дейности и изследвания са извършени.

1.7. **Представяващ лечебното заведение, отразява начина на финансиране със съответната цифра от посочените възможности, в зависимост от източника на финансиране**

1.8. **Представяващ лечебното заведение** – задължително се подписва и поставя печатът на лечебното заведение

УКАЗАНИЯ ЗА ПОПЪЛВАНЕ НА АМБУЛАТОРЕН ЛИСТ ЗА КОМПЛЕКСНО ДИСПАНСЕРНО НАБЛЮДЕНИЕ

“Амбулаторен лист за комплексно диспансерно наблюдение”- бл. МЗ-НЗОК № 11 е предназначен за попълване от ЛЗ за БП с клиника/отделение по кожно-венерически заболявания/ЦКВЗ или ЛЗ за БП с клиника/отделение по психиатрични заболявания /ЦПЗ, работещи в изпълнение на договор с НЗОК. Лечебното заведение, което осъществява комплексното диспансерно наблюдение отчита документа при всяко посещение. При осигурена техническа възможност “Амбулаторен лист за комплексно диспансерно наблюдение”- бл. МЗ-НЗОК № 11 се издава електронно. При електронно издаване, същото се регистрира в Националната здравно-информационна система (НЗИС), откъдето получава национален референтен номер (НРН)

1. Данни за пациента

Вписват се регистрационните данни на здравноосигуреното лице от лекуващия лекар, както следва:

- 1.1. **РЗОК № и здравен район**– вписват се кодовете на РЗОК и здравния район по настоящ адрес на пациента, съгласно здравната карта на Р България.
 - 1.2. **ЕГН (ЛНЧ)** – попълва се единен граждански номер. За чуждестранните граждани, пребиваващи в Р.България, които нямат ЕГН, се попълва личен номер на чужденеца, маркира се с “Х” ЛНЧ и се въвежда дата на раждане.
 - 1.3. **Пол** – попълва се мъж – “М” или жена – “Ж”.
 - 1.4. **Идентификационен номер на чужд гражданин** (полето се попълва с дясно подравняване):
 - а) идентификационен номер на осигурени в Република България лица, издаден от НАП (СНН);
 - б) идентификационен номер на лица, осигурени в друга държава, членка на ЕС, Швейцария или в друга държава, страна по Споразумението за ЕИП (Норвегия, Исландия и Лихтенщайн), за които се прилага законодателството на Р.България, съгласно правилата за координация на системите за социална сигурност по смисъла на § 1, т. 22 от ДР на ЗЗО; лица, за които се прилага законодателството на Р България по силата на двустранни спогодби за социално осигуряване, съобразно материалния и персоналният им обхват;
 - 1.5. **Име, презиме, фамилия, адрес** - вписват се имената на пациента и настоящият адрес;
 - 1.6. **Код на държава** – вписва се кодът на държавата за осигурено в друга държава лице.
- Задължителен за попълване само за лицата по т. а) и т б): дата на раждане – попълва се деня, месеца и годината на раждането.
- 1.7. **Отдалечени, труднодостъпни райони или ЛЗ е единствен изпълнител** - маркира се с “Х” в случаите, когато ЗОЛ има постоянен или настоящ адрес в отдалечени, труднодостъпни райони или такива с ЛЗ, което е единствен изпълнител на съответната дейност в общината.

2. Данни за лечебното заведение, осъществяващо комплексното диспансерно (амбулаторно) наблюдение:

- 2.1. **Регистрационен номер на лечебното заведение** – вписва се номерът на ЛЗ, издаден от ИАМН или (РЗИ на ЛЗ, в което работи титулярят и НЗОК номер (НЗОК номер се отнася за ЛЗ, които имат един ИАМН №/РЗИ № и сключени договори в различни РЗОК или ЛЗ по чл. 5 от ЗЛЗ).
- 2.2. **УИН** – вписва се УИН на лекаря, осъществяващ комплексното диспансерно (амбулаторно) наблюдение.
- 2.3. **Код на специалност** – вписва се код на специалност на лекуващия лекар.
- 2.4. **Име и фамилия** – вписват се имената на лекуващия лекар.

3. Амбулаторен лист за комплексно диспансерно наблюдение:

3.1. **№** – пореден номер за календарната година. Номерацията е последователна в рамките на календарна година за всяко лечебно заведение. Номерът се изписва “дясно подравнен”. При електронно издаване на “Амбулаторен лист за комплексно диспансерно наблюдение”- бл. МЗ-НЗОК № 11, същия се регистрира в НЗИС, откъдето получава НРН.

3.2. **Дата** – дата на прегледа от лекаря специалист по психиатрия/кожно-венерически болести.

4. Данни, попълвани при комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение за изпълнителя, издал направлението:

- номер и дата на издаденото направление бл.МЗНЗОК-№10 ;
- регистрационен номер на лечебно заведение;
- УИН на лекар – титуляр, УИН на лекар – заместник (нает персонал) в случаите, при които той е извършил прегледа;
- код на специалността.

В случаите, когато насочващият лекар е ОПЛ/ лекар специалист от ЛЗ за СИМП:

- номер и дата на амбулаторния лист от извършения преглед

5. Извършени дейности:

- 5.1. **Извършени консултации със специалисти** - вписват се кодовете на специалностите на лекарите, извършили консултациите.
- 5.2. **Извършени специализирани и високоспециализирани медицински дейности** – вписва се наименованието на дейността със съответния код по МКБ-9 КМ и КСМП код.
- 5.3. **Извършени специализирани медико-диагностични изследвания (СМДИ) или високоспециализирани медико-диагностични изследвания (ВСМДИ)** – вписва се наименованието на изследването и код по МКБ-9 КМ и КСМП код.

6. Медицинска информация

- 6.1. **Основна диагноза** – наименование на диагнозата (изписва се на български език), която е повод за комплексното диспансерно (амбулаторно) наблюдение и код по МКБ-10 (1. основен код на диагноза; 2. допълнителен код).
- 6.2. **Придружаващи заболявания и усложнения** – вписват се наименования на съпътстващите заболявания (ако пациентът има такива) и кодовете им по МКБ-10 (1. основен код на диагноза; 2. допълнителен код).
- 6.3. **Анамнеза, обективно състояние, терапия** – в свободен текст се вписват всички медицински данни, отнасящи се до състоянието на пациента; терапия.

7. Валидиране на документа

Лекуващ (диспансеризиращ) лекар – задължително вписва фамилията си и се подписва на документа, с което удостоверява, че посочените в амбулаторния лист за комплексно диспансерно наблюдение дейности и изследвания са извършени.

Началник клиника/отделение по психиатрични заболявания/кожно-венерически заболявания в ЛЗ за БП или ЦПЗ/ЦКВЗ – задължително вписва фамилията си и се подписва на документа, с което удостоверява, че посочените в амбулаторния лист за комплексно диспансерно наблюдение дейности и изследвания са извършени.

Представяващ лечебното заведение, отразява начина на финансиране със съответната цифра от посочените възможности, в зависимост от източника на финансиране

Представяващ лечебното заведение – задължително се подписва и поставя печата на лечебното заведение.

Пациентът (родител, настойник/приемен родител) удостоверява с подписа си информираност за извършените медицински дейности, извършените изследвания и назначената терапия, както и че към момента на прегледа не е хоспитализиран. При отказ на пациента от назначената терапия или от хоспитализация, лекарят в свободен текст описва отказа в полето “Терапия” и задължително изисква подпис на пациента или негов законен представител.

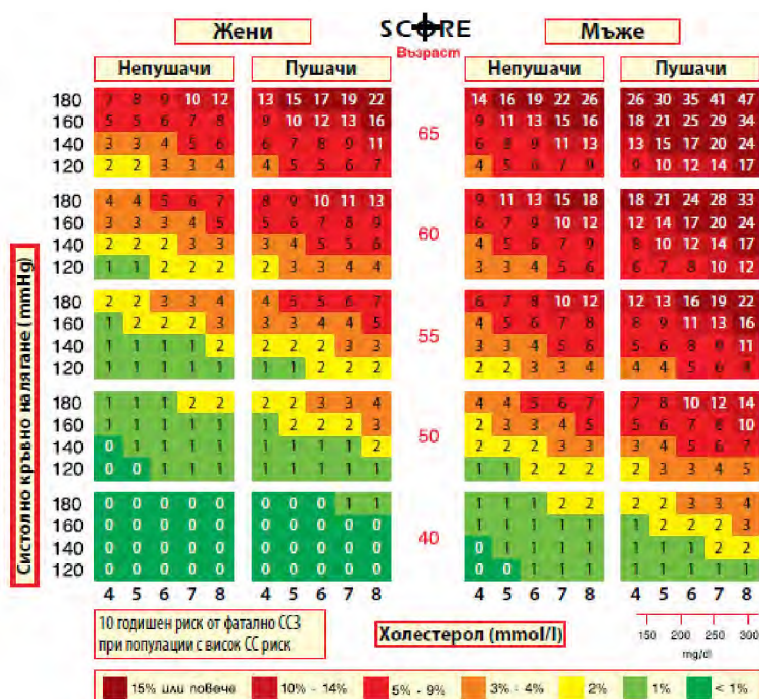
КАРТА ЗА ОЦЕНКА НА РИСКОВИТЕ ФАКТОРИ ЗА РАЗВИТИЕ НА ЗАБОЛЯВАНЕ

Към амбулаторен лист №/дата	
Лекар (УИН, ИАМН/РЗИ номер на лечебното заведение)	
Пациент (ЕГН, идентификационен номер)	

ЛИЧНА АНАМНЕЗА	ФАМИЛНА АНАМНЕЗА
☐ тютюнопушене (Z72.0) ☐ ☐ брой цигари дневно ☐ заседнал начин на живот (<30 мин. физическа активност на ден) (Z72.3) ☐ аденом/и на дебелото черво ☐ полипи на дебелото черво (D12.6) ☐ колоректален карцином (C19) ☐ болест на Crohn (K50) ☐ улцерозен колит (K51) ☐ цъолиакция (K90.0) ☐ захарен диабет тип ☐ тип 1 (E10) ☐ тип 2 (E11) ☐ предшестващи данни за дислипидемия (R94.8) ☐ ежедневна консумация на плодове и зеленчуци (поне 100 гр.) ☐ редовен прием на антихипертензивни медикаменти сега или в миналото ☐ повишена кръвна захар в миналото Жени ☐ ≥ 3 износени бременности или първо раждане на възраст ≤ 17г. ☐ продължителна (повече от 5 години) употреба на естрогени (контрацептиви или хормонална заместителна терапия) (Z92.0) ☐ имуносупресирани (D80-D89) ☐ неваксинирани срещу HPV (за възрастовата група ≥ 18 и ≤ 25г.) + един от изброените рискови фактори ☐ лекуван друг карцином ☐ доброкачествена дисплазия на млечната жлеза (N60) ☐ ранно менархе (≤ 10-годишна възраст) ☐ първо раждане на възраст ≥ 35 г. Мъже ☐ PSA > 4.0 ng/ml при мъже над 40 г.	☐ диабет тип 2 или тип 1 (дядо, баба, леля, вуйчо или първи братовчед) (Z83.3) ☐ диабет тип 2 или тип 1 (родител, брат, сестра, собствено дете) (Z83.3) ☐ ранно (под 55 г. за мъже – баща, брат и под 65 г. за жени – майка, сестра) заболяване на сърдечно-съдовата система (ИБС и МСБ) (Z82.4) ☐ майка или сестра с РМШ (Z80.4) ☐ рак на ректосигмоидалната област при един от родителите, братя, сестри, деца или двама от баба, дядо, леля, чичо, първи братовчед, племенник) (Z80.0) ☐ рак на млечната жлеза при майка, сестра или дъщеря (Z80.3) ☐ карцином на простатата (баща, брат) при мъже над 40 години (Z80.4)

ОБЕКТИВЕН СТАТУС Възраст Пол Ръст см Тегло кг Обиколка на талия см Артериално налягане: систолно mm Hg диастолно mm Hg ИТМ кг/м ²	МДИ ПРИ ПРОФИЛАКТИЧЕН ПРЕГЛЕД За лица без сърдечно-съдови заболявания, захарен диабет , ХБН, които подлежат на оценка на риска по SCORE (мъже 40 - 65 г. и жени 50 - 65 г.): Общ холестерол mmol/l HDL-холестерол mmol/l Триглицериди mmol/l Non-HDL-холестерол mmol/l (изчислен) LDL-холестерол (изчислен) mmol/l Кръвна захар (при FINDRISK ≥ 12г.) mmol/l PSA ng/ml
ОЦЕНКА НА 10-ГОДИШЕН СЪРДЕЧНО-СЪДОВ РИСК РИСК (SCORE) (нисък, умерен, висок, много висок)	ОЦЕНКА НА 10-ГОДИШЕН РИСК ОТ РАЗВИТИЕ НА ЗАХАРЕН ДИЕАБЕТ ТИП 2 (FINDRISK) (нисък, умерен, висок, много висок)

ФИГУРА 1. SCORE ДИАГРАМА:



РЕЦЕПТУРНА БЛАНКА - НЗОК

рецепта № изпълнила аптека № РЗОК № протокол №
ден месец годинакод
специалност Лекар/лекар по
дентална медицина

телефон

регистрационен номер на лечебното заведение

УИН на лекар/ЛПН на лекаря по дентална медицина

име

фамилия

 ден месец година		 № на рецептурна книжка		единична цена	сума за изплащане	
					от пациента	от РЗОК
код на лекарствен продукт 	Rp.	МКБ				
генерично заместване ☐ да ☐ не						
код на лекарствен продукт 	Rp.	МКБ				
генерично заместване ☐ да ☐ не						
код на лекарствен продукт 	Rp.	МКБ				
генерично заместване ☐ да ☐ не						
код на лекарствен продукт 	Rp.	МКБ				
генерично заместване ☐ да ☐ не						
Амбулаторен лист №		Рецепта №				

Лекар/лекар по
дентална медицина

подпис и личен печат

Всичко:

пациент:

име

фамилия

възраст

идентификационен номер на пациента

код на държава

ЕГН /ЛНЧ на пациента

адрес:

град/село

улица

номер

блок

вход

етаж

ап.

☐ бременна☐ кърмачка

идентификационен номер на получателя

код на държава

ЕГН /ЛНЧ на получателя

отпуснал:

магистър-фармацевт

УИН

печат на
аптеката

получил:

подпис

ден

месец

година

подпис

Бл.МЗ-НЗОК №5

Указания за попълване на "РЕЦЕПТУРНА БЛАНКА - НЗОК" – БЛАНКА ОБРАЗЕЦ „ МЗ-НЗОК № 5" (ЕДИНИЧНО ЕЛЕКТРОННО ПРЕДПИСАНИЕ)

Единичното електронно предписание се издава в електронен формат и съдържа данни, съответстващи на образца, утвърден с приложение № 6 към чл. 24, ал. 1 от Наредба № 4 от 04.03.2009 г. за условията и реда за предписване и отпускане на лекарствени продукти - образец на "Рецептурна бланка - бл.МЗ-НЗОК № 5". Образецът е приложим за предписване и отпускане на напълно или частично платени от НЗОК лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, в количества за до 30 дни.

Данни, въвеждани от лекар или лекар по дентална медицина, издал електронното предписание:

1. Лични данни на лекаря/лекар по дентална медицина – Код на специалност, регистрационен номер на лечебното заведение, УИН/ЛПК, име и фамилия, телефон, подпис;

2. Данни за пациента - име, презиме, фамилия, възраст, адрес, № РЗОК по местоживее, ЕГН (ЛНЧ), ЛНЧ, ССН - за граждани, осигурени в РБългария; идентификационен номер – за граждани от ЕС или по двустранни спогодби. Код на държавата –само за граждани на ЕС или по двустранни спогодби.

В полетата "бременна" и "кърмачка", означени с ☐, се прави избор със съответно маркиране в относимото поле.

3. Данни по предписанието:

3.1. Дата на издаване - датата на издаване на електронното предписание. Датата на издаване на електронното предписание и датата на издаване на амбулаторния лист, в който са отразени данните от нея, трябва да съвпадат.

3.2. Код на лекарствен продукт - въвежда се съответния „НЗОК-код“ на лекарствения продукт, посочен в списъците с лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, заплащани от НЗОК.

3.3. Генерично предписване на лекарствени продукти – изборът се удостоверява чрез съответно маркиране;

- при избор "да" - не се въвежда "код на лекарствен продукт", а в полето Rp. се въвежда международното непатентно наименование от лекарствения списък на НЗОК, лекарствената форма и количеството на лекарствения продукт; еднократна доза на прием; схема на приемане; продължителност на лечението.

- при избор "не" - въвежда се "код на лекарствен продукт", а в полето Rp. се въвежда търговското наименование, лекарствената форма и количеството на лекарствения продукт, медицинското изделие или диетична храна; еднократна доза на прием; схема на приемане или прилагане; продължителност на лечението.

3.4. Генерично предписване на медицински изделия (тест ленти) – изборът се удостоверява чрез съответно маркиране;

- при избор "да" - въвежда се "НЗОК-код" съгласно указания по прилагане на списъка с МИ.

- при избор "не" - въвежда се "НЗОК-код", а в полето Rp. се въвежда търговското наименование, формата и количеството на медицинското изделие; еднократно количество на прием; схема на приемане или прилагане; продължителност на приложение.

3.5. МКБ - въвежда се съответния МКБ-код на заболяването, посочен в списъците с лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, заплащани от НЗОК.

4. Протокол № - НРН номер на Е-протокола, на базата на който, се издава електронното предписание. Ден, месец, година е началната дата на валидност на протокола.

5. № на амбулаторен лист – попълва се национален референтен номер (НРН) на амбулаторния лист, издаден от НЗИС.

6. Рецепта № – уникален референтен номер на предписване (НРН номер), издаден от Националната здравно информационна система (НЗИС).

7. Електронното предписание задължително се подписва с квалифициран електронен подпис на лекаря, който го е издал.

Данни, въвеждани при изпълнение на електронното предписание в аптеката:

1. Изпълнила аптека № - регистрационният номер на аптеката, съгласно сключения договор с РЗОК.

2. ЕГН /ЛНЧ или идентификационен номер на чужденец и код на държавата на получателя.

3. Дата на изпълнение, генерирана от НЗИС при отпускане на електронното предписание

4. УИН на магистър-фармацевта, изпълняващ електронното предписание.

5. Изпълненото електронно предписание задължително се подписва с квалифициран електронен подпис на магистър-фармацевта, който го е изпълнил.

6. Рецепта № - уникален референтен номер на отпускане (НРН номер), издаден от Националната здравно информационна система (НЗИС) след изпращане към НЗИС на изпълнено електронно предписание.

7. Отразяват се отпуснатите количество на лекарствен/и продукт/и;

8. НЗОК код на отпуснатия лекарствен/и продукт/и, в случаите на генерично предписване

Указания за попълване на "Рецептурна бланка-НЗОК" – БЛАНКА ОБРАЗЕЦ „МЗ-НЗОК № 5А" (ТРОЙНО ЕЛЕКТРОННО ПРЕДПИСАНИЕ)

Тройното електронно предписание се издава в електронен формат и съдържа данни, съответстващи на образца, утвърден с приложение №7 към чл. 24, ал. 1 от Наредба № 4 от 04.03.2009 г. за условията и реда за предписване и отпускане на лекарствени продукти - образец на "Рецептурна бланка - бл.МЗ-НЗОК №5А".

Тройното електронно предписание се състои от три части – А, В и С. На една част предписаното количество на лекарствен продукт/медицинско изделие/диетична храна за специални медицински цели е за до 30 дни, освен когато липсва подходяща опаковка в списъците на НЗОК. На едно тройно електронно предписание предписаното количество може да е за не повече от 100 дни, предписано на до три части.

Образецът е приложен за предписване и отпускане на напълно или частично платени от НЗОК лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, в количества за до 30 дни.

Данни, въвеждани от лекар или лекар по дентална медицина, издал електронното предписание:

1. Лични данни на лекаря/лекар по дентална медицина – Код на специалност, регистрационен номер на лечебното заведение, УИН/ЛПК, име и фамилия, телефон, подпис;

2. Данни за пациента - име, презиме, фамилия, възраст, адрес, № РЗОК по настоящ адрес, ЕГН (ЛНЧ), ЛНЧ, ССН - за граждани, осигурени в РБългария; идентификационен номер – за граждани от ЕС или по двустранни спогодби. Код на държавата –само за граждани на ЕС или по двустранни спогодби.

В полетата "бременна" и "кърмачка", означени с ☐, се прави избор със съответно маркиране в относимото поле.

3. Данни по предписанието:

3.1. Дата на издаване - датата на издаване на електронното предписание. Датата на издаване на електронното предписание и датата на издаване на амбулаторния лист, в който са отразени данните от нея, трябва да съвпадат.

3.2. Код на лекарствен продукт - въвежда се съответния „НЗОК-код" на лекарствения продукт, посочен в списъците с лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, заплащани от НЗОК.

3.3. Генерично предписване на лекарствени продукти – изборът се удостоверява чрез съответно маркиране;

- при избор "да" - не се въвежда "код на лекарствен продукт", а в полето Rp. се въвежда международното непатентно наименование от лекарствения списък на НЗОК, лекарствената форма и количеството на лекарствения продукт; еднократна доза на прием; схема на приемане; продължителност на лечението.

- при избор "не" - въвежда се "код на лекарствен продукт", а в полето Rp. се въвежда търговското наименование, лекарствената форма и количеството на лекарствения продукт, медицинското изделие или диетична храна; еднократна доза на прием; схема на приемане или прилагане; продължителност на лечението.

3.4. Генерично предписване на медицински изделия (тест ленти) – изборът се удостоверява чрез съответно маркиране;

- при избор "да" - въвежда се "НЗОК-код" съгласно указания по прилагане на списъка с МИ.

- при избор "не" - въвежда се "НЗОК-код", а в полето Rp. се въвежда търговското наименование, формата и количеството на медицинското изделие; еднократно количество на прием; схема на приемане или прилагане; продължителност на приложение.

3.5. МКБ - въвежда се съответния МКБ-код на заболяването, посочен в списъците с лекарства, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, заплащани от НЗОК.

4. Протокол № - НРН номер на Е-протокола, на базата на който, се издава електронното предписание. Ден, месец, година е началната дата на валидност на протокола.

5. № на амбулаторен лист – попълва се национален референтен номер (НРН) на амбулаторния лист, издаден от НЗИС.

6. Рецепта № – уникален референтен номер на предписване (НРН номер), издаден от Националната здравно информационна система (НЗИС).

7. Електронното предписание задължително се подписва с квалифициран електронен подпис на лекаря, който го е издал.

Данни, въвеждани при изпълнение на електронното предписание в аптеката:

1. Изпълнила аптека № - регистрационният номер на аптеката, съгласно сключения договор с РЗОК.

2. ЕГН /ЛНЧ или идентификационен номер на чужденеца и код на държавата на получателя.

3. Дата на изпълнение, генерирана от НЗИС при отпускане на електронното предписание;

4. УИН на магистър-фармацевта, изпълняващ електронното предписание.

5. Изпълненото електронно предписание задължително се подписва с квалифициран електронен подпис на магистър-фармацевта, който го е изпълнил.

6. Рецепта № - уникален референтен номер на отпускане (НРН номер), издаден от Националната здравно информационна система (НЗИС) след изпращане към НЗИС на изпълнено електронно предписание.

7. Отражават се отпуснатите количество на лекарствен/и продукт/и;

8. НЗОК код на отпуснатия лекарствен/и продукт/и, в случаите на генерично предписване

ПАЦИЕНТ		РЗОК №. здравен район ЕГН (ЛНЧ) на пациента		рег. номер на лечебното заведение	
Идентификационен номер		УИН на лекаря-специалист			
☐ ЕГН ☐ ЛНЧ дата на раждане ☐ ССН ☐ гражданин на ЕС (или по двустранни спогодби)		код на държава		код специалност (име и фамилия на лекаря)	
име, презиме и фамилия по лична карта				(наименование на лечебното заведение и адрес)	
Адрес: гр.(с) ул. №					
Ж.К. бл. вх. тел.					

ПРОТОКОЛ ЗА ПРЕДПИСВАНЕ НА ЛЕКАРСТВА, ЗАПЛАЩАНИ ОТ НЗОК/РЗОК

№.

☐ IA ☐ IB ☐ IC

Предложение на експертна комисия или специалист по профила на заболяването

№.

дата на издаване

за срок:

брой дни

№ амбулаторен лист:

№ решение на специализирана комисия:

КЛИНИЧНА ДИАГНОЗА

МКБ . . .

УТОЧНЕНА ТЕРАПИЯ (вид, схема и срок на лечение)

Код НЗОК

(търговско наименование на продукта; лекарствена форма, количество на лекарственото вещество, брой в една опаковка)

дневна/седмична доза:

месечна доза: за срок от дни

Код НЗОК

(търговско наименование на продукта; лекарствена форма, количество на лекарственото вещество, брой в една опаковка)

Дневна/седмична доза:

месечна доза: за срок от дни

Код НЗОК

(търговско наименование на продукта; лекарствена форма, количество на лекарственото вещество, брой в една опаковка)

Дневна/седмична доза:

месечна доза: за срок от дни

Общо количество за срока на действие на протокола:

ПРЕДЛОЖЕНИЕ ЗА СРОКОВЕ ЗА КОНТРОЛНИ ПРЕГЛЕДИ

Председател на експертна комисия:

(подпис и печат на лечебното заведение)

Лекуващ лекар:

(подпис и личен печат)

РЕШЕНИЕ НА КОМИСИЯ ЗА ЕКСПЕРТИЗА КЪМ ЦУ НА НЗОК/РЗОК

№.

дата:

Комисия №.

заседание №.

за срок:

брой дни

УТОЧНЕНА ТЕРАПИЯ (вид, схема и срок на лечение)

Код НЗОК

(търговско наименование на продукта; лекарствена форма, количество на лекарственото вещество, брой в една опаковка)

дневна/седмична доза:

месечна доза: за срок от дни

Код НЗОК

(търговско наименование на продукта; лекарствена форма, количество на лекарственото вещество, брой в една опаковка)

Дневна/седмична доза:

месечна доза: за срок от дни

Код НЗОК

(търговско наименование на продукта; лекарствена форма, количество на лекарственото вещество, брой в една опаковка)

Дневна/седмична доза:

месечна доза: за срок от дни

Общо количество за срока на действие на протокола:

Попълва се от РЗОК

Валиден от

за брой дни

Валиден до

ПРЕДЛОЖЕНИЕ ЗА СРОКОВЕ ЗА КОНТРОЛНИ ПРЕГЛЕДИ

Заб.: Комисия №. - номерът съвпада с номера на РЗОК; за ЦУ на НЗОК номерът е "30"

Становище:.....

Председател на комисия:
(подпис и печат на НЗОК/РЗОК)

Външен експерт:
(фамилия и подпис)

Заверка от РЗОК при получено решение от НЗОК:

Председател на комисия в РЗОК:

Членове: 1.....
(подпис)

2.....
(подпись)

3.
(подпись)

4.
(подпись)

АПТЕКА рег. №. в РЗОК <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												
ОТПУСНАТО: код НЗОК <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												
ОТПУСНАТО: код НЗОК <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								УИН на магистър фармацевта												
ОТПУСНАТО: код НЗОК <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> (код, търговско наименование на продукта; лекарствена форма, количество на лекарственото вещество, брой в една опаковка)								Отпуснал: (подпис и печат на аптеката)												
АПТЕКА рег. №. в РЗОК <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												
ОТПУСНАТО: код НЗОК <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												
ОТПУСНАТО: код НЗОК <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								УИН на магистър фармацевта												
ОТПУСНАТО: код НЗОК <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> (код, търговско наименование на продукта; лекарствена форма, количество на лекарственото вещество, брой в една опаковка)								Отпуснал: (подпис и печат на аптеката)												
АПТЕКА рег. №. в РЗОК <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												
ОТПУСНАТО: код НЗОК <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												
ОТПУСНАТО: код НЗОК <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								УИН на магистър фармацевта												
ОТПУСНАТО: код НЗОК <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> (код, търговско наименование на продукта; лекарствена форма, количество на лекарственото вещество, брой в една опаковка)								Отпуснал: (подпис и печат на аптеката)												
АПТЕКА рег. №. в РЗОК <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												
ОТПУСНАТО: код НЗОК <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												
ОТПУСНАТО: код НЗОК <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								УИН на магистър фармацевта												
ОТПУСНАТО: код НЗОК <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> (код, търговско наименование на продукта; лекарствена форма, количество на лекарственото вещество, брой в една опаковка)								Отпуснал: (подпис и печат на аптеката)												
АПТЕКА рег. №. в РЗОК <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												
ОТПУСНАТО: код НЗОК <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												
ОТПУСНАТО: код НЗОК <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								УИН на магистър фармацевта												
ОТПУСНАТО: код НЗОК <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> (код, търговско наименование на продукта; лекарствена форма, количество на лекарственото вещество, брой в една опаковка)								Отпуснал: (подпис и печат на аптеката)												
АПТЕКА рег. №. в РЗОК <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												
ОТПУСНАТО: код НЗОК <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												
ОТПУСНАТО: код НЗОК <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								УИН на магистър фармацевта												
ОТПУСНАТО: код НЗОК <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> (код, търговско наименование на продукта; лекарствена форма, количество на лекарственото вещество, брой в една опаковка)								Отпуснал: (подпис и печат на аптеката)												

АПТЕКА		рег. №. в РЗОК			
ОТПУСНАТО: код НЗОК			дата на отпускане		
ОТПУСНАТО: код НЗОК			УИН на магистър фармацевта		
ОТПУСНАТО: код НЗОК			Отпуснал:		
(код, търговско наименование на продукта, лекарствена форма, количество на лекарственото вещество, брой в една опаковка)		(подпис и печат на аптеката)			
АПТЕКА		рег. №. в РЗОК			
ОТПУСНАТО: код НЗОК			дата на отпускане		
ОТПУСНАТО: код НЗОК			УИН на магистър фармацевта		
ОТПУСНАТО: код НЗОК			Отпуснал:		
(код, търговско наименование на продукта, лекарствена форма, количество на лекарственото вещество, брой в една опаковка)		(подпис и печат на аптеката)			
АПТЕКА		рег. №. в РЗОК			
ОТПУСНАТО: код НЗОК			дата на отпускане		
ОТПУСНАТО: код НЗОК			УИН на магистър фармацевта		
ОТПУСНАТО: код НЗОК			Отпуснал:		
(код, търговско наименование на продукта, лекарствена форма, количество на лекарственото вещество, брой в една опаковка)		(подпис и печат на аптеката)			
АПТЕКА		рег. №. в РЗОК			
ОТПУСНАТО: код НЗОК			дата на отпускане		
ОТПУСНАТО: код НЗОК			УИН на магистър фармацевта		
ОТПУСНАТО: код НЗОК			Отпуснал:		
(код, търговско наименование на продукта, лекарствена форма, количество на лекарственото вещество, брой в една опаковка)		(подпис и печат на аптеката)			
АПТЕКА		рег. №. в РЗОК			
ОТПУСНАТО: код НЗОК			дата на отпускане		
ОТПУСНАТО: код НЗОК			УИН на магистър фармацевта		
ОТПУСНАТО: код НЗОК			Отпуснал:		
(код, търговско наименование на продукта, лекарствена форма, количество на лекарственото вещество, брой в една опаковка)		(подпис и печат на аптеката)			
АПТЕКА		рег. №. в РЗОК			
ОТПУСНАТО: код НЗОК			дата на отпускане		
ОТПУСНАТО: код НЗОК			УИН на магистър фармацевта		
ОТПУСНАТО: код НЗОК			Отпуснал:		
(код, търговско наименование на продукта, лекарствена форма, количество на лекарственото вещество, брой в една опаковка)		(подпис и печат на аптеката)			

УКАЗАНИЕ ЗА ПОПЪЛВАНЕ НА Е-“ПРОТОКОЛ ЗА ПРЕДПИСВАНЕ НА ЛЕКАРСТВА, ЗАПЛАЩАНИ ОТ НЗОК/РЗОК”

С "Протокол за предписване на лекарства, заплащани от НЗОК/РЗОК" (образец по приложение № 8 към чл. 24, ал. 1 от Наредба № 4 от 2009 г.) се предписват скъпоструващи лекарствени продукти, за които са налице следните условия:

- включени са в приложение № 1 на ПЛС и се заплащат от НЗОК по реда на Наредба № 10 от 2009 г.;
- в приложение № 1 на ПЛС за тези лекарствени продукти е посочено, че се извършва експертиза по чл. 78, т. 2 ЗЗО;

- издадено експертно решение от специализираната комисия съгласно АПр № 38 "Определяне на план на лечение и проследяване на терапевтичния отговор при пациенти, получаващи скъпоструващи лекарствени продукти по реда на чл. 78, т. 2 от ЗЗО" (бл. МЗ-НЗОК № 13) или издаден "Амбулаторен лист" от лекар специалист по профила на заболяването - изпълнител на специализирана извънболнична медицинска помощ по договор с НЗОК (бл. МЗ-НЗОК № 1).

Е-протокол е електронен документ по смисъла на чл.3, ал.2 от Закона за електронния документ и електронните удостоверителни услуги.

Е-протокол обединява историческа информация за:

- предписани от специалист скъпоструващи лекарствени продукти, заплащани от НЗОК;
- издадените и изпълнени електронни предписания на ЗОЛ, с лекарствени продукти, медицински изделия или диетични храни за специални медицински цели, предписани с протокол.

1. Право да получават лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, изписвани по е-протокол, имат само здравноосигурени лица .
2. Е-протокол се издава от специалист по профила на заболяването, работещ по договор с НЗОК в извънболничната помощ или от специализирани комисии, посочени в изискванията за издаване на е-протоколи за провеждане на лечение по конкретни заболявания и групи лекарства.
3. Е-протокол се подава по електронен път, в специфициран формат, чрез специализиран софтуер на лекар специалист по профила на заболяването, чрез криптирана връзка с квалифициран електронен подпис (КЕП) на лекаря специалист. За всеки подаден Е-протокол се генерира национален уникален номер (НРН) в информационната система на НЗОК, който се връща към лекарския софтуер
4. Е-протокол се издава въз основа на издаден медицински документ:
 - „Амбулаторен лист“ от специалист – изпълнител на СИМП;
 - или
 - „Решение на специализирана комисия“ по АПр № 38 „Определяне на план на лечение и проследяване на терапевтичния отговор при пациенти, получаващи скъпоструващи лекарствени продукти по реда на чл. 78, т. 2 ЗЗО“ от специализирана комисия, съгласно утвърдените Изисквания на НЗОК по заболявания
5. Данни, вписвани от специалиста:

За пациента:

а. ЕГН (ЛНЧ) – попълва се единен граждански номер. За чуждестранните граждани, пребиваващи в Р България, които нямат ЕГН, се попълва личен номер на чужденеца, маркира се с "X" ЛНЧ, ССН или гражданин на ЕС (или по двустранни спогодби) и се въвежда дата на раждане.

б. РЗОК №, здравен район – вписват се кодовете на РЗОК и здравният район по настоящ адрес на пациента

в. Име, презиме, фамилия, адрес – вписват се имената на пациента и настоящия адрес.

г. Идентификационен номер – вписва се персонален идентификационен номер на осигурено в друга държава лице.

д. Код на държавата – вписва се кодът на държавата за осигурено в друга държава лице.

За лекаря-специалист:

а. Регистрационен номер на лечебното заведение.

б. УИН – вписва се УИН на лекаря-специалист.

в. Код на специалност – вписва се кодът на специалността на лекаря, издал протокола според приложената номенклатура на специалностите.

г. Име и фамилия – вписват се имената на лекаря-специалист.

д. Наименование на лечебното заведение и адрес.

6. Валидността на протокола е до **365 календарни дни**, от датата на заверяването му в РЗОК.

7. В един е-протокол се предписва само един лекарствен продукт в до 3 (три) дозови форми.

8. В е-протокола задължително се посочват: клинична диагноза **с четиризначен МКБ-код**, код НЗОК, търговско наименование на продукта, лекарствена форма, количество на лекарственото вещество, брой в една опаковка, дневна/седмична доза, месечна доза, общо количество за срока на действие на е-протокола **в календарни дни**.

9. В случай, че видът и схемата на лечението се променят, лицата по т. 1 издават нов е-протокол по установения ред.

10. Въз основа на е-протокола се издава единично или тройно електронно предписание (обр. МЗ-НЗОК № 5 или обр. МЗ-НЗОК № 5 А) от ОПЛ, при който е записано здравноосигуреното лице и/или от специалист по профила на заболяването. В електронното предписание се вписва НРН номер на е-протокола, на базата на който, се издава единично или тройно електронно предписание.

11. ОПЛ е длъжен да следи и уведомява пациента за необходимостта от периодични прегледи.

12. ОПЛ и специалистът са длъжни да предписват лекарствени продукти, медицинските изделия и диетичните храни за специални медицински цели като спазват стриктно утвърдената схема на лечение в е-протокола.

13. Отпускането на ЛП, МИ, ДХСМЦ, предписани с Е-„Протокол за предписване на лекарствени продукти, заплащани от НЗОК/РЗОК“, се извършва след представяне на документ за самоличност на здравноосигуреното лице /приносителя, след което проверява в НЗИС за наличието на издадено електронно предписание по идентификатор на пациента (ЕГН, ЛНЧ, ССН и осигурителен номер на чуждестранно лице), на когото са предписани ЛП, МИ и ДХСМЦ, и дата на издаване на електронното предписание и валиден „Е-„ Протокол за предписване на лекарства, заплащани от НЗОК/РЗОК“, утвърден от комисия в ЦУ на НЗОК/РЗОК и одобрен от РЗОК, на територията на която е актуалният избор на общопрактикуващ лекар (ОПЛ) на здравноосигуреното лице.

14. Електронно предписание за лекарствени продукти, предписвани по е-протокол, се издава само в срока на валидност на е-протокола.

15. С цел осигуряване непрекъснатост на лечението на здравноосигуреното лице, след изпълнение на електронното предписание по предпоследния /съгласно утвърдените в протокола/ прием, ИМП и здравноосигуреното лице могат да започнат подготовка на необходимите документи за издаване на нов е-протокол. В този случай електронното

предписание за последния прием може да се издаде преди изтичане на 30 дневния период от предходното отпускане на лекарствения продукт, но в срока на валидност на е-протокола

16. ОПЛ е длъжен да разясни на здравноосигуреното лице случаите, при които е-протокол може да бъде анулиран.

17. **Не се допуска издаването на** електронното предписание **едновременно от ОПЛ и специалист за един и същи период на лечение, както и дублирано издаване на протоколи от лицата по т. 1.**

18. **Уточнения по начина на извършване на предписанията:**

Заболяване	Уточнения
1. Захарна болест	На един протокол-могат да бъдат предписвани до три инсулинови продукта, съгласно изискванията на НЗОК за лечение на захарен диабет При назначаване на терапия по МКБ-кодове <i>E10.2, E10.3, E10.4, E10.5, E10.9, E11.2, E11.3, E11.4, E11.5 и E11.9</i> на здравноосигуреното лице могат да бъдат предписани общо до 3 лекарствени продукта. Може да бъде активен само един от кодовете на рубриките E10 или E11.
2. Шизофрения	При назначаване на терапия по рубрики “Шизофрения” /включваща кодове <i>F20.0, F20.1, F20.5 и F20.6</i>/, “Шизоафективни разстройства” /включваща кодове <i>F25.0, F25.1 и F25.2</i>/, “Маниен епизод” /включваща кодове <i>F30.0 и F30.1</i>/, “Биполарно афективно разстройство” /включваща кодове <i>F31.0, F31.1, F31.2, F31.3, F31.4, F31.5, F31.6 и F31.7</i>/, “Рекурентно депресивно разстройство” /включваща кодове <i>F33.0, F33.1, F33.2, F33.3 и F33.4</i>/, “Други тревожни разстройствана” /включваща кодове <i>F41.0 и F41.1</i>/, “Обсесивно-компулсивно разстройство” /включваща кодове <i>F42.0, F42.1, F42.2 и F42.8</i> / на здравноосигуреното лице могат да бъдат предписани общо до 3 лекарствени продукта само за активния МКБ-код.
3. Шизоафективни разстройства	
4. Маниен епизод	
5. Биполарно афективно разстройство	
6. Рекурентно депресивно разстройство	
7. Други тревожни разстройства	
8. Obsесивно-компулсивно разстройство	

РЕЦЕПТУРНА БЛАНКА - НЗОК

рецепта № изпълнила аптека № Лекар/лекар по
дентална медицина

телефон

регистрационен номер на лечебното заведение

УИН на лекаря/ЛПК на лекаря по дентална медицина

код специалност

име

фамилия

ден

месец

година

№ на рецептурна книжка

единична
цена

сума за изплащане

от пациента

от РЗОК

код на лекарствен
продукт

Rp.

МКБ

генерично заместване

☐ да☐ некод на лекарствен
продукт

Rp.

МКБ

генерично заместване

☐ да☐ некод на лекарствен
продукт

Rp.

МКБ

генерично заместване

☐ да☐ неАмбулаторен лист № Рецепта № Лекар/лекар по
дентална медицина

подпис и личен печат

Всичко:

пациент:

военноинвалид / военнопострадал

РЗОК

ЕГН /ЛНЧ на пациента

възраст

име

фамилия

удостоверение на
военноинвалид / военнопострадал

дата

решение ТЕ/ЛК №

дата

адрес:

град/село

улица

номер

блок

вход

етаж

ап.

идентификационен номер на получателя

код на държава

ЕГН /ЛНЧ на получателя

отпуснал:

магистър-фармацевт

подпис

ден

месец

година

печат на
аптеката

получил:

подпис

УКАЗАНИЯ ЗА РАБОТА С "РЕЦЕПТУРНА БЛАНКА-НЗОК" – БЛАНКА ОБРАЗЕЦ „ МЗ-НЗОК № 5Б"

"Рецептурна бланка – бл.МЗ-НЗОК №5Б" е документ за предписване и отпускане на частично платени от НЗОК лекарствени продукти за военноинвалидите и военнопострадалите, в количества до 30 дни. Попълва се в два екземпляра от изпълнителя на медицинска или дентална помощ.

И двата екземпляра се предават на пациента.

В случай, че лекарят или лекарят по дентална медицина е предписал доза по-висока от максимално определената при разрешаване на лекарствения продукт и се е подписал срещу нея, фармацевтът изпълнява съответното предписание.

В случай на явни несъответствия в предписанията, фармацевтът е задължен да се свърже с лекаря или лекаря по дентална медицина, издал рецептата.

Документът се попълва ясно и четливо.

Данни, попълвани от лекар или лекар по дентална медицина, издал рецептата

1. **Лични данни на лекар/лекар по дентална медицина** – Код на специалност, регистрационен номер на лечебното заведение, УИН/ЛПК, име и фамилия, телефон, подпис, личен печат и/или печат на лечебното заведение.
2. **Данни за пациента** – Име, презиме, фамилия, възраст, номер на удостоверение за военноинвалид/военнопострадал, валидно към датата на предписване, дата до която е валидно удостоверението, % на трайна неработоспособност, № решение на ТЕЛК и дата на решението, адрес, № РЗОК (по настоящ адрес на пациента), ЕГН(ЛНЧ) - за граждани, осигурени в РБългария;
3. **Данни по предписанието:**
 - 3.1. **Дата на издаване** – датата на издаване на рецептата. **Датата на издаване на рецептата и датата на издаване на амбулаторния лист, в който са отразени данните от нея, трябва да съвпадат.**
 - 3.2. **№ на рецептурна книжка** – записва се № на валидната рецептурна книжка на военноинвалид/военнопострадал.
 - 3.3. **Код на лекарствен продукт** – от списъците с лекарства за военноинвалидите и военнопострадалите, заплащани от НЗОК.
 - 3.4. **Генерично заместване** – изборът се маркира с „X”.
 - **при избор “да”** – не се попълва “код на лекарствен продукт”, а в полето Rp. се изписва международното непатентно наименование от лекарствения списък за военноинвалидите и военнопострадалите на НЗОК, формата и количеството на лекарствения продукт; еднократна доза на прием; схема на приемане; продължителност на лечението.
 - **при избор “не”** – се попълва “код на лекарствен продукт”, а в полето Rp. се изписва търговското наименование, формата и количеството на лекарствения продукт от списъка за военноинвалидите и военнопострадалите; еднократна доза на прием; схема на приемане или прилагане; продължителност на лечението.
 - 3.5. **МКБ** – изписва се кодът на заболяването, посочен в списъците с лекарства, заплащани от НЗОК.
4. **№ на амбулаторен лист** – изписва се № на амбулаторния лист.
5. **Рецепта №** - пореден № на рецептата. Номерацията на издадените рецептурни бланки (за комбинацията РЦЗ, УИН и специалност) за всяка календарна година започва от № 1.
6. Задължително се поставят **подпис и личен печат и/или печат на лечебното заведение** върху двата екземпляра, постъпващи в аптеката.

Данни, попълвани от аптеката

7. **Рецепта №** - генериран от софтуера на аптеката. Поредността на номерацията за всяка календарна година започва от № 1.
8. **Изпълнила аптека №** - регистрационният номер на аптеката.
9. **ЕГН /ЛНЧ** или идентификационен номер на чужденеца и **код** на държавата на получателя.
10. **Дата на изпълнение** на рецептата.
11. Изпълняващият рецептата **се подписва и поставя печат на аптеката** и я предоставя за **подпис на приносителя**.

Рецептата не се изпълнява в случай, че:

12. не съдържа всички данни по точки 1 до 6;
13. срокът на валидност е изтекъл;
14. има несъответствие между предписания брой опаковки и определената доза на прием и другите общи изисквания по предписване на лекарствени продукти;
15. предписаният лекарствен продукт, не е включен в списъка на НЗОК за военноинвалиди и военнопострадали;
16. не се представи издадена от МО "Рецептурна книжка за военноинвалид/военнопострадал", документ за самоличност, удостоверение на военноинвалид/военнопострадал, валидно към датата на отпускане;
17. съдържа несъответстващи НЗОК-кодове; превишени дози, срещу които няма подпис на лекаря; заличени и/или задраскани данни и други несъответствия съгласно изискванията по предписанията, определени в указанията.

Образецът може да се разпечатва от лекаря/лекаря по дентална медицина или да се печата в печатница на бял лист А4 (формат портрет) в 2 екземпляра или на А4 (Landscape), като в този случай двата екземпляра се отделят с разделителна линия.

Рецептурната книжка се издава от Министерство на отбраната, едновременно с издаването на книжка за военноинвалиди или военнопострадали.

Изгубена, унищожена или приключена рецептурна книжка се заменя с нова, след подаване на молба от военноинвалида или военнопострадалия до министъра на отбраната



Право да предписват разрешение за употреба в страната лекарствени продукти по реда на Наредбата за реда за получаване на заплащане на лекарствени продукти на военноинвалиди и военнопострадали имат всички лекари и лекари по дентална медицина, сключили договор с НЗОК за оказване на извънболнична и дентална помощ.

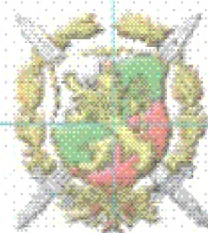
За да се получат предписаните лекарствени продукти се представя рецептурна книжка, рецепта, документ за самоличност и книжка за военноинвалид и военнопострадал.

Министерство на отбраната моли в случай на намиране на рецептурна книжка за военноинвалиди или военнопострадали да се направи необходимото същата да се върне на заинтересованото лице, защото е от значение за неговото здраве.

МИНИСТЕРСТВО НА ОТБРАНАТА
НА РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ

РЕЦЕПТУРНА КНИЖКА

ЗА ВОЕННОИНВАЛИД/ВОЕННОПОСТРАДАЛ



№ _____

МИНИСТЕРСТВО НА ОТБРАНАТА НА РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ

РЕЦЕПТУРНА КНИЖКА

ЗА ВОЕННОИНВАЛИД/ВОЕННОПОСТРАДАЛ

№ 1

/име/

/презиме/

ЕГН

/фамилия по лична карта/

Адрес:

/град, село/

/улица/

/жилищен комплекс

бл.

вх.

етаж

апартамент/

/№ на книжката за военноинвалид/военнопострадал, дата, месец и година на издаване/

/Телефон и GSM/

Министър на отбраната:

Дата на издаване

/подпис и печат/

№

№ 1



РЕЦЕПТУРНА БЛАНКА - НЗОК

рецепта № изпълнила аптека № Лекар/лекар по
дентална медицина

телефон

регистрационен номер на лечебното заведение

код специалност

име

фамилия

УИН на лекаря/ЛПК на лекаря по дентална медицина

 ден	 месец	 година	 № на рецептурна книжка	единична цена	сума за изплащане	
					от пациента	от РЗОК
код на лекарствен продукт	Rp. МКБ					
генерично заместване						
да не						
код на лекарствен продукт	Rp. МКБ					
генерично заместване						
да не						
код на лекарствен продукт	Rp. МКБ					
генерично заместване						
да не						
Амбулаторен лист №				Рецепта №		

Лекар/лекар по
дентална медицина

подпис и личен печат

Всичко :

пациент:

РЗОК

ЕГН на пациента

възраст

ветеран

име

фамилия

удостоверение на ветеран

дата

адрес:

град/село

улица

номер

блок

вход

етаж

ап.

идентификационен номер на получателя

Код на държава

ЕГН /ЛНЧ на получателя

отпуснал:

магистър-фармацевт

подпис

ден

месец

година

печат на
аптеката

получил:

подпис

УКАЗАНИЯ ЗА РАБОТА С “РЕЦЕПТУРНА БЛАНКА-НЗОК” – БЛАНКА ОБРАЗЕЦ „ МЗ-НЗОК № 5В”

“Рецептурна бланка – бл.МЗ-НЗОК №5В” е документ за предписване и отпускане на напълно платени от НЗОК лекарствени продукти на ветераните от войните, в количества до 30 дни. Попълва се в два екземпляра от изпълнителя на медицинска или дентална помощ.

И двата екземпляра се предават на пациента.

В случай, че лекарят или лекарят по дентална медицина е предписал доза по-висока от максимално определената при разрешаване на лекарствения продукт и се е подписал срещу нея, фармацевтът изпълнява съответното предписание.

В случай на явни несъответствия в предписанията, фармацевтът е задължен да се свърже с лекаря или лекаря по дентална медицина, издал рецептата.

Документът се попълва ясно и четливо.

Данни, попълвани от лекар или лекар по дентална медицина, издал рецептата

1. **Лични данни на лекар/лекар по дентална медицина** – Код на специалност, регистрационен номер на лечебното заведение, УИН/ЛППК, име и фамилия, телефон, подпис, печат и/или печат на лечебното заведение.
2. **Данни за пациента** – Име, презиме, фамилия, възраст, номер на удостоверение за ветеран от войните, адрес, № РЗОК (по настоящ адрес на пациента), ЕГН(ЛНЧ) - за граждани, осигурени в РБългария; идентификационен номер – за граждани от ЕС или по двустранни спогодби. Код на държавата – вписва се само за граждани на ЕС или по двустранни спогодби.
3. **Данни по предписанието:**
 - 3.1. **Дата на издаване** – датата на издаване на рецептата. **Датата на издаване на рецептата и датата на издаване на амбулаторния лист, в който са отразени данните от нея, трябва да съвпадат.**
 - 3.2. **№ на рецептурна книжка** – записва се № на валидната рецептурна книжка на пациента.
 - 3.3. **Код на лекарствен продукт** – от списъците с лекарства за ветераните от войните, заплащани от НЗОК.
 - 3.4. **Генерично заместване** – изборът се маркира с „X”.
 - **при избор “да”** – не се попълва “код на лекарствен продукт”, а в полето Rp. се изписва международното непатентно наименование от лекарствения списък на НЗОК за ветераните от войните, формата и количеството на лекарствения продукт; еднократна доза на прием; схема на приемане; продължителност на лечението.
 - **при избор “не”** – се попълва “код на лекарствен продукт”, а в полето Rp. се изписва търговското наименование, формата и количеството на лекарствения продукт от списъка за ветераните от войните; еднократна доза на прием; схема на приемане или прилагане; продължителност на лечението.
 - 3.5. **МКБ** – изписва се кодът на заболяването, посочен в списъците с лекарства, заплащани от НЗОК.
4. **№ на амбулаторен лист** – изписва се № на амбулаторния лист
5. **Рецепта №** - пореден № на рецептата. Номерацията на издадените рецептурни бланки (за комбинацията РЦЗ, УИН и специалност) за всяка календарна година започва от № 1.
7. Задължително се поставят **подпис и личен печат и/или печат на лечебното заведение върху двата екземпляра**, постъпващи в аптеката.

Данни, попълвани от аптеката

8. **Рецепта №** - генериран от софтуера на аптеката. Поредността на номерацията за всяка календарна година започва от № 1.
9. **Изпълнила аптека №** - регистрационният номер на аптеката
10. **ЕГН /ЛНЧ** или идентификационен номер на чужденеца и **код** на държавата на получателя.
11. **Дата на изпълнение** на рецептата.
12. Изпълняващият рецептата **се подписва и поставя печат на аптеката** и я предоставя за **подпис на приносителя**.

Рецептата не се изпълнява в случай, че:

13. не съдържа всички данни по точки 1 до 7;
14. срокът на валидност е изтекъл;
15. има несъответствие между предписания брой опаковки и определената доза на прием и другите общи изисквания по предписване на лекарствени продукти;
16. предписаният лекарствен продукт, не е включен в списъка на НЗОК за ветераните от войните;
17. не се представи заверена от РЗОК “Рецептурна книжка на ветеран от войните”, документ за самоличност, удостоверение на ветеран;
18. съдържа несъответстващи НЗОК-кодове; превишени дози, срещу които няма подпис на лекаря; заличени и/или задраскани данни и други несъответствия съгласно изискванията по предписанията, определени в указанията.

Образецът може да се разпечатва от лекаря/лекаря по дентална медицина или да се печата в печатница на бял лист А4 (формат портрет) в 2 екземпляра или на А4 (Landscape), като в този случай двата екземпляра се отделят с разделителна линия.

Издаване на рецептурна книжка:

1. Рецептурната книжка на „ветеран от войните“ се издава на лица, притежаващи удостоверение за ветеран от войните.
2. Рецептурната книжка на „ветеран от войните“ се издава от РЗОК/поделенията на РЗОК на територията на която е настоящия адрес. Книжката се издава срещу представяне на лична карта/личен паспорт и удостоверение за „ветеран от войните“.
3. Ветераните от войните могат да притежават само една валидна рецептурна книжка.
4. Нова рецептурна книжка се преиздава само след като са получени изписаните по старата рецептурна книжка лекарствени продукти.
5. Право да вписва лекарствени продукти в рецептурната книжка има аптеката, отпуснала лекарствените продукти.
6. При загубване, унищожаване, запълване на книжката се подава молба в РЗОК за издаване на нова. Старата книжка се анулира.

Ветеранът от войните е длъжен:

1. Да съхранява рецептурната книжка.
2. Да представя на ОПЛ, заместника му или специалиста заверената от РЗОК рецептурна книжка при предписване на лекарствени продукти.
3. За получаване на лекарствени продукти да представи в аптека, сключила договор с РЗОК: рецепта (рецептурна бланка по образец съгласно приложение №1 на Наредбата – образец МЗ-НЗОК № 5В - 2 екземпляра), лична карта/личен паспорт, удостоверение за „ветеран от войните“ и рецептурна книжка на ветеран от войните за вписване на отпуснатите лекарствени продукти.
4. Да уведоми незабавно поделенията на РЗОК или в РЗОК при необходимост от издаване на нова рецептурна книжка за заличаването на номера ѝ в регистъра на рецептурните книжки.

Лицето, отпуснащо лекарствени продукти, е длъжно:

1. Да свери данните от рецептурната книжка, рецептурните бланки – образци “МЗ-НЗОК № 5В” и документите за самоличност. При установено несъответствие рецептата не се изпълнява.
2. Да отпусна лекарствени продукти само по заверена в РЗОК рецептурната книжка.

ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

Забранени са всякакви поправки в рецептурната книжка. Вписванията в нея се извършват само от лицата, посочени по-горе.



РЕЦЕПТУРНА КНИЖКА НА ВЕТЕРАН ОТ ВОЙНИТЕ В БЪЛГАРИЯ

№.

Пациент

ЕГН

.....
име, презиме и фамилия по лична карта/личен паспорт

Адрес: гр. (с.)

Ул..... №.

Ж.к. бл..... вх. ет..... ап.....

Удостоверение за ветеран от войните №. /дата:.....

Заверена от:

поделение на РЗОК

РЗОК

Дата:

Ден

месец

година

подпис на длъжностното лице и печат на РЗОК/поделение на РЗОК

Прекратена от:

поделение на РЗОК

РЗОК

Дата:

Ден

Месец

Година

подпис на длъжностното лице и печат на РЗОК/поделение на РЗОК

[illegible][illegible]

ПАЦИЕНТ					НАСОЧЕН ОТ:				
РЗОК №. здравен район ЕГН (ЛНЧ) на пациента Пол м/ж					регистрационен номер на лечебното заведение				
Идентификационен номер					договор с НЗОК РЗОК №. здравен район НЗОК номер				
☐ ЕГН ☐ ЛНЧ дата на раждане ☐ ССН ☐ гражданин на ЕС (или по двустранни спогодби) код на държава					☐ 1- ОПЛ, 2- специалист, 3 - болница, 4 – спешна помощ; 5 ЦКВЗ; 6 КОЦ; 7 лекар по дентална медицина				
име, презиме и фамилия по лична карта					име на лечебното заведение				
Адрес: гр.(с) ул. №					Код специалност име и фамилия на лекаря				
ж.к. бл. вх. тел/моб. тел.									
ИЗПРАЩА СЕ ЗА ПРИЕМ: ☐ спешен ☐ планов					по КП №. по АПр №.				
Насочваща диагноза:					МКБ 10 МКБ 10				
дата на изпращане: №					изпращащ лекар: подпис				
☐ Отказ от лечение ☐ Съгласен съм да получа SMS/Viber известяване за прием					лекар: пациент/законен представител: подпис				
ПРИЕМАЩО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ: ☐ спешен ☐ планов					по КП №. По АПр №.				
име на лечебното заведение					договор с НЗОК РЗОК №. здравен район регистрационен номер на лечебното заведение				
приемащ лекар: име и фамилия на лекаря					УИН на лекаря/ЛПК на лекаря по дентална медицина				
Приемна диагноза:					МКБ 10 МКБ 10				
първи преглед: планов прием: №.					приемащ лекар: подпис				
ден месец година ден месец година лист за планов прием									
ПОСТЪПИЛ В ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТ степен на тежест на състоянието ☐ до 6 часа ☐ от 6 до 24 часа ☐ след 24 часа					постъпване от началото на заболяването за спешните случаи				
приет: ИЗ: Запознат съм с източника на финансиране и предстоящите процедури:					☐ 1 бюджет ; 2 НЗОК; 3 ДЗОФ; 4 пациент; 5 МЗ				
ден месец година час минути номер година									
ПРЕМИНАЛ ПРЕЗ ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ дата на изписване / превеждане час на изписване					по КП №. по АПр №.				
деца под 1 г. възраст (дни) тегло при прием (грама) за новородено: тегло при раждане (грама) ИЗ на майката: номер година г.с.									
при приемане в болницата за новородено: за новородено									
Актова книга №. ИАМН/РЗИ №. на ЛЗ на раждане:									
ОСНОВНА ДИАГНОЗА:					МКБ 10 МКБ 10 МКБ 10 МКБ 10				
Придружаващи заболявания и усложнения:									
ДИАГНОСТИЧНА / ТЕРАПЕВТИЧНА или ОПЕРАТИВНА ПРОЦЕДУРА:					КСМП КСМП КСМП КСМП				
Хист. резултат:					подпис:				
☐ отказ от лечение от ЗОЛ обосновка на отказа : 1. изписан									
Статус: 2. преведен в болница ИАМН/РЗИ диагноза за превеждане: МКБ 10 3. починал причина за смъртта: МКБ 10 ☐ освободен от аутопсия					1 здрав; 2 с подробно; 3 без изменение; 4 с влошаване				
Пролегжани леглодни: болн. лист №. бр. дни съст-е при изписването									
Изпълнителен директор/Управител на лечебното заведение: Началник на отделение: Лекуващ лекар:					фамилия, подпис УИН на лекуващия лекар				
подпис фамилия, подпис									
					Бл. МЗ-НЗОК № 7				

УКАЗАНИЯ ЗА ПОПЪЛВАНЕ НА НАПРАВЛЕНИЕ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ/ЛЕЧЕНИЕ ПО АМБУЛАТОРНИ ПРОЦЕДУРИ

Първичният медицински документ "Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ-НЗОК № 7) е предназначен за насочване на здравноосигурено лице към лечебно заведение за болнична помощ, КОЦ, ЦКВЗ и лечебно заведение за СИМП (МЦ, ДЦ, МДЦ или ДКЦ) с разкрити легла за наблюдение и лечение до 48 часа, за лечение по КП и АПР.

Електронното „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 7), се регистрира в Националната здравно-информационна система (НЗИС), откъдето получава национален референтен номер (НРН).

Този документ се попълва за всеки преминал пациент, включително и за всяко новородено дете.

Регистрационните и медицинските данни в документа, необходими за насочване за лечение, се попълват както следва:

част I – от лекар/лекар по дентална медицина от лечебно заведение - изпълнител на ПИМП, СИМП, лечебно заведение за болнична помощ в условията на спешност и за КП по физикална и рехабилитационна медицина; КОЦ и ЦКВЗ; център за спешна медицинска помощ; друго лечебно заведение за медицинска или дентална помощ;

части II, III и IV – от лечебното заведение за болнична помощ, КОЦ, ЦКВЗ и лечебни заведения за СИМП (МЦ, ДЦ, МДЦ или ДКЦ) с разкрити легла за наблюдение и лечение до 48 часа.

Част I. Данни, попълвани от лекар/лекар по дентална медицина, издал „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 7).

Блок “Пациент” – вписват се регистрационните данни за болния от изпращащия лекар.

Този блок се попълва както следва:

- № РЗОК и № здравен район по местоживее – съгласно кодовете на здравните райони по области;

- ЕГН (ЛНЧ) - за български граждани, осигуряващи се в Република България, се попълва ЕГН. За чуждестранни граждани, дългосрочно пребиваващи в Република България и осигуряващи се в Република България, се попълва личен номер на чужденец (ЛНЧ). За новородени, които нямат ЕГН, се попълват първите 6 квадратчета (първото и второто квадратче съдържат последните две цифри от годината на раждане, третото и четвъртото - месеца плюс 40, петото и шестото - деня на раждане);

- пол – попълва се мъж – “М” или жена – “Ж”;

- идентификационен номер на чужд осигурен, като полето се попълва с дясно подравняване:

- а) идентификационен номер на лица, осигурени в друга държава, членка на ЕС, Швейцария или в друга държава, страна по Споразумението за ЕИП (Норвегия, Исландия и Лихтенщайн), за които се прилага законодателството на Република България, съгласно правилата за координация на системите за социална сигурност по смисъла на § 1, т. 22 от ДР на ЗЗО; лица, за които се прилага законодателството на Република България по силата на двустранни спогодби за социално осигуряване, съобразно материалния и персоналия им обхват;

- б) идентификационен номер на осигурени в Република България лица, издаден от НАП (СЧН);

- име, презиме, фамилия;

- адрес – попълва се настоящият адрес на пациента;

- телефон за контакти-пациент или негов представител;

- идентификатор на държава – попълват се уникални двузначни кодове на държави – ISO 3166 кодове;

- дата на раждане – попълва се деня, месеца и годината на раждането.

Блок “Насочен за лечение” – данни за насочващия за лечение. Насочващият лекар/дентален лекар попълва всички полета. Когато пациентът се насочва от “Спешна помощ” се попълва само цифрата “4” в съответното поле, а другите остават празни.

- Полето код на специалност се попълва само от лекар специалист, съгласно номенклатурата на лекарските специалности

Блок “Изпраща се за прием” – съдържа медицински данни за пациента:

- вид прием – отбелязва с “х” дали пациентът се изпраща за спешен или планов прием;

- номер на клинична пътека/амбулаторна процедура - не се попълва, ако пациентът се изпраща за лечение на заболяване извън клиничните пътеки/амбулаторните процедури или ако лечебното заведение няма договор за съответната клинична пътека/амбулаторна процедура;

- насочваща диагноза - наименование на диагнозата, която е повод за изпращане за лечение (изписва се на български език), на втория ред се изписва придружаващо заболяване, ако пациента има такова;

- код по МКБ 10 - вписването на кода започва от първото квадратче; (основен и допълнителен код, обозначен с “*” в МКБ 10, когато се изисква съобразно правилата за кодиране);

- дата на изпращане;

- Електронното „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 7), се регистрира в НЗИС, от където получава НРН.

- изпращащият лекар/лекар по дентална медицина задължително подписва „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ –Бл. МЗ-НЗОК № 7.

- номер на амбулаторни процедури, които се отчитат с „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 7).

АПР №	Наименование на амбулаторна процедура
04	Осигуряване на постоянен достъп за провеждане на диализно лечение и химиотерапия
11	Консервативно лечение на продължителна бъбречна колика
12	Бъбречно-каменна болест: уролитиаза - екстракорпорална литотрипсия
13	Инструментална диагностика и лечение на заболявания на щитовидната жлеза
14	Диагностика и определяне на терапевтично поведение на заболявания на хипофизата и надбъбрека
15	Диагностика и определяне на терапевтично поведение на костни метаболитни заболявания и нарушения на калциево-фосфорната обмяна
16	Лечение на тежкопротичащи форми на псориазис
17	Диагностика и лечение на еритродермии
18	Оперативни процедури в областта на ушите, носа и гърлото и лицево-челюстната област с малък обем и сложност
19	Оперативно отстраняване на катаракта
20	Хирургично лечение на глаукома
21.1	Оперативни интервенции върху окото и придатъците му със среден обем и сложност
22	Малки оперативни процедури на раменен пояс и горен крайник
23	Малки оперативни процедури на таза и долния крайник
24	Малки артроскопски процедури в областта на скелетно-мускулната система
31	Амбулаторно наблюдение на лица с кохлеарно-имплантна система
34	Ендоскопска диагностика на заболявания, засягащи стомашно-чревния тракт
Приложение № 11	Предсрочно изпълнение на дейностите по Клинична пътека

Част II. Данни, попълвани от лекар при първи преглед на болния в лечебното заведение

Блок "Приемащо лечебно заведение" – вид прием – отбелязва се с "х", дали пациентът се приема по спешност или планово;

- "отказ на лечение поради липса на индикации" – лекарят задължително се подписва;
- име на лечебното заведение за болнична помощ или извънболнична помощ, което приема пациента;
- „Съгласен съм да получа SMS/Viber известяване за прием“ – подписва се пациент/негов законен представител
- номер на клинична пътека/амбулаторна процедура - не се попълва, ако пациентът се изпраща за лечение на заболяване извън

клиничните пътеки/амбулаторните процедури или ако лечебното заведение няма договор за съответната клинична пътека/амбулаторна процедура;

■ РЗОК №, здравен район по местонахождение на лечебното заведение – съгласно кодовете на здравните райони по области (на гърба), договорни отношения с НЗОК - отбелязва се с "х" дали приемащото лечебно заведение има сключен договор с НЗОК, регистрационен номер на лечебното заведение, код от МЗ – задължителен за всички лечебни заведения;

■ "Приемащ лекар" - име и фамилия на приемащия лекар/лекар по дентална медицина. Ако пациентът постъпва планово, това са данните на лекаря от диагностично - консултативен блок (ДКБ) или лечебни заведения за СИМП (МЦ, ДЦ, МДЦ или ДКЦ) с разкрити легла за наблюдение и лечение до 48 часа.

■ когато пациентът постъпва по спешност или след работното време на ДКБ, се вписват данните на дежурния лекар.

■ приемна диагноза - наименование на диагнозата, която е повод за лечение на пациента (изписва се на български език), на втория ред се изписва придружаващо заболяване ако има такова;

■ кодове на диагнозата - основен и допълнителен код, когато се изисква съобразно правилата за кодиране, обозначен с "*" в МКБ 10;

■ дата на първи преглед в лечебното заведение за болнична помощ/лечебното заведение за СИМП (МЦ, ДЦ, МДЦ или ДКЦ) с разкрити легла за наблюдение и лечение до 48 часа – попълва се задължително от приемащия лекар:

■ лекаря от ДКБ/ лечебно заведение за СИМП (МЦ, ДЦ, МДЦ или ДКЦ) с разкрити легла за наблюдение и лечение до 48 часа - когато пациентът постъпва планово;

■ дежурният лекар - когато пациентът постъпва по спешност или след работното време на ДКБ;

■ дата за планиран прием – попълва се, ако приемът на пациента е планов;

■ № от листа за планов прием – уникален номер за лечебното заведение за календарна година.

■ приемащият лекар задължително подписва документа.

Част III. Данни, попълвани при постъпване на пациент в лечебното заведение

Блок "Постъпил в лечебното заведение"

Попълват се всички полета.

■ степен на тежест на състоянието към момента на хоспитализация – попълват се следните класификации:

СТЕПЕНИ НА ТЕЖЕСТ НА СЪСТОЯНИЕТО (ПАЦИЕНТИ НАД 3 ГОДИНИ)

I СТЕПЕН

Пациентът е независим, с незасегнати жизнени функции, ориентира се във времето и пространството. В състояние е без помощ да се облича и съблича, сам да се мие, да се храни, да отива на изследване и манипулации, да включва лампата, радиото, звънеца за повикване и да отива до тоалетната.

II СТЕПЕН

Пациентът е ограничен поради предписание да не става от леглото или поради леко увреждане. Жизнените му функции не са засегнати, но са застрашени. Обикновено се ориентира за времето и пространството. В състояние е сам или с помощ да се облича или съблича, да се мие на умивалника или в леглото, да яде и пие. Може да отива на изследвания и манипулации само с придружител. Сам обслужва звънеца за повикване, лампата и радиото и сам търси помощ за ползване на тоалетната.

III СТЕПЕН

Пациентът е ограничен поради предписание да не става от леглото или тежко увреждане. Може да има нарушение в ориентацията, нуждае се непрекъснато от помощ при обличане и събличане, при извършване на тоалета и при хранене. Изследванията и манипулациите се извършват само в лежачо положение.

IV СТЕПЕН

В това състояние пациентът е напълно зависим, нетранспортабилен, с нарушено съзнание и се нуждае от непрекъснато обслужване при всички ситуации.

СТЕПЕНИ НА ТЕЖЕСТ НА СЪСТОЯНИЕТО (ДЕЦА ОТ 1 ДО 3 ГОДИНИ)

I СТЕПЕН

Деца от една до три годишна възраст без отклонения в общото развитие. Включва къпане, хранене до 4 пъти в денонощие, преповиване до 3 пъти в денонощие или поставяне на гърне/водене до тоалетна, поставяне в легло и приспиване, раздвижване - пасивно и активно. Контрол на температура, дишане, пулс, бъбречна функция и дефекация до два пъти в денонощие.

II СТЕПЕН

Към грижите за първа степен поради нарушено състояние се добавят: допълнително миене и почистване, хранене до 6 пъти в денонощие, преповиване до 6 пъти в денонощие или присъствие при изхождане по нужда, раздвижване или приспиване по обичаен начин. Контрол на температура, дишане, пулс, бъбречна функция и дефекация до 4-6 пъти в денонощие. Поддържане на инфузионно лечение до два пъти в денонощие.

III СТЕПЕН

Към грижите за втора степен поради по-тежко нарушено състояние (след операции, инвазивни процедури, остра фаза на заболяването/висок фебрилитет) се добавят: къпане или миене при затруднени условия (неподвижност, включени инфузионни системи, продължителен мониторинг, стерилни условия и др.). Допълнителни грижи - при диарии, повръщания, обилни изпотявания, кървене и при промяна на положението в леглото, пасивното и активно раздвижване поради затруднените условия.

IV СТЕПЕН

В това състояние детето е напълно зависимо, транспортабилно при специални изисквания, с нарушено съзнание и се нуждае от непрекъснато обслужване при всички ситуации.

Поради много тежко нарушено състояние към грижите за трета степен могат да се добавят продължително изкуствено дишане с респиратор и друго интензивно лечение на детето.

СТЕПЕНИ НА ТЕЖЕСТ НА СЪСТОЯНИЕТО (НОВОРОДЕНИ И КЪРМАЧЕТА)

I СТЕПЕН

Новородени и кърмачета без отклонения от нормата. Включва къпане, хранене до 5 пъти в денонощие, преповиване до 5 пъти в денонощие, обръщане в леглото до 5 пъти в денонощие, контрол на температура, дишане, пулс, бъбречна функция и дефекация до 3 пъти в денонощие.

II СТЕПЕН

Към грижите за първа степен поради нарушено състояние се добавят: допълнително миене и почистване, хранене до 8 пъти в денонощие, преповиване до 8 пъти в денонощие, обръщане в леглото 8-10 пъти в денонощие, контрол на температура, дишане, пулс, бъбречна функция и дефекация до 6 пъти в денонощие.

III СТЕПЕН

Към грижите за втора степен поради по-тежко състояние (след операции, инвазивни процедури, остра фаза на заболяването, висок фебрилитет) се добавят: къпане или миене при затруднени условия (неподвижност, включени инфузионни системи, продължителен

мониторинг, стерилни условия и др.). Допълнителни грижи - при диарии, повръщания, обилни изпотявания, кървене и при промяна на положението в леглото поради затруднените условия.

IV СТЕПЕН

Към грижите за трета степен поради много тежко състояние се добавят: отглеждане в кувьоз на недоносени под 2500 грама, необходимост от продължително изкуствено дишане с респиратор и друго интензивно лечение на детето.

- дата на приемане и час на приемане – в случай на спешен прием тази дата съвпада с датата на първия преглед в болницата; в случай на планов прием тази дата съвпада с датата за планиран прием; като час на приемане задължително се вписват часът и минутите на прием на пациента в болницата. При новородено полетата "Дата на приемане" и "Час на приемане" съвпадат с раждането.

- ИЗ – задължително при приемане на пациент в болницата се дава и вписва в "Направление за хоспитализация" номер на история на заболяването; номер на ИЗ се дава и на всяко новородено дете;

- изминало време в часове от началото на заболяването до постъпването в болнично лечебно заведение – отбелязва се с "X" в съответното квадратче само при спешните случаи на хоспитализация.

- съгласие с източника на финансиране – отбелязва се кой финансира лечението – бюджет, НЗОК, доброволен ЗОФ или пациентът. Пациентът удостоверява съгласие с източника на финансиране с подписа си;

- информираност на пациента за промяна на терапевтичния план - попълва само при промяна в терапевтичния алгоритъм в хода на хоспитализацията на пациента, (когато пациента се приема по дадена КП, но състоянието му се променя по време на престоя и лечението и изписването е по друга КП).

Част IV. Данни, попълвани при изписване на преминал през стационара/лечебно заведение за СИМП (МЦ, ДЦ, МДЦ или ДКЦ) с разкрити легла за наблюдение и лечение до 48 часа пациент

Блок "Преминал през лечебното заведение пациент" – данните в този блок се вписват при изписване на преминалия през стационара/лечебното заведение за СИМП (МЦ, ДЦ, МДЦ или ДКЦ) с разкрити легла за наблюдение и лечение до 48 часа пациент:

- дата и час на изписване/превеждане – задължително се вписва датата на изписване от болницата/лечебното заведение за СИМП (МЦ, ДЦ, МДЦ или ДКЦ) с разкрити легла за наблюдение и лечение до 48 часа или на превеждане в друга болница; като час на изписване/превеждане задължително се вписват час и минути;

- клинична пътека №/ амбулаторна процедура № – вписва се номер;

Когато пациентът е лекуван по клинична пътека, която се завършва с амбулаторна процедура по Приложение № 11 към чл. 1, ал. 1 и чл. 3 - Амбулаторна процедура "Предсрочно изпълнение на дейностите по Клинична пътека "....." се попълва съответния номер на клиничната пътека и „99“ за номер на амбулаторната процедура.

Когато пациентът се лекува по клинична пътека по Приложение № 10 към чл. 1, ал. 1 и чл. 2 - Клинична пътека "Наблюдение до 48 часа в стационарни условия след проведена амбулаторна процедура" се попълва за номер на клиничната пътека „999“.

- пациентът е приет за заболяване извън клиничните пътеки/амбулаторни процедури;
- лечебното заведение не е сключило договор за съответната пътека/ амбулаторна процедура;
- деца под една година – попълва се възрастта в дни на децата при постъпването им в болницата и теглото им в грама при прием; попълват се всички квадратчета; ако възрастта е двуцифрено число, отпред се слага "0", например за 86 дни се вписва 086; при новородени се оставя празно;

- за новородено – попълват се теглото в грамове на детето при раждането му; задължително се вписва и номерът на история на заболяване на майката; Полетата "Деца под една година", "За новородено" и "ИЗ на майката" не се попълват при пациенти над една година.

- за новородени се попълва „Актова книга“, ИАМН/РЗИ №. на ЛЗ на раждане“ и „г.с.“ на майката.

- основна (водеща, окончателна) диагноза - състоянието, което след направените изследвания се явява основна причина за приемане на пациента в ЛЗ за полагане на медицински грижи (изписва се на български език). Вписва се и кода по МКБ 10, съобразно правилата за кодиране, като вписването на кода започва от първото квадратче и до него се поставя допълнителния код, когато се изисква съобразно правилата за кодиране, обозначен с * в МКБ 10.

- при отчитане на клиничните пътеки/амбулаторните процедури, в алгоритъма на които се изисква отчитане с два, указани в КП/АПР кода, за основна диагноза на заболяването, в първия ред квадратчетата задължително се вписва кодът, посочен в съответния алгоритъм, а на втория ред квадратчетата се вписва задължително кодът, посочен в съответния алгоритъм;

- придружаващи заболявания и усложнения – на трите реда се вписват съответните състояния съобразно правилата за кодиране, като се поставя и допълнителен код, когато се изисква съобразно правилата за кодиране, обозначен с „*“ в МКБ10;

- диагностична/терапевтична или оперативна процедура– код по КСМП;

- хистологичен резултат – описва се с думи хистологичния резултат, а с код по КСМП се отразяват начина на изследване;

- статус – задължително се попълва статусът на пациента;

- изписан – отбелязва се с "1". Ако изписването е по повод отказ от лечение от страна на пациента, отказът се отбелязва с "X" в квадратчето "отказ от лечение" и се вписва обосновката за отказа;

- преведен - отбелязва се с "2". В този случай задължително се попълва регистрационният номер на болницата, в която е преведен пациентът, както и диагнозата за превеждане (попълва се кодът на заболяването, което е причина за превеждането на пациента и допълнителен код, когато се изисква съобразно правилата за кодиране, обозначен с * в МКБ 10); тази диагноза може да бъде различна от водещата диагноза;

- починал - отбелязва се с "3"; в полето "Причина за смъртта/клинична" се попълва кодът на заболяването, причина за смъртта на пациента от клинична гледна точка, ако пациентът не е аутопсиран. Ако пациентът е аутопсиран се отбелязва кодът за причината за смъртта по данни от обдукция. Ако трупт е освободен от аутопсия, в съответното квадратче се нанася "X".

- пролежал леглото по КП – попълват се всички квадратчета; ако броят дни е едноцифрено или двуцифрено число, отпред се добавят "0", например за 9 дни се вписва 009;

- болничен лист № и брой дни – въвежда се номерът на болничния лист, издаден на пациента при изписването му (ако има издаден такъв); вписва се броят на дните, за които се издава болничен лист; ако броят дни е едноцифрено или двуцифрено число, отпред се добавят "0";

- квадратчето "освободен от аутопсия" се попълва ако починалия пациент е освободен от аутопсия с знака "X".

- квадратчето "състояние при изписване" се попълва съобразно легендата;

Блок "Валидиране на документа" по КП и АПР

- изпълнителният директор/управителят на лечебното заведение задължително подписва електронното „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 7).

- завеждащият отделение и лекарят специалист (лекуващ лекар), оказващ медицинска помощ по договор с НЗОК за съответната клинична пътека/амбулаторна процедура и посочен в РЗОК, задължително вписват фамилията си и подписват документа, с което удостоверяват, че посочените в болничния отчет процедури са изпълнени. Лекуващият лекар задължително вписва и своя УИН.

- лекуващият лекар е лекаря, посочен в приложение № 1 към индивидуалния договор, сключен между лечебното заведение, изпълнител на болнична помощ и РЗОК по КП и подписващ „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 7) в графа „лекуващ лекар“.

- при изпълнение на АПР в лечебно заведение за СИМП (МЦ, ДЦ, МДЦ или ДКЦ) с разкрити легла за наблюдение и лечение до 48 часа не се изисква подпис от завеждащ отделение.

Забележка: В зависимост от броя на извършените диагностични и терапевтични процедури, според изискванията на алгоритъма, „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 7) може да бъде на повече от една електронна страница.

МЕДИЦИНСКО НАПРАВЛЕНИЕ ЗА КЛИНИЧНИ ПРОЦЕДУРИ/АМБУЛАТОРНИ ПРОЦЕДУРИ

ПАЦИЕНТ 	НАСОЧЕН ОТ: 2- СИМП, 3 – ЛЗБП, 4 - спешна помощ; 5 КОЦ; 6-ДЦ
РЗОК №. 	здравен район
ЕГН (ЛНЧ) на пациента 	Пол м/ж
Идентификационен номер 	
☐ ЕГН ☐ ЛНЧ	дата на раждане
☐ ССН ☐ гражданин на ЕС	код на държава
(или по двустранни спогодби)	
и ме, презиме и фамилия по лична карта	
Адрес: гр. (с.)	
ул. №.	
Ж.К. бл. вх. тел.	

НАСОЧВА СЕ ЗА КЛ. ПРОЦЕДУРА 	АМБ. ПРОЦЕДУРА
дата на насочване: 	насочващ лекар:
ден месец година	подпис

ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА КЛ. ПРОЦЕДУРА/АМБ. ПРОЦЕДУРА	
.....	
име на лечебното заведение	здравен район
Източник на финансиране: ☐ 1 бюджет; 2 НЗОК; 3 ДЗОФ; 4 пациент; 5 МЗ	регистрационен номер на лечебното заведение
ПО КЛ. ПРОЦЕДУРА 	АМБ. ПРОЦЕДУРА
☐ Отказ за извършване на КПр/АПр	☐ спешен ☐ планов
.....	Лекар :
.....	Подпис
Диагноза: МКБ 10 	
..... МКБ 10 	
Код на процедура по КСМП:	
 	
ИЗ на детето (за новородено): 	г.с. на майката:
номер година	.....
Актова книга №. 	ИАМН/РЗИ №. на ЛЗ на раждане
първи преглед: 	планов прием:
ден месец година	ден месец година
.....	приемаш лекар:
.....	УИН на лекаря
№	
листа за планов прием	име и фамилия на лекаря, подпис

ИЗВЪРШЕНИ КЛИНИЧНИ ПРОЦЕДУРИ/АМБУЛАТОРНИ ПРОЦЕДУРИ

Дата КПр/АПр/апликация (дд.мм.гггг)	Час на започване (hh:mm)	Час на завършване (hh:mm)	Фамилия на лекаря, извършил КПр/АПр.
 	 	 	
 	 	 	
 	 	 	
 	 	 	
 	 	 	
 	 	 	
 	 	 	
 	 	 	
 	 	 	
 	 	 	
 	 	 	
 	 	 	
 	 	 	
 	 	 	
 	 	 	
 	 	 	
 	 	 	
 	 	 	
 	 	 	
 	 	 	
 	 	 	
 	 	 	
 	 	 	
 	 	 	
 	 	 	
 	 	 	
 	 	 	
 	 	 	
 	 	 	
 			

УКАЗАНИЕ ЗА ПОПЪЛВАНЕ НА МЕДИЦИНСКО НАПРАВЛЕНИЕ ЗА КЛИНИЧНИ ПРОЦЕДУРИ/АМБУЛАТОРНИ ПРОЦЕДУРИ

Този документ се изготвя и издава от лечебно заведение (ЛЗ), изпълнител на клинична/амбулаторна процедура, еднократно за календарния месец за всеки преминал през структурата пациент. Срок на валидност 30 дни от датата на издаване.

Документът е месечен и съдържа информация за вид и брой извършени процедури на пациента за дадения календарен месец. В случаите, когато в един календарен месец се извършват процедури в различни лечебни заведения – всяко ЛЗ издава и отчита отделно “Медицинско направление за клинични процедури/амбулаторни процедури (бл. МЗ-НЗОК № 8), с отразени брой процедури, които е извършило.

Регистрационните и медицинските данни в “Медицинско направление за клинични процедури/амбулаторни процедури (бл. МЗ-НЗОК № 8), необходими за насочване за процедура, се попълват както следва:

- част I – от лекар от лечебно заведение за СИМП (МЦ, ДЦ, МДЦ или ДКЦ) с разкрити легла за наблюдение и лечение до 48 часа; лекар от лечебно заведение, изпълнител на болнична помощ; център за спешна медицинска помощ, лекар от комплексен онкологичен център (КОЦ) и диализен център;

- част II и III – от лечебното заведение, в което се извършва процедурата.

Документът се попълва чрез използван приложен софтуер.

Част I. Данни, попълвани от лекар, издал направлението за клинична процедура/амбулаторна процедура

Блок “Пациент”

Вписват се регистрационните данни на здравноосигуреното лице от лекаря, издал “Медицинско направление за клинични процедури/амбулаторни процедури (бл. МЗ-НЗОК № 8), както следва:

- № РЗОК и №. здравен район по местоживеене – съгласно кодовете на здравните райони по области;

- ЕГН (ЛНЧ) – за български граждани, осигуряващи се в България, се попълва ЕГН. За чуждестранни граждани, дългосрочно пребиваващи в Р България, осигуряващи се в България, се попълва личен номер на чужденец (ЛНЧ). За новородени, които нямат ЕГН, се попълват първите 6 квадратчета (първото и второто квадратче съдържат последните две цифри от годината на раждане, третото и четвъртото - месеца плюс 40, петото и шестото - деня на раждане);

- пол – попълва се мъж – “М” или жена – “Ж”;

- идентификационен номер на чужд осигурен (полето се попълва с дясно подравняване):

- а) идентификационен номер на лица, осигурени в друга държава, членка на ЕС, Швейцария или в друга държава, страна по Споразумението за ЕИП (Норвегия, Исландия и Лихтенщайн), за които се прилага законодателството на България, съгласно правилата за координация на системите за социална сигурност по смисъла на § 1, т. 22 от ДР на ЗЗО; лица, за които се прилага законодателството на Р България по силата на двустранни спогодби за социално осигуряване, съобразно материалния и персоналният им обхват;

- б) идентификационен номер на осигурени в Р България лица, издаден от НАП (СНН);

- име, презиме, фамилия;

- адрес – попълва се настоящият адрес на пациента;

- код на държава – попълват се уникални двузначни кодове на държави – Таблица „ISO-кодове на държавите от ЕС, ЕИП, Конфедерация Швейцария и други европейски държави”.

Задължителен за попълване само за лицата по т. а)!

- дата на раждане – попълва се деня, месеца и годината на раждането.

Блок “Насочен за процедура от” – данни за насочващия за процедура. Насочващият лекар попълва всички полета.

При насочване от СИМП – вписва се цифра „2”.

При насочване от ЛЗ за болнична помощ – вписва се цифра „3”.

Когато пациентът се насочва от “ЦСИП”, се попълва само цифрата “4” в съответното поле, а другите остават празни.

Когато пациентът се насочва от КОЦ се вписва цифрата „5”.

При насочване от диализен център (самостоятелна структура) – се вписва цифрата „6”.

Блок “Насочва се за амбулаторна/клинична процедура”

- номер на амбулаторна процедура

01.1	Хроничнохемодиализа
01.2	Бъбречно-заместителна терапия (хемодиализация)
02	Перитонеална диализа с апарат
03	Перитонеална диализа без апарат
06	Системно лекарствено лечение при злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания
08	Проследяване на терапевтичния отговор при пациенти на домашно лечение с прицелна перорална противотуморна терапия и перорална химиотерапия
10	Наблюдение при пациенти с невромускулни заболявания на неинвазивна вентилация
21.2	Оперативни интервенции върху окото и придатъците му със среден обем и сложност (терапевтични процедури)
27.1	Специфични изследвания при хематологични заболявания
27.2	Специфични изследвания при хематологични заболявания
32	Амбулаторно наблюдение на лица с постоянен електрокардиостимулатор
43	Специфични изследвания при пациенти с онкологични заболявания
45	Диагностика на първични имунни дефицити
46	Диагностика и лечение на пациенти с инсулинозависим диабет, ползващи инсулинови помпи и/или сензори за продължително мониториране на нивото на глюкозата
47	Обучение и подпомагащо консултиране на пациенти с диабет
48	Амбулаторно лечение и контрол на пациенти с хронична хипоксемична дихателна недостатъчност, показани за домашно кислородолечение (LTOT)
49	Амбулаторно наблюдение/диспансеризация при хронична уртикария с ангиоедем
50	Секвениране от следващо поколение (NGS) при пациенти с новодиагностицирани онкологични заболявания
53	Заместително лечение при вторични хипогамаглобулинемии при лица над 18-годишна възраст

- номер на клинична процедура

01	Диализно лечение при остри състояния
02	Интензивно лечение на новородени деца с асистирано дишане
06	Ендоваскуларно лечение на нетравматични мозъчни кръвоизливи, аневризми и артериовенозни малформации на мозъчните съдове

- отбелязва с "х" се дали пациентът се изпраща за спешна или планова процедура;
- дата на насочване;
- насочващият лекар задължително подписва "Медицинско направление за клинични процедури/амбулаторни процедури (бл. МЗ-НЗОК № 8).

Част II. Данни, попълвани от лекар при първи преглед на болния в лечебното заведение

Блок "Лечебно заведение, изпълнител на процедурата"

- име на лечебното заведение;
- РЗОК №, здравен район по местонахождение на лечебното заведение – съгласно кодовете на здравните райони по области (на гърба), регистрационен номер на лечебното заведение, код от МЗ – задължителен за всички лечебни заведения;
- номер на процедура;
- отбелязва с "х" се дали процедурата е спешна или планова;
- отказ за извършване на процедура – лекарят задължително отбелязва обстоятелствата, наложили отказа и се подписва. След попълване на тези данни, "Медицинско направление за клинични процедури/амбулаторни процедури (бл. МЗ-НЗОК № 8) се връща на изпращащия лекар.

- за **АПр № 01.1, АПр № 01.2 и КПр № 01** - на първия ред се поставя кодът на диализата по МКБ10 (**Z 49.1**), а на втория – кодът на основното заболяване - основен и допълнителен код, когато се изисква съобразно правилата за кодиране. Вписването на основния код започва от първото квадратче и до него се поставя допълнителния код, когато се изисква съобразно правилата за кодиране, обозначен с "*" в МКБ 10;

- за **АПр № 02 и № 03** - на първия ред се поставя кодът на перитонеалната диализа по МКБ10 (**Z 49.2**), а на втория – кодът на основното заболяване - основен и допълнителен код, когато се изисква съобразно правилата за кодиране. Вписването на основния код започва от първото квадратче и до него се поставя допълнителния код, когато се изисква съобразно правилата за кодиране, обозначен с "*" в МКБ 10;

- за **АПр № 06** - на първия ред се поставя кодът за химиотерапията по повод на новообразувание по МКБ10 (**Z 51.1**), а на втория – кодът на основното заболяване - основен и допълнителен код, когато се изисква съобразно правилата за кодиране. Вписването на основния код започва от първото квадратче и до него се поставя допълнителния код, когато се изисква съобразно правилата за кодиране, обозначен с "*" в МКБ 10;

- за **АПр № 08** - на първия ред се поставя кодът за „Последващо изследване след химиотерапия на злокачествено новообразувание“ по МКБ10 (**Z 08.2**), а на втория – кодът на основното заболяване - основен и допълнителен код, когато се изисква съобразно правилата за кодиране. Вписването на основния код започва от първото квадратче и до него се поставя допълнителния код, когато се изисква съобразно правилата за кодиране, обозначен с "*" в МКБ 10;

- за **КПр № 02** – поставя се кодът на основната диагноза на детето, наложила интензивно лечение - основен и допълнителен код, когато се изисква съобразно правилата за кодиране. Вписването на основния код започва от първото квадратче и до него се поставя допълнителния код, когато се изисква съобразно правилата за кодиране, обозначен с "*" в МКБ 10. Тази процедура не може да бъде начало на лечение.

За новородени се попълва „Актова книга“, „ИАНН/РЗИ №. на ЛЗ на раждане“ и „г.с. на майката“.

- за **АПр № 10** „Наблюдение при пациенти с невромускулни заболявания на неинвазивна вентилация“ – поставя се кодът на основната диагноза (от блока с кодове на болести на процедурата), наложила лечението - основен и допълнителен код, когато се изисква съобразно правилата за кодиране по МКБ 10. Вписването на основния код започва от първото квадратче и **до него** се поставя допълнителния код, ако е необходим такъв, обозначен със "*" в МКБ 10;

- за **АПр № 27.1 и № 27.2** „Специфични изследвания при хематологични заболявания“ се поставя кодът на хематологичното заболяване;

- за **АПр № 32** „Амбулаторно наблюдение на лица с постоянен електрокардиостимулатор“ – поставя се кодът на основната диагноза Z45.0 Поставяне и регулиране на изкуствен регулатор на сърдечния ритъм.

- код на процедура по КСМП;
- ИЗ на детето (за новородено) – задължително се вписва номерът на последната ИЗ на детето по предходната клинична пътека, по която е лекувано (само за клинична процедура № 02);
- дата на първи преглед в ЛЗ – попълва се задължително от приемащия лекар. За амбулаторни процедури с № 01.1, № 01.2, № 02, № 03 се попълва само при новорегистрираните пациенти; Не се попълва за клинична процедура № 02.

■ дата за планово провеждане на процедурата – попълва се, ако приемът на пациента е планов. Не се попълва за АПр № 01.1, № 01.2, № 02 и № 03 и КПр № 01 и № 02.

■ No. от листа за планов прием – уникален номер за лечебното заведение за календарна година.

■ УИН, име, фамилия и подпис на приемащия за клинична/амбулаторна процедура лекар.

Част III. Данни, попълвани след всяка процедура и след изтичане на календарния месец

Блок "Извършени процедури"

- дата, час на започване и завършване на процедурата; фамилия на лекаря, извършил процедурата;
- апликация - дата и час на извършване (отнася се за подкожна или мускулна инжекция);
- общ брой извършени процедури за календарния месец. За АПр № 06 общият брой на извършените клинични процедури се отразява съгласно алгоритъма на процедурата.
- общ брой дни с проведена перитонеална диализа за месеца – за процедури с № 02 и №03 се попълва **само** този брой, без да е необходим подпис на лекаря срещу всяка процедура.

Забележка:

1. Амбулаторни процедури с №№ 01.1, № 01.2, № 02, № 03 и № 06 се отчитат с едно направление след изтичане на календарния месец.

2. Клинични процедури № 01 и № 02 се отчита с едно направление след края на месеца, в който е приключила последната процедура.

3. Амбулаторна процедура № 10 Видът и броят на процедурите, вписани в този документ съответства на изискванията на алгоритъма на процедура № 10. Клинична процедура с № 10 се отчита след изтичане на календарния месец.

4. Амбулаторни процедури № 27.1 и № 27.2 се отчитат след получаване на резултатите от извършените изследвания.

5. Амбулаторна процедура № 32 „Амбулаторно наблюдение на лица с постоянен електрокардиостимулатор“ – Видът и броят на процедурите, вписани в този документ съответства на изискванията на алгоритъма на амбулаторна процедура № 32.

Блок "Валидиране на документа"

- ръководителят на лечебното заведение задължително се подписва.
- завеждащият отделение и лекарят специалист, оказващ медицинската помощ (лекуващ лекар) по договор с НЗОК за съответната клинична/амбулаторна процедура и посочен в Приложение №1 към индивидуалния договор, сключен между лечебното заведение, изпълнител на болнична помощ и РЗОК, задължително вписват фамилията си и се подписват на документа, с което удостоверяват, че посочените в болничния отчет процедури са изпълнени.
- лекуващият лекар задължително вписва и своя УИН.

Забележка:

В зависимост от броя на извършените диагностични и терапевтични процедури, според изискванията на алгоритъма, бланката може да бъде на повече от една електронна страница.

Документ „История на заболяването/бременността и раждането/новороденото“ се води освен за пациентите, приети за лечение в стационара по всички КП, така и за тези, лекувани по АПр/КПр, съгласно представените таблици:

Таблица №1: Амбулаторни процедури

Амбулаторни процедури	Води се/не се води ИЗ	Пациентът се насочва с направление:	Изготвя се/не се изготвя епикриза
АПр № 1	не	бл. М3 - НЗОК № 8	не
АПр № 2	не	бл. М3-НЗОК № 8	не
АПр № 3	не	бл. М3-НЗОК № 8	не
АПр № 4	да	бл. М3-НЗОК № 7	да
АПр № 5	не	бл. М3-НЗОК № 12	не
АПр № 6	не	бл. М3-НЗОК № 8	не
АПр № 7	не	бл. М3 - НЗОК № 9	не
АПр № 8	не	бл. М3-НЗОК № 8	не
АПр № 9	не	бл. М3 - НЗОК № 9	Етапна епикриза 1 път годишно
АПр № 10	не	бл. М3-НЗОК № 8	не
АПр № 11	да	бл. М3-НЗОК № 7	да
АПр № 12	да	бл. М3-НЗОК № 7	да
АПр № 13	да	бл. М3-НЗОК № 7	да
АПр № 14	да	бл. М3-НЗОК № 7	да
АПр № 15	да	бл. М3-НЗОК № 7	да
АПр № 16	да	бл. М3-НЗОК № 7	да
АПр № 17	да	бл. М3-НЗОК № 7	да
АПр № 18	да	бл. М3-НЗОК № 7	да
АПр № 19	да	бл. М3-НЗОК № 7	да
АПр № 20	да	бл. М3-НЗОК № 7	да
АПр № 21.1	да	бл. М3-НЗОК № 7	да
АПр № 21.2	не	бл. М3-НЗОК № 8	не
АПр № 22	да	бл. М3-НЗОК № 7	да
АПр № 23	да	бл. М3-НЗОК № 7	да
АПр № 24	да	бл. М3-НЗОК № 7	да
АПр № 25	не	бл. М3- НЗОК № 8А	не
АПр № 26	не	бл. М3- НЗОК № 8А	не
АПр № 27.1	не	бл. М3 - НЗОК № 8	не
АПр № 27.2	не	бл. М3 - НЗОК № 8	не
АПр № 28	не	бл. М3- НЗОК № 8А	не
АПр № 29	не	бл. М3- НЗОК № 8А	не
АПр № 30	не	бл. М3- НЗОК № 8А	не
АПр № 31	да	бл. М3-НЗОК № 7	да
АПр № 32	не	бл. М3 - НЗОК № 8	не
АПр № 33.1	не	бл. М3- НЗОК № 8А	не
АПр № 33.2	не	бл. М3- НЗОК № 8А	не
АПр № 34	да	бл. М3-НЗОК № 7	да
АПр № 35	не	бл. М3- НЗОК № 8А	не
АПр № 36	не	бл. М3- НЗОК № 8А	не
АПр № 37	не	бл. М3- НЗОК № 8А	не
АПр № 38	не	бл. М3 - НЗОК № 13	не
АПр № 39	не	бл.М3-НЗОК № 9	не
АПр № 40	не	бл.М3-НЗОК № 9	не
АПр № 41	не	бл.М3-НЗОК № 9	не
АПр № 42	не	бл.М3-НЗОК № 9	не
АПр № 43			
АПр № 44	не	бл. М3- НЗОК № 8А	не

АПр № 45	не	бл. МЗ-НЗОК № 8	не
АПр № 46	не	бл. МЗ-НЗОК № 8	не
АПр № 47	не	бл. МЗ-НЗОК № 8	не
АПр № 48	да	бл. МЗ-НЗОК № 8	не
АПр № 49	не	бл. МЗ-НЗОК № 8	не
АПр № 50	не	бл. МЗ-НЗОК № 8	не
АПр № 51	да	бл. МЗ- НЗОК № 8А	Етапна епикриза
АПр № 52	да	бл. МЗ- НЗОК № 8А	Етапна епикриза
АПр № 53	да	бл. МЗ-НЗОК № 8	не

Таблица № 2: Клинични процедури

Клинични процедури	Води се/не се води ИЗ	Пациентът се насочва с направление:	Изготвя се/не се изготвя епикриза
№ 1	не	бл. МЗ-НЗОК № 8	не
№ 2	не	бл. МЗ-НЗОК № 8	не
№ 3	да	бл. МЗ- НЗОК № 8А	не
№ 4	да	бл. МЗ- НЗОК № 8А	не
№ 5	да	бл. МЗ- НЗОК № 8А	да
№ 6	да	бл. МЗ- НЗОК № 8	да
№ 7	да	бл. МЗ- НЗОК № 8	да
№ 8	да	бл. МЗ- НЗОК № 8А	не
№ 9	да	бл. МЗ- НЗОК № 8А	не

В случаите, при които не се изисква ИЗ, документирането на лечението се извършва съответно в Медицинско направление за клинични процедури/амбулаторни процедури (бл. МЗ-НЗОК № 8), "Медицинско направление за провеждане на клинични процедури/амбулаторни процедури (бл. МЗ-НЗОК № 8А), Лист за диспансерно наблюдение (бл. МЗ-НЗОК № 9).

МЕДИЦИНСКО НАПРАВЛЕНИЕ ЗА ПРОВЕЖДАНЕ НА КЛИНИЧНИ ПРОЦЕДУРИ/АМБУЛАТОРНИ ПРОЦЕДУРИ

ПАЦИЕНТ															НАСОЧЕН ОТ:	
РЗОК №.			здравен район			ЕГН (ЛНЧ) на пациента						Пол м/ж		2- СИМП, 3 – ЛЗБП, 4 - спешна помощ; 5 КОЦ; 6-ДЦ		
Идентификационен номер																
☐ ЕГН		☐ ЛНЧ		дата на раждане				код на държава		здравен район		регистрационен номер на лечебното заведение				
☐ ССН		☐ гражданин на ЕС		(или по двустранни спогодби)						НЗОК номер						
.....																
име, презиме и фамилия по лична карта																
Адрес: гр. (с.).....																
ул..... №.....																
ж.к..... бл..... вх..... тел/мобилен тел.....																
.....																
име на лечебното заведение																
.....																
име и фамилия на лекаря																

НАСОЧВА СЕ ЗА КЛ. ПРОЦЕДУРА . 	АМБ. ПРОЦЕДУРА . 	☐ спешен	☐ планов
дата на насочване: 	насочващ лекар:		
ден месец година	подпис		

ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА КЛ. ПРОЦЕДУРА/АМБ. ПРОЦЕДУРА															здравен район		регистрационен номер на лечебното заведение												
име на лечебното заведение															Източник на финансиране: ☐ 1 бюджет ; 2 НЗОК; 3 ДЗОФ; 4 пациент; 5 МЗ														
ПО КЛ. ПРОЦЕДУРА							АМБ. ПРОЦЕДУРА							☐ спешен ☐ планов															
☐ Отказ за извършване на КПр/АПр															лекар: _____														
															Подпис														
Диагноза: _____ МКБ 10																													
_____ МКБ 10																													
Приведен от клинична пътека							ИЗ на пациента от привеждащата клиника/отделение :																						
Приведен от кл. процедура №							номер _____ година _____																						
Преведен в клинична пътека							Преведен в кл. процедура №																						
първи преглед:					планов прием:					№ листа за планов прием																			
ден		месец		година			ден		месец		година																		
Час на включване		ден		месец		година			Час на изключване		ден		месец		година														
приемащ лекар: _____															УИН на лекуващия лекар														

име и фамилия на лекаря, подпис																													

ИЗВЪРШЕНИ КЛИНИЧНИ ПРОЦЕДУРИ/АМБУЛАТОРНИ ПРОЦЕДУРИ[illegible]

Общ брой извършени КПр /АПр

Болн. лист №. бр. дни от дата:

Изпълнителен директор/Управител на лечебното заведение:
 подпис

Началник на клиника/отделение:
 фамилия, подпис

Лекуващ лекар:
 фамилия, подпис
 УИН на лекуващия лекар

УКАЗАНИЕ ЗА ПОПЪЛВАНЕ НА МЕДИЦИНСКО НАПРАВЛЕНИЕ ПРОВЕЖДАНЕ НА КЛИНИЧНИ ПРОЦЕДУРИ/АМБУЛАТОРНИ ПРОЦЕДУРИ

Този документ се изготвя и издава от лечебно заведение (ЛЗ), изпълнител на клинична/амбулаторна процедура, еднократно за календарния месец за всеки преминал през структурата пациент. Срок на валидност - 30 дни от датата на издаване. За АПр № 36 направлението е със срок на валидност - 60 дни от издаването му.

Документът е месечен и съдържа информация за вид и брой извършени процедури на пациента за дадения календарен месец. В случаите, когато в един календарен месец се извършват процедури в различни лечебни заведения – всяко ЛЗ издава и отчита отделно „Медицинско направление за провеждане на клинични процедури/амбулаторни процедури (МЗ-НЗОК № 8А), с отразени брой процедури, които е извършило.

Регистрационните и медицинските данни в „Медицинско направление за провеждане на клинични процедури/амбулаторни процедури (МЗ-НЗОК № 8А), необходими за насочване за процедура, се попълват както следва:

- част I – от лекар от лечебно заведение за СИМП (МЦ, ДЦ, МДЦ или ДКЦ) с разкрити легла за наблюдение и лечение до 48 часа; лекар от лечебно заведение, изпълнител на болнична помощ; център за спешна медицинска помощ, лекар от комплексен онкологичен център (КОЦ) и диализен център;

- част II и III – от лечебното заведение, в което се извършва процедурата.

Документът се попълва чрез използван приложен софтуер.

Не се допуска отчитането на различни видове процедури с едно направление.

За всеки отделен вид процедура се изготвя ново „Медицинско направление за провеждане на клинични процедури/амбулаторни процедури (МЗ-НЗОК № 8А).

Част I. Данни, попълвани от лекар, издал „Медицинско направление за провеждане на клинични процедури/амбулаторни процедури (МЗ-НЗОК № 8А)

Блок “Пациент”

Вписват се регистрационните данни на здравноосигуреното лице от лекаря, издал направлението, както следва:

- № РЗОК и № здравен район по местоживеене – съгласно кодовете на здравните райони по области (на гърба на направлението);

- ЕГН(ЛНЧ) – за български граждани, осигуряващи се в България, се попълва ЕГН. За чуждестранни граждани, дългосрочно пребиваващи в Р България и осигуряващи се в България, се попълва личен номер на чужденец (ЛНЧ). За новородени, които нямат ЕГН, се попълват първите 6 квадратчета (първото и второто квадратче съдържат последните две цифри от годината на раждане, третото и четвъртото - месеца плюс 40, петото и шестото - деня на раждане);

- пол – попълва се мъж – “М” или жена – “Ж”;

- идентификационен номер на чужд осигурен (полето се попълва с дясно подравняване):

- а) идентификационен номер на лица, осигурени в друга държава, членка на ЕС, Швейцария или в друга държава, страна по Споразумението за ЕИП (Норвегия, Исландия и Лихтенщайн), за които се прилага законодателството на България, съгласно правилата за координация на системите за социална сигурност по смисъла на § 1, т. 22 от ДР на ЗЗО; лица, за които се прилага законодателството на Р България по силата на двустранни спогодби за социално осигуряване, съобразно материалния и персоналният им обхват;

- б) идентификационен номер на осигурени в Р България лица, издаден от НАП (ССН);

- име, презиме, фамилия;

- адрес – попълва се настоящият адрес на пациента;

- код на държава – попълват се уникални двузначни кодове на държави – Таблица „ISO-кодове на държавите от ЕС, ЕИП, Конфедерация Швейцария и други европейски държави”.

Задължителен за попълване само за лицата по т. а)!

- дата на раждане – попълва се деня, месеца и годината на раждането;

Блок “Насочен за процедура от” – данни за насочващия за процедура. Насочващият лекар попълва всички полета.

При насочване от СИМП – вписва се цифра „2”.

При насочване от ЛЗ за болнична помощ – вписва се цифра „3”.

Когато пациентът се насочва от “ЦСМП”, се попълва само цифрата “4” в съответното поле, а другите остават празни.

Когато пациентът се насочва от КОЦ се вписва цифрата „5”

При насочване от диализен център (самостоятелна структура) – се вписва цифрата „6”

Блок “Насочва се за амбулаторна/клинична процедура”

- номер на амбулаторната процедура

25	Диагностична и терапевтична пункция и/или биопсия
26	Амбулаторни хирургични процедури
28	Паравертебрални блокади и блокади на отделни нерви
29	Поетапна вертикализация и обучение в ходене
30	Напасване на протеза на горен или долен крайник
33.1	Парентерална инфузия на лекарствени продукти по терапевтична схема
33.2	Парентерална инфузия на лекарствени продукти по терапевтична схема на медицински хранителни субстанции
35	Сцинтиграфски изследвания
36	Позитронно-емисионна томография с компютърна томография (ПЕТ/КТ) (ПЕТ/СТ)
37	Еднофотонна емисионна компютърна томография с компютърна томография – SPECT/CT на хибриден скенер
44	Диагностика на злокачествени заболявания на гърдата
51	Радионуклидна терапия с тераностични радиофармацевтици при невроендокринни тумори
52	Радионуклидна терапия с тераностични радиофармацевтици при простатен карцином

- номер на клинична процедура

03	Интензивно лечение, мониторинг и интензивни грижи с механична вентилация и/или парентерално хранене в КАИЛ/ОАИЛ
04	Интензивно лечение, мониторинг и интензивни грижи без механична вентилация и/или парентерално хранене
05	Лечение за новородени деца с вродени сърдечни малформации, претърпели сърдечна оперативна интервенция до навършване на 1-годишна възраст
08	Интензивно лечение, мониторинг и интензивни грижи с механична вентилация и/или парентерално хранене при деца

09	Интензивно лечение, мониторинг и интензивни грижи без механична вентилация и/или парентерално хранене при деца
----	--

- отбелязва с "х" се дали пациентът се изпраща за спешна или планова процедура;
- дата на насочване;
- насочващият лекар задължително се подписва и на двата екземпляра.

Част II. Данни, попълвани от лекар при първи преглед на болния в лечебното заведение

Блок "Лечебно заведение, изпълнител на процедурата"

- име на лечебното заведение;
- РЗОК №, здравен район по местонахождение на лечебното заведение – съгласно кодовете на здравните райони по области (на гърба), регистрационен номер на лечебното заведение, код от МЗ – задължителен за всички лечебни заведения;
- номер на клинична/амбулаторна процедура;
- отбелязва с "х" се дали процедурата е спешна или планова;
- отказ за извършване на процедура – лекарят задължително отбелязва обстоятелствата, наложили отказа и се подписва и на двата екземпляра. След попълване на тези данни, Направлението се връща на пациента.
- за КПр № 03 и КПр № 04 – поставя се кодът на основната диагноза, наложила интензивно лечение - вписват се кодовете на извършените медицински процедури за времето на болничния престой, като се посочва датата на извършване. Видът и броя на процедурите, вписани в този документ съответства на изискванията на алгорътма на КПр № 03 и КПр № 04 и на регистрираните по вид и брой процедури в реанимационния лист и/или в другата медицинска документация.
- за КПр № 08 и КПр № 09 – поставя се кодът на основната диагноза, наложила интензивно лечение - вписват се кодовете на извършените медицински процедури за времето на болничния престой, като се посочва датата на извършване. Видът и броя на процедурите, вписани в този документ съответства на изискванията на алгорътма на КПр № 08 и КПр № 09 и на регистрираните по вид и брой процедури в реанимационния лист и/или в другата медицинска документация.
- за АПр № 35, № 36 и № 37 - вписват се кодовете на извършените медицински процедури, съгласно алгорътма на тези процедури и датите на извършването им.
- код на процедура по КСМП;
- ИЗ – вписва се номера на ИЗ на привеждащото отделение.
- за приведен от клинична пътека или от клинична процедура – вписва се номера на клиничната пътека/клинична процедура, по която пациентът е бил лекуван.
- за приведен в клинична пътека или клинична процедура - вписва се номера на клиничната пътека/клинична процедура, по която пациентът ще се лекува.
- дата на първи преглед в ЛЗ – попълва се задължително от приемащия лекар.
- дата за планово провеждане на процедурата – попълва се, ако приемът на пациента е планов – не се попълва за КПр № 03, КПр № 04, КПр № 08 и КПр № 09.
- за КПр № 03, КПр № 04, КПр № 08 и КПр № 09 се попълва дата и час на включване в модела за прием и дата и час на изключване от модела за прием
- № от листа за планов прием – уникален номер за лечебното заведение за календарна година.
- УИН, име, фамилия и подпис на приемащия за процедура лекар.

Част III. Данни, попълвани след всяка процедура и след изтичане на календарния месец

Блок "Извършени процедури"

- дата на извършване на медицинските процедури/манипулации; фамилия и подпис на лекаря, извършил процедурата; подпис на пациента (с изключение на КПр № 03, КПр № 04, КПр № 08 и КПр № 09);
- Общ брой извършени процедури за КПр № 03, КПр № 04, КПр № 08 и КПр № 09;
- за всяка медицинска процедура/манипулация се попълва дата на започване и дата на завършване на процедурата.

Забележка:

Клинична процедура № 03 се отчита с едно направление след излизане от модела за прием.
Клинична процедура № 04 се отчита с едно направление след излизане от модела за прием.
Клинична процедура № 08 се отчита с едно направление след излизане от модела за прием.
Клинична процедура № 09 се отчита с едно направление след излизане от модела за прием.
Амбулаторна процедура № 25 се отчита с едно направление след завършване на втората процедура, съгласно ДЛА.
Амбулаторна процедура № 26 се отчита с едно направление след завършване на третата процедура, съгласно ДЛА.
Амбулаторна процедура № 28 се отчита с едно направление след края на календарния месец.
Амбулаторна процедура № 29 се отчита с едно направление след края на календарния месец.
Амбулаторна процедура № 30 се отчита с едно направление след завършване на последната процедура, съгласно ДЛА.
Амбулаторни процедури № 33.1 и № 33.2 се отчитат с едно направление след края на календарния месец.
Амбулаторна процедура № 35 се отчита с едно направление след края на календарния месец.
Амбулаторна процедура № 36 се отчита с едно направление след края на календарния месец.
Амбулаторна процедура № 37 се отчита с едно направление след края на календарния месец.
Амбулаторна процедура № 44 се отчита с едно направление след излизане на хистологичен резултат, съгласно ДЛА.

Блок "Валидиране на документа"

- изпълнителния директор/управител на лечебното заведение задължително се подписва.
- завеждащото отделение и лекарят специалист, оказващ медицинската помощ (лекуващ лекар) по договор с НЗОК за съответната клинична/амбулаторна процедура и посочен в Приложение №1 към индивидуалния договор, сключен между лечебното заведение, изпълнител на болнична помощ и РЗОК, задължително вписват фамилията си и се подписват на документа, с което удостоверяват, че посочените в болничния отчет процедури са изпълнени.
- Лекуващият лекар задължително вписва и своя УИН. Лекуващият лекар е лекарят, посочен в приложение № 1 към индивидуалния договор, сключен между лечебното заведение, изпълнител на болнична помощ.
- При изпълнение на АПр в ЛЗ за извънболнична помощ с легла не се изисква подпис от завеждащо отделение.

Забележка:

В зависимост от броя на извършените диагностични и терапевтични процедури, според изискванията на алгорътма, „Медицинско направление за провеждане на клинични процедури/амбулаторни процедури (МЗ-НЗОК № 8А) може да бъде разпечатана на повече от една страница.

Документ „История на заболяването/ бременността и раждането/новороденото“ се води освен за пациентите, приети за лечение в стационара по всички КП, така и за тези, лекувани по АПр/КПр, съгласно представените таблици:

Таблица №1: Амбулаторни процедури

Амбулаторни процедури	Води се/не се води ИЗ	Пациентът се насочва с направление:	Изготвя се/не се изготвя епикриза
АПр № 1	не	бл. МЗ - НЗОК № 8	не
АПр № 2	не	бл. МЗ-НЗОК № 8	не
АПр № 3	не	бл. МЗ-НЗОК № 8	не
АПр № 4	да	бл. МЗ-НЗОК № 7	да
АПр № 5	не	бл. МЗ-НЗОК № 12	не
АПр № 6	не	бл. МЗ-НЗОК № 8	не
АПр № 7	не	бл. МЗ - НЗОК № 9	не
АПр № 8	не	бл. МЗ-НЗОК № 8	не
АПр № 9	не	бл. МЗ - НЗОК № 9	Етапна епикриза 1 път годишно
АПр № 10	не	бл. МЗ-НЗОК № 8	не
АПр № 11	да	бл. МЗ-НЗОК № 7	да
АПр № 12	да	бл. МЗ-НЗОК № 7	да
АПр № 13	да	бл. МЗ-НЗОК № 7	да
АПр № 14	да	бл. МЗ-НЗОК № 7	да
АПр № 15	да	бл. МЗ-НЗОК № 7	да
АПр № 16	да	бл. МЗ-НЗОК № 7	да
АПр № 17	да	бл. МЗ-НЗОК № 7	да
АПр № 18	да	бл. МЗ-НЗОК № 7	да
АПр № 19	да	бл. МЗ-НЗОК № 7	да
АПр № 20	да	бл. МЗ-НЗОК № 7	да
АПр № 21.1	да	бл. МЗ-НЗОК № 7	да
АПр № 21.2	не	бл. МЗ-НЗОК № 8	не
АПр № 22	да	бл. МЗ-НЗОК № 7	да
АПр № 23	да	бл. МЗ-НЗОК № 7	да
АПр № 24	да	бл. МЗ-НЗОК № 7	да
АПр № 25	не	бл. МЗ- НЗОК № 8А	не
АПр № 26	не	бл. МЗ- НЗОК № 8А	не
АПр № 27.1	не	бл. МЗ - НЗОК № 8	не
АПр № 27.2	не	бл. МЗ - НЗОК № 8	не
АПр № 28	не	бл. МЗ- НЗОК № 8А	не
АПр № 29	не	бл. МЗ- НЗОК № 8А	не
АПр № 30	не	бл. МЗ- НЗОК № 8А	не
АПр № 31	да	бл. МЗ-НЗОК № 7	да
АПр № 32	не	бл. МЗ - НЗОК № 8	не
АПр № 33.1	не	бл. МЗ- НЗОК № 8А	не
АПр № 33.2	не	бл. МЗ- НЗОК № 8А	не
АПр № 34	да	бл. МЗ-НЗОК № 7	да
АПр № 35	не	бл. МЗ- НЗОК № 8А	не
АПр № 36	не	бл. МЗ- НЗОК № 8А	не
АПр № 37	не	бл. МЗ- НЗОК № 8А	не
АПр № 38	не	бл. МЗ - НЗОК № 13	не
АПр № 39	не	бл.МЗ-НЗОК № 9	не
АПр № 40	не	бл.МЗ-НЗОК № 9	не
АПр № 41	не	бл.МЗ-НЗОК № 9	не
АПр № 42	не	бл.МЗ-НЗОК № 9	не
АПр № 43			
АПр № 44	не	бл. МЗ- НЗОК № 8А	не

АПр № 45	не	бл. МЗ-НЗОК № 8	не
АПр № 46	не	бл. МЗ-НЗОК № 8	не
АПр № 47	не	бл. МЗ-НЗОК № 8	не
АПр № 48	да	бл. МЗ-НЗОК № 8	не
АПр № 49	не	бл. МЗ-НЗОК № 8	не
АПр № 50	не	бл. МЗ-НЗОК № 8	не
АПр № 51	да	бл. МЗ- НЗОК № 8А	Етапна епикриза
АПр № 52	да	бл. МЗ- НЗОК № 8А	Етапна епикриза
АПр № 53	да	бл. МЗ-НЗОК № 8	не

Таблица № 2: Клинични процедури

Клинични процедури	Води се/не се води ИЗ	Пациентът се насочва с направление:	Изготвя се/не се изготвя епикриза
№ 1	не	бл. МЗ-НЗОК № 8	не
№ 2	не	бл. МЗ-НЗОК № 8	не
№ 3	да	бл. МЗ- НЗОК № 8А	не
№ 4	да	бл. МЗ- НЗОК № 8А	не
№ 5	да	бл. МЗ- НЗОК № 8А	да
№ 6	да	бл. МЗ- НЗОК № 8	да
№ 7	да	бл. МЗ- НЗОК № 8	да
№ 8	да	бл. МЗ- НЗОК № 8А	не
№ 9	да	бл. МЗ- НЗОК № 8А	не

В случаите, при които не се изисква ИЗ, документирането на лечението се извършва съответно в "Медицинско направление за клинични процедури/амбулаторни процедури (бл. МЗ-НЗОК № 8), "Медицинско направление за провеждане на клинични процедури/амбулаторни процедури (бл. МЗ-НЗОК № 8А), Лист за диспансерно наблюдение (бл. МЗ-НЗОК № 9).

УКАЗАНИЯ ЗА ПОПЪЛВАНЕ ЛИСТ ЗА ДИСПАНСЕРНО НАБЛЮДЕНИЕ

"Лист за диспансерно наблюдение" (Бл. МЗ-НЗОК № 9) е предназначен за попълване от лекар –специалист, работещ в лечебно заведение (ЛЗ) за болнична помощ, център за кожно - венерически заболявания (ЦКВЗ) или комплексен онкологичен център (КОЦ), за който не се изисква издаване на "Медицинско направление за провеждане на клинични процедури/амбулаторни процедури" (бл. МЗ-НЗОК № 8) и/или "Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ-НЗОК № 8А).

Документът се попълва в **един** екземпляр, който остава на съхранение в лечебното заведение към медицинската документация на съответния пациент.

Документът се попълва или се отпечатва чрез използван приложен софтуер.

1. Данни за пациента

Вписват се регистрационните данни на здравноосигуреното лице от лекаря, издал направлението, както следва:

- № РЗОК и №. здравен район по местоживее – съгласно кодовете на здравните райони по области (на гърба на направлението);
- ЕГН(ЛНЧ) – за български граждани, осигуряващ се в България, се попълва ЕГН. За чуждестранни граждани, дългосрочно пребиваващи в Р България и осигуряващи се в България, се попълва личен номер на чужденец (ЛНЧ). За новородени, които нямат ЕГН, се попълват първите 6 квадратчета (първото и второто квадратче съдържат последните две цифри от годината на раждане, третото и четвъртото - месеца плюс 40, петото и шестото - деня на раждане);

- пол – попълва се мъж – "М" или жена – "Ж";

- идентификационен номер на чужд осигурен (полето се попълва с дясно подравняване):

- а) идентификационен номер на лица, осигурени в друга държава, членка на ЕС, Швейцария или в друга държава, страна по Споразумението за ЕИП (Норвегия, Исландия и Лихтенщайн), за които се прилага законодателството на Р България, съгласно правилата за координация на системите за социална сигурност по смисъла на § 1, т. 22 от ДР на ЗЗО; лица, за които се прилага законодателството на Р България по силата на двустранни спогодби за социално осигуряване, съобразно материалния и персоналният им обхват;

- б) идентификационен номер на осигурени в Република България лица, издаден от НАП (СЧН);

- име, презиме, фамилия;

- адрес – попълва се настоящият адрес на пациента;

- код на държава – попълват се уникални двузначни кодове на държави – Таблица „ISO-кодове на държавите от ЕС, ЕИП, Конфедерация Швейцария и други европейски държави”

- Задължителен за попълване само за лицата по т. а)!**

- дата на раждане – попълва се деня, месеца и годината на раждането;

2. Данни за лекаря:

2.1. **Регистрационен номер** на лечебното заведение – вписва се номерът, издаден от ИАМН/районна здравна инспекция (РЗИ на титулярна на ЛЗ).

2.2. **УИН** – вписва се УИН на лекаря, извършващ прегледа.

2.3. **Код на специалност** – вписва се кодът на специалността на лекаря, извършил прегледа според приложената номенклатура на специалностите.

2.4. **Име и фамилия** – вписват се имената на лекаря, извършил прегледа.

3. **Лист за диспансерно наблюдение №** – пореден номер за календарната година. Номерацията е последователна в рамките на календарна година за всяко лечебно заведение. Номерът се изписва **"дясно подравнен"**.

4. Данни, попълвани само от лекар специалист:

4.1. Дата, час – дата и час на прегледа

Дата на поставяне на диагнозата – документира се с данни от предоставената епикриза при започване на диспансерното наблюдение (I преглед)

- **за АПр № 7:** за дата на диспансеризация се попълва датата на начало на активното наблюдение на лицето. При лица, при които е започнало активно наблюдение преди 01.01.2012 г. датата на началото на активното наблюдение също се вписва със съответната година, обемът и честотата е според заложения алгоритъм в Наредба № 39, и съответната АПр. Датата на началото на активното наблюдение подлежи на контрол от страна на контролните органи на НЗОК/РЗОК;

- **за АПр № 9:** за начална дата на диспансеризация се попълва датата на начало на активното наблюдение на лицето. При лица, при които е започнало активно наблюдение преди 01.01.2015 г., датата на началото на активното наблюдение също се вписва със съответната година. Обемът и честотата на дейностите са съгласно алгоритъма на тази АПр. Датата на началото на активното наблюдение подлежи на контрол от страна на контролните органи на НЗОК/РЗОК;

- **за АПр № 39:** за начална дата на диспансеризация се попълва датата на начало на активното наблюдение на лицето;

- **за АПр № 40:** за начална дата на диспансеризация се попълва датата на начало на активното наблюдение на лицето;

- **за АПр № 41:** за начална дата на диспансеризация се попълва датата на начало на активното наблюдение на лицето;

- **за АПр № 42:** за начална дата на диспансеризация се попълва датата на начало на активното наблюдение на лицето. При лица, при които е започнало активно наблюдение преди 01.01.2017 г., датата на началото на активното наблюдение също се вписва със съответната година. Обемът и честотата на дейностите са съгласно алгоритъма на тази АПр. Датата на началото на активното наблюдение подлежи на контрол от страна на контролните органи на НЗОК/РЗОК;

4.2. Извършени диагностични и терапевтични процедури

5. При посещението на пациент за диспансерен преглед се регистрират:

- основна диагноза по МКБ-10;

- снемане на анамнеза;

- обективно състояние;

- назначената терапия;

- извършени консултации;

- извършени диагностични и терапевтични процедури

Основна диагноза

- на първия ред се поставя кодът по МКБ 10:

- (Z08.0) Последващо изследване след хирургично отстраняване на злокачествено новообразувание;

- (Z08.1) Последващо изследване след радиотерапия на злокачествено новообразувание;

- (Z08.2) Последващо изследване след химиотерапия на злокачествено новообразувание;

- (Z08.7) Последващо изследване след комбинирано лечение на злокачествено новообразувание;

- (Z09.7) Последващо изследване след комбинирано лечение по повод на други състояния – вродени хематологични заболявания, муковисцидоза, гноен хидраденит, идиопатична белодробна фиброза, туберозна склероза и тежкопротичащи възпалителни полиартропатии и спондилопатии

- на втория ред задължително се поставя кодът на основното заболяване. При наличие на двойно кодиране – код с кръстче и код със звездичка, те се вписват в квадратчетата на един хоризонтален ред.

- на третия ред се вписва придружаваща диагноза, ако съществува такава.

Анамнеза, обективно състояние, изследвания, терапия – в свободен текст се вписват всички медицински данни, отнасящи се до състоянието на пациента; терапия - вписват се данни от издадената рецепта: номер на рецептурната бланка; код НЗОК на предписаните лекарства, мед. изделия; МКБ 10 код на заболяването, за което са предписани; сигнатура; предписано количество и срока, за който са предписани продуктите.

Кодове на извършени процедури

6. Пациентът (родител, настойник/приемен родител) удостоверява с подписа си информираност за извършените медицински дейности, назначените изследвания и терапия, както и че към момента на прегледа не е хоспитализиран. При отказ на пациента от назначената терапия или от хоспитализация, лекарят в свободен текст описва отказа в полето "Терапия" и задължително изисква подпис на пациента или негов законен представител.

7. Лекарят, осъществил прегледа, поставя подписа си на листа за диспансерно наблюдение.

Забележка:

Не се допуска отчитане на амбулаторна процедура № 07 за пациенти, които в съответния отчетен период са провеждали амбулаторни процедури с №№ 06 или 08 или лечение по клинични пътеки №№ 240, 241, 242, 243, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251 и 252 или оперативно лечение по повод на основната диагноза, за която лицето е диспансеризирано.

Не се допуска отчитане на амбулаторна процедура № 07 за пациенти в рамките на същия болничен престой, отчетен по клинични пътеки №№ 240, 241, 242, 243, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251 и 252 и АПр 6 и 8 или оперативно лечение по повод на основната диагноза, за която лицето е диспансеризирано в едно и също лечебно заведение.

Не се допуска отчитане на амбулаторна процедура № 9 „Диспансерно наблюдение при Муковисцидоза“ за пациенти, които в съответния отчетен период са били на лечение по клинична пътека № 112.

Амбулаторна процедура № 42 не може да бъде отчетена в рамките на болничен престой по клинична пътека № 90, както и в един и същи отчетен период по КП № 90.

Забележка:

В зависимост от броя на извършените диагностични и терапевтични процедури, според изискванията на алгоритъма, "Лист за диспансерно наблюдение" (Бл. МЗ-НЗОК № 9) може да бъде разпечатана на повече от една страница.

**ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК
ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА/АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНА ПРОЦЕДУРА**

ПАЦИЕНТ РЗОК №. здравен район ЕГН (ЛНЧ) на пациента Пол м/ж Идентификационен номер ☐ ЕГН ☐ ЛНЧ дата на раждане ☐ ССН ☐ гражданин на ЕС (или по двустранни спогодби) код на държава име, презиме и фамилия по лична карта Адрес: гр.(с) ул. №. ж.к. бл. вх. тел.	ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ: ☐ договор с НЗОК РЗОК №. здравен район регистрационен номер на лечебното заведение УИН на лекаря/ЛПК на лекаря, вложил МИ име на лечебното заведение име и фамилия на лекаря
--	--

Клинична пътека	№.
Амбулаторна процедура	№.
Клинична процедура	№.
Диагноза: МКБ10 	
дата на приемане: ИЗ: 	
ден месец година номер година	

дата на операцията: 	Пациент: (подпис)
ден месец година	

КОД НЗОК	Код процедура по КСМП	Място за прилагане на стикер с фабрични номера	Търговец на едро с МИ	№ на фактурата за закупуване на МИ; № и дата на заприходването в склада на болничната аптека; № и дата на разрешение за откриване на болнична аптека	Стойност за заплащане от НЗОК	Стойност доплатена от пациента	Цена на МИ по фактура на закупуване от ЛЗ
Обща стойност:							

дата на изписване: 	Лекар, вложил МИ: фамилия, подпис
ден месец година	
Изпълнителен директор/Управител на лечебното заведение: подпис	

УКАЗАНИЯ ЗА ПОПЪЛВАНЕ НА ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ /МИ/, СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА/АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНА ПРОЦЕДУРА

Първичният медицински документ "Формуляр за вложени медицински изделия" /МИ/, стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на клиничната пътека/амбулаторна процедура/клинична процедура" е предназначен за отчитане на вложени МИ, които НЗОК заплаща извън цената на клиничната пътека/амбулаторната процедура/клинична процедура.

Този документ се попълва за всеки пациент, преминал през стационара, на който е вложено МИ, което НЗОК заплаща извън цената на клиничната пътека/амбулаторната процедура/клинична процедура.

Регистрационните и медицинските данни в документа, се попълват както следва:

- части I, II, III и IV – от лекаря вложил МИ в лечебното заведение за болнична помощ;
- част III – и от болничната аптека, отпуснала МИ.

Документът се попълва в два екземпляра. Първият екземпляр се прилага към „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ –Бл. МЗ-НЗОК № 7 и заедно със Спецификацията за медицински изделия, стойността на които се заплаща извън цената на клиничната пътека/амбулаторната процедура/клинична процедура, се представя в РЗОК. Вторият екземпляр се съхранява от лечебното заведение, като става неразделна част от ИЗ на пациента, подлежи на контрол от страна на НЗОК.

Документът се попълва ясно и четливо или се отпечатва чрез използван приложен софтуер.

Част I. Данни, попълвани от лекаря вложил МИ в лечебното заведение за болнична помощ

Блок "Пациент" – вписват се регистрационните данни на пациента.

Този блок се попълва от лекаря, вложил МИ в лечебното заведение за болнична помощ, както следва:

- № РЗОК и № здравен район по настоящ адрес на пациента – съгласно кодовете на здравните райони по области.

• ЕГН(ЛНЧ) - за български граждани, осигуряващи се в България, се попълва ЕГН. За чуждестранни граждани, дългосрочно пребиваващи в Р България и осигуряващи се в България, се попълва личен номер на чужденец (ЛНЧ). За новородени, които нямат ЕГН, се попълват първите 6 квадратчета (първото и второто квадратче съдържат последните две цифри от годината на раждане, третото и четвъртото - месеца плюс 40, петото и шестото - деня на раждане);

- пол – попълва се мъж – "М" или жена – "Ж";

- идентификационен номер на чужд осигурен, като полето се попълва с дясно подравняване:

а) идентификационен номер на лица, осигурени в друга държава, членка на ЕС, Швейцария или в друга държава, страна по Споразумението за ЕИП (Норвегия, Исландия и Лихтенщайн), за които се прилага законодателството на България, съгласно правилата за координация на системите за социална сигурност по смисъла на § 1, т. 22 от ДР на ЗЗО; лица, за които се прилага законодателството на Р България по силата на двустранни спогодби за социално осигуряване, съобразно материалния и персоналният им обхват;

- б) идентификационен номер на осигурени в Р България лица, издаден от НАП (CCH);

- име, презиме, фамилия;

- адрес – попълва се настоящият адрес на пациента;

- телефон за контакти;

- идентификатор на държава – попълват се уникални двузначни кодове на държави – ISO 3166 кодове

- дата на раждане – попълва се деня, месеца и годината на раждането;

• **Блок "Лечебно заведение"** – данни за лекаря и лечебното заведение, където се влага МИ. Лекарят, вложил МИ в лечебното заведение за болнична помощ, попълва всички полета. Лекарят е посочен в Приложение № 1 към индивидуалния договор, сключен между лечебното заведение, изпълнител на болнична помощ и РЗОК по КП/АПР/КПР.

Част II. Данни, попълвани от лекаря, вложил МИ в лечебното заведение за болнична помощ

Блок "Клинична пътека/амбулаторна процедура/клинична процедура"

• „Приет по клинична пътека/амбулаторна процедура/клинична процедура“ – изписва се името и № на клиничната пътека/амбулаторната процедура/клиничната процедура, по която е приет пациентът.

- диагноза - наименование на диагнозата, която е повод за хоспитализация на пациента (изписва се на български език);

- кодове на диагнозата - основен и допълнителен код, когато се изисква съобразно правилата за кодиране, обозначен с "*" в МКБ 10;

- дата на приемане;

- ИЗ - номер и година;

- дата на операцията;

• подпис на пациент - пациентът удостоверява с подписа си, че е информиран за вида МИ, което ще му бъде вложено, както и за неговата цена.

Част III. Данни за МИ

Попълвани от аптеката на лечебното заведение

• „Код НЗОК“ – изписва кода на МИ от „Списъка с МИ, които НЗОК заплаща в условията на болничната медицинска помощ“, публикуван на интернет страницата на НЗОК;

- „Търговец на едро с МИ“ – изписва се името на фирмата, от която е закупено МИ;

• „№ на фактурата за закупуване на МИ“, № и дата на заприходяването в склада на болничната аптека “ и № и дата на разрешение за откриване на болнична аптека;

• „Стойност за заплащане от НЗОК“ – вписва се стойността, която НЗОК заплаща посочена в „Списъка с МИ, които НЗОК заплаща в условията на болничната медицинска помощ“, публикуван на интернет страницата на НЗОК;

• „Стойност доплатена от пациента“ – попълва се разликата между цената на МИ по фактурата за закупуване и стойността заплатена от НЗОК;

- „Цена на МИ по фактура на закупуване от ЛЗ“ – попълва се цената на МИ по фактурата за закупуване на МИ.

Попълвани от лекаря поставил МИ в лечебното заведение за болнична помощ

- „Код на процедура“ – вписва се кода на оперативната процедура по КСМП;

• „Стикер с фабрични номера“ - стикерът с фабричните номера и датата на производство на МИ се залепва на определеното място във формуляра. При влагане на МИ, състоящо се от няколко елемента - залепват се стикери за всеки вложен елемент. При влагане на комбинация от МИ, които НЗОК заплаща, залепват се стикери, съответстващи на броя и вида вложени МИ.

Част IV. Данни, попълвани при изписване на пациента, с поставено МИ

- дата на изписване – задължително се вписва датата на изписване/приключване на амбулаторната процедура;

• подпис на лекаря – лекарят, вложил МИ, посочен в Приложение № 1 към индивидуалния договор, сключен между лечебното заведение, изпълнител на болнична помощ и РЗОК по КП/АПР.

- изпълнителният директор/управител на лечебното заведение задължително се подписва.

ПАЦИЕНТ РЗОК №. здравен район ЕГН (ЛНЧ) на пациента Пол м/ж Идентификационен номер ☐ ЕГН ☐ ЛНЧ дата на раждане ☐ ССН ☐ гражданин на ЕС (или по двустранни спогодби) код на държава име, презиме и фамилия Адрес: гр.(с) ул. №..... Ж.К. бл. вх. тел.	НАСОЧЕН ОТ: 2- СИМП, 3 – ЛЗБП, 5 КОЦ ☐ договор с НЗОК РЗОК №. здравен район регистрационен номер на лечебното заведение НЗОК номер УИН на лекаря/ЛПК на лекаря по дентална медицина име на лечебното заведение дата на насочване: ден месец година
---	---

НАСОЧВА СЕ ЗА АМБ. ПРОЦЕДУРА №.	насочващ лекар: име, фамилия и подпис на лекаря
--	--

ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА име на лечебното заведение	здравен район регистрационен номер на лечебното заведение
---	---

АМБ. ПРОЦЕДУРА	Източник на финансиране: ☐ 1 бюджет ; 2 НЗОК; 3 ДЗОФ; 4 пациент; 5 МЗ
-------------------------------------	--

**РЕШЕНИЕ НА ОБЩА КЛИНИЧНА ОНКОЛОГИЧНА КОМИСИЯ/
 КЛИНИЧНА КОМИСИЯ ПО ХЕМАТОЛОГИЯ**
 №. /дата:

На обща клинична онкологична комисия/Клинична комисия по хематология към лечебното заведение се разгледаха и обсъдиха проведените изследвания, приложената документация и терапевтичното поведение при пациента:

.....

Диагноза: МКБ 10

.....

Дата на диагноза:

Хистология:

.....

ECOG:
От 0 до 4

Стадий

TNM:

За хематология:

Стадий (където е приложимо):
(A,B, E, bulky)

Прогностична група (където е приложимо):

☐ много нисък риск

☐ нисък риск

☐ междинен риск

☐ междинен – 1 риск

☐ междинен – 2 риск

☐ висок риск

☐ много висок риск

Имунофенотип/ имунохистохимия:

.....

Генетика:

.....

Придружаващи заболявания:

.....

.....

.....

ЗА ОБЩА ОНКОЛОГИЧНА КОМИСИЯ: Оценка на терапевтичния отговор: ☐ начално лечение ☐ пълен отговор ☐ частична ремисия ☐ стабилна болест или стационариране (без ремисия, но без прогресия) ☐ прогресия на болестта ☐ рецидив ☐ непоносимост към прилаганото лечение	
---	--

☐	оперативно лечение
☐	химиотерапия
☐	прицелна терапия
☐	ендокринна терапия
☐	лъчелечение
☐	съчетана лъчехимиотерапия
☐	диспансерно наблюдение
☐	симптоматично и палиативно лечение
☐	трансплантация на хемопоетични стволови клетки
☐	не се налага лечение и диспансерно наблюдение

Провеждана противотуморна терапия за основното заболяване:

- ☐ да
☐ не (начално лечение)
☐ не е известно

- ☐ пълен терапевтичен отговор (имунологично/молекулярно доказан)
- ☐ пълен терапевтичен отговор
- ☐ много добър частичен терапевтичен отговор
- ☐ частичен терапевтичен отговор
- ☐ клинично подобрение
- ☐ стабилна болест или стационаране (без ремисия, но без прогресия)
- ☐ прогресия на болестта
- ☐ рецидив
- ☐ непоносимост към прилаганото лечение
- ☐ неуточнен

☐	химиотерапия
☐	прицелна терапия
☐	растежни фактори
☐	имунотерапия/имunosупресия
☐	лъчелечение
☐	оперативно лечение
☐	диспансерно наблюдение
☐	симптоматично и палиативно лечение
☐	трансплантация на хемопоеитични стволови клетки
☐	не се налага лечение и диспансерно наблюдение
☐	друго

В случаите, в които е взето решение за химиотерапия/прицелна терапия/растежни фактори/имунотерапия-имуносупресия/симптоматична терапия, като неразделна част на настоящото Решение се прилага Протокол за лекарствено лечение.

	специалност	УИН на лекар	
Председател:			
Членове:			

Имена на лекар, подпис

Пациент (родител/настойник) (подпис)

УКАЗАНИЯ ЗА ПОПЪЛВАНЕ НА “РЕШЕНИЕ НА ОБЩА КЛИНИЧНА ОНКОЛОГИЧНА КОМИСИЯ/КЛИНИЧНА КОМИСИЯ ПО ХЕМАТОЛОГИЯ”

“РЕШЕНИЕ НА ОБЩА КЛИНИЧНА ОНКОЛОГИЧНА КОМИСИЯ/КЛИНИЧНА КОМИСИЯ ПО ХЕМАТОЛОГИЯ” е предназначено за попълване от:

- Клинична комисия по хематология;
- Обща онкологична комисия;
- Обща онкологична комисия/Клинична комисия по хематология за лица под 18 години.

Документът се попълва в **три** екземпляра. Първият остава на съхранение в лечебното заведение към архива на комисията, вторият екземпляр се предава на пациента и третият се прилага към медицинската документация на пациента.

Документът се попълва ясно и четливо или се отпечатва чрез използван приложен софтуер.

Документът се попълва и разпечатва само в частта, отнасяща се за съответната комисия.

1. Данни за пациента

Вписват се регистрационните данни на здравноосигуреното лице от лекаря, издал направлението, както следва:

▪ № РЗОК и №. здравен район по настоящ адрес – съгласно кодовете на здравните райони по области (на гърба на направлението);

▪ ЕГН(ЛНЧ) – за български граждани се попълва ЕГН. За чуждестранни граждани, дългосрочно пребиваващи в Р България и осигуряващи се в България, се попълва личен номер на чужденец (ЛНЧ). За новородени, които нямат ЕГН, се попълват първите 6 квадратчета (първото и второто квадратче съдържат последните две цифри от годината на раждане, третото и четвъртото - месеца плюс 40, петото и шестото - деня на раждане);

▪ пол – попълва се мъж – “М” или жена – “Ж”;

▪ идентификационен номер на чужд осигурен (полето се попълва с дясно подравняване):

а) идентификационен номер на лица, осигурени в друга държава, членка на ЕС, Швейцария или в друга държава, страна по Споразумението за ЕИП (Норвегия, Исландия и Лихтенщайн), за които се прилага законодателството на Р България, съгласно правилата за координация на системите за социална сигурност по смисъла на § 1, т. 22 от ДР на ЗЗО; лица, за които се прилага законодателството на Р България по силата на двустранни спогодби за социално осигуряване, съобразно материалния и персоналният им обхват;

б) идентификационен номер на осигурени в Република България лица, издаден от НАП (СНН);

▪ име, презиме, фамилия;

▪ адрес – попълва се настоящият адрес на пациента;

▪ код на държава – попълват се уникални двузначни кодове на държави – Таблица „ISO-кодове на държавите от ЕС, ЕИП, Конфедерация Швейцария и други европейски държави”

▪ **Задължителен за попълване само за лицата по т. а)!**

▪ дата на раждане – попълва се деня, месеца и годината на раждането;

2. Данни за насочващ лекар/насочващо лечебно заведение, в което е открито или лекувано онкологичното/хематологичното заболяване:

2.1. **Регистрационен номер** на лечебното заведение – вписва се номерът, издаден от ИАМН/(РЗИ на титуляря на ЛЗ).

2.2. **УИН** – вписва се УИН на лекаря.

2.3. **Код на специалност** – вписва се кодът на специалността на лекаря.

2.4. **Име и фамилия** – вписват се имената на лекаря.

3. Решение на обща клинична онкологична комисия/клинична комисия по хематология – пореден номер за календарната година. Номерацията е последователна в рамките на календарна година за всяко лечебно заведение. Номерът се изписва **“дясно подравнен”**.

4. Данни, попълвани от обща клинична онкологична комисия/ клинична комисия по хематология:

- **име на пациента;**

- **диагноза по МКБ-10**– поставя се кодът на основната диагноза. Вписването на основния код започва от първото квадратче и до него се поставя допълнителния код, ако е необходим такъв, обозначен със “*” в МКБ 10;

- **ЕСОГ;**

- Хистология – вписва се съответния морфологичен МКБ код.

- Имунотип/имунохистохимия;

- Генетика;

- Стадиране/прогностична група.

5. При оценка на терапевтичния отговор се попълва със знак „X” съответния чекбокс;

6. Отражават се придружаващите заболявания се кодират с код по МКБ 10.

7. При попълване на „Комисията взе решение за:” се попълва със знак „X” съответния чекбокс;

8. В блок „Обща клинична онкологична комисия/клинична комисия по хематология” се попълват лекарите, изготвили Решението, включени в Приложение № 1 към индивидуалния договор, сключен между лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ по АПр № 05 и НЗОК/РЗОК, вписват кодове на специалност, УИН, имена и поставят подписите си. Броят на лекарите и техните специалности са в съответствие с алгоритъма на АПр № 05.

Забележка:

Секции „За обща онкологична комисия” и „За клинична комисия по хематология” се попълват и разпечатват само от съответните комисии (обща онкологична комисия или клинична комисия по хематология).

[illegible]

[illegible]

УКАЗАНИЯ ЗА ПОПЪЛВАНЕ ЛИСТ ЗА “ПРОТОКОЛ ОТ КЛИНИЧНА ОНКОЛОГИЧНА КОМИСИЯ ПО ХИМИОТЕРАПИЯ”

Медицински документ „ПРОТОКОЛ ОТ КЛИНИЧНА ОНКОЛОГИЧНА КОМИСИЯ ПО ХИМИОТЕРАПИЯ“, след решение на ОБЩА ОНКОЛОГИЧНА КОМИСИЯ за лекарствено лечение/едновременно лъчехимиолечение, се попълва от Клинична онкологична комисия по химиотерапия, състояща се от:

- трима лекари с призната специалност „Медицинска онкология“, един от които е председател и работят в лечебното заведение, в което се лекува ЗОЛ - за възраст над 18 г.;
- двама лекари с призната специалност по „Педиатрия“ и „Клинична хематология“ или двама лекари с призната специалност по „Детска клинична хематология и онкология“, в което се лекува ЗОЛ - за лица под 18 г.

Документът се попълва в два екземпляра. Първият екземпляр се прилага към медицинската документация на пациента, вторият екземпляр остава в архива на комисията.

Медицински документ “ПРОТОКОЛ ОТ КЛИНИЧНА ОНКОЛОГИЧНА КОМИСИЯ ПО ХИМИОТЕРАПИЯ” (КОКХ) е предназначен за провеждане на лечение по КП и АПр в областта на „Медицинска онкология“, „Лъчетерапия“, „Детска клинична хематология и онкология“.

Този документ се попълва за всеки преминал през стационара пациент, включително и за всяко дете, нуждаещи се от лечение на солидни тумори.

Регистрационните и медицинските данни в документа, необходими за насочване за хоспитализация, се попълват както следва:

ЧАСТ ДАННИ ЗА ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ (ЛЗ), ИЗГОТВЯЩО ПРОТОКОЛА, И ЗОЛ

Попълва се името на ЛЗ, което е издало “Протокол от клинична онкологична комисия по химиотерапия” и в което се провежда лечението (химиотерапията).

Заб.* ЛЗ, което е издало “Протокол от клинична онкологична комисия по химиотерапия” и в което се провежда лечението (химиотерапията) може да е различно от ЛЗ, което е издало „Решение на обща клинична онкологична комисия“.

Датата на издаване на “Протокол от клинична онкологична комисия по химиотерапия” може да е същата или да следва датата на издаване на „Решение на обща клинична онкологична комисия“, но не може да я предшества.

Здравен район по местоживее – съгласно кодовете на здравните райони по области (Приложение № 1 „Кодове на здравните райони по области“).

Регистрационен номер на лечебното заведение – изписва се регистрационният номер в РЗИ

1. „Данни за клиничната комисия по химиотерапия“:

№ и дата на издаване на протокола – изписва се пореден уникален номер за календарната година.

Решение на общата клинична онкологична комисия за химиотерапия, прицелна (таргетна), съчетана лъчехимиотерапия и ендокринна (хормонална) – изписва се номерът и датата на решението.

Лечебно заведение – изписва се ЛЗ което изготвя протокола;

Здравен район – изписва се здравния район, където се издава протокола, съгласно кодовете на здравните райони по области (Приложение № 1 „Кодове на здравните райони по области“).

Регистрационен номер на лечебното заведение – изписва се регистрационният номер на ЛЗ, издаващо протокола и в което се провежда лечението (химиотерапията)

2. „Данни за пациента“:

2.1. РЗОК – вписва номер на РЗОК по постоянен адрес на пациента, съгласно Приложение № 2 „Кодове на РЗОК“

2.2. Здравен район по настоящ адрес на пациента – съгласно „Кодове на здравните райони по области“.

2.3. ЕГН на пациент – изписва ЕГН по лична карта.

2.4. Реквизитът „Пол“ – изписва се полът буква „м“ или „ж“;

2.5. ЕГН (ЛНЧ) – за български граждани се попълва ЕГН. За чуждестранни граждани, дългосрочно пребиваващи в Република България, се попълва личен номер на чужденец (ЛНЧ). За новородени, които нямат ЕГН, се попълват първите 6 квадратчета (първото и второто квадратче съдържат последните две цифри от годината на раждане, третото и четвъртото - месеца плюс 40, петото и шестото - деня на раждане).

2.6. идентификационен номер на чужд гражданин (полето се попълва с дясно подравняване):

а) идентификационен номер на лица, осигурени в друга държава, членка на ЕС, Швейцария или в друга държава, страна по Споразумението за ЕИП (Норвегия, Исландия и Лихтенщайн), за които се прилага законодателството на Р България, съгласно правилата за координация на системите за социална сигурност по смисъла на § 1, т. 22 от ПЗР на ЗЗО; лица, за които се прилага законодателството на Р България по силата на двустранни спогодби за социално осигуряване, съобразно материалния и персоналният им обхват.

б) идентификационен номер на осигурени в Република България лица, издаден от НАП (ССН)

2.7. Дата на раждане - изписва се рождената данта на пациента по лична карта.

2.8. Име, през име и фамилия – изписват се трите имена на пациента на кирилица.

ЧАСТ ДАННИ ДИАГНОЗАТА, ВИДА ЛЕЧЕНИЕ И ЛЕКАРСТВЕНИТЕ ПРОДУКТИ

3. Данни за диагнозата“:

3.1. Диагноза – вписва се наименованието на „Водещата онкологична диагноза“, по МКБ 10

3.2. МКБ – вписва кода по МКБ 10.

3.3. Дата на диагноза – вписва се датата на поставяне на диагнозата по т. 3.1. Тя може да различна от датата на съставяне на протокола.

3.4. Разширена диагноза – изписва се с текст

3.5. Стадий – (по номенклатура публикуваната на портала на НЗОК на адрес <https://www.nhif.bg/page/40>: Номенклатури на „Стадии на онкозаболяване“)

3.6. TNM – изписва се стадирането на пациента по TNM системата:

СТАДИРАНЕ ПО СИСТЕМАТА „TNM“:

T (големина на тумора) 0-4 описва размера и/или степента на инвазия в близките структури. По-големият T номер означава по-голям размер на тумора и/или че той може да е проникнал/нарастнал в околните структури. Определя се мястото, големината и разпространението на примерния тумор.

To – не се установява туморна формация

T1 – тумора се установява само с диагностични методи, но не може да се опипа

T2 – опипва се, но само в засегнатия орган

T4 – има засегнати съседни органи

N – категорията показва дали ракът е засегнал или по-далечни лимфни възли. Буквата N е съкращение на латинската дума Nodus / възел /

Nx – означава, че не може да се намери засягане на близките лимфни възли или не може да се установи дали са засегнати.

No- означава, че в близките лимфни възли нямат рак.

Числата N1–N3 обозначават размера, разположението и/или броя на засегнатите лимфни възли. По-големият N номер означава повече засегнати лимфни възли.

M – категорията показва наличието на далечни метастази, т.е. разпространението на рака в други части на тялото.

Mx – означава, че не могат да бъдат измерени или намерени метастази.

Mo – означава, че няма далечни метастази.

M1 – означава, че има далечни метастази

3.7. ECOG скала:

Реквизитът „Скала ECOG“ се попълва задължително, отразява общото състояние на пациента от приложената скала, както и от придружаващите заболявания и усложнения на основното заболяване. Терапевтичният подход се съобразява и с общото състояние на пациента от приложената скала. Реквизитът се попълва с число и думи, съответстващи на статуса на пациента, според скалата:

СКАЛА НА ECOG ЗА PERFORMANCE STATUS:

0 - нормална физическа активност

1 - с наличие на симптоматика, но амбулаторен; може да извършва лека работа у дома или в офис

2 - амбулаторен и в състояние да се самообслужва, но не може да работи; под 50% от времето е на легло;

3 - ограничени възможности за самообслужване, повече от 50% от времето е на легло;

4 - напълно инвалидизиран, изобщо не може да се обслужва сам, непрекъснато е на легло;

3.8. **Хистологичен резултат** – изписва се по номенклатура.

3.9. Реквизит „Хистология“ код

3.10. Реквизит „Предиктивни, имунохистохимични и с генетични маркери“ – публикуваната на портала на НЗОК на адрес <https://www.nhif.bg/page/40>: Номенклатури на „Предиктивни имунохистохимични, хормонални и генетични маркери“

3.11. Реквизит Ръст – Вписва измерения по време на прегледа ръст в см; „Тегло“ – Вписва измереното по време на прегледа тегло в кг.; „Телесна повърхност“ - Вписва измерената телесна повърхност по време на прегледа в кв.м.; „Целева стойност AUC“.

** Заб. Попълването на „Целева стойност AUC“ не е задължително; попълва се, само ако е приложимо.

3.12. **Придружаващи заболявания** – изписва се кода по МКБ10

ЧАСТ РЕШЕНИЕ

4.1. **Ще се проведе лекарствено лечение по схема** –попълва се описателно точната схема, съгласно фармакотерапевтичното ръководство (ФТР), назначена съответно от Клинична онкологична комисия по химиотерапия, включваща следната информация за всеки лекарствен продукт: АТС; Международно непатентно наименование /INN/; дните, в които се прилага в един цикъл (напр. 7-ми, 14-ти и 21-ви) всеки отделен продукт, като се определя и „Тип терапия (напр. химиотерапия, хормонотерапия, таргента и т.н.);

4.2. **Тип терапия** – попълва се съответния реквизит с „X“. Не може да се посочва повече от един тип.

4.3. **Лечебна терапия (палиативна)** – попълва се съответния реквизит с „X“. Не може да се посочва повече от един тип.

4.4. Вид терапия

- **Химиотерапия** - попълва се съответния реквизит с „X“

- **Хормонотерапия** - попълва се съответния реквизит с „X“

- **Таргетна** - попълва се съответния реквизит с „X“

- **Имунотерапия** - попълва се съответния реквизит с „X“

При попълване на таблиците за всеки лекарствен продукт (при съответния вид терапия - химиотерапия, хормонотерапия, таргента и т.н.) в колона „Ден/дни“ на протоколите се попълва общият (сумарният) брой дни на приложение на индивидуалната доза за цикъл като цяло число. Например - при терапевтичната схема- „7-ми, 14-ти и 21-ви ден“ в колона „Ден/дни“ се попълва „3“.

В колона „Стандартна доза/целева стойност AUC“/ „Стандартна доза“, в съответните протоколи да се попълва дозата по КХП/ФТР.

В колона „Индивидуална доза“ се попълва дозата за един ден, изчислена в съответните мерни единици, която се получава като произведение от телесното тегло/телесна повърхност, посочена в протокола, по стойността в колона „Стандартна доза/ целева стойност AUC“/ „Стандартна доза“, в съответните протоколи;

Когато в терапевтичната схема за определен ЛП се включва различна доза при фазите индукция, натоварваща, стандартна доза и др., в таблицата на отделен ред се отбелязва количеството на конкретния ЛП за всяка от фазите (т. е. на два отделни реда в различна дозировка);

За някои ЛП с трикратно или по-често приложение дневно – индивидуалната доза е сборна от всички приложения за деня;

В колона „Доза за цикъл“ стойността следва да се получи като се умножи индивидуалната дневна доза по броят дни, посочени в колона „Ден/дни“.

В колона „Обща доза за протокола“ / „Обща доза“ за съответните протоколи, стойността следва да се получи като се умножи общата доза за цикъл по брой цикли за целия период на валидност на протокола.

В случай, че се налага промяна на индивидуалната доза, напр. при увеличаване на телесното тегло/телесна повърхност, се издава нов протокол преди изтичане на действащия.

4.5. **Брой цикли** (повторения) – вписва се броят цикли на терапия, съгласно ФТР и кратката характеристика на продукта (КХП).

4.6. **Оценка след цикъл №** - изписва се с арабски цифри поредният номер на цикъла. Броят цикли не може да бъде по-голям от посочения в т.4.5. и е съобразен с ФТР и КХП.

4.7. **Интервал:** Брой дни за един цикъл.

4.8. **Съпътстваща терапия** – не може да се изписва самостоятелно без назначена „лечебна терапия“, с изключение на заболяванията с диагнози от рубрики C50 и C61, само в случаите, когато ЗОЛ получава лечебната терапия по протокол в условията на извънболничната помощ.

ЧАСТ ОЦЕНКА НА ТЕРАПЕВТИЧНИЯ ОТГОВОР

При първи протокол се отбелязва „начално лечение“.

При следващи протоколи се избира само един отговор: „промяна“ или „продължение“ на база оценката на ефекта от проведеното лечение по предходен протокол.

ЧАСТ ОНКОЛОГИЧНА КОМИСИЯ ПО ХИМИОТЕРАПИЯ

Попълват се данните на членовете на Клиничната онкологична комисия по химиотерапия: УИН на лекарите и за специалност – код от Приложение № 2 А „Първични медицински документи“, част „Кодове на специалности на лекари“. Съставът на КОКХ

- трима лекари с призната специалност „Медицинска онкология“, един от които е председател и работят в лечебното заведение, в което се лекува ЗОЛ - за възраст над 18 г.;

- двама лекари с призната специалност по „Педиатрия“ и „Клинична хематология“ или двама лекари с призната специалност по „Детска клинична хематология и онкология“, в което се лекува ЗОЛ - за лица под 18 г.

Пациент (родител/настойник): вписва се името и се поставя подписът на пациента или родителя/настойника.

УКАЗАНИЯ ЗА ПОПЪЛВАНЕ ЛИСТ ЗА "ПРОТОКОЛ ЗА ЛЕКАРСТВЕНО ЛЕЧЕНИЕ ПО ХЕМАТОЛОГИЯ"

Медицински документ „ПРОТОКОЛ ЗА ЛЕКАРСТВЕНО ЛЕЧЕНИЕ ПО ХЕМАТОЛОГИЯ“ е предназначен за попълване след взето решение на Клиничната комисия по хематология за лекарствено лечение за лекарствено лечение с химиотерапия, прицелна терапия, растежни фактори и имунотерапия/имуносупресия и симптоматична терапия и е неразделна част него.

Документът се попълва в два екземпляра. Първият екземпляр се прилага към медицинската документация на пациента, вторият екземпляр се предоставя на лекуващия лекар.

Медицинският документ " ПРОТОКОЛ ЗА ЛЕКАРСТВЕНО ЛЕЧЕНИЕ ПО ХЕМАТОЛОГИЯ" е предназначен за провеждане на лекарствено лечение по КП и АПР в областта на „Клиничната хематология“ и „Детска клинична хематология и онкология“.

Този документ се издава за всеки подлежащ на лекарствено лечение пациент със злокачествено хематологично заболяване, с лекарствени продукти, заплащани напълно от НЗОК, отделно от цената на КП/АПР.

Регистрационните и медицинските данни в документа, необходими за насочване за хоспитализация, се попълват както следва:

ЧАСТ ДАННИ ЗА ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ (ЛЗ), ИЗГОТВЯЩО ПРОТОКОЛА, И ЗОЛ

1. Попълва се името на ЛЗ, което издава „Решение на клинична комисия по хематология“ и „Протокол за лекарствено лечение по хематология“ КЪМ НЕГО

Заб.* ЛЗ, което е издало "Протокол за лекарствено лечение по хематология" не може да е различно от ЛЗ, което е издало „Решение на клинична комисия по хематология“. Датата на издаване на "Протокол за лекарствено лечение по хематология" може да е същата или да следва датата на издаване „Решение на клинична комисия по хематология“, но не може да я предшества.

1. „Данни за клиничната комисия по химиотерапия хематология“:

Към Решение № .../ дата на ККХ – вписва се поредният номер на решението и датата, на която взето решението.

Комисията е назначена със Заповед № ... - вписва се номерът на заповедта, издадена от ръководителя на лечебното заведение, с която създава комисията, определяща лекарствено лечение на базата на взетото издава „Решение на клинична комисия по хематология“ при пациента. Тя се състои най-малко от:

- трима лекари с призната специалност по клинична хематология - при лица над 18 г.;

- двама лекари с призната специалност по „Педиатрия“ и „Клинична хематология“ или двама лекари с призната специалност по „Детска клинична хематология и онкология“ - за лица под 18 г.

2. „Данни за пациента“:

2.1. РЗОК – вписва номер на РЗОК по постоянен адрес на пациента, съгласно Приложение № 2 „Кодове на РЗОК“.

2.2. Здравен район по настоящ адрес на пациента – съгласно кодовете на здравните райони по области (Приложение № 1 „Кодове на здравните райони по области“).

2.3. ЕГН на пациент – изписва ЕГН по лична карта.

2.4. Реквизитът „Пол“ – изписва се полът буква "м" или "ж";

2.5. ЕГН(ЛНЧ) – за български граждани се попълва ЕГН. За чуждестранни граждани, дългосрочно пребиваващи в Република България, се попълва личен номер на чужденец (ЛНЧ). За новородени, които нямат ЕГН, се попълват първите 6 квадратчета (първото и второто квадратче съдържат последните две цифри от годината на раждане, третото и четвъртото - месеца плюс 40, петото и шестото - деня на раждане).

2.6. идентификационен номер на чужд гражданин (полето се попълва с дясно подравняване):

а) идентификационен номер на лица, осигурени в друга държава, членка на ЕС, Швейцария или в друга държава, страна по Споразумението за ЕИП (Норвегия, Исландия и Лихтенщайн), за които се прилага законодателството на Р България, съгласно правилата за координация на системите за социална сигурност по смисъла на § 1, т. 22 от ПЗР на ЗЗО; лица, за които се прилага законодателството на Р България по силата на двустранни спогодби за социално осигуряване, съобразно материалния и персоналният им обхват.

б) идентификационен номер на осигурени в Република България лица, издаден от НАП (СНН).

2.7. Дата на раждане - изписва се рождената дата на пациента по лична карта.

2.8. Име, през име и фамилия – изписват се трите имена на пациента на кирилица.

2.9. Реквизит Ръст – Вписва измерения по време на прегледа ръст в см;

2.10. „Тегло“ – Вписва измереното по време на прегледа тегло в кг.

2.11. „Телесна повърхност“ - Вписва измерената телесна повърхност по време на прегледа в кв.м.

2.12. Диагноза – изписва се текста на кирилица и кодира по МКБ 10.

2.13. Предикативен маркер – отразява се с „X“ съответният маркер – където е приложимо.

Реквизит „Предиктивни, имунохистохимични и с генетични маркери“ – публикуваната на портала на НЗОК на адрес <https://www.nhif.bg/page/40>: Номенклатури на „Предиктивни имунохистохимични, хормонални и генетични маркери“

2.14. При лечение за : химиотерапия/прицелна терапия/имунотерапия/растежни фактори/симптоматично лечение – попълва се с „X“ една от видовете линии на терапия.

ЧАСТ СХЕМА (НАИМЕНОВАНИЕ) - Вписва се схемата на лечение с текст на кирилица.

ЧАСТ ТЕРАПИЯ

5.1. Тип терапия

5.2. Брой цикли – вписва се броят цикли на терапия. Съгласно фармакотерапевтичното ръководство (ФТР) и кратката характеристика на продукта (КХП).

5.3. Оценка след цикъл № - изписва се с арабски цифри поредният номер на цикъла. Броят цикли не може да бъде по-голям от посочения в т.5.2. и е съобразен с ФТР и КХП

ЧАСТ КОМИСИЯ В СЪСТАВ:

6.1. Председател и членове - попълват се данните на членовете на Клиничната комисия по хематология: УИН на лекарите и за специалност – код от Приложение № 2 А „Първични медицински документи“, част „Кодове на специалности на лекари“.

6.2. Пациент (родител/настойник): вписва се името и се поставя подписът на пациента или родител/настойника.

ПАЦИЕНТ РЗОК №. здравен район ЕГН (ЛНЧ) на пациента Пол м/ж Идентификационен номер код на държава ☐ ЕГН ☐ ЛНЧ дата на раждане . . ☐ ССН ☐ гражданин на ЕС (или по двустранни спогодби) Адрес: гр.(с) ул. №. Ж.К. бл. вх. тел.	НАСОЧЕН ОТ: ☐ договор с НЗОК РЗОК №. здравен район 2- СИМП, 3 – ЛЗБП, 7 - ЦПЗ регистрационен номер на лечебното заведение НЗОК номер Код спец. УИН на лекаря дата на насочване: / / ден месец година																																				
НАСОЧВА СЕ ЗА АМБ. ПРОЦЕДУРА №. насочващ лекар: име, фамилия и подпис на лекаря																																					
ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА здравен район регистрационен номер на лечебното заведение име на лечебното заведение																																					
АМБ. ПРОЦЕДУРА Източник на финансиране: ☐ 1 бюджет ; 2 НЗОК; 3 ДЗОФ; 4 пациент; 5 МЗ																																					
РЕШЕНИЕ НА СПЕЦИАЛИЗИРАНА КОМИСИЯ ПО СПЕЦИАЛНОСТ №. /дата: . . За определяне на план на лечение на терапевтичния отговор при пациенти, получаващи скъпоструващи лекарствени продукти по реда на чл. 78, т. 2 от ЗЗО Ръст Тегло Диагноза: Придружаващи заболявания: Анамнеза: Обективно състояние: Терапевтичен подход: МКБ 10 . . МКБ 10 . . МКБ 10 . . 																																					
Комисията взе решение за: ☐ започване на лечение с ЛП по реда на чл.78, т.2 от ЗЗО ☐ продължаване на лечението с ЛП по реда на чл.78, т.2 от ЗЗО ☐ смяна на ЛП ☐ липсват изключващи критерии за започване/продължаване на лечение с ЛП ☐ издаване на протокол за предписване на лекарства, заплащани от НЗОК																																					
Специализирана комисия: <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 15%; font-size: 8px;">специалност</th> <th style="width: 25%; font-size: 8px;">УИН на лекар</th> <th style="width: 50%; font-size: 8px;">Имена на лекар, подпис</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 5px;">Председател:</td> <td></td> <td></td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 5px;">Членове:</td> <td></td> <td> </td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td> </td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td> </td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td> </td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td> </td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td> </td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td> </td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table>			специалност	УИН на лекар	Имена на лекар, подпис	Председател:				Членове:																											
	специалност	УИН на лекар	Имена на лекар, подпис																																		
Председател:																																					
Членове:																																					
																																					
																																					
																																					
																																					
																																					
																																					
Информирани съм за назначената терапия, за начина на уведомление и съм съгласен съм за използване на личните ми данни. пациент (подпис) (родител, настойник/приемен родител),																																					

УКАЗАНИЯ ЗА ПОПЪЛВАНЕ ЛИСТ ЗА “РЕШЕНИЕ НА СПЕЦИАЛИЗИРАНА КОМИСИЯ ПО СПЕЦИАЛНОСТ”

Този документ се изготвя и издава от специализирани комисии по специалности в ЛЗБП, СИМП и ЦПЗ – изпълнители на медицинска помощ по договор с НЗОК/РЗОК.

Регистрационните и медицинските данни в документа, необходими за насочване за процедура, се попълват както следва:

Част I – от лекар специалист от СИМП, ЛЗБП, ЦПЗ – изпълнители на медицинска помощ по договор с НЗОК/РЗОК.

Документът за насочване на ЗОЛ към специализирана комисия се попълва в **два** екземпляра.

Част II – от лечебното заведение, изпълнител на Амбулаторна процедура № 38 по договор с НЗОК/РЗОК.

Документът се изготвя и издава в **два** екземпляра. Първият екземпляр и документа за насочване на ЗОЛ към специализирана комисия остават на съхранение в специализираната комисия към медицинската документация на съответния пациент, а вторият екземпляр се предава на пациента.

Част I. Данни, попълвани от лекар, насочил ЗОЛ за Амбулаторна процедура № 38.

Блок “Пациент”

Вписват се регистрационните данни на ЗОЛ от лекаря, издал направлението, както следва:

- № РЗОК и № здравен район по настоящ адрес – съгласно кодовете на здравните райони по области (на гърба на направлението);

- ЕГН(ЛНЧ) – за български граждани, осигуряващи се в България, се попълва ЕГН. За чуждестранни граждани, дългосрочно пребиваващи в Р България и осигуряващи се в България, се попълва личен номер на чужденец (ЛНЧ). За новородени, които нямат ЕГН, се попълват първите 6 квадратчета (първото и второто квадратче съдържат последните две цифри от годината на раждане, третото и четвъртото - месеца плюс 40, петото и шестото - деня на раждане);

- пол – попълва се мъж – “М” или жена – “Ж”;

- идентификационен номер на чужд - осигурен (полето се попълва с дясно подравняване):

- а) идентификационен номер на лица, осигурени в друга държава, членка на ЕС, Швейцария или в друга държава, страна по Споразумението за ЕИП (Норвегия, Исландия и Лихтенщайн), за които се прилага законодателството на Р България, съгласно правилата за координация на системите за социална сигурност по смисъла на § 1, т. 22 от ДР на ЗЗО; лица, за които се прилага законодателството на Р България по силата на двустранни спогодби за социално осигуряване, съобразно материалния и персоналният им обхват;

- б) идентификационен номер на осигурени в Република България лица, издаден от НАП (ССН);

- име, презиме, фамилия;

- адрес – попълва се настоящият адрес на ЗОЛ;

- код на държава – попълват се уникални двузначни кодове на държави – Таблица „ISO-кодове на държавите от ЕС, ЕИП, Конфедерация Швейцария и други европейски държави”.

Задължителен за попълване само за лицата по т. а)!

- дата на раждане – попълва се деня, месеца и годината на раждането;

Блок “Насочен от” – данни за насочващия лекар – попълват се всички полета.

При насочване от СИМП – вписва се цифра „2”.

При насочване от ЛЗБП – вписва се цифра „3”.

При насочване от ЦПЗ – вписва се цифра „7”.

Блок “Насочва се за амбулаторна процедура 38”

Насочващият лекар вписва име и фамилия, подписва се и слага печат на ЛЗ

Част II. Данни, попълвани от лечебното заведение, изпълнител на Амбулаторна процедура № 38

1. **Име на лечебното заведение, здравен район по местонахождение на ЛЗ, регистрационен номер на лечебното заведение.**

2. **Решение на специализирана комисия по специалност** – отбелязва се кода на съответната специалност.

3. **№ и дата на прегледа** – пореден номер за календарната година. Номерацията е последователна в рамките на календарна година за всяко лечебно заведение. Номерът се изписва “**дясно подравнен**”.

4. **При посещението на ЗОЛ за издаване на РЕШЕНИЕ НА СПЕЦИАЛИЗИРАНА КОМИСИЯ по АПр № 38 се регистрират:**

4.1. **Ръст (сантиметри) и тегло (килограми) на ЗОЛ.**

4.2. **Диагноза по МКБ 10** – поставя се кодът на основната диагноза, за която ЗОЛ получава скъпоструващо лечение; вписват се основен и допълнителен код на диагнозата, съобразно правилата за кодиране по МКБ 10. Вписването на основния код започва от първото квадратче и до него се поставя допълнителния код, ако е необходим такъв, обозначен със “*” в МКБ 10.

4.3. **Придружаващи заболявания.**

4.4. **Анамнеза** - сигурна диагноза, потвърдена с придружаваща медицинска документация, съгласно Изискванията на НЗОК; дебют на заболяването; еволюция и ход на заболяването; провеждана предходна терапия – ЛП, дози, срокове на приложение, ефект; активност на заболяването към момента на кандидатстване.

4.5. **Обективно състояние** - соматичен и локален статус.

4.6. **Терапевтичен подход** - мотиви за необходимостта от започване/продължаване/смяна на лечение със скъпоструващи лекарствени продукти; коментар на следените параклинични изследвания; определяне на схема на лечение с конкретен лекарствен продукт; отразяване на терапевтичен отговор на провежданото лечение; развитие на нежелани лекарствени реакции; наличие или липса на изключващи критерии.

4.7. **При издаване на Е-протокол:**

- В поле „Терапевтичен подход“ се добавя следния текст:

- „Желая да ми бъде одобрено лечение с лекарствения продукт, като декларирам, че съм уведомен за действието на назначената лекарствена терапия и давам информирано съгласие същата да ми бъде прилагана“

- „Съгласен/а съм за използване на личните ми данни за целите на експертизата“

- „Желая да бъда уведомен/а за резултата от експертизата от РЗОК по един от следните начини: e-mail, телефон, SMS/Viber известяване или на място в РЗОК“

- „Разрешавам достъп до електронното ми здравно досие...“.

- вписва се информация, относима към издаване на Е-протокола, която е в документ, който няма електронен формат.

5. При попълване на поле „Комисията взе решение за:“ се попълва със знак „X“ съответния чекбокс и при издаване на протокол се отразява: “Липсват изключващи критерии за започване/продължаване на лечение с ЛП”.

6. **Председателят и членовете на специализираната комисия фигурират в Приложение № 1 на лечебното заведение** – изпълнител на АПр № 38 по договор с НЗОК/РЗОК. След изготвяне на Решението, лекарите вписват кодове на специалност, УИН, имена и поставят подписите си.

7. ЗОЛ, родител, настойник/приемен родител удостоверява с подписа си информираност и желание относно назначената терапия, съгласие за използване на лични данни и начина на уведомление.

Екземпляр от Решението на хартиен носител, което е основание за издаване на протокол, подписано от членовете на специализираната комисия и ЗОЛ (родител, настойник/приемен родител), се съхранява от специализираната комисия.

Забележка:

В зависимост от обема информация в текстовите полета, бланката може да бъде разпечатана на повече от една страница.

		КЛИНИКА/ОТДЕЛЕНИЕ:		СТАЯ №	
Лечебно заведение		ПРИЕМАЩ ЛЕКАР:		ЛЕГЛО №	
РЗОК No. здравен район регистрационен номер на лечебното заведение		Име и фамилия на лекаря/ УИН на лекаря/ЛПК на лекаря по дентална медицина			
ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО №/..... НРН №					
ВАЖНО! Алергичен към:				КРЪВНА ГРУПА Rh	
ПАЦИЕНТ					
РЗОК No. здравен район ЕГН/ЛНЧ/СНН на пациента		☐ ЕГН ☐ ЛНЧ ☐ СНН ☐ Друг ☐ гражданин на ЕС (или по двустранни спогодби)		☐ № дата 1 лична карта, 2 паспорт	
Идентификационен номер		код на държава		Гражданство	
Име		Дата на раждане		Възраст Г / М / Д Пол М/Ж Семейно положение	
Постоянен адрес: гр. (с) обл. ул. № ж.к. бл. вх. ап. тел.					
Образование.....Месторабота.....Професия (длъжност).....					
Лице за контакт тел. Връзка с пациента.....					
Адрес на близките:.....					
Родител/настойник, 1. 2.					
НАСОЧЕН ОТ ☐ 1- ОПЛ, 2- специалист, 3 - болница, 4 – спешна помощ; 5 ЦКВЗ, 6 КОЦ; 7 лекар по дентална медицина					
име на лечебното заведение		РЗОК No. здравен район регистрационен номер на лечебното заведение			
име и фамилия на лекаря		Код специалност УИН на лекаря/ЛПК на лекаря по дентална медицина УИН на заместващия (наетия) лекар/ЛПК на денталния лекар			
Първи преглед: планов прием: №					
ден месец година ден месец година листа за планов прием					
ПОСТЪПИЛ В ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ					
Приет		Вид прием		по КП № по АПр №	
ден месец година час минути		☐ спешен ☐ планов			
Степен на тежест на състоянието		☐ до 6 часа ☐ от 6 до 24 часа ☐ след 24 часа ☐ 1 бюджет ; 2 НЗОК; 3 ЗЗД; 4 пациент; 5 МЗ			
деца под 1 г.		постъпване от началото на заболяването за спешните случаи		източник на финансиране	
при прием тегло при прием (грама)					
ДИАГНОЗА					
Изпращащо заведение.....		МКБ 10			
.....		МКБ 10			
Приемен кабинет.....		МКБ 10			
.....		МКБ 10			
Хистология Стадий TNM					
Приемащ лекар: УИН на лекаря/ЛПК на лекаря по дентална медицина					
/име фамилия /					

Номер:/....., Пациент:, Роден/а/ на, Пол:

дата на прием час на прием дата и час на изписване / превеждане / починал

3. починал ☐ аутописан ☐

ден
 месец
 година
 час
 минути

МКБ 10
причина за смъртта: _____

[illegible]

по КП №

--	--	--

 по АПр №

--	--

No	Дата	Описание	TNM	Стадий
----	------	----------	-----	--------

Лекуващ лекар:
/име фамилия, подпис/
Началник клиника/отделение:
/име фамилия, подпис/

[illegible]

УИН на лекаря/ЛПК на лекаря по дентална медицина

История на заболяването, част III - Анамнеза

Номер:/....., Пациент:, Роден/а на, Пол:

АНАМНЕЗ

Настоящи оплаквания:

Проведени изследвания:

Проведено лечение:

Минали заболявания

Фамилна обремененост

Рискови фактори (професионални, битови, вредни навици – алкохол, тютюнопушene)

ден месец година час минути

Име на лекаря, снел анамнезата:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

УИН на лекаря ЛПК на денталния лекар

История на заболяването, част IV – Обективно състояние

Номер:/....., Пациент:, Роден/а/ на, Пол:

ОБЕКТИВНО СЪСТОЯНИЕ

1. Общо състояние на пациента (вид, положение, подвижност и други):

a. Дихателна система:

b. Сърдечно-съдова система:

c. Други системи:

2. Специфичен статус (ако е приложим):

3. Допълнителни данни, взети от други документи от предшестващо лечение, прегледи и изследвания:

Име на лекаря, снел статуса:.....

УИН на лекаря ЛПК на денталния лекар

Номер: / , Пациент: , Роден/а/ на , Пол:

1. Диагноза:

2. Диференциална диагноза:

3. Диагностичен план:

4. Лечебен план:

ден месец година час минута

Име на лекар:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

УИН на лекаря /ЛПК на денталния лекар

История на заболяването, част VI – Лабораторни изследвания

Номер:/....., Пациент:, Роден/а/ на, Пол:

ЛАБОРАТОРНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ

Кръвна картина

Дата	СУЕ	Хемоглобин	Еритроцити	Хематокрит	Левкоцити	Диференциална кръвна картина								Морфология на еритроцити
						J	St	Sg	Eo	Ba	Ly	Mo	Pl	
Дата														

Кръв – биохимични изследвания

Дата	Кръвна захар	Холестерол	LDL	HDL	Триглицериди	Урея	Креатинин	Натрий	Калий	Хлориди	Калций	Общ белтък	Протеинограма				
													алб.	α ₁	α ₂	β	γ
Дата																	

История на заболяването, част VI – Лабораторни изследвания

Номер:/....., Пациент:, Роден/а/ на, Пол:

ЛАБОРАТОРНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ

Хемостаза

Дата, час	Протр.време (s)	Протр.време (%)	aPTT (s)	INR	Фибриноген	D-dimer

Кръвно-газов анализ

Дата.....		Час							
КГА	pH								
	BE								
	HCO3								
	StB								
	pCO ₂								
	pO ₂								
	SatO ₂								
	tcSatO ₂								

Урина									
Дата	pH	Специфично тегло	Белтък	Захар	Кетонни тела	Билирубин	Уробилиноген	Седимент	Урокултура
Дата									
Дата									
Дата									
Дата									

История на заболяването, част VI – Лабораторни изследвания

Номер:/....., Пациент:, Роден/а/ на, Пол:

ДРУГИ ИЗСЛЕДВАНИЯ

Дата:

Изследване:

Материал:

Резултат

Микроскопски

Серологичен

От посевка

Изолирани микроорганизми

No

Микроорганизъм

Микробно число

Оценка

1

2

Антибиотична чувствителност

Антибиотик

1

2

3

4

5

6

7

История на заболяването, част VII – Образни изследвания

Номер:/....., Пациент:, Роден/а/ на, Пол:

ОБРАЗНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ

Дата и час	Изследване:	Име на лекаря разчеп резултата
------------	-------------	---

Дата и час	Изследване:	Име на лекаря разчеп резултата	УИН на лекаря разчеп резултата
------------	-------------	---	---

Дата и час	Изследване:	Име на лекаря разчеп резултата	УИН на лекаря разчеп резултата
------------	-------------	---	---

Дата и час	Изследване:	Име на лекаря разчеп резултата	УИН на лекаря разчеп резултата
------------	-------------	---	---

История на заболяването, част VIII – Протоколи за извършени процедури

Номер:/....., Пациент:, Роден/а/ на, Пол:

ПРОТОКОЛИ ЗА ИЗВЪРШЕНИ ПРОЦЕДУРИ

Дата	№	Процедура:	☐ Взет материал
..... Име на лекаря УИН на лекаря			
Дата	№	Процедура:	☐ Взет материал
..... Име на лекаря УИН на лекаря			
Дата	№	Процедура:	☐ Взет материал
..... Име на лекаря УИН на лекаря			
Дата	№	Процедура:	☐ Взет материал
..... Име на лекаря УИН на лекаря			
Дата	№	Процедура:	☐ Взет материал
..... Име на лекаря УИН на лекаря			
История на заболяването, част IX – Декурзус			
Номер:/....., Пациент:, Роден/а/ на, Пол:			

Декурзус		Лекарствени назначения	
Дата и час _____			
Име на лекаря:.....		 УИН на лекаря/ЛПК на денталния лекар	
Дата и час _____			

Име на лекаря:.....			УИН на лекаря /ЛПК на денталния лекар					
Дата и час _____ Консултация:								
Име на лекаря:.....			УИН на лекаря /ЛПК на денталния лекар					
Дата и час _____								
Име на лекаря:.....			УИН на лекаря /ЛПК на денталния лекар					
Дата и час _____								
Име на лекаря:.....			УИН на лекаря /ЛПК на денталния лекар					
Дата и час _____								
Име на лекаря:.....			УИН на лекаря /ЛПК на денталния лекар					
ИЗХОД ОТ ЗАБОЛЯВАНЕТО								
ПРЕПОРЪКИ								
	ден	месец	година	час	минути	Лекуващ лекар:.....		УИН на лекаря /ЛПК на денталния лекар

УКАЗАНИЯ ЗА ПОПЪЛВАНЕ НА ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО

СТР.1

Електронният медицински документ "История на заболяването" е съпътстваща лечебно-диагностичният процес документация за всеки пациент, постъпил в лечебно заведение за болнична помощ.

Този документ се изготвя електронно за всеки преминал през стационара пациент, насочен за лечение с направление Бл.МЗ-НЗОК №7, както и за пациентите, насочени с направление Бл.МЗ-НЗОК № 8/8А, когато се изисква документиране на диагностиката и лечението в "История на заболяването".

Документът се изготвя въз основа на данните, регистрирани в информационните системи на лечебните заведения след приемането на пациента за хоспитализация, генерира се в окончателен вид в края на хоспитализацията след изписване на пациента, и се подписва от лекуващия лекар и началника на клиниката/отделението. След приключване на хоспитализацията „История на заболяването“ се архивира и съхранява съгласно законоустановения срок. За целите на контролната дейност изискването за подпис на пациента се отнася само до „Информираното съгласие“, което е неделима част от „История на заболяването“.

Полетата в документа не се попълват, когато липсват данни за това.

„Историята на заболяването“ се състои от няколко части

Част I.

Блок "История на заболяването"

- Електронният документ "История на заболяването" се издава от лекар, работещ в лечебно заведение за болнична помощ; КОЦ и ЦКВЗ; друго лечебно заведение за медицинска помощ и ЛЗ за извънболнична помощ с разкрити легла за наблюдение и лечение до 48 часа. Същото се регистрира в Националната здравно-информационна система (НЗИС), откъдето получава национален референтен номер (НРН).
- Вписва се името на лечебното заведение, в което постъпва пациентът, № РЗОК и № здравен район – съгласно кодовете на здравните райони по области и регистрационния номер на лечебното заведение;
- Името на отделението, в което се приема пациента, стая №, легло №, както и името на приемащия- лекар, който може да не е включен в приложение № 1 от индивидуалния договор.
- В полето „История на заболяването №“ се посочва номер от общоболничния журнал на лечебното заведение при постъпване на пациента;
- В полето „Направление НРН №“ се посочва НРН номера № на направление Бл.МЗ-НЗОК №7 или 8А от Националната здравно-информационна система, по което се осъществява приема, когато системата има техническа готовност за това;

Блок "Важно" - вписват се наличие на алергии (към медикаменти, храни и др.) по данни на пациента, попълва се и кръвната група, след нейното определяне. Диета и хранителен режим се попълва, ако пациентът има такава.

Блок "Пациент" - Паспортна част

Този блок се попълва от медицинската сестра от приемното отделение или регистратора, като данните се взимат от документ за самоличност:

- № РЗОК и № здравен район по настоящ адрес – съгласно кодовете на здравните райони по области;
- ЕГН (ЛНЧ) - за български граждани се попълва ЕГН. За чуждестранни граждани, дългосрочно пребиваващи в РБългария, се попълва личен номер на чужденец (ЛНЧ). За новородени, които нямат ЕГН, се попълват първите 6 квадратчета (първото и второто квадратче съдържат последните две цифри от годината на раждане, третото и четвъртото - месеца плюс 40, петото и шестото - деня на раждане);
 - пол – попълва се мъж – "М" или жена – "Ж";
 - идентификационен номер на чужд гражданин, като полето се попълва с дясно подравняване:
- а) идентификационен номер на лица, осигурени в друга държава, членка на ЕС, Швейцария или в друга държава, страна по Споразумението за ЕИП (Норвегия, Исландия и Лихтенщайн), за които се прилага законодателството на България, съгласно правилата за координация на системите за социална сигурност по смисъла на § 1, т. 22 от ПЗР на ЗЗО; лица, за които се прилага законодателството на Р България по силата на двустранни спогодби за социално осигуряване, съобразно материалния и персоналният им обхват;
- б) идентификационен номер на осигурени в Р България лица, издаден от НАП (СНН);
 - идентификатор на държава – попълват се уникални двузначни кодове на държави – ISO 3166 кодове;
 - дата на раждане – попълва се деня, месеца и годината на раждането;
- възраст, навършени години, а при деца под една година месеци или дни;
 - име, презиме, фамилия по лична карта;
 - образование;
 - месторабота;
 - професия (длъжност);
 - местоживеене;
 - адрес – попълва се настоящият адрес на пациента;
 - телефон за контакти;
 - семеино положение;
 - гражданство;
 - адрес на близките – попълва се името, телефон за контакт и/или адрес;
 - лице за контакт – попълва се името, телефон за контакт.

Блок "Насочен от"

Отбелязва се с "Х" един от възможните варианти, както и УИН на изпращащия лекар, който е посочен в „Направлението за хоспитализация“. Име на лечебното заведение, което насочва пациента, № РЗОК и № здравен район – съгласно кодовете на здравните райони по области и регистрационния номер на лечебното заведение; . Когато пациентът се насочва от "Спешна помощ" се попълва само цифрата "4" в съответното поле, а другите остават празни.

- Код на специалност се посочва само за лекар-специалист, съгласно номенклатурата на лекарските специалности на НЗОК или от НАРЕДБА № 1 ОТ 22 ЯНУАРИ 2015 Г. ЗА ПРИДОБИВАНЕ НА СПЕЦИАЛНОСТ В СИСТЕМАТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО.

Блок "Първи преглед"

В този блок се посочват:

- Дата на първи преглед в болница/МЦ /ДКЦ с разкрити легла;
- Дата за планиран прием – попълва се, ако приемът на пациента е планов;
- № от листа за планов прием – уникален номер за лечебното заведение за календарната година.

Блок "Постъпил в лечебното заведение"

В този блок се посочват:

- „Приет“ - дата на приемане и час на приемане – в случай на спешен прием тази дата съвпада с датата на първия преглед в болницата; в случай на планов прием тази дата съвпада с датата за планиран прием; като час на приемане задължително се вписват часът и минутите на прием на пациента в болницата.
- Вид прием – задължително се посочва дали пациентът се приема спешно или планово;
- При спешен прием се посочва брой часове, изминали от настъпване на спешността до приема в лечебното заведение;
- Номер на клинична пътека/амбулаторна процедура - не се попълва, ако пациентът се изпраща за лечение на заболяване извън клиничните пътеки/амбулаторните процедури или ако лечебното заведение няма договор за съответната клинична пътека/амбулаторна процедура;
- Източник на финансиране за провеждане на лечението;
- Тегло в грамове за деца на възраст под 1 год. при прием;
- Степен на тежест на състоянието към момента на хоспитализация – попълват се следните класификации:

СТЕПЕНИ НА ТЕЖЕСТ НА СЪСТОЯНИЕТО (ПАЦИЕНТИ НАД 3 ГОДИНИ)

I СТЕПЕН

Пациентът е независим, с незасегнати жизнени функции, ориентира се във времето и пространството. В състояние е без помощ да се облича и съблича, сам да се мие, да се храни, да отива на изследване и манипулации, да включва лампата, радиото, звънеца за повикване и да отива до тоалетната.

II СТЕПЕН

Пациентът е ограничен поради предписание да не става от леглото или поради леко увреждане. Жизнените му функции не са засегнати, но са застрашени. Обикновено се ориентира за времето и пространството. В състояние е сам или с помощ да се облича или съблича, да се мие на умивалника или в леглото, да яде и пие. Може да отива на изследвания и манипулации само с придружител. Сам обслужва звънеца за повикване, лампата и радиото и сам търси помощ за ползване на тоалетната.

III СТЕПЕН

Пациентът е ограничен поради предписание да не става от леглото или тежко увреждане. Може да има нарушение в ориентацията, нуждае се непрекъснато от помощ при обличане и събличане, при извършване на тоалета и при хранене. Изследванията и манипулациите се извършват само в лежащо положение.

IV СТЕПЕН

В това състояние пациентът е напълно зависим, нетранспортабилен, с нарушено съзнание и се нуждае от непрекъснато обслужване при всички ситуации.

СТЕПЕНИ НА ТЕЖЕСТ НА СЪСТОЯНИЕТО (ДЕЦА ОТ 1 ДО 3 ГОДИНИ)

I СТЕПЕН

Деца от една до три годишна възраст без отклонения в общото развитие. Включва къпане, хранене до 4 пъти в денонощие, преповиване до 3 пъти в денонощие или поставяне на гърне/водене до тоалетна, поставяне в легло и приспиване, раздвижване - пасивно и активно. Контрол на температура, дишане, пулс, бъбречна функция и дефекация до два пъти в денонощие.

II СТЕПЕН

Към грижите за първа степен поради нарушено състояние се добавят: допълнително миене и почистване, хранене до 6 пъти в денонощие, преповиване до 6 пъти в денонощие или присъствие при изхождане по нужда, раздвижване или приспиване по обичаен начин. Контрол на температура, дишане, пулс, бъбречна функция и дефекация до 4-6 пъти в денонощие. Поддържане на инфузионно лечение до два пъти в денонощие.

III СТЕПЕН

Към грижите за втора степен поради по-тежко нарушено състояние (след операции, инвазивни процедури, остра фаза на заболяването/висок фебрилитет) се добавят: къпане или миене при затруднени условия (неподвижност, включени инфузионни системи, продължителен мониторинг, стерилни условия и др.). Допълнителни грижи - при диарии, повръщания, обилни изпотявания, кървене и при промяна на положението в леглото, пасивното и активно раздвижване поради затруднените условия.

IV СТЕПЕН

В това състояние детето е напълно зависимо, транспортабилно при специални изисквания, с нарушено съзнание и се нуждае от непрекъснато обслужване при всички ситуации.

Поради много тежко нарушено състояние към грижите за трета степен могат да се добавят продължително изкуствено дишане с респиратор и друго интензивно лечение на детето.

СТЕПЕНИ НА ТЕЖЕСТ НА СЪСТОЯНИЕТО (НОВОРОДЕНИ И КЪРМАЧЕТА)

I СТЕПЕН

Новородени и кърмачета без отклонения от нормата. Включва къпане, хранене до 5 пъти в денонощие, преповиване до 5 пъти в денонощие, обръщане в леглото до 5 пъти в денонощие, контрол на температура, дишане, пулс, бъбречна функция и дефекация до 3 пъти в денонощие.

II СТЕПЕН

Към грижите за първа степен поради нарушено състояние се добавят: допълнително миене и почистване, хранене до 8 пъти в денонощие, преповиване до 8 пъти в денонощие, обръщане в леглото 8-10 пъти в денонощие, контрол на температура, дишане, пулс, бъбречна функция и дефекация до 6 пъти в денонощие.

III СТЕПЕН

Към грижите за втора степен поради по-тежко състояние (след операции, инвазивни процедури, остра фаза на заболяването, висок фебрилитет) се добавят: къпане или миене при затруднени условия (неподвижност, включени инфузионни системи, продължителен мониторинг, стерилни условия и др.). Допълнителни грижи - при диарии, повръщания, обилни изпотявания, кървене и при промяна на положението в леглото поради затруднените условия.

IV СТЕПЕН

Към грижите за трета степен поради много тежко състояние се добавят: отглеждане в кувьоз на недоносени под 2500 грама, необходимост от продължително изкуствено дишане с респиратор и друго интензивно лечение на детето.

Блок “Диагноза“

В този блок се посочват диагнозите:

- „Изпращащо заведение“ – наименование на диагнозата, която е повод за изпращане за лечение (изписва се на български език), на втория ред се изписва придружаващо заболяване, ако пациентът има такова. Посочват се и МКБ кодовете на заболяванията, основен и допълнителен код (обозначен с “*”), когато се изисква съобразно правилата за кодиране на МКБ 10 ;
- Приеман кабинет – наименование на диагнозата, която е повод за лечение на пациента (изписва се на български език), на втория ред се изписва придружаващо заболяване, ако има такова. Посочват се и МКБ кодовете на заболяванията, основен и допълнителен код (обозначен с “*”), когато се изисква съобразно правилата за кодиране на МКБ 10 ;
- Хистология – посочва се морфологичната диагноза (ако има такава при постъпване в лечебното заведение), съгласно номенклатурата на второто издание на МКБ-О (въведено в България с Наредба № 42 от 8 декември 2004 г. за въвеждане на Международната статистическа класификация на болестите и проблемите, свързани със здравето - десета ревизия от 01.01.2005 г.);
- TNM стадий на тумор при постъпване в лечебното заведение (според 8 издание на TNM класификация на злокачествените тумори) (ако има такъв определен преди постъпване в лечебното заведение).

Част II

Напуснал лечебното заведение

Блок "Изписан на"

- „Статус“ – задължително се попълва статусът на пациента:
 - изписан – отбелязва се с "1"; посочва се състоянието при изписване – здрав; с подобрение; без промяна; с влошаване.
 - преведен - отбелязва се с "2". В този случай задължително се попълва регистрационният номер на болницата, в която е преведен пациентът, както и диагнозата за превеждане (попълва се кодът на заболяването, което е причина за превеждането на пациента и допълнителен код (обозначен с "***"), когато се изисква съобразно правилата за кодиране на МКБ 10); тази диагноза може да бъде различна от водещата диагноза;
 - починал - отбелязва се с "3"; в полето "Причина за смъртта" се попълва кодът на заболяването, причина за смъртта на пациента от клинична гледна точка, ако пациентът не е аутопсиран. Ако пациентът е аутопсиран се отбелязва кодът за причината за смъртта по данни от обдукцията.
- Посочват се и пролежаните дни в ЛЗ.

Блок "Работоспособност"

В този блок се отбелязва с "X" в съответното квадратче, работоспособността (ако пациентът е пенсионер, не се попълва):

- Възстановена;
- Временна неработоспособност – когато се издава болничен лист се вписва номера му, както и дните до постъпването и при изписването;
- Трайно намалена работоспособност
- Насочен към ТЕЛК.

Блок "Проведено лечение"

В този блок се посочва:

- Код на КП/АПР, по която е проведено лечението, когато то се финансира от НЗОК;
- Основна (водеща, окончателна) диагноза - състоянието, което след направените изследвания се явява основна причина за приемане на пациента в ЛЗ за полагане на медицински грижи (изписва се на български език). Вписва се и кодът по МКБ 10, съобразно правилата за кодиране, като вписването на кода започва от първото квадратче и до него се поставя допълнителния код (обозначен с "***"), когато се изисква съобразно правилата за кодиране на МКБ 10.
При отчитане на клиничните пътеки/амбулаторните процедури, в алгоритъма на които се изисква отчитане с два кода за основна диагноза се кодират диагнозите така, както са посочени в съответния алгоритъм;
- Придружаващи заболявания и усложнения – посочват се кодове на заболявания съобразно правилата за кодиране, като се поставя и допълнителен код (обозначен с "***"), когато се изисква съобразно правилата за кодиране на МКБ10;
- Хистология – посочва се морфологичната диагноза (ако има такава при изписване от лечебното заведение), съгласно номенклатурата на второто издание на МКБ-О (въведено в България с Наредба № 42 от 8 декември 2004 г. за въвеждане на Международната статистическа класификация на болестите и проблемите, свързани със здравето - десета ревизия от 01.01.2005 г.);
- Диагностична/терапевтична или оперативна процедура - код по КСМП - колкото реда са необходими;
- Хистологичен резултат (ако има направен по време на хоспитализацията) – описва се с думи хистологичния резултат, а с код по КСМП се отразяват начина на изследване, посочва се номера и датата;
- TNM стадий на тумор, определени при изписване от лечебното заведение (според 8 издание на TNM класификация на злокачествените тумори) (ако има такъв определен по време на хоспитализацията).
- Лекуващ лекар – имена, УИН/ЛПК, подпис
- Началник клиника/отделение – имена, УИН/ЛПК, подпис

Част III

Анамнеза

- Вписва се от кого е снета анамнезата – от пациента, от близки на пациента, други;
- Вписва се името на лекаря, снет анамнезата, дата, час, идентификация с УИН/ЛПК;
- Анамнезата се вписва в свободен текст.

Част IV

Обективно състояние

Вписва се името на лекаря снет статуса, дата, час, идентификация с УИН

Описва се в свободен текст:

1. Общо състояние на пациента (вид, положение, подвижност и други):
 - a. Дихателна система;
 - b. Сърдечно-съдова система;
2. Други системи.
3. Специфичен статус;
3. Допълнителни данни, взети от други документи от предшестващо лечение, прегледи и изследвания.

Част V

Диагностично-лечебен план:

Вписва се в свободен текст

1. Вероятна диагноза (добавят се данни от оценъчни скали, ако има такива по съответните медицински стандарти и правила за добра практика);
2. Диференциална диагноза
3. Диагностичен план;
4. Лечебен план;

Име на лекуващия лекар съставил диагностично-лечебния план, идентификация с УИН/ЛПК;

Част VI

Лабораторни изследвания

Съдържа резултати от направените лабораторни изследвания или се прилагат оригиналните медицински документи от лабораторни изследвания.

Част VII

Образни изследвания

Съдържа резултати от извършени образни изследвания или се прилагат оригиналните медицински документи от образни изследвания.

Част VIII

Протоколи за извършени процедури

В тази част се вписват всички оперативни протоколи, както и протоколи от извършени инвазивни/интервенционални/ендоскопски процедури.

Част IX

Ход на болестта (декурзус):

Описва се в свободен текст, но съдържа следните атрибути:

1. Дата и час, УИН код и име на лекаря, снел декурзуса;
2. Наблюдение върху състоянието на болния;
3. Лечение и препоръки (провежданото лечение се номерира последователно и е с дата на изписване на лекарственото средство. Сигнатурата се означава в температурния лист;

Консултация

- Консултация – в полето се маркира с надпис „Консултация“ и се описва в свободен текст консултацията;
- Посочва се дата, час, УИН код и име на консултанта.

Последна страница

Съдържа следните атрибути

1. Изход от заболяването (обобщено) – описва се със свободен текст след последния декурзус.
2. Препоръки – описват се в свободен текст, както и планирани контролни прегледи след изписването.
3. Издадена епикриза/ще бъде издадена епикриза.

Забележка: Всички допълнителни медицински и други съотносими документи (информирано съгласие и други) се добавят към „История на заболяването“ и са неотделима част от самото ИЗ.

		КЛИНИКА/ОТДЕЛЕНИЕ:		СТАЯ №	
Лечебно заведение		ПРИЕМАЩ ЛЕКАР:		ЛЕГЛО №	
РЗОК №. здравен район регистрационен номер на лечебното заведение		Име и фамилия на лекаря/			
гр.		УИН на лекаря			
ИСТОРИЯ НА БРЕМЕННОСТТА И РАЖДАНЕТО № / НРН №					
ВАЖНО! Алергичен към:				КРЪВНА ГРУПА Rh	
ПАЦИЕНТ					
РЗОК №. здравен район ЕГН/ЛНЧ/СНН на пациента		☐ ЕГН ☐ ЛНЧ ☐ СНН ☐ Друг		☐ № дата	
Идентификационен номер		☐ гражданин на ЕС (или по двустранни спогодби)		1 лична карта, 2 паспорт	
		код на държава		Гражданство	
Име		Дата на раждане		Възраст в год.	
Име, презиме и фамилия по лична карта		Семейно положение			
Постоянен адрес: гр. (с) обл.					
ул. № ж.к. бл. вх. ап. тел.					
Образование Месторабота Професия (длъжност)					
Лице за контакт тел. Връзка с пациента					
Адрес на близките:					
НАСОЧЕНА ОТ					
☐ 1- ОПЛ, 2- специалист, 3 - болница, 4 – спешна помощ; 5 ЦКВЗ, 6 КОЦ; 7 лекар по дентална медицина		РЗОК №. здравен район регистрационен номер на лечебното заведение			
име на лечебното заведение		гр/с			
име и фамилия на лекаря		Код специалност		УИН на лекаря/ЛПК на лекаря по дентална медицина	
		УИН на заместващия (наетия) лекар/ЛПК на денталния лекар			
Първи преглед: ден месец година планов прием: ден месец година №.					
ПОСТЪПИЛ В ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ					
Приет ден месец година час минути		Вид прием ☐ спешен ☐ планов		по КП № . . .	
Степен на тежест на състоянието ☐		☐ до 6 часа ☐ от 6 до 24 часа ☐ след 24 часа		☐ 1 бюджет ; 2 НЗОК; 3 ЗЗД; 4 пациент; 5 МЗ	
Регистрирана в ЖК ☐ Не ☐ Да,		Къде:		источник на финансиране	
		регистрационен номер на лечебното заведение			
Последна редовна менструация: ден месец година Вероятен термин на раждане: ден месец година					
ДИАГНОЗА					
Изпращащо заведение		МКБ 10 			
Приемен кабинет		МКБ 10 			
Приемащ лекар		МКБ 10 			
/име фамилия /		УИН на лекаря			

История на бременността и раждането, част II – Напуснал лечебното заведение

Номер:/....., Пациент:, Роден/а/ на, Пол:

НАПУСНАЛ ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ

ИЗПИСАНА НА:

..... Пролетани леглодни:
дата на прием час на прием дата и час на изписване / превеждане / починал От тях: след раждането

Статус: ☐ 1. изписан ☐ оздравял ☐ с подобрение ☐ без промяна ☐ с влошаване предоперативни ☐ следоперативни ☐
☐ 2. преведен в болница РЗИ Диагноза за превеждане: МКБ 10
☐ 3. починал ☐ аутопсиран МКБ 10
ден месец година час минути причина за смъртта:

ИЗХОД ОТ БРЕМЕННОСТТА

☐ запазена ☐ изк. аборт ☐ спонтанен аборт ☐ мъртво раждане ☐ живо раждане
час минути ден месец година

НОВОРОДЕНО I-во №

Статус: ☐ 1. изписан 2. преведен в болница РЗИ Диагноза за превеждане: МКБ 10
☐ 3. починал ☐ аутопсиран МКБ 10

II-ро №

Статус: ☐ 1. изписан 2. преведен в болница РЗИ Диагноза за превеждане: МКБ 10
☐ 3. починал ☐ аутопсиран МКБ 10

ДАДЕН ОТПУСК: Болничен лист № бр. дни

ПРОВЕДЕНО ЛЕЧЕНИЕ

по КП №.

ОСНОВНА ДИАГНОЗА: МКБ 10
..... МКБ 10
Усложнения на бременността: МКБ 10
..... МКБ 10
..... МКБ 10
..... МКБ 10
..... МКБ 10
Придружаващи заболявания МКБ 10
..... МКБ 10
..... МКБ 10
..... МКБ 10

Следоперативни усложнения.....

ДИАГНОСТИЧНА/ТЕРАПЕВТИЧНА или ОПЕРАТИВНА ПРОЦЕДУРА:

..... КСМП
..... КСМП
..... КСМП
..... КСМП
..... КСМП
..... КСМП
..... КСМП
..... КСМП
..... КСМП
..... КСМП

Лекуващ лекар:
/име фамилия, подпис/
Началник клиника/отделение:
име фамилия, подпис/

.....

УИН на лекаря

История на бременността и раждането, част III - Анамнеза

Номер:/....., Пациент:, Роден/а на, Пол:

AHAMHE3A

Фамилна обремененост: Не/Да, каква:

Минали заболявания:

Общи и гинекологични операции

Първа менструация на год., установила се през дни, трае дни

Особености

.....

.....

.....

.....

ни, трае дни

.....

.....

.....

.....

Настоящата бременност е по ред Аборти всичко

порти всичко

Първо движение на плода на г. от тях по желание

от тях по желание

по мед. показания

СПОНТАННИ	
-----------	-------

СПОНТАННИ

Последно раждане на г. Последен аборт на г.

ден	месец	година	час	минути	Име на лекаря, снел анамнезата:					
					УИН на лекаря					

[illegible]

История на бременността и раждането, част IV – Общ статус

Номер:/....., Пациент:, Роден/а/ на, Пол:

ОБЕКТИВНО СЪСТОЯНИЕ

ОБЩ СТАТУС

Температура..... Пулс АН албумин

Тегло кг. Ръст см. Отоци Не/Да, Къде:

Патологични отклонения по системи и органи: Не / Да, Какви:

АКУШЕРСКИ СТАТУС

Размери на таза Особености на таза Обиколка на

D.sp.	D.cr.	D.tr.	C.ext.

корема Височина на

матката

Бременността е едноплодна/многоплодна Хабитус и ситус на плода

Детски сърдечни тонове: удара/мин., ясни / глухи, ритмични / аритмични, със/без шумове

Родова дейност: Не/Да от г. ч. през мин., по сек.

Изследване: вагинално/ректално. Външни полови органи

Шийка на матката Разширение см.

Околоплоден мехур: запазен/отворен, откога г. ч. Цвят на водите

Предлежаща част /каква, в коя част на таза и как стои/

Особености при протичане на предишни бременности и раждания

Усложнения на настоящата бременност: Не/Да, и оплаквания при постъпването:

ден месец година час минути

Име на лекаря, снел статуса:.....

УИН на лекаря

Забележка: На приетите по спешност и за раждане, анамнезата и статуса се попълват от приемащия лекар.

Номер: / , Пациент:, Роден/а/ на, Пол:

Родова дейност от Г. Ч. МИН.
Изтичане на водите: спонтанно, изкуствено на (дата, час, година) Г. Ч. МИН.
Цвят на водите Количество

I-во дете: № на г. ч. мин. Пол мъжки/женски
Положение живо / мъртво: интранатално/антенатално; преди/след постъпване в болницата
тегло кг., ръст см. Апгар: 1 мин. 5 мин. рН 1 мин.

II-ро дете: № на г. ч. мин. Пол мъжки/женски
Положение живо / мъртво: интранатално/антенатално; преди/след постъпване в болницата
тегло кг., ръст см. Апгар: 1 мин. 5 мин. рН 1 мин.

Продължителност: общо ч. II-ри период. мин.

Раждане на плацентата на г. ч. мин. Спонтанно, по Крее, друго
 Метергинова профилактика: не / да Обща кръвозагуба cm³

Цяла / задържани части/тегло	Излезли всички	Дължина см
Размер голям см. малък см.	Задържани части	Особености
Особености	Особености	

Шев:шийка; влагалище; перинеум.

Акушерка водила раждането: Лекар водил раждането:

[illegible]

Номер: / , Пациент:, Роден/а/ на, Пол:

[illegible][illegible]

Номер: / , Пациент: , Роден/а/ на , Пол:

Дата, час	Протр.время (s)	Протр.время (%)	aPTT (s)	INR	Фибриноген	D-dimer

Дата..... Час								
КГА	pH							
	BE							
	HCO ₃							
	StB							
	pCO ₂							
	pO ₂							
	SatO ₂							
	tcSatO ₂							

[illegible]

История на бременността и раждането, част VI – Лабораторни изследвания

Номер:/....., Пациент:, Роден/а/ на, Пол:

ДРУГИ ИЗСЛЕДВАНИЯ

Дата:	Изследване:	Материал:						
Резултат								
Микроскопски								
Серологичен								
От посявка								
Изолирани микроорганизми								
No	Микроорганизъм	Микробно число			Оценка			
1								
2								
Антибиотична чувствителност								
Антибиотик		1	2	3	4	5	6	7

Дата:	Изследване:	Материал:						
Резултат								
Микроскопски								
Серологичен								
От посявка								
Изолирани микроорганизми								
No	Микроорганизъм	Микробно число			Оценка			
1								
2								
Антибиотична чувствителност								
Антибиотик		1	2	3	4	5	6	7

Дата: _____ № _____	Изследване:	Материал:						
Макроскопски								
Хистологично								
Диагноза								

Дата: _____ № _____	Изследване:	Материал:						
Макроскопски								
Хистологично								
Диагноза								

История на бременността и раждането, част VII – Образни изследвания

Номер:/....., Пациент:, Роден/а/ на, Пол:

ОБРАЗНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ

Дата и час	Изследване:	Име на лекаря разчел резултата	УИН на лекаря разчел резултата
Дата и час	Изследване:	Име на лекаря разчел резултата	УИН на лекаря разчел резултата
Дата и час	Изследване:	Име на лекаря разчел резултата	УИН на лекаря разчел резултата
Дата и час	Изследване:	Име на лекаря разчел резултата	УИН на лекаря разчел резултата

История на бременността и раждането, част VIII – Протоколи за извършени процедури

Номер:/....., Пациент:, Роден/а/ на, Пол:

ПРОТОКОЛИ ЗА ИЗВЪРШЕНИ ПРОЦЕДУРИ

Дата	№	Процедура:	☐ Взет материал
..... Име на лекаря УИН на лекаря			
Дата	№	Процедура:	☐ Взет материал
..... Име на лекаря УИН на лекаря			
Дата	№	Процедура:	☐ Взет материал
..... Име на лекаря УИН на лекаря			
Дата	№	Процедура:	☐ Взет материал
..... Име на лекаря УИН на лекаря			
Дата	№	Процедура:	☐ Взет материал
..... Име на лекаря УИН на лекаря			

История на бременността и раждането, част IX – Наблюдение на бременната/родилката

Номер:/....., Пациент:, Роден/а/ на, Пол:

НАБЛЮДЕНИЕ НА БРЕМЕННАТА/РОДИЛКАТА

Декурзус

Лекарствени назначения

Дата и час _____

Име на лекаря:.....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

УИН на лекаря

Дата и час _____

Име на лекаря:.....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

УИН на лекаря

Дата и час _____

Име на лекаря:.....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

УИН на лекаря

Дата и час _____ Консултация:

Име на лекаря:.....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

УИН на лекаря

Дата и час _____

Име на лекаря:.....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

УИН на лекаря

Дата и час _____

Име на лекаря:.....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

УИН на лекаря

ИЗХОД ОТ ЛЕЧЕНИЕТО

ПРЕПОРЪКИ

--	--

 ден

--	--

 месец

--	--	--	--

 година

--	--

 час

--	--

 минути

Лекуващ лекар:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

УИН на лекуващ лекар

УКАЗАНИЯ ЗА ПОПЪЛВАНЕ НА ИСТОРИЯ НА БРЕМЕННОСТТА И РАЖДАНЕТО СТР. 1

Медицинският документ "История на бременността и раждането" е съпътстваща лечебно-диагностичния процес документация за всяка пациентка, постъпила в лечебно заведение за болнична помощ по повод състояния, свързани с бременността и раждането.

Документът се изготвя въз основа на данните, регистрирани в информационните системи на лечебните заведения след приемането на пациента за хоспитализация в лечебното заведение, генерира се в окончателен вид в края на хоспитализацията, след изписване на пациента, и се подписва от лекуващият лекар и началникът на клиниката/отделението. След приключване на хоспитализацията „История на бременността и раждането“ се архивира и съхранява съгласно законоустановения срок. За целите на контролната дейност изискването за подпис на пациента се отнася само до „Информираното съгласие“, което е неделима част от „История на бременността и раждането“.

Полетата в документа не се попълват, когато липсват данни за това.

„История на бременността и раждането“ се състои от няколко части:

Част I. История на бременността и раждането:

- При електронно издаване на "История на бременността и раждането" от лекар, работещ в лечебно заведение за болнична помощ; същото се регистрира в Националната здравно-информационна система (НЗИС), откъдето получава национален референтен номер (НРН), който се вписва в съответното поле.
- Вписва се името на лечебното заведение, в което постъпва пациентката, № РЗОК и № здравен район – съгласно кодовете на здравните райони по области и регистрационния номер на лечебното заведение;
- Името на отделението (клиниката), в което се приема пациентката, стая №, легло №, както и името на лекуващия лекар.

Блок "Важно" - Вписват се наличие на алергии (към медикаменти, храни и др.) по данни на пациента, попълва се и кръвната група, след нейното определяне. Диета и хранителен режим се попълва, ако пациентката има такава.

Блок "Пациент" – Паспортна част:

Този блок се попълва се от медицинската сестра от приемното отделение или регистратора, като данните се взимат от документ за самоличност:

- № РЗОК и № здравен район по настоящ адрес – съгласно кодовете на здравните райони по области;
- ЕГН (ЛНЧ) - за български граждани се попълва ЕГН. За чуждестранни граждани, дългосрочно пребиваващи в Р България, се попълва личен номер на чужденец (ЛНЧ);
- идентификационен номер на чужд гражданин, като полето се попълва с дясно подравняване:
- а) идентификационен номер на лица, осигурени в друга държава, членка на ЕС, Швейцария или в друга държава, страна по Споразумението за ЕИП (Норвегия, Исландия и Лихтенщайн), за които се прилага законодателството на България, съгласно правилата за координация на системите за социална сигурност по смисъла на § 1, т. 22 от ПЗР на ЗЗО; лица, за които се прилага законодателството на Р България по силата на двустранни спогодби за социално осигуряване, съобразно материалния и персоналният им обхват;
- б) идентификационен номер на осигурени в Р България лица, издаден от НАП (СЧН);
- идентификатор на държава – попълват се уникални двузначни кодове на държави – ISO 3166 кодове;
- дата на раждане – попълва се деня, месеца и годината на раждането.
- възраст, навършени години;
- име, презиме, фамилия по лична карта;
- образование;
- месторабота;
- професия (длъжност);
- местоживееене;
- адрес – попълва се настоящият адрес на пациента;
- телефон за контакти;
- семейно положение;
- гражданство;
- адрес на близките – попълва се името, телефон за контакт и/или адрес;
- лице за контакт – попълва се името, телефон за контакт;

Блок "Насочена от"

Отбелязва се с "X" един от възможните варианти. Както и УИН на изпращащия лекар, който е посочен в „Направлението за хоспитализация“. Когато пациентът се насочва от "Спешна помощ" се попълва само цифрата "4" в съответното поле, а другите остават празни. Име на лечебното заведение, което насочва пациента, № РЗОК и № здравен район – съгласно кодовете на здравните райони по области и регистрационния номер на лечебното заведение;

Код на специалност се посочва само за лекар-специалист, съгласно номенклатурата на лекарските специалности на НЗОК или от НАРЕДБА № 1 ОТ 22 ЯНУАРИ 2015 Г. ЗА ПРИДОБИВАНЕ НА СПЕЦИАЛНОСТ В СИСТЕМАТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Първи преглед – дата, дата на планов прием и № от листа за планов прием

Блок "Постъпил в лечебното заведение"

В този блок се посочват:

- „Приет“ - дата на приемане и час на приемане – в случай на спешен прием тази дата съвпада с датата на първия преглед в болницата; в случай на планов прием тази дата съвпада с датата за планиран прием; като час на приемане задължително се вписват часът и минутите на прием на пациента в болницата.
- Вид прием – задължително се посочва дали пациентката се приема спешно или планово;
- При спешен прием се посочва брой часове, изминали от настъпване на спешността до приема в лечебното заведение;
- Номер на клинична пътека
- Източник на финансиране за провеждане на лечението;
- Степен на тежест на състоянието към момента на хоспитализация – попълват се следните класификации:

Отбелязва се с "X" водена ли е ЖК, като се посочва и къде е водена. Посочва се в кое отделение се настанява пациентката. Попълва се датата на последната редовна менструация и вероятният термин на раждане.

Блок "Диагноза"

В този блок се попълват диагнозите:

- диагноза на изпращащото заведение с код по МКБ 10

- диагноза в приемния кабинет – попълва се диагнозата с код по МКБ 10, определена от лекаря, който е приел пациентката в приемния кабинет;

Част II – Напуснал лечебното заведение

Блок “Изписана на”

В този блок се посочват:

- Дата на приемане и час на приемане – в случай на спешен прием тази дата съвпада с датата на първия преглед в болницата; в случай на планов прием тази дата съвпада с датата за планиран прием; като час на приемане задължително се вписват часът и минутите на прием на пациентката в болницата;
- Дата и час на изписване/превеждане/починал;
- Посочват се и пролежаните дни в лечебното заведение, от тях предоперативни, следоперативни и дни след раждането;
- „Статус“ – задължително се попълва статусът на пациента:
 - изписан – отбелязва се с “1”;
 - преведен - отбелязва се с “2”. В този случай задължително се попълва регистрационният номер на болницата, в която е преведен пациентът, както и диагнозата за превеждане (попълва се кодът на заболяването, което е причина за превеждането на пациента и допълнителен код (обозначен с “**”), когато се изисква съобразно правилата за кодиране на МКБ 10); тази диагноза може да бъде различна от водещата диагноза;
 - починал - отбелязва се с “3”; в полето “Причина за смъртта” се попълва кодът на заболяването, причина за смъртта на пациента от клинична гледна точка, ако пациентът не е аутопсиран. Ако пациентът е аутопсиран се отбелязва кода за причината за смъртта по данни от обдукцията;
- „Състояние“ – посочва се състоянието при изписване – здрав; с подобрение; без промяна; с влошаване;
- „Аутопсирана“ – дата и час.

Блок “Изход от бременността”

- Отбелязва се отбелязва с “X” в съответното квадратче;
- При живо раждане се отбелязва и час, минути, ден, месец, година.

Блок “Новородено”

В този блок се посочват:

- „Статус“ – задължително се попълва статусът на новороденото:
 - изписан – отбелязва се с “1”;
 - преведен - отбелязва се с “2”. В този случай задължително се попълва регистрационният номер на болницата, в която е преведено новороденото, както и диагнозата за превеждане (попълва се кодът на заболяването, което е причина за превеждането на пациента и допълнителен код (обозначен с “**”), когато се изисква съобразно правилата за кодиране на МКБ 10); тази диагноза може да бъде различна от водещата диагноза;
 - починал - отбелязва се с “3”; в полето “Причина за смъртта” се попълва кодът на заболяването, причина за смъртта на новороденото от клинична гледна точка, ако новороденото не е аутопсирано. Ако новороденото е аутопсирано се отбелязва кодът за причината за смъртта по данни от обдукцията;
- „Аутопсирано“ – дата и час.

Блок “Даден отпуск”

В този блок се посочват:

- № на болничния лист;
- Даден отпуск – брой дни всичко.

Блок „Проведено лечение“

В този блок се посочва:

- Код на КП, по която е проведено лечението, когато то се финансира от НЗОК;
- Основна (водеща, окончателна) диагноза - състоянието, което след направените изследвания се явява основна причина за приемане на пациента в ЛЗ за полагане на медицински грижи (изписва се на български език). Вписва се и кодът по МКБ 10, съобразно правилата за кодиране, като вписването на кода започва от първото квадратче и до него се поставя допълнителния код (обозначен с “**”), когато се изисква съобразно правилата за кодиране на МКБ 10. При отчитане на клиничните пътеки/амбулаторните процедури, в алгоритъма на които се изисква отчитане с два кода за основна диагноза се кодират диагнозите така, както са посочени в съответния алгоритъм;
- Придружаващи заболявания и усложнения – посочват се кодове на заболявания съобразно правилата за кодиране, като се поставя и допълнителен код (обозначен с “**”), когато се изисква съобразно правилата за кодиране на МКБ10;
- Следоперативни усложнения, ако има такива, описват се в свободен текст;
- Диагностична/терапевтична или оперативна процедура - код по КСМП - колкото реда са необходими.
- Лекуващ лекар – имена, УИН, подпис
- Началник клиника/отделение – имена, УИН, подпис

Част III

Анамнеза

- Анамнезата се вписва в свободен текст.
- Посочва се от кого е снета анамнезата – от пациента, от близки на пациента, други;
- Посочва се дата, час, УИН код и име на лекаря, снет анамнезата;

Част IV

Обективно състояние

Вписва се в свободен текст:

- Общ статус;
- Акушерски статус;
- Посочва се дата, час, УИН код и име на лекаря снет статуса.

Част V

Протичане на раждането:

Вписва се в свободен текст данни за протичане на раждането

- Начало на родова дейност;
- Раждане;

- Плацентарен период;
- Бележки по протичане на раждането.
- Посочва се дата, час, УИН код и име на лекаря водил раждането.

Част VI Лабораторни изследвания

Съдържа резултати от направените лабораторни изследвания или се прилагат оригиналните медицински документи от лабораторни изследвания.

Част VII

Образни изследвания

Съдържа резултати от извършени образни изследвания или се прилагат оригиналните медицински документи от образни изследвания.

Част VIII

Протоколи за извършени процедури

В тази част се вписват всички оперативни протоколи, както и протоколи от извършени инвазивни/ интервенционални/ ендоскопски процедури.

Част IX

Наблюдение на бременната/родилката

- Декурзус
- Изход от лечението
- Препоръки
- Посочва се дата, час, УИН код и име на лекуващия лекар, изготвил описанието на изхода от заболяването и препоръките.

Забележка: Всички допълнителни медицински и други съотносими документи (информирано съгласие и други) се добавят към „История на бременността и раждането“ и са неотделима част.

Лечебно заведение

РЗОК No. здравен район регистрационен номер на лечебното заведение

гр.

КЛИНИКА/ОТДЕЛЕНИЕ:
.....
ПРИЕМАЩ ЛЕКАР:
.....
Име и фамилия на лекаря/

УИН на лекаря

БОКС №
.....
№ ИЗ на майката

Актов №

ИСТОРИЯ НА НОВОРОДЕНОТО №/..... НРН №

КРЪВНА ГРУПА Майка Rh Дете Rh

МАЙКА

РЗОК No. здравен район ЕГН/ЛНЧ/СНН на пациента

Идентификационен номер

ЕГН ЛНЧ СНН Друг

гражданин на ЕС (или по двустранни спогодби)

код на държава

Възраст в год.

№ дата
1 лична карта, 2 паспорт

Гражданство

Име
Име, презиме и фамилия по лична картаПостоянен адрес: гр. (с) обл.
ул. № ж.к. бл. вх. ап. тел. Коя по ред бременност Термин на раждане:

ден месец година

първа; втора и т.н.

Кое по ред раждане Пукнат мехур

ден месец година час минути

първо; второ и т.н.

Искуствено СпонтанноМеханизъм на раждането
.....

БЕБЕ №

ЕГН на дете

Възраст в дни Пол М/Ж

Име родено на

ден месец година час минути

Да Не I-ви II-ри III-ти

Близнак

При раждане гр см см см гр Доносено Недоносено Преносено

тегло ръст обиколка на глава гърди телло при прием

Гестационна възраст г.с. и дни Морфологична зрялост г.с. Изплакало:

Признаци на живот	По Апгар	Цвят на кожата	Сърдечна дейност	Дишане	Тонус	Рефлекторна възбудимост	Скор
Дишане	1 мин.						
Сърдечна дейност	3 мин.						
Пулсация на пъпна връв	5 мин.						
Движение на волева мускулатура	... мин						

Вродени аномалии / травми
.....

Реанимация Не/Да, каква
.....
..... Проведена от

Раждането водено от Акушерка

Пъпчето вързано от Предал от РЗ Приел в неонатология

ПОСТЪПИЛ В ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ

Приет

ден месец година час минути

Вид прием спешен планов по КП №

Степен на тежест на състоянието до 6 часа от 6 до 24 часа след 24 часа 1 бюджет ; 2 НЗОК; 3 ЗЗД; 4 пациент; 5 МЗ източник на финансиране

ДИАГНОЗА

Приемна МКБ 10 МКБ 10

Приемащ лекар:

УИН на лекаря

/име фамилия /

Номер:/....., Пациент:, Роден/а/ на, Пол:

ИЗПИСАНО НА:

 Пролегзани леглодни:

дата на прием час на прием дата и час на изписване / превеждане / починал

[illegible]по КП №.

--	--	--	--

[illegible]

ДИАГНОСТИЧНА / ТЕРАПЕВТИЧНА или ОПЕРАТИВНА ПРОЦЕДУРА:

[illegible]

Имунізації:

1. БЦЖ дата № Отложена поради

2. Против гепатит В дата № Отложена поради

3. Други

Отказ от імунізації

Лекуващ лекар:
/име фамилия, подпис/
Началник клиника/отделение:
име фамилия, подпис/

[illegible]

УИН на лекаря

Номер:/....., Пациент:, Роден/а/ на, Пол:

Поредна бременност: Живи деца; Починали деца Причини
Аборти спонтанни; по желание; по медицински показания

Заболявания несвързани с бременността

Заболявания през бременността

Пренатално диагностицирани отклонения

Данни за инфекция

Лечение през бременността

Кортикостероидна профилактика.....

Раждане: ПОМ от ч.; Околоплодни води:

Еутрофично / хипотрофично дете; Морф.зрялост:

Общо състояние

Глава (фонтанела, чер. шевове)

Кожа и видими лигавици:

- Цвета
- Особенности

Мышечный тонус

Рефлекс на новороденото

Дихателна система

Сърдечно-съдова система

Корем

Мекониум.....

Черен дроб..... Слезка.....

Външни полови органи.....

Видими аномалії.....

Други.....

Предварителна диагноза:.....

Диференциална диагноза:.....

ден месец година час минути

Име на лекар:

[illegible]

История на новороденото, част IV – Проследяване по време на престой в родилна зала

Номер: / , Пациент: , Роден/а/ на , Пол:

ПРОСЛЕДЯВАНЕ ПО ВРЕМЕ НА ПРЕСТОЙ В РОДИЛНА ЗАЛА

Терапия в РЗ: O₂: l/min.

Исследования в РЗ:

- Кръв за кръвна група – майка и бебе

- Мониториране.

- АКС (пъпна артерия).....pH

.....BE.....

- АКС (периферен)

Час.....

- Други

Проследяване в родилна зала:.....

План на лечение и назначения:

Заключение: детето се превежда в отделение

Име на лекар: _____

ден

месец

година

час

минuti

[illegible]

История на новороденото, част V – Лабораторни изследвания

Номер:/..... , Пациент:, Роден/а/ на, Пол:

ЛАБОРАТОРНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ

Кръвна картина																
Дата, час	Хемоглобин	Еритроцити	Хематокрит	Левкоцити	Thr	PYE	J	St	Seg	Ly	Eo	Ba	Mo	Ret	MCV	MCH

Дата, час	Кр. захар	Билирубин	Дир. билирубин	Лактат

Дата, час	Кр. захар	Билирубин	Дир. билирубин	Лактат

Дата, час	Кр. захар	Билирубин	Дир. билирубин	Лактат

Електролити + други								
Дата, час	Na	K	Cl	Ca	Ca (++)	P	Hb	Ht

Биохимия								
Дата, час	Общ белтък	CRP	Урея	Креатинин	ASAT	ALAT	GGT	AP

Хемостаза						
Дата, час	Протр. време (s)	Протр. време (%)	aPTT (s)	INR	Фибриноген	D-dimer

Номер: / , Пациент:, Роден/а на, Пол:

Дата, час	Налягане	Цвят	Pandy	Белтък	Захар	Клетки	Дифер. броене

[illegible][illegible]

История на новороденото, част V – Лабораторни изследвания

Номер:/....., Пациент:, Роден/а/ на, Пол:

МИКРОБИОЛОГИЧНИ И ХИСТОЛОГИЧНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ

Обобщителна таблица за изследвани проби и микроорганизми										
Дата, час	Хемокултура	Стом. аспират	Фек. проба	Гърло	Нос	Ухо	Трах. аспират	Око	Урокултура	Ликвор

Дата:

Изследване:

Материал:

Резултат

Микроскопски

От посявка

Изолирани микроорганизми

No	Микроорганизъм	Микробно число	Оценка
1			
2			

Антибиотична чувствителност

Антибиотик	1	2	3	4	5	6	7

Дата:

Изследване:

Материал:

Резултат

Микроскопски

От посявка

Изолирани микроорганизми

No	Микроорганизъм	Микробно число	Оценка
1			
2			

Антибиотична чувствителност

Антибиотик	1	2	3	4	5	6	7

Дата: _____ № _____	Изследване:	Материал:
Макроскопски		
Хистологично		
Диагноза		

История на новороденото, част VI – Образни изследвания

Номер:/....., Пациент:, Роден/а/ на, Пол:

ОБРАЗНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ

Дата и час	Изследване:	Име на лекаря разчел резултата	УИН на лекаря разчел резултата
Дата и час	Изследване:	Име на лекаря разчел резултата	УИН на лекаря разчел резултата
Дата и час	Изследване:	Име на лекаря разчел резултата	УИН на лекаря разчел резултата
Дата и час	Изследване:	Име на лекаря разчел резултата	УИН на лекаря разчел резултата

История на новороденото, част VII – Протоколи за извършени процедури

Номер:/....., Пациент:, Роден/а/ на, Пол:

ПРОТОКОЛИ ЗА ИЗВЪРШЕНИ ПРОЦЕДУРИ

Дата	№	Процедура:	☐ Взет материал
..... Име на лекаря УИН на лекаря			
Дата	№	Процедура:	☐ Взет материал
..... Име на лекаря УИН на лекаря			
Дата	№	Процедура:	☐ Взет материал
..... Име на лекаря УИН на лекаря			
Дата	№	Процедура:	☐ Взет материал
..... Име на лекаря УИН на лекаря			
Дата	№	Процедура:	☐ Взет материал
..... Име на лекаря УИН на лекаря			

История на новороденото, част VIII – Наблюдение на бебето

Номер:/....., Пациент:, Роден/а/ на, Пол:

НАБЛЮДЕНИЕ НА БЕБЕТО

Декурзус		Лекарствени назначения						
Дата и час _____								
Име на лекаря:.....		УИН на лекаря						
Дата и час _____								
Име на лекаря:.....		УИН на лекаря						
Дата и час _____ Консултация:								
Име на лекаря:.....		УИН на лекаря						
Дата и час _____								
Име на лекаря:.....		УИН на лекаря						
Дата и час _____								
Име на лекаря:.....		УИН на лекаря						
Респираторна терапия								
Дата..... Час								
АКС	pH							
	BE							
	StB							
	pCO ₂							
	pO ₂							
	SatO ₂							
	tcSatO ₂							
Респираторна терапия	Апарат							
	Режим на вентилация							
	FiO ₂							
	Fr							
	Tins							
	Tex							
	PIP							
	PEEP/CPAP							
	Flow							
	VT							
	O ₂ канюли							
	O ₂ палатка							
	O ₂ кувьоз							
	Лаваж							

История на новороденото, част VIII – Наблюдение на бебето

Номер:/....., Пациент:, Роден/а/ на, Пол:

НАБЛЮДЕНИЕ НА БЕБЕТО

Декурзус		Лекарствени назначения						
Дата и час _____								
Име на лекаря:.....		УИН на лекаря						
Дата и час _____								
Име на лекаря:.....		УИН на лекаря						
Дата и час _____ Консултация:								
Име на лекаря:.....		УИН на лекаря						
Дата и час _____								
Име на лекаря:.....		УИН на лекаря						
Дата и час _____								
Име на лекаря:.....		УИН на лекаря						
Респираторна терапия								
Дата..... Час								
АКС	pH							
	BE							
	StB							
	pCO ₂							
	pO ₂							
	SatO ₂							
	tcSatO ₂							
Респираторна терапия	Апарат							
	Режим на вентилация							
	FiO ₂							
	Fr							
	Tins							
	Tex							
	PIP							
	PEEP/CPAP							
	Flow							
	VT							
	O ₂ канюли							
	O ₂ палатка							
	O ₂ кувьоз							
	Лаваж							

История на новороденото, част VIII – Наблюдение на бебето	
Номер:/....., Пациент:, Роден/а на, Пол:	

История на новороденото, част VIII – Наблюдение на бебето	
Номер:/....., Пациент:, Роден/а на, Пол:	

НАБЛЮДЕНИЕ НА БЕБЕТО

Декурзус		Лекарствени назначения	
Дата и час _____			
Име на лекаря:.....		УИН на лекаря	
Дата и час _____			
Име на лекаря:.....		УИН на лекаря	
Дата и час _____			
Име на лекаря:.....		УИН на лекаря	

ИЗХОД ОТ ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА

Скринингови изследвания:

1. Метаболитен скрининг	1-ва проба						2-ра проба		
2. Слухов скрининг	дата						резултат	☐ минава	☐ не минава
3. Офталмолог, скрининг за ретинопатия	1-ва дата						2-ра дата		

Скринингови изследвания:

1. Метаболитен скрининг	1-ва проба							2-ра проба					
2. Слухов скрининг	дата							резултат		минава		не минава	
3. Офталмолог, скрининг за ретинопатия	1-ва дата							2-ра дата					

Скринингови изследвания:

1. Метаболитен скрининг	1-ва проба							2-ра проба						
2. Слухов скрининг	дата							резултат		минава		не минава		
3. Офталмолог, скрининг за ретинопатия	1-ва дата							2-ра дата						

Скринингови изследвания:

1. Метаболитен скрининг	1-ва проба						2-ра проба					
2. Слухов скрининг	дата						резултат		минава		не минава	
3. Офталмолог, скрининг за ретинопатия	1-ва дата						2-ра дата					

Скринингови изследвания:

1. Метаболитен скрининг	1-ва проба							2-ра проба					
2. Слухов скрининг	дата							резултат		минава		не минава	
3. Офталмолог, скрининг за ретинопатия	1-ва дата							2-ра дата					

Скринингови изследвания:

1. Метаболитен скрининг	1-ва проба							2-ра проба						
2. Слухов скрининг	дата							резултат		минава		не минава		
3. Офталмолог, скрининг за ретинопатия	1-ва дата							2-ра дата						

Скринингови изследвания:

1. Метаболитен скрининг	1-ва проба							2-ра проба						
2. Слухов скрининг	дата							резултат		минава		не минава		
3. Офталмолог, скрининг за ретинопатия	1-ва дата							2-ра дата						

Скринингови изследвания:

1. Метаболитен скрининг	1-ва проба							2-ра проба					
2. Слухов скрининг	дата							резултат		минава		не минава	
3. Офталмолог, скрининг за ретинопатия	1-ва дата							2-ра дата					

Скринингови изследвания:

1. Метаболитен скрининг	1-ва проба							2-ра проба						
2. Слухов скрининг	дата							резултат		минава		не минава		
3. Офталмолог, скрининг за ретинопатия	1-ва дата							2-ра дата						

Скринингови изследвания:

1. Метаболитен скрининг	1-ва проба						2-ра проба					
2. Слухов скрининг	дата						резултат		минава		не минава	
3. Офталмолог, скрининг за ретинопатия	1-ва дата						2-ра дата					

Скринингови изследвания:

1. Метаболитен скрининг	1-ва проба						2-ра проба					
2. Слухов скрининг	дата						резултат		минава		не минава	
3. Офталмолог, скрининг за ретинопатия	1-ва дата						2-ра дата					

ПРЕПОРЪКИ

[illegible]

История на новороденото, част IX – Акушерски интензивен лист

Номер: / Пациент: Роден/а на Пол:

АКУШЕРСКИ ИНТЕНЗИВЕН ЛИСТ

Дата	
Час	
	Тегло
	Температура на детето
	Температура на кувьоза
	O2 сатурация
	Сърдечна честота
	RR – систолично
	RR – диастолично
	RR – средно
	Диуреза
	Дефекация
	Гърчове
	Апное или цианотични пристъпи
	Остатъчно стомашно съдържимо
	Назначено хранене
	Изпълнено хранене
	Стомашни промивки
	Трахеален лаваж
	Инхалации

УКАЗАНИЯ ЗА ПОПЪЛВАНЕ НА ИСТОРИЯ НА НОВОРОДЕНОТО

Медицинският документ " История на новороденото " е съпътстваща лечебно-диагностичният процес документация за всяко новородено родено/постъпило в лечебно заведение за болнична помощ по повод състояния, свързани с наблюдение и проследяване на здрави новородени деца и лечение на недоносени, диагностициране и лечение на заболявания на новороденото.

Документът се изготвя въз основа на данните, регистрирани в информационните системи на лечебните заведения след приемането на пациента за хоспитализация в лечебното заведение, генерира се в окончателен вид в края на хоспитализацията, след изписване на пациента, и се подписва от лекуващия лекар и началникът на клиниката/отделението. След приключване на хоспитализацията „История на новороденото“ се архивира и съхранява съгласно законоустановения срок. За целите на контролната дейност изискването за подпис на пациента се отнася само до „Информираното съгласие“, което е неделима част от „История на новороденото“

Полетата в документа не се попълват, когато липсват данни за това.

„Историята на новороденото“ се състои от няколко части:

Част I.

Блок " История на новороденото"

- Посочва се името на лечебното заведение, в което постъпва пациентът, № РЗОК и № здравен район – съгласно кодовете на здравните райони по области и регистрационния номер на лечебното заведение;
- Името на отделението, в което се приема новороденото и името на приемащия лекар;
- В поле „Бокс №“ се посочва номер на бокс, в който лежи бебето;
- В поле „ИЗ на майката“ попълва № на ИЗ на майката. Не се попълва, ако детето е преведено от друго ЛЗ.
- В поле „Акт №“ се посочва поредният номер от актовата книга на ражданията в лечебното заведение;
- В поле „История на новородено №“ се посочва номер от общоболничния журнал на лечебното заведение при постъпване на пациента;
- В поле „Направление НРН №“ се посочва НРН номера № на направление Бл.МЗ-НЗОК №7 от Националната здравно-информационна система, с което се осъществява приема, когато системата има техническа готовност за това;

Блок "Кръвна група" - вписват се кръвната група и Rh на детето и майката.

Блок "Майка" - Паспортна част

В този блок се посочват:

- № РЗОК и № здравен район по местоживее на майката – съгласно кодовете на здравните райони по области;
- ЕГН (ЛНЧ) - за български граждани се посочва ЕГН. За чуждестранни граждани, дългосрочно пребиваващи в Р България, се посочва личен номер на чужденец (ЛНЧ). За работещи и осигуряващи се в България лица без ЕГН (ЛНЧ) се посочва служебен номер, издаден от НАП (СНН). За новородени и чужденците, които нямат ЕГН, се попълват първите 6 квадратчета (първото и второто квадратче съдържат последните две цифри от годината на раждане, третото и четвъртото - месеца (плюс 40 за новородените), петото и шестото - деня на раждане);
- Номер и дата на лична карта или паспорт, за лицата без ЕНГ/ЛНЧ/СНН;
- Идентификационен номер на чужд гражданин, като полето се попълва с дясно подравняване:
 - а) идентификационен номер на лица, осигурени в друга държава, членка на ЕС, Швейцария или в друга държава, страна по Споразумението за ЕИП (Норвегия, Исландия и Лихтенщайн), за които се прилага законодателството на България, съгласно правилата за координация на системите за социална сигурност по смисъла на § 1, т. 22 от ПЗР на ЗЗО; лица, за които се прилага законодателството на Р България по силата на двустранни спогодби за социално осигуряване, съобразно материалния и персоналният им обхват;
 - б) идентификационен номер на осигурени в Р България лица, издаден от НАП (СНН);
- Код на държава – попълват се уникални двузначни кодове на държави – ISO 3166 кодове;
- Гражданство;
- Име, презиме, фамилия по лична карта/паспорт;
- Възраст, навършени години;
- Постоянен адрес – посочва се адрес на пациента по лична карта/паспорт;
- Телефон за връзка с майката;
- Коя по ред е бременността;
- Термин на раждането – дата;
- Кое по ред е раждането;
- Дата, час и минути на спукване на околоплодния мехур, изкуствено или спонтанно е настъпило спукването;
- Механизъм на раждането в свободен текст;
- Индикации за оперативно раждане в свободен текст.

Блок "Бебе"

В този блок се посочват:

- В поле „Бебе №“ се посочва уникален идентификатор от идентификационната гривна на бебето (и майката);
- ЕГН (ЛНЧ) - посочва се ЕГН. За новородени, които нямат ЕГН, се попълват първите 6 квадратчета (първото и второто квадратче съдържат последните две цифри от годината на раждане, третото и четвъртото - месеца (плюс 40 за новородените), петото и шестото - деня на раждане);
- Възраст на новороденото в дни;
- Пол – попълва се мъж – "М" или жена – "Ж";
- Име, презиме, фамилия;
- Дата и час на раждане;
- Близък Да/Не и кой по ред;
- Тегло в грамове, ръст, обиколка на глава и гърди в сантиметри при раждане;
- Тегло в грамове при прием – попълва се при новородени, преведени след раждането от друго ЛЗ;
- Доносено/Преносено/ Недоносено;
- Гестационна възраст в седмици и дни;
- Морфологична зрялост в седмици, определена в първите 24 часа;
- Изплакало – веднага; след аспирация; след реанимация;
- Таблица за оценка по Апгар;
- Вродени аномалии и травми в свободен текст;
- Реанимация - проведена реанимация в свободен текст и име на лекар, провел реанимацията;
- Раждането водено от – име/имена на лекар/и, провели раждането;
- Име на акушерка, участвала в раждането;

- Име на акушерка, вързала пъпчето на новороденото;
- Име на акушерка, предала бебето от родилна зала и име на акушерка/сестра, приела бебето в неонатология;

Блок “Постъпил в лечебното заведение”

В този блок се посочват:

- „Приет“ - дата на приемане и час на приемане в болницата. При новородено в същото лечебно заведение полетата “Дата на приемане” и “Час на приемане” съвпадат с датата и часа на раждането.
- По КП № - посочва се по коя пътека се приема. Номер на клинична пътека - не се попълва, ако новороденото се приема за лечение на заболяване извън клиничните пътеки или ако лечебното заведение няма договор за съответната клинична пътека;
- Вид прием – задължително се посочва дали пациентът се приема спешно или планоно;
- Изминало време в часове от началото на заболяването до постъпването в болнично лечебно заведение – само при спешните случаи на хоспитализация;
- Източник на финансиране за провеждане на лечението;
- Степен на тежест на състоянието към момента на раждане/хоспитализация – попълват се стойности от I до IV.

СТЕПЕНИ НА ТЕЖЕСТ НА СЪСТОЯНИЕТО (НОВОРОДЕНИ И КЪРМАЧЕТА)

I СТЕПЕН

Новородени и кърмачета без отклонения от нормата. Включва къпане, хранене до 5 пъти в денонощие, преповиване до 5 пъти в денонощие, обръщане в леглото до 5 пъти в денонощие, контрол на температура, дишане, пулс, бъбречна функция и дефекация до 3 пъти в денонощие.

II СТЕПЕН

Към грижите за първа степен поради нарушено състояние се добавят: допълнително миене и почистване, хранене до 8 пъти в денонощие, преповиване до 8 пъти в денонощие, обръщане в леглото 8-10 пъти в денонощие, контрол на температура, дишане, пулс, бъбречна функция и дефекация до 6 пъти в денонощие.

III СТЕПЕН

Към грижите за втора степен поради по-тежко състояние (след операции, инвазивни процедури, остра фаза на заболяването, висок фебрилитет) се добавят: къпане или миене при затруднени условия (неподвижност, включени инфузионни системи, продължителен мониторинг, стерилни условия и др.). Допълнителни грижи - при диарии, повръщания, обилни изпотвявания, кървене и при промяна на положението в леглото поради затруднените условия.

IV СТЕПЕН

Към грижите за трета степен поради много тежко състояние се добавят: отглеждане в кувьоз на недоносени под 2500 грама, необходимост от продължително изкуствено дишане с респиратор и друго интензивно лечение на детето.

Блок “Диагноза”

В този блок се посочва диагнозата на прием:

Приемна диагноза – наименование на диагнозата, която е повод за лечение на пациента (изписва се на български език), на втория ред се изписва придружаващо заболяване, ако има такова.

На един ред се поставят диагнозите с кръстче (†) и звездичка (*), когато се изисква според правилата за кодиране на МКБ10. Тези диагнози се попълват винаги заедно. Когато диагнозата не е обозначена с кръстче (†) и звездичка (*) в МКБ10, се попълват само първите пет позиции на реда. Втората диагноза, ако има такава се попълва на следващия ред.

Приемащ лекар – имена, УИН

Част II

Напуснал лечебното заведение

Блок “Изписан на”

- Дата и час на прием – в случай на спешен прием тази дата съвпада с датата на първия преглед в болницата; в случай на планов прием тази дата съвпада с датата за планиран прием; като час на прием задължително се вписват часът и минутите на прием на пациента в болницата. При новородено в същото лечебно заведение полетата “Дата на прием” и “Час на прием” съвпадат с дата и час на раждането.
- Дата и час на изписване/превеждане/починал;
- Пролегани леглодни в лечебното заведение.
- „Статус“ – задължително се попълва статусът на пациента:
 - изписан – отбелязва се с “1”;
 - преведен - отбелязва се с “2”. В този случай задължително се попълва регистрационният номер на болницата, в която е преведен пациентът, както и МКБ 10 код на диагнозата за превеждане (състоянието, което е причина за превеждането на пациента). Диагнозите с кръстче (†) и звездичка (*) се вписват на един ред. Диагнозата на превеждане може да бъде различна от основната диагноза;
 - починал - отбелязва се с “3”; в полето “Причина за смъртта” се попълва кодът на заболяването, причина за смъртта на пациента от клинична гледна точка, ако пациентът не е аутопсиран. Ако пациентът е аутопсиран се отбелязва кодът за причината за смъртта по данни от обдукцията.

Блок “Проведено лечение”

В този блок се посочва:

- Код на КП, по която е проведено лечението, когато то се финансира от НЗОК;
- Основна (водеща, окончателна) диагноза - състоянието, което след направените изследвания се явява основна причина за приемане на пациента в ЛЗ за полагане на медицински грижи (изписва се на български език). Вписва се и кодът по МКБ 10, съобразно правилата за кодиране, като вписването на кода започва от първото квадратче и до него се поставя допълнителния код (обозначен с “***”), когато се изисква, съобразно правилата за кодиране на МКБ10. При отчитане на клиничните пътеки, в алгоритъма на които се изисква отчитане с два кода за основна диагноза се кодират диагнозите така, както са посочени в съответния алгоритъм;
- Придружаващи заболявания и усложнения – посочват се кодове на заболявания, съобразно правилата за кодиране, като се поставя и допълнителен код (обозначен с “***”), когато се изисква съобразно правилата за кодиране на МКБ10;
- Диагностична/терапевтична или оперативна процедура - код КСМП - колкото реда са необходими.
- Имунизации – посочват се направените имунизации: вид, дата и номер на поставената ваксина или причината за отлагане на поставянето ѝ
- Отказ от имунизации – попълва се МКБ код Z28.2 “Имунизация, непроведена поради отказ на пациента”.
- Лекуващ лекар – имена, УИН, подпис
- Началник клиника/отделение – имена, УИН, подпис

Част III

Анамнеза и статус на новороденото в родилна зала (РЗ)

- Анамнезата се вписва в свободен текст, съгласно посочения образец;

- Статусът в РЗ се вписва в свободен текст, съгласно посочения образец;
- Посочва се дата, час, УИН код и име на лекаря, снел анамнезата и статуса в РЗ.

Част IV

Проследяване по време на престой в родилна зала

Вписва се в свободен текст:

- Терапия в родилна зала;
- Изследвания в родилна зала;
- Проследяване в родилна зала;
- План за лечение и назначения;
- Заключение;
- Посочва се дата, час, УИН код и име на лекаря.

Част V

Лабораторни изследвания

Съдържа резултати от направените лабораторни изследвания или се прилагат оригиналните медицински документи от лабораторни изследвания.

Част VI

Образни изследвания

Съдържа резултати от извършени образни изследвания или се прилагат оригиналните медицински документи от образни изследвания.

Част VII

Протоколи за извършени процедури

В тази част се вписват всички оперативни протоколи, както и протоколи от извършени инвазивни/ интервенционални/ ендоскопски процедури.

Част VIII

Наблюдение на бебето

- Декурзус - в полето се вписват бележки според необходимостта за грижите за бебето или хода на болестта, назначения или друго в свободен текст;
- Лекарствени назначения - провеждано лекарствено лечение като се номерира последователно и е с дата на изписване на лекарственото средство. Сигнатурата се означава в температурния лист;
- Посочва се дата, час, УИН код и име на лекаря, снел декурзуса.

Консултация

- Консултация – в полето се маркира с надпис „Консултация“ и се описва в свободен текст консултацията;
- Посочва се дата, час, УИН код и име на лекаря, извършил консултацията.

Изход от хоспитализацията и препоръки

- Изход от хоспитализацията – описва се в свободен текст след последния декурзус, като задължително се посочват направените скринингови изследвания;
- Препоръки – описва се в свободен текст след последния декурзус;
- Посочва се дата, час, УИН код и име на лекуващия лекар, изготвил описанието на изхода от хоспитализацията и препоръките.

Част IX

Акушерски интензивен лист

В този интензивен лист акушерката попълва с дата и час данни за състоянието на бебето.

Забележка: Всички допълнителни медицински и други съотносими документи (информирано съгласие и други) се добавят към „История на новородено“ и са неотделима част от нея.

		КЛИНИКА/ОТДЕЛЕНИЕ:		СТАЯ №	
Лечебно заведение		ПРИЕМАЩ ЛЕКАР:		ЛЕГЛО №	
РЗОК No. здравен район регистрационен номер на лечебното заведение		Име и фамилия на лекаря/ УИН на лекаря			
ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО - гинекологична №/..... НРН №					
ВАЖНО! Алергичен към:				КРЪВНА ГРУПА Rh	
ПАЦИЕНТ					
РЗОК No. здравен район ЕГН/ЛНЧ/СНН на пациента		☐ ЕГН ☐ ЛНЧ ☐ СНН ☐ Друг ☐ гражданин на ЕС (или по двустранни спогодби)		☐ № дата 1 лична карта, 2 паспорт	
Идентификационен номер		Код на държава		Гражданство	
Име		Дата на раждане		Възраст в год	
Име, презиме и фамилия по лична карта		Семейно положение			
Постоянен адрес: гр. (с) обл.					
ул. № ж.к. бл. вх. ап. тел.					
Образование Месторабота Професия (длъжност)					
Лице за контакт тел. Връзка с пациента					
Адрес на близките:					
НАСОЧЕН ОТ					
☐ 1- ОПЛ, 2- специалист, 3 - болница, 4 – спешна помощ; 5 ЦКВЗ, 6 КОЦ; 7 лекар по дентална медицина		РЗОК No. здравен район регистрационен номер на лечебното заведение			
име на лечебното заведение		Код специалност		УИН на лекаря/ЛПК на лекаря по дентална медицина	
име и фамилия на лекаря		УИН на заместващия (наетия) лекар/ЛПК на денталния лекар			
Първи преглед: планов прием: №.					
ден месец година ден месец година листа за планов прием					
ПОСТЪПИЛ В ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ					
Приет		Вид прием		по КП № по АПр №	
ден месец година час минути		☐ спешен ☐ планов			
Степен на тежест на състоянието		☐ до 6 часа ☐ от 6 до 24 часа ☐ след 24 часа		☐ 1 бюджет ; 2 НЗОК; 3 ДЗОФ; 4 пациент; 5 МЗ	
		постъпване от началото на заболяването за спешните случаи		източник на финансиране	
ДИАГНОЗА					
Изпращащо заведение		МКБ 10			
		МКБ 10			
Приемен кабинет		МКБ 10			
		МКБ 10			
Хистология		Стадий		TNM	
Приемащ лекар:		УИН на лекаря			
/име фамилия/					

История на заболяването - гинекологична, част II – Напуснал лечебното заведение

Номер:/....., Пациент:, Роден/а на, Пол:

НАПУСНАЛ ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ

ИЗПИСАН НА:

дата на прием

час на прием

дата и час на изписване / превеждане / починал

Пролежани леглодни:

1. изписан

оздравял

с подобрение

без промяна

с влошаване

Статус: 2. преведен в болница

РЗИ Диагноза за превеждане: МКБ 10

3. починал

аутопсиран

ден

месец

година

час

минути

МКБ 10 причина за смъртта:

РАБОТОСПОСОБНОСТ

възстановена

временна неработоспособност – отпуск:

трайно намалена:

насочен към ТЕЛК

Болничен лист № до постъпването дни при изписването дни

ПРОВЕДЕНО ЛЕЧЕНИЕ

ОСНОВНА ДИАГНОЗА:

МКБ 10

Придружаващи заболявания и усложнения:

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

.....

МКБ 10

История на заболяването - гинекологична, част III - Анамнеза

Номер:/....., Пациент:, Роден/а/ на, Пол:

АНАМНЕЗА

Фамилна обремененост: Не/Да, каква:

Минали заболявания: общи

гинекологични

Прекарани операции: общи

гинекологични

Родени деца от тях: живи мъртви
в т.ч. недоносени

Аборти всичко
от тях: изкуствени
спонтанни

Последно раждане на г.

Последен аборт на г.

Първа менструация на год., установила се; през дни, трае дни
особености

Последна редовна менструация: дата

Последно цитологично изследване от маточна шийка(цитонамазка –РАР тест) от дата

Резултат :

Промени: /от кога и какви/

Оплаквания при постъпването:

ден

месец

година

час

минути

Име на лекаря, снел анамнезата:.....

УИН на лекаря

Номер:/....., Пациент:, Роден/а/ на, Пол:

АНАМНЕЗ

Фамилна обремененост: Не/Да, каква:

Минали заболявания: общи

гинекологічні

Прекарани операции: общи

гінекологічні

Родени деца от тях: живи мъртви	Аборти всичко
в т.ч. недоносени	от тях: изкуствени

Аборти всичко
от тях: изкуствени
спонтанни

Последно раждане на г. Последен аборт на г.

Последен аборт на г.

Първа менструация на год., установила се; през дни, трае дни

особености

Последна редовна менструация: дата

Последно цитологично изследване от маточна шийка(цитонамазка –PAP тест) от дата

Резултат :

Промени: /от кога и какви/

Оплаквания при постъпването:

ден		месец		година				час		минути	

Име на лекаря, снел анамнезата:.....

[illegible]

История на заболяването - гинекологична, част IV – Обективно състояние

Номер: / , Пациент: , Роден/а/ на , Пол:

ОБЕКТИВНО СЪСТОЯНИЕ

ОБЩ СТАТУС

Патологични отклонения по системи и органи: Не Да, Какви:

ГИНЕКОЛОГИЧЕН СТАТУС

Външни гениталии на: ражда/неражда:

Влагалище: нормально

P.v.c. ut.:

циліндрично /конично, рожево/ ливидно

Or ext. сс. кръгл/овален/ зеещ

Can. cerv. затворен/отворен

Ex utero:

Матка:

Аднекси и параметри:

Cav Douglassi

Ехографско изследване на вътрешни женски органи и малък таз:

ден месец година час минути

Име на лекаря, снел статуса:

[illegible]

УИН на лекаря

Номер: / , Пациент: , Роден/а/ на , Пол:

Лечебен план:

ден месец година час минути

Име на лекар:

[illegible]

Номер: / , Пациент: , Роден/а/ на , Пол:

Кръв – хематологични изследвания

[illegible]

Кръв – биохимични изследвания

[illegible]

Номер: / , Пациент: , Роден/а/ на , Пол:

Дата, час	Протр.время (s)	Протр.время (%)	aPTT (s)	INR	Фибриноген	D-dimer

Дата..... Час								
КГА	pH							
	BE							
	HCO3							
	StB							
	pCO ₂							
	pO ₂							
	SatO ₂							
	tcSatO ₂							

[illegible]

История на заболяването - гинекологична , част VI – Лабораторни изследвания		
Номер:/..... , Пациент: , Роден/а/ на , Пол:		

ДРУГИ ИЗСЛЕДВАНИЯ

Дата:	Изследване:	Материал:						
Резултат								
Микроскопски								
Серологичен								
От посявка								
Изолирани микроорганизми								
No	Микроорганизъм	Микробно число			Оценка			
1								
2								
Антибиотична чувствителност								
Антибиотик		1	2	3	4	5	6	7

Дата:	Изследване:	Материал:						
Резултат								
Микроскопски								
Серологичен								
От посявка								
Изолирани микроорганизми								
No	Микроорганизъм	Микробно число			Оценка			
1								
2								
Антибиотична чувствителност								
Антибиотик		1	2	3	4	5	6	7

Дата: _____ № _____	Изследване:	Материал:						
Макроскопски								
Хистологично								
Диагноза								

Дата: _____ № _____	Изследване:	Материал:						
Макроскопски								
Хистологично								
Диагноза								

История на заболяването - гинекологична, част VII – Образни изследвания

Номер:/....., Пациент:, Роден/а/ на, Пол:

ОБРАЗНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ

Дата и час	Изследване:	Име на лекаря разчел резултата	УИН на лекаря разчел резултата
Дата и час	Изследване:	Име на лекаря разчел резултата	УИН на лекаря разчел резултата
Дата и час	Изследване:	Име на лекаря разчел резултата	УИН на лекаря разчел резултата
Дата и час	Изследване:	Име на лекаря разчел резултата	УИН на лекаря разчел резултата

История на заболяването - гинекологична, част VIII – Протоколи за извършени процедури

Номер:/....., Пациент:, Роден/а/ на, Пол:

Номер: / , Пациент: , Роден/а на , Пол:

ПРОТОКОЛИ ЗА ИЗВЪРШЕНИ ПРОЦЕДУРИ

Дата	№	Процедура:	☐ Взет материал
..... Име на лекаря			
УИН на лекаря			
Дата	№	Процедура:	☐ Взет материал
..... Име на лекаря			
УИН на лекаря			
Дата	№	Процедура:	☐ Взет материал
..... Име на лекаря			
УИН на лекаря			
Дата	№	Процедура:	☐ Взет материал
..... Име на лекаря			
УИН на лекаря			
Дата	№	Процедура:	☐ Взет материал
..... Име на лекаря			
УИН на лекаря			

История на заболяването - гинекологична, част IX – Декурзус

Номер: / , Пациент: , Роден/а/ на , Пол:

ДЕКУРЗУС**Декурзус****Лекарствени назначения**

Дата и час _____

Име на лекаря:.....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

УИН на лекаря

Дата и час _____

Име на лекаря:.....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

УИН на лекаря

Дата и час _____

Име на лекаря:.....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

УИН на лекаря

Дата и час _____ Консултация:

Име на лекаря:.....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

УИН на лекаря

Дата и час _____

Име на лекаря:.....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

УИН на лекаря

Дата и час _____

Име на лекаря:.....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

УИН на лекаря

ИЗХОД ОТ ЗАБОЛЯВАНЕТО**ПРЕПОРЪКИ**

--	--	--	--	--	--	--	--

 Лекуващ лекар:

ден месец година час минути

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

УИН на лекуващ лекар

УКАЗАНИЯ ЗА ИЗГОТВЯНЕ НА ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО – ГИНЕКОЛОГИЧНА

Медицинският документ "История на заболяването - гинекологична" е съпътстваща лечебно-диагностичния процес документация за всеки пациент, постъпил в лечебно заведение за болнична помощ.

Този документ се изготвя за всеки хоспитализиран пациент, насочен за лечение с направление Бл.МЗ-НЗОК №7, както и за пациентите, насочени с направление Бл.МЗ-НЗОК № 8/8А, когато се изисква документиране на диагностиката и лечението в "История на заболяване - гинекологична".

Документът се изготвя въз основа на данните, регистрирани в информационните системи на лечебните заведения след приемането на пациента за хоспитализация в лечебното заведение, генерира се в окончателен вид в края на хоспитализацията, след изписване на пациента, и се подписва от лекуващият лекар и началникът на клиниката/отделението. След приключване на хоспитализацията „История на заболяването - гинекологична“ се архивира и съхранява съгласно законоустановения срок. За целите на контролната дейност изискването за подпис на пациента се отнася само до „Информираното съгласие“, което е неделима част от „История на заболяването - гинекологична“.

Полетата в документа не се попълват, когато липсват данни за това.

„Историята на заболяването - гинекологична“ се състои от няколко части:

Част I

Блок “История на заболяването - гинекологична”

В този блок се посочват:

- Посочва се името на лечебното заведение, в което постъпва пациентът, № РЗОК и № здравен район – съгласно кодовете на здравните райони по области и регистрационния номер на лечебното заведение;
- Името на отделението, в което се приема пациента, стая №, легло №, както и името на приемащия лекар.
- В полето „История на заболяването №“ се посочва номер от общоболничния журнал на лечебното заведение при постъпване на пациента;
- В полето „Направление НРН №“ се посочва НРН номера № на направление Бл.МЗ-НЗОК №7, 8 или 8А от Националната здравно-информационна система по което се осъществява приема, когато системата има техническа готовност за това;

Блок “Важно” - вписват се наличие на алергии (към медикаменти, храни и др.) по данни на пациента, попълва се и кръвната група, след нейното определяне.

Блок “Пациент” – Паспортна част

В този блок се посочват:

- № РЗОК и № здравен район по местоживеене на пациента – съгласно кодовете на здравните райони по области;
- ЕГН (ЛНЧ) - за български граждани се попълва ЕГН. За чуждестранни граждани, дългосрочно пребиваващи в Р България, се попълва личен номер на чужденец (ЛНЧ). За работещи и осигуряващи се в България лица без ЕГН (ЛНЧ) се посочва служебен номер, издаден от НАП (СНН). За новородени и чужденците, които нямат ЕГН, се попълват първите 6 квадратчета (първото и второто квадратче съдържат последните две цифри от годината на раждане, третото и четвъртото - месеца (плюс 40 за новородените), петото и шестото - деня на раждане);
- Номер и дата на лична карта или паспорт, за лицата без ЕНГ/ЛНЧ/СНН;
- Идентификационен номер на чужд гражданин, като полето се попълва с дясно подравняване:
 - c) идентификационен номер на лица, осигурени в друга държава, членка на ЕС, Швейцария или в друга държава, страна по Споразумението за ЕИП (Норвегия, Исландия и Лихтенщайн), за които се прилага законодателството на България, съгласно правилата за координация на системите за социална сигурност по смисъла на § 1, т. 22 от ПЗР на ЗЗО; лица, за които се прилага законодателството на Р България по силата на двустранни спогодби за социално осигуряване, съобразно материалния и персоналният им обхват;
 - d) идентификационен номер на осигурени в Р България лица, издаден от НАП (СНН);
- Идентификатор на държава – попълват се уникални двузначни кодове на държави – ISO 3166 кодове;
- Гражданство;
- Име, презиме, фамилия по лична карта/паспорт;
- Дата на раждане – попълва се деня, месеца и годината на раждането;
- Възраст, навършени години;
- Семейно положение;
- Постоянен адрес – посочва се адрес на пациента по лична карта/паспорт;
- Телефон за връзка с пациента;
- Образование;
- Месторабота;
- Професия (длъжност);
- Лице за контакт – посочва се лице за контакт;
- Адрес на близките – посочва се адрес на лицето за контакт.

Блок “Насочен от”

В този блок се посочват:

- Един от възможните варианти за насочване. Когато пациентът се насочва от “Спешна помощ” се попълва само цифрата “4” в съответното поле, а другите остават празни.;
- Име на лечебното заведение, което насочва пациента, № РЗОК и № здравен район – съгласно кодовете на здравните райони по области и регистрационния номер на лечебното заведение;
- Име, фамилия и УИН на лекар/ЛПК на лекаря по дентална медицина, който е посочен в „Направлението за хоспитализация“;
- Код на специалност се посочва само за лекар-специалист, съгласно номенклатурата на лекарските специалности на НЗОК или от НАРЕДБА № 1 ОТ 22 ЯНУАРИ 2015 Г. ЗА ПРИДОБИВАНЕ НА СПЕЦИАЛНОСТ В СИСТЕМАТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО.

Блок “Първи преглед”

В този блок се посочват:

- Дата на първи преглед в болница/МЦ /ДКЦ с разкрити легла;
- Дата за планиран прием – попълва се, ако приемът на пациента е планов;
- № от листа за планов прием – уникален номер за лечебното заведение за календарната година.

Блок “Постъпил в лечебното заведение”

В този блок се посочват:

- „Приет“ - дата на приемане и час на приемане – в случай на спешен прием тази дата съвпада с датата на първия преглед в болницата; в случай на планов прием тази дата съвпада с датата за планиран прием; като час на приемане задължително се вписват часът и минутите на прием на пациента в болницата.
- Вид прием – задължително се посочва дали пациентът се приема спешно или планово;
- При спешен прием се посочва брой часове, изминали от настъпване на спешността до приема в лечебното заведение;
- Номер на клинична пътека/амбулаторна процедура - не се попълва, ако пациентът се изпраща за лечение на заболяване извън клиничните пътеки или ако лечебното заведение няма договор за съответната клинична пътека;
- Източник на финансиране за провеждане на лечението;
- Степен на тежест на състоянието към момента на хоспитализация – попълват се следните класификации:

СТЕПЕНИ НА ТЕЖЕСТ НА СЪСТОЯНИЕТО (ПАЦИЕНТИ НАД 3 ГОДИНИ)

I СТЕПЕН

Пациентът е независим, с незасегнати жизнени функции, ориентира се във времето и пространството. В състояние е без помощ да се облича и съблича, сам да се мие, да се храни, да отива на изследване и манипулации, да включва лампата, радиото, звънеца за повикване и да отива до тоалетната.

II СТЕПЕН

Пациентът е ограничен поради предписание да не става от леглото или поради леко увреждане. Жизнените му функции не са засегнати, но са застрашени. Обикновено се ориентира за времето и пространството. В състояние е сам или с помощ да се облича или съблича, да се мие на умивалника или в леглото, да яде и пие. Може да отива на изследвания и манипулации само с придружител. Сам обслужва звънеца за повикване, лампата и радиото и сам търси помощ за ползване на тоалетната.

III СТЕПЕН

Пациентът е ограничен поради предписание да не става от леглото или тежко увреждане. Може да има нарушение в ориентацията, нуждае се непрекъснато от помощ при обличане и събличане, при извършване на тоалета и при хранене. Изследванията и манипулациите се извършват само в лежачо положение.

IV СТЕПЕН

В това състояние пациентът е напълно зависим, нетранспортабилен, с нарушено съзнание и се нуждае от непрекъснато обслужване при всички ситуации.

Блок “Диагноза“

В този блок се посочват диагнозите:

- „Изпращащо заведение“ – наименование на диагнозата, която е повод за изпращане за лечение (изписва се на български език), на втория ред се изписва придружаващо заболяване, ако пациентът има такова. Посочват се и МКБ кодовете на заболяванията, основен и допълнителен код (обозначен с “*”), когато се изисква съобразно правилата за кодиране на МКБ 10 ;
- Приеман кабинет – наименование на диагнозата, която е повод за лечение на пациента (изписва се на български език), на втория ред се изписва придружаващо заболяване, ако има такова. Посочват се и МКБ кодовете на заболяванията, основен и допълнителен код (обозначен с “*”), когато се изисква съобразно правилата за кодиране на МКБ 10 ;
- Хистология – посочва се морфологичната диагноза (ако има такава при постъпване в лечебното заведение), съгласно номенклатурата на второто издание на МКБ-О (въведено в България с Наредба № 42 от 8 декември 2004 г. за въвеждане на Международната статистическа класификация на болестите и проблемите, свързани със здравето - десета ревизия от 01.01.2005 г.);
- TNM стадий на тумор при постъпване в лечебното заведение (според 8 издание на TNM класификация на злокачествените тумори) (ако има такъв определен преди постъпване в ЛЗ).

Част II

Напуснал лечебното заведение

Блок “Изписан от клиника отделение ”

- Дата на приемане и час на приемане – в случай на спешен прием тази дата съвпада с датата на първия преглед в болницата; в случай на планов прием тази дата съвпада с датата за планиран прием; като час на приемане задължително се вписват часът и минутите на прием на пациента в болницата;
- Дата и час на изписване/превеждане/починал;
- Посочват се и пролежаните дни в лечебното заведение;
- „Статус“ – задължително се попълва статусът на пациента:
 - изписан – отбелязва се с “1”;
 - преведен - отбелязва се с “2”. В този случай задължително се попълва регистрационният номер на болницата, в която е преведен пациентът, както и диагнозата за превеждане (попълва се кодът на заболяването, което е причина за превеждането на пациента и допълнителен код (обозначен с “*”), когато се изисква съобразно правилата за кодиране на МКБ 10); тази диагноза може да бъде различна от водещата диагноза;
 - починал - отбелязва се с “3”, в полето “Причина за смъртта” се попълва кодът на заболяването, причина за смъртта на пациента от клинична гледна точка, ако пациентът не е аутопсиран. Ако пациентът е аутопсиран се отбелязва кодът за причината за смъртта по данни от обдукцията.

- „Състояние“ – посочва се състоянието при изписване – здрав; с подобрение; без промяна; с влошаване.

Блок “Работоспособност”

В блок се вписват данни за издаден болничен лист и за лица подлежащи на експертиза по реда „Наредба за медицинската скпертиза“ с изключение на децата до 16г.:

- Възстановена;
- Временна неработоспособност – когато се издава болничен лист се вписва номера му, както и дните до постъпването и общия брой дни на болничния лист при изписването;
- Трайно намалена;
- Насочен към ТЕЛК.

Блок “Проведено лечение”

В този блок се посочва:

- Код на КП, по която е проведено лечението, когато то се финансира от НЗОК;
- Основна (водеща, окончателна) диагноза - състоянието, което след направените изследвания се явява основна причина за приемане на пациента в ЛЗ за полагане на медицински грижи (изписва се на български език). Вписва се и кодът по МКБ 10, съобразно правилата за кодиране, като вписването на кода започва от първото квадратче и до него се поставя допълнителния код (обозначен с “**”), когато се изисква съобразно правилата за кодиране на МКБ 10.
- При отчитане на клиничните пътеки/амбулаторните процедури, в алгоритъма на които се изисква отчитане с два кода за основна диагноза се кодират диагнозите така, както са посочени в съответния алгоритъм;
- Придружаващи заболявания и усложнения – посочват се кодове на заболявания съобразно правилата за кодиране, като се поставя и допълнителен код (обозначен с “**”), когато се изисква съобразно правилата за кодиране на МКБ10;
- Хистология – посочва се морфологичната диагноза (ако има такава при изписване от лечебното заведение), съгласно номенклатурата на второто издание на МКБ-О (въведено в България с Наредба № 42 от 8 декември 2004 г. за въвеждане на Международната статистическа класификация на болестите и проблемите, свързани със здравето - десета ревизия от 01.01.2005 г.);
- Диагностична/терапевтична или оперативна процедура - код по КСМП - колкото реда са необходими;
- Хистологичен резултат – описва се с думи хистологичния резултат (ако има направен по време на хоспитализацията), а с код по КСМП се отразяват начина на изследване, посочва се номера и датата;
- TNM стадий на тумор, определени при изписване от лечебното заведение (според 8 издание на TNM класификация на злокачествените тумори) (ако има такъв определен по време на хоспитализацията)
- Лекуващ лекар – имена, УИН, подпис
- Началник клиника/отделение – имена, УИН, подпис

Част III

Анамнеза

- Анамнезата се вписва в свободен текст.
- Посочва се от кого е снета анамнезата – от пациента, от близки на пациента, други;
- Посочва се дата, час, УИН код и име на лекаря, снет анамнезата;

Част IV

Обективно състояние

Вписва се в свободен текст:

- Общ статус;
- Гинекологичен статус;
- Посочва се дата, час, УИН код и име на лекаря снет статуса.

Част V

Диагностично-лечебен план

Вписва се в свободен текст:

- Диагноза;
- Диференциална диагноза;
- Диагностичен план;
- Лечебен план;
- Посочва се дата и час на определяне, УИН код и име на лекуващия лекар съставил диагностично-лечебния план.

Част VI

Лабораторни изследвания

Съдържа резултати от направените лабораторни изследвания или се прилагат оригиналните медицински документи от лабораторни изследвания.

Част VII

Образни изследвания

Съдържа резултати от извършени образни изследвания или се прилагат оригиналните медицински документи от образни изследвания.

Част VIII Протоколи за извършени процедури

В тази част се вписват всички оперативни протоколи, както и протоколи от извършени инвазивни/ интервенционални/ ендоскопски процедури.

Част IX

Декурзус

- Декурзус - в полето се вписват бележки според необходимостта за хода на болестта, грижите за болния, назначения или друго в свободен текст;
- Лекарствени назначения - провеждано лекарствено лечение, като се номерира последователно и е с дата на изписване на лекарственото средство. Сигнатурата се означава в температурния лист;
- Посочва се дата, час, УИН код и име на лекаря, снет декурзуса.

Консултация

- Консултация – в полето се маркира с надпис „Консултация“ и се описва в своен текст консултацията;
- Посочва се дата, час, УИН код и име на консултанта.

Изход от заболяването и препоръки

- Изход от заболяването – описва се в свободен текст след последния декурзус;
- Препоръки – описва се в свободен текст след последния декурзус;
- Посочва се дата, час, УИН код и име на лекуващия лекар, изготвил описанието на изхода от заболяването и препоръките.

Забележка: Всички допълнителни медицински и други съотносими документи (информирано съгласие и други) се добавят към „История на заболяването - гинекологична“ и са неотделима част от самото ИЗ.“

За Националната здравно-осигурителна каса:**Председател на НС на НЗОК:**

Росица Велкова - Желева

Членове на НС на НЗОК:

Гая Александрова

д-р Христо Стоянов

Борис Михайлов

д-р Иван Кокалов

Теодор Василев

Боян Бойчев

Тодор Воденичаров

д-р Стойчо Кацаров

За Българския лекарски съюз:**Председател на УС на БЛС:**

д-р Николай Брънзалов

Членове на УС на БЛС:

д-р Иван Маджаров

д-р Валери Веселинов

д-р Валентин Пеев

д-р Николай Колев

д-р Генка Пейчева

д-р Георги Миндов

доц. д-р Георги Тодоров

д-р Иво Парунов

д-р Кирил Недялков

д-р Мария Ганчевска-Царева

проф. д-р Огнян Хаджийски

д-р Росен Айков

д-р Христо Димитров

проф. д-р Христо Шивачев

Управител на НЗОК:

д-р Владимир Даскалов

Съгласувал:**Министър на здравеопазването:**

Катя Ивкова
