Приложение № 1

к приказу ГБУЗ СК «СККОД» № 05/13-1-02-114 от 13.02.2019

**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 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 29 июня 2016 года № 425н «Об утверждении Порядка ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента».

1.2. Порядок устанавливает правила и порядок ознакомления пациента либо его законного представителя (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 является поступление в ГБУЗ СК «СККОД» от Пациента письменного запроса на имя главного врача учреждения (далее - Руководитель) о предоставлении меддокументации для ознакомления (далее - Запрос).

2.2. В Запросе обязательно указываются следующие сведения:

2.2.1. во всех случаях:

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

б) место жительства (пребывания) пациента;

в) реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента;

г) период оказания пациенту медицинской помощи в медицинской организации, за который Пациент желает ознакомиться с медицинской документацией;

д) почтовый адрес для направления письменного ответа;

е) номер контактного телефона (при наличии);

2.2.2. в случае направления запроса представителем пациента:

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

б) реквизиты документа, удостоверяющего личность законного представителя пациента;

в) реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя пациента.

2.3. Запрос оформляется на специальном бланке (приложение № 3), 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.4 Порядка, подписывается составителем с указанием даты составления и направляется в Учреждение.

2.4. Запрос, поступивший в ГБУЗ СК «СККОД», подлежит регистрации в порядке, предусмотренном Порядком рассмотрения обращений граждан в ГБУЗ СК «СККОД», утверждаемом приказом Руководителя (далее - Порядок рассмотрения обращений).

**3. Рассмотрение Запроса**

3.1. Рассмотрение Запроса осуществляется непосредственно главным врачом или уполномоченным заместителем главного врача ГБУЗ СК «СККОД».

3.2. Рассмотрение Запроса осуществляется в порядке, предусмотренном Порядком рассмотрения обращений. Проверка оснований предоставления меддокументации Пациенту, оснований предоставления меддокументации представителю пациента, и его полномочий на ознакомление с меддокументацией осуществляется Ответственным за работу с обращениями на основании сведений, указанных в Запросе, и информации о наличии в Организации 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;

3.3.2. предварительная запись Пациента, представителя пациента на ознакомление с меддокументацией в Журнале предварительной записи посещений помещения для ознакомления с медицинской документацией (приложение 4) (далее - Журнал предварительной записи) в случае принятия решения о предоставлении меддокументации Пациенту, представителю пациента;

3.3.3. оформленный в соответствии с п.3.7. Порядка, зарегистрированный надлежащим образом и направленный Пациенту письменный ответ на Запрос (далее - Ответ).

3.4. В случае принятия решения о предоставлении меддокументации Пациенту, представителю пациента установление даты и времени посещения Пациентом, представителем пациента помещения для ознакомления с меддокументацией и внесение соответствующей записи в Журнал предварительной записи, подготовка и непосредственное предоставление меддокументации Пациенту, представителю пациента осуществляется в соответствии с разделом 4. Порядка.

3.5. Ответ оформляется на угловом бланке Учреждении. В Ответе обязательно указываются следующие сведения:

3.5.1. во всех случаях:

а) дата регистрации Запроса и его входящий номер;

б) дата направления Ответа и его исходящий номер;

в) фамилия, имя и отчество (при наличии) получателя (лица, составившего запрос); г) фамилия, имя и отчество (при наличии) пациента;

д) фамилия, имя, отчество (при наличии) Ответственного за работу с обращениями и номер его контактного телефона;

е) подпись Ответственного за работу с обращениями;

ж) подпись Руководителя;

3.5.2. в случае принятия решения о предоставлении меддокументации Пациенту, представителю пациента:

а) дата и время, определенные для посещения Пациентом, представителем пациента помещения для ознакомления с медцокументацией;

б) порядковый номер и дата внесения соответствующей записи в Журнал предварительной записи;

в) адрес и помещения для ознакомления с медцокументацией;

г) фамилия, имя, отчество (при наличии) лица(лиц), ответственного(ых) за предоставление меддокументации;

д) вид меддокументации, подлежащей предоставлению;

е) информация о необходимости аккуратного и бережного обращения с предоставленной для ознакомления медцокументацией, недопустимости ее порчи, полного или частичного и выноса за пределы помещения для ознакомления с медцокументацией;

ж) иные сведения (при необходимости);

3.5.3. в случае выявления оснований для отказа в предоставлении меддокументации:

а) исчерпывающий перечень выявленных оснований для отказа;

б) информация, необходимая для устранения оснований для отказа;

3.6. Лица, указанные в п.3.1. Порядка, при рассмотрении Запросов руководствуются законодательством Российской Федерации, Ставропольского края, Порядком рассмотрения обращений и иными локальными нормативными актами ГБУЗ СК «СККОД», а также настоящим Порядком.

**4. Условия и порядок непосредственного ознакомления**

**Пациента с меддокументацией**

4.1. Ознакомление Пациента, представителя пациента с меддокументацией осуществляется в помещении ГБУЗ СК «СККОД», предназначенном для этих целей в выделенные часы в соответствии с графиком (далее - Помещение).

4.2. Помещение, его оснащение и график работы устанавливаются главным врачом ГБУЗ СК «СККОД».

4.3. В часы работы Помещения доступ в него осуществляется по предварительной записи в Журнале предварительной записи. Посещения Помещения в часы его работы регистрируются в Журнале учета работы помещения для ознакомления с медицинской документацией (приложение 5) (далее - Журнал посещений)

4.4. Должностное лицо, ответственное за обеспечение доступа в Помещение в соответствии с графиком его работы и записями в Журнале предварительной записи, подготовку и непосредственное предоставление меддокументации Пациенту, представителю пациента, а также за ведение Журнала предварительной записи и Журнала посещений, назначается главным врачом ГБУЗ СК «СККОД» (далее — Ответственный исполнитель).

4.5. Предварительные дата и время посещения Пациентом, представителем пациента Помещения устанавливаются Ответственным исполнителем с учетом графика работы Помещения и числа поступивших Запросов.

4.6. В целях обеспечения врачебной тайны, в одно время в Помещении должен знакомиться с меддокументацией один Пациент, представитель пациента.

4.7. Подготовка запрашиваемой меддокументации к предоставлению Пациенту, представителю пациента для ознакомления осуществляется Ответственным исполнителем до посещения Пациентом, представителем пациента Помещения и включает в себя:

4.7.1. поиск (в т.ч. в архивах) оригиналов меддокументации;

4.7.2. изготовление полной копии каждого вида меддокументации на бумажном носителе;

4.7.3. подсчет числа страниц оригиналов меддокументации и числа листов копий;

4.7.4. указание даты изготовления копии, числа страниц оригинала меддокументации и числа листов копии на первом листе копии каждого вида меддокументации;

4.7.5. доставка оригиналов и копий меддокументации в Помещение к назначенному времени посещения Помещения Пациентом, представителем пациента.

4.8. Максимальный срок ожидания Пациентом, представителем пациента предоставления ему Помещения для посещения с целью ознакомления с меддокументацией и запрошенной меддокументации с момента регистрации Запроса составляет 30 дней.

4.9. При посещении Помещения Пациент предъявляет документ, удостоверяющего его личность, а в случае посещения Помещения законным представителем пациента, также документ, подтверждающий полномочия представителя пациента. Факт посещения Пациентом, представителем пациента Помещения и предоставления ему на руки оригиналов меддокументации регистрируется в Журнале посещений в соответствии с п.4.12. Порядка.

4.10. Перед передачей оригиналов меддокументации Пациенту, представителю пациента Ответственный исполнитель в устной форме напоминает Пациенту, представителю пациента информацию, полученную Пациентом, представителем пациента в письменном виде в Ответе на Запрос, о необходимости аккуратного и бережного обращения с предоставленной для ознакомления меддокументацией, недопустимости её порчи, внесения дополнительных записей и выноса за пределы Помещения.

4.10.1. Перед передачей оригиналов меддокументации Пациенту для ознакомления Ответственный исполнитель в устной форме доводит до сведения Пациента, представителя пациента информацию о возможности предоставления ему полных копий каждого вида меддокументации по окончанию ознакомления при условии возвращения оригиналов меддокументации в их полной сохранности.

4.11. Перед передачей оригиналов меддокументации Пациенту Ответственный исполнитель в присутствии Пациента, представителя пациента проверяет предъявленные им документы и вписывает в соответствующие графы Журнала посещений их реквизиты, фамилию, имя, отчество (при наличии) Пациента, представителя пациента получающего на руки меддокументацию, фамилию, имя, отчество (при наличии) лечащего врача, вид выдаваемой на руки Пациенту меддокументации, а также фиксирует в нем дату и время посещения Пациентом, представителя пациента помещения и время выдачи ему меддокументации, и предъявляет страницы Журнала с этими записями для ознакомления Пациенту. Пациент, удостоверившись в корректности записей, ставит свою подпись.

4.11.1. В случае обнаружения Пациентом или самим Ответственным исполнителем ошибок и неточностей в записи, сделанной Ответственным исполнителем в Журнале посещений, Ответственный исполнитель вносит ниже корректную запись и удостоверяет своей подписью.

4.12. На одном развороте Журнала посещений вносятся записи, касающиеся только одного Пациента, представителя пациента. При предъявлении Ответственным исполнителем Пациенту, представителю пациента Журнала посещений для ознакомления с записью и подписи, нарушений конфиденциальности сведений о других Пациентах, содержащихся в Журнале посещений, не допускается.

4.13. Выдача оригиналов меддокументации Пациенту, представителюя пациента в случае его отказа поставить свою подпись в Журнале посещений не осуществляется, в этом случае в журнале указывается на отказ Пациента, представителя пациента от ознакомления с меддокументацией.

4.14. Ответственный исполнитель 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.

4.15. 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.

4.16. Ответственный исполнитель 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.

4.17. Видео- и/или аудиофиксация происходящего в Помещении во время ознакомления Пациента с меддокументацией производится при наличии технической возможности и информирования Пациента, представителя пациента о проводимой видео/аудиозаписи во время его пребывания в ГБУЗ СК «СККОД», в письменной форме.

4.18. По окончанию ознакомления Пациент, представитель пациента возвращает оригиналы меддокументации Ответственному исполнителю. Ответственный исполнитель проверяет целостность возвращаемых оригиналов меддокументации, отмечает результат проверки в соответствующей графе Журнала посещений и скрепляет своей подписью.

4.18.1. Копии меддокументации могут быть переданы Пациенту только при условии полной комплектности и сохранности возвращенных Пациентом оригиналов меддокументации. Ответственный исполнитель в соответствующих графах Журнала посещений указывает, копии какого вида меддокументации передаются Пациенту, представителю пациента а также число листов копий меддокументации каждого вица, и предъявляет эти записи для ознакомления Пациенту, представителю пациента Пациент, представитель пациента удостоверившись в корректности записей, ставит свою подпись.

4.18.2. Копии меддокументации передаются Ответственным исполнителем Пациенту, представителю пациента незаверенными. При необходимости получения заверенных копий меддокументации Пациент, представитель пациента обращается в ГБУЗ СК «СККОД» с соответствующим запросом в установленном порядке.

4.18.3. Невостребованные Пациентами, представителями пациентов копии меддокументации хранятся в папке «Копии меддокументации» в канцелярии в течение трех месяцев на случай повторного обращения Пациента с Запросом, затем уничтожаются с обеспечением защиты персональных данных.

4.19. При выявлении признаков порчи или выноса меддокументации за пределы Помещения полностью или частично, Ответственный исполнитель 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 6) (далее - Акт) в двух экземплярах.

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

4.19.2. Один экземпляр Акта Ответственный исполнитель 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 Организации, в котором были взяты оригиналы меддокументации для ознакомления Пациента, представителя пациента вместе с поврежденными, либо частично утраченными оригиналами меддокументации (при их наличии).

4.20. Работник подразделения ГБУЗ СК «СККОД», получивший от Ответственного исполнителя 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:

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

4.20.2. при частичной утрате оригиналов меддокументации подшивает к ним сзади Акт и полную копию меддокументации;

4.20.3. при полной утрате меддокументации хранит Акт и полную копию меддокументации.

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

4.22.1. 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 на основе копий и реквизиты Акта указываются на лицевой стороне полностью или частично восстановленной мед документации.

4.22.2. 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.

4.22.3. Главный врач ГБУЗ СК «СККОД» на основании Акта принимает решение о мерах, предусмотренных законодательством Российской Федерации, необходимых для обеспечения порядка в Помещении, сохранности имущества, соблюдения правил санитарно-противоэпидемического режима и правил внутреннего распорядка при его посещениях, а также сохранности меддокументации, и отдает соответствующие распоряжения.

4.23. Пациенты, которым оказывается медицинская помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, и передвижение которых по медицинским причинам ограничено, в том числе ввиду назначенного режима лечения, имеют право на ознакомление с медицинской документацией непосредственно в структурном подразделении медицинской организации, в котором они пребывают.

Сведения о наличии оснований для ознакомления с медицинской документацией непосредственно в структурном подразделении медицинской организации, указываются в письменном запросе и заверяются подписью руководителя соответствующего структурного подразделения медицинской организации.

Заведующий структурным подразделением медицинской организации обеспечивает возможность ознакомления пациента с медицинской документацией

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

**сделанными медицинским работником в меддокументации**

**во время амбулаторного приема**

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

5.2. При желании Пациента, представителя пациента ознакомиться с иными записями и материалами, содержащимися в меддокументации, Специалист информирует Пациента, представителя пациента о его праве обратиться в ГБУЗ СК «СККОД» с Запросом и получить меддокументацию для ознакомления в установленном настоящим Порядком порядке.

5.3. По просьбе Пациента, представителя пациента Специалист дает необходимые пояснения к записям, сделанным им в меддокументации во время приема, в доступной для Пациента форме.

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

5.5. Право Пациента, представителя 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.

Приложение № 2

к приказу № 05/13-1-02-114 от 13.02.2019

**График работы помещения для ознакомления**

**с медицинской документацией**

**с 800 до 1500**

**(кроме выходных и нерабочих дней)**

**Обращаем Ваше внимание,**

**что для ознакомления с медицинской**

**документацией необходимо предварительно**

**заполнить письменный запрос.**

Приложение № 3

к приказу № 05/13-1-02-114 от 13.02.2019

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