.

Приложение № 1

к приказу № 20-1-02-177 от 01.03.2022

**Порядок**

**ознакомления пациента, либо его законного представителя**

**с медицинской документацией, отражающей состояние**

**здоровья пациента, в ГБУЗ СК «Ставропольский краевой**

**клинический онкологический диспансер» (ГБУЗ СК «СККОД»)**

**1. Общие положения**

1.1. Настоящий Порядок установлен в целях обеспечения прав граждан на непосредственное ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента и находящейся в ГБУЗ СК «СККОД», при их обращении в ГБУЗ СК «СККОД», осуществляющем медицинскую деятельность на основании Устава и лицензии на медицинскую деятельность, в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Законом Российской Федерации от 07 февраля 1992 года № 2300-1 «О защите прав потребителей», Федеральным законом от 2 мая 2006 года № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации», Федеральным законом от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 ноября 2021 года № 1050н «Об утверждении Порядка ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента».

1.2. Супруг (супруга), дети, родители, усыновленные, усыновители, родные братья и родные сестры, внуки, дедушки, бабушки либо иные лица, указанные пациентом или его законным представителем в письменном согласии на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, или информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство (далее – уполномоченные лица), имеют право непосредственно знакомиться с медицинской документацией пациента, в том числе после его смерти, если пациент или его законный представитель не запретил разглашение сведений, составляющих врачебную тайну.

1.3. Порядок устанавливает правила и порядок ознакомления пациента, его законного представителя либо лица, указанного в пункте 1.2 настоящего Порядка (далее - Пациент) с оригиналами медицинской документации, отражающей состояние здоровья пациента и находящейся в ГБУЗ СК «СККОД» (далее - меддокументация)

**2. Основания для ознакомления Пациента с меддокументацией**

2.1. Основаниями для ознакомления Пациента с меддокументацией, за исключением случаев, предусмотренных пунктом настоящего Порядка, является поступление в ГБУЗ СК «СККОД» от Пациента письменного запроса, в том числе в электронной форме, на имя главного врача, (далее - Руководитель) о предоставлении меддокументации для ознакомления (далее - Запрос).

2.2. В Запросе обязательно указываются следующие сведения:

а) фамилия, имя и отчество (при наличии) пациента;

б) фамилия, имя и отчество (при наличии) законного представителя пациента либо лица, указанного в пункте 1.2 настоящего Порядка;

в) место жительства (пребывания) пациента;

г) реквизиты документа, удостоверяющего личность лица, направившего запрос (номер и серия (при наличии), дата выдачи, наименование выдавшего органа);

д) реквизиты документа, подтверждающего полномочия (при наличии) законного представителя пациента (номер и серия (при наличии), дата выдачи, наименование выдавшего органа);

г) период оказания пациенту медицинской помощи в ГБУЗ СК «СККОД», за который Пациент желает ознакомиться с медицинской документацией;

д) почтовый (электронный) адрес для направления письменного ответа;

е) номер контактного телефона (при наличии);

2.3. Запрос оформляется на специальном бланке (приложение № 2), размещаемом на бумажном носителе на информационном стенде ГБУЗ СК «СККОД» и в виде скачиваемого файла на официальном сайте ГБУЗ СК «СККОД», либо в произвольной форме с указанием сведений, предусмотренных п.2.2 Порядка, подписывается составителем с указанием даты составления и направляется в Учреждение по почте либо нарочно. Письменный запрос в электронной форме направляется на электронный адрес ГБУЗ СК «СККОД».

2.4. Запрос, поступивший в ГБУЗ СК «СККОД», в том числе в электронной форме, в течение рабочего дня подлежит регистрации в порядке, предусмотренном Порядком рассмотрения обращений граждан в ГБУЗ СК «СККОД», утверждаемом приказом Руководителя (далее - Порядок рассмотрения обращений). В течение рабочего дня после регистрации письменного запроса работник ГБУЗ СК «СККОД» доступными средствами связи, в том числе по номеру контактного телефона (при наличии) либо по электронной почте (при наличии), уведомляет лицо, направившее письменный запрос, о дате регистрации и входящем номере зарегистрированного письменного запроса.

**3. Рассмотрение Запроса**

3.1. Рассмотрение Запроса осуществляется непосредственно Руководителем ГБУЗ СК «СККОД».

3.2. Проверка оснований предоставления меддокументации Пациенту, представителю пациента, и его полномочий на ознакомление с меддокументацией осуществляется Ответственным за исполнение правил ознакомления на основании сведений, указанных в Запросе, и информации о наличии в ГБУЗ СК «СККОД» оригиналов меддокументации, отражающей состояние здоровья пациента в запрашиваемый период.

3.3. Результатами рассмотрения Запроса являются:

3.3.1. решение о предоставлении либо об отказе в предоставлении меддокументации Пациенту.

3.4. В течение двух рабочих дней со дня поступления письменного запроса ответственное лицо обеспечивает информирование пациента, его законного представителя либо уполномоченное лицо, доступными средствами связи, в том числе по номеру контактного телефона (при наличии) либо по электронной почте (при наличии), о дате, начиная с которой в течение пяти рабочих дней возможно ознакомление с медицинской документацией с учетом графика работы медицинской организации, а также о месте в медицинской организации, в котором будет происходить ознакомление.

Максимальный срок ожидания пациентом, его законным представителем либо доверенного лица, предоставления возможности для ознакомления с медицинской документацией не должен превышать десяти рабочих дней со дня поступления письменного запроса.

3.5. В случае выявления оснований для отказа в предоставлении меддокументации Ответственный за работу с обращениями информирует заявителя

а) об основаниях для отказа;

б) о возможностях устранения оснований для отказа.

**4**. **Условия и порядок ознакомления Пациента с записями,**

**сделанными медицинским работником в меддокументации**

**во время амбулаторного приема**

4.1. При оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях Пациенту, по его просьбе врачом-специалистом ГБУЗ СК «СККОД» (далее - Специалист) предоставляется медокументация для ознакомления с записями, сделанными Специалистом непосредственно во время этого приёма.

4.2. При желании Пациента, ознакомиться с иными записями и материалами, содержащимися в меддокументации, Специалист информирует Пациента, о его праве обратиться в ГБУЗ СК «СККОД» с письменный запросом и получить меддокументацию для ознакомления в установленном порядке.

4.3. Перед предоставлением Пациенту меддокументации для ознакомления с записями, сделанными во время приема, Специалист ниже последней записи отмечает факт предоставления меддокументации Пациенту с указанием даты и времени этого события и скрепляет своей подписью. Непосредственно после возвращения меддокументации Пациентом, Специалист отмечает время возврата и скрепляет своей подписью.

4.5. Право Пациента на ознакомление с записями, сделанными Специалистом во время приема, может быть реализовано при условии отсутствия возникновения (угрозы возникновения) нарушений прав других граждан на медицинскую помощь, угрозы для их жизни и здоровья и/или риска возникновения негативных последствий для их жизни и здоровья, если необходимая медицинская помощь этим гражданам может быть оказана.

**5**. **Рассмотрение обращения Пациента, пребывающего в**

**круглосуточном или дневном стационаре.**

5.1. Пациенты, которым оказывается медицинская помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, имеют право на ознакомление с медицинской документацией непосредственно в структурном подразделении ГБУЗ СК «СККОД», в котором они пребывают.

5.2. Основаниями для ознакомления Пациента с меддокументацией, является поступление к заведующему отделением ГБУЗ СК «СККОД» от Пациента письменного обращения о предоставлении меддокументации для ознакомления.

5.3. В обращении обязательно указываются следующие сведения:

а) фамилия, имя и отчество (при наличии) пациента;

б) место жительства (пребывания) пациента;

в) реквизиты документа, удостоверяющего личность лица, (номер и серия, дата выдачи, наименование выдавшего органа);

г) период оказания пациенту медицинской помощи в ГБУЗ СК «СККОД», за который Пациент желает ознакомиться с медицинской документацией;

д) номер контактного телефона (при наличии).

5.4. Рассмотрение обращения осуществляется непосредственно заведующим отделением ГБУЗ СК «СККОД». Сведения о наличии оснований для ознакомления с медицинской документацией непосредственно в структурном подразделении медицинской организации, указываются в письменном обращении и заверяются подписью руководителя соответствующего структурного подразделения.

5.5. Заведующий отделением обеспечивает информирование пациента о дате, начиная с которой в течение пяти рабочих дней возможно ознакомление с медицинской документацией с учетом графика работы отделения, а также о месте в отделении, в котором будет происходить ознакомление.

5.6. Ознакомление пациента с медицинской документацией осуществляется в помещении отделения в присутствии лечащего врача, ответственного за ознакомление, с учетом графика его работы.

5.7. В медицинскую документацию пациента вносятся сведения об ознакомлении пациента с указанием даты поступления письменного запроса, даты ознакомления, фамилии, имени, отчества (при наличии) ознакомившегося лица, а также фамилии, имени, отчества (при наличии) и должности лечащего врача, зафиксировавшего факт ознакомления, с проставлением подписи указанного работника.

5.8. Перед предоставлением Пациенту меддокументации для ознакомления, лечащий врач ниже последней записи отмечает факт предоставления меддокументации Пациенту с указанием даты и времени этого события и скрепляет своей подписью. Непосредственно после возвращения меддокументации Пациентом, лечащий врач отмечает время возврата и скрепляет своей подписью.

**6. Условия и порядок непосредственного ознакомления**

**Пациента, законного представителя либо**

**уполномоченного лица с меддокументацией по запросу.**

6.1. Ознакомление пациента, его законного представителя либо уполномоченного лица, с медицинской документацией осуществляется в помещении медицинской организации в присутствии работника, ответственного за ознакомление, с учетом графика работы медицинской организации.

6.2. Перед передачей пациенту, его законному представителю либо уполномоченному лицу, оригинала медицинской документации для ознакомления в устной форме доводится информация о необходимости аккуратного и бережного обращения с предоставленной для ознакомления медицинской документацией, недопустимости её порчи, внесения дополнительных записей и выноса за пределы помещения.

6.3. Перед ознакомлением с медицинской документацией Пациент, его законный представитель либо уполномоченное лицо, предъявляет документ, удостоверяющий его личность, а в случае посещения Помещения законным представителем пациента, также документ, подтверждающий полномочия представителя пациента.

6.4. В процессе ознакомления с медицинской документацией пациент, его законный представитель либо уполномоченное лицо, вправе выписывать любые сведения и в любом объеме, снимать копии с медицинской документации, в том числе с помощью технических средств.

6.5. Ответственный работник способствует спокойному ознакомлению Пациента, представителю пациента с меддокументацией и не чинит ему каких бы то ни было препятствий, в т.ч. к производству собственноручных выписок из меддокументации, самостоятельному ее копированию с помощью портативных копировальных и сканирующих устройств, фотографированию, видеосъемке и т.д.

6.6. Обеспечение процесса ознакомления Пациента, представителя пациента с меддокументацией канцелярскими принадлежностями, компьютерной техникой, оргтехникой, устройствами фото- и видеосъемки, средствами связи и т.п. осуществляется Пациентом, представителем пациента самостоятельно в соответствии с собственными потребностями.

6.7. Ответственный работник обязан находиться в Помещении в момент ознакомления Пациентом, представителем пациента с меддокументаций, следить за порядком в Помещении, сохранностью его оснащения, соблюдением правил санитарно-противоэпидемического режима и правил внутреннего распорядка при его посещении, и в случае их нарушения предпринимает все необходимые меры для восстановления порядка и пресечения нарушений, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

6.8. По окончанию ознакомления Пациент, представитель пациента возвращает оригиналы меддокументации Ответственному работнику. Ответственный работник проверяет целостность возвращаемых оригиналов меддокументации.

6.9. В медицинскую документацию пациента вносятся сведения об ознакомлении пациента, его законного представителя либо доверенного лица, с указанием даты поступления письменного запроса, даты ознакомления, фамилии, имени, отчества (при наличии) ознакомившегося лица, а также фамилии, имени, отчества (при наличии) и должности работника, зафиксировавшего факт ознакомления, с проставлением подписи указанного работника.

6.10. При выявлении признаков порчи или выноса меддокументации за пределы Помещения полностью или частично, Ответственный работник совместно с двумя любыми другими работниками ГБУЗ СК «СККОД» составляет Акт о повреждениях, полной или частичной утрате оригиналов медицинской документации в ГБУЗ СК «СККОД» (приложение 3) (далее - Акт) в двух экземплярах.

6.10.1. Составленный полностью Акт подписывается Ответственным работником и работниками, привлеченными к его составлению. Подписанный Акт Ответственный работник предлагают подписать Пациенту, представителю пациента. В случае отказа Пациента подписать Акт, факт отказа указывается в Акте и заверяется подписями Ответственного работника и работников, привлеченных к его составлению.

6.10.2. Один экземпляр Акта Ответственный работник направляет главному врачу ГБУЗ СК «СККОД», второй экземпляр прикладывается к полной копии поврежденных, либо вынесенных Пациентом, представителем пациента полностью, либо частично, оригиналов меддокументации и передается в подразделение ГБУЗ СК «СККОД», в котором были взяты оригиналы меддокументации для ознакомления Пациента, представителя пациента вместе с поврежденными, либо частично утраченными оригиналами меддокументации (при их наличии).

6.11. Работник подразделения ГБУЗ СК «СККОД», получивший от Ответственного работника назад оригиналы меддокументации в целостном виде, либо поврежденные или частично утраченные оригиналы меддокументации, Акт и полные копии меддокументации, либо, в случае полной утраты оригиналов меддокументации, Акт и полные копии меддокументации:

6.11.1. при сохранности оригиналов меддокументации возвращает их в место хранения;

6.11.2. при частичной утрате оригиналов меддокументации подшивает к ним сзади Акт;

6.11.3. при полной утрате меддокументации хранит Акт.

6.12. Направленный главному врачу ГБУЗ СК «СККОД» Акт подлежит регистрации и рассмотрению Руководителем либо уполномоченным должностным лицом ГБУЗ СК «СККОД» в установленном порядке.

6.12.1. Главный врач ГБУЗ СК «СККОД» на основании Акта принимает решение о мерах, необходимых для восстановления меддокументации на основе копий, и отдает соответствующие распоряжения. Факт порчи, полной или частичной утраты меддокументации с последующим восстановлением и реквизиты Акта указываются на лицевой стороне полностью или частично восстановленной мед документации.

6.12.2. Главный врач ГБУЗ СК «СККОД» на основании Акта рассматривает его на наличие признаков правонарушений, допущенных при ознакомлении Пациента, представителя пациента с меддокументацией, и о необходимости применения к лицам, допустившим правонарушения, мер, предусмотренных законодательством Российской Федерации, в пределах своей компетенции.

Приложение № 2

к приказу № 20-1-02-177 от 01.03.2022

Главному врачу ГБУЗ СК «СККОД»

К.В. Хурцеву

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО пациента (законного представителя)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Места жительства / пребывания

(пациента / законного представителя)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Паспорт: серия, номер

(пациента / законного представителя)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Реквизиты документа, подтверждающие

Полномочия законного представителя

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактный номер телефона

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Почтовый адрес

(пациента / законного представителя)

ЗАПРОС

Прошу Вас предоставить мне для ознакомления оригинал медицинской карты стационарного больного (медицинской карты амбулаторного больного), оформленной на имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в период оказания медицинской помощи с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 г. по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата Подпись ФИО

Приложение № 3

к приказу № 20-1-02-177 от 01.03.2022

**Акт о повреждениях, полной или частичной утрате оригиналов медицинской документации в ГБУЗ СК «СККОД»**

1. Фамилия, имя и отчество (при наличии) пациента, медицинская документация которого повреждена: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

2. Период лечения (наблюдения) пациента в ГБУЗ СК «СККОД»: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Вид, номер и иные реквизиты пострадавшей (утраченной) медицинской документации пациента: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Фамилия, имя и отчество (при наличии) лица, получившего медицинскую документацию пациента для ознакомления: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Дата и время начала и окончания посещения лицом, получившем медицинскую документацию пациента для ознакомления, помещения для ознакомления: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Номер и дата записи в Журнале учета работы помещения для ознакомления с медицинской документацией: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Сущность повреждений с указанием числа листов при полной или частичной утрате оригиналов медицинской документации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_

8. Обстоятельства, приведшие к повреждениям, полной или частичной утрате оригиналов медицинской документации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9. Дополнительная информация (в случае необходимости): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10. Дата составления настоящего Акта: «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

11. Подписи лиц, оставивших настоящий Акт, с указанием занимаемых должностей, фамилий и инициалов: /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /,

/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/,

/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/,

12. Подпись лица, получившего медицинскую документацию пациента для ознакомления и ознакомленного с настоящим Актом, с расшифровкой: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

13. Подписи лиц, указанных в п.11 и подтверждающих, что лицо, указанное в п.4, отказалось от ознакомления и/или подписания настоящего Акта, с расшифровкой: