



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

05.03.2013 г.

№ 27-мпр

Иркутск

О порядке направления пациентов в
противотуберкулезные учреждения
здравоохранения в Иркутской области

В целях совершенствования организации работы по направлению пациентов на госпитализацию и консультативный прием в противотуберкулезные учреждения здравоохранения в Иркутской области, в соответствии с Федеральным законом от 18 июня 2001 г. № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации», приказом министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 29 декабря 2010 г. № 1224н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом в Российской Федерации», руководствуясь пунктом 9 Положения о министерстве здравоохранения Иркутской области, утвержденного постановлением Правительства Иркутской области от 16 июля 2010 года № 174-пп,

П Р И К А З Ы В А Ю :

1. Утвердить Порядок направления пациентов в противотуберкулезные учреждения здравоохранения в Иркутской области.
2. Настоящий приказ вступает в силу через десять календарных дней после дня его официального опубликования.
3. Контроль исполнения приказа возложить на начальника управления организации медицинской помощи Голенецкую Е.С.

Министр

Н.Г. Корнилов

Подготовил:

Главный врач государственного
учреждения здравоохранения -
Иркутский областной
противотуберкулезный диспансер

М.Е. Кощев

Согласовано:

Главный внештатный специалист-
эксперт фтизиатр министерства
здравоохранения Иркутской области

Е.Ю. Зоркальцева

Начальник управления организации
медицинской помощи

Е.С. Голенецкая

Заместитель министра здравоохранения
Иркутской области

Т.В. Бойко

Начальник правового управления

А.В. Ильина

ПОРЯДОК
направления пациентов в противотуберкулезные учреждения
здравоохранения Иркутской области

Глава 1. Общие положения

1. Настоящий Порядок устанавливает правила направления пациентов в противотуберкулезные учреждения Иркутской области.

2. Настоящий Порядок разработан в соответствии с Федеральными законами от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», от 18 июня 2001 года № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации», приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 29 декабря 2010 года № 1224н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом в Российской Федерации», законом Иркутской области от 5 марта 2010 года № 4-оз «Об отдельных вопросах здравоохранения в Иркутской области».

3. Показаниями для плановой госпитализации взрослых в противотуберкулезные учреждения Иркутской области являются:

- а) туберкулез органов дыхания с бактериовыделением;
- б) распространенные, деструктивные, осложненные формы туберкулеза различной локализации;
- в) состояния, требующие медицинской помощи по поводу жизнеугрожающих осложнений туберкулеза;
- г) необходимость применения специальных методов, в том числе хирургических, для диагностики и дифференциальной диагностики туберкулеза;
- д) необходимость применения специальных методов, в том числе хирургических, для лечения больных туберкулезом;
- е) хронические формы туберкулеза у больных, требующие их изоляции от окружающих людей;
- ж) туберкулез, сочетанный с другими инфекциями, требующими стационарного лечения;
- з) туберкулез с сопутствующими заболеваниями и патологическими состояниями, требующими стационарного лечения.

4. Показаниями для плановой госпитализации детей и подростков в туберкулезный стационар являются:

- а) активные формы туберкулеза различных локализаций;
- б) осложнения вакцинации БЦЖ;
- в) необходимость проведения противорецидивной химиотерапии

туберкулеза в условиях стационара детям после перенесенного туберкулеза, из семей группы высокого медико-социального риска заболевания туберкулезом, из перинатального контакта по ВИЧ-инфекции, больным ВИЧ-инфекцией.

5. Показаниями для экстренной госпитализации взрослых, подростков и детей в противотуберкулезные учреждения являются жизнеугрожающие осложнения туберкулеза:

- а) спонтанный пневмоторакс;
- б) массивный экссудативный плеврит с уровнем жидкости выше четвертого ребра, эмпиема плевры;
- в) легочное кровотечение (кровохаркание);
- г) легочно-сердечная или дыхательная недостаточность III ст.
- д) иные жизнеугрожающие виды патологии у больных туберкулезом.

Глава 2. Порядок направления пациентов в противотуберкулезные учреждения Иркутской области

6. При выявлении в медицинских организациях (в том числе в приемных отделениях) больных с заболеваниями неуточненной этиологии, подозрительными в отношении туберкулеза, первичная дифференциальная диагностика проводится в указанных организациях путем выполнения обязательного диагностического минимума на туберкулез в соответствии с приложением 1 настоящему Порядку.

7. Направление больного на госпитализацию в противотуберкулезное учреждение здравоохранения осуществляет врач-фтизиатр противотуберкулезного диспансера (туберкулезного кабинета), на территории обслуживания которого проживает больной.

8. При направлении на госпитализацию в противотуберкулезное учреждение здравоохранения взрослых и подростков в возрасте 15 лет и старше заполняется направление по прилагаемой форме (приложение 2 к настоящему Порядку). Направление должно быть заверено подписью председателя врачебной комиссии, его личной печатью и печатью медицинского учреждения. «Направление на госпитализацию в туберкулезный стационар» (приложение 2 к настоящему Порядку).

9. При направлении на госпитализацию больных, нуждающихся в одновременном лечении туберкулеза и психического заболевания в условиях психотуберкулезного отделения ОГКУЗ «Иркутская областная психиатрическая больница № 2», в направлении на госпитализацию должно быть также указание даты установления диагноза «туберкулез» центральной врачебной контрольной комиссией противотуберкулезного учреждения, эпидемиологический номер; к направлению должно прилагаться заключение врача-психиатра.

10. При направлении на госпитализацию детей в возрасте до 15 лет заполняется «Направление на госпитализацию в ГБУЗ "Областная детская туберкулезная больница"» (приложение 3 к настоящему Порядку), к которому прилагаются: выписка из истории болезни ребенка или копия амбулаторной карты, справка о наличии или отсутствии карантина по инфекционным заболеваниям,

заключение врача-фтизиатра и/или консилиума врачей, полный рентгеновский архив за все годы жизни. Направление на госпитализацию должно быть заверено подписями врача, председателя врачебной комиссии и печатью медицинской организации.

11. Плановая госпитализация в туберкулезные стационары осуществляется в будние дни, с 8-00 часов до 17-00 часов. Экстренная госпитализация осуществляется круглосуточно в туберкулезные стационары, обеспеченные дежурными врачами-фтизиатрами.

12. Маршрутизация больных туберкулезом осуществляется в соответствии с приложением 2 к Порядку оказания фтизиатрической медицинской помощи в Иркутской области, утвержденному приказом министерства здравоохранения Иркутской области от 12 мая 2011 г. № 48-мпр «Об оказании фтизиатрической медицинской помощи больным туберкулезом». В случае желания больного получить стационарное лечение в определенном противотуберкулезном учреждении, направление на госпитализацию в указанное учреждение осуществляется в порядке, установленном приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 апреля 2012 года № 406н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи».

13. Для получения медицинской амбулаторной помощи в противотуберкулезных учреждениях Иркутской области пациенту выдается направление по прилагаемой форме (приложение 4 к настоящему Порядку). Направление должно быть заверено подписью председателя врачебной комиссии, его личной печатью и печатью медицинского учреждения.

Начальник управления организации
медицинской помощи

Е.С. Голенецкая

Приложение 1 к Порядку направления
пациентов в противотуберкулезные
учреждения здравоохранения Иркутской
области

Обязательный диагностический минимум на туберкулез

При подозрении на заболевание туберкулезом в медицинских организациях осуществляется выполнение обязательного диагностического минимума в следующем объеме:

1) При подозрении на туберкулез органов дыхания:

- трехкратное бактериоскопическое исследование мокроты или промывных вод бронхов на кислотоустойчивые микобактерии (у детей возможно исследование промывных вод желудка);
- рентгенологическое исследование органов грудной клетки (обзорная рентгенография органов грудной клетки с томографией легких или компьютерная томография органов грудной клетки);
- общий клинический анализ крови и мочи;
- проба Манту с 2 ТЕ или диаскин-тест (для детей и подростков);

2) При подозрении на туберкулез мочевыводящих органов:

- трехкратное бактериоскопическое исследование мочи на кислотоустойчивые микобактерии;
- внутривенная урография;
- флюорографическое или рентгенологическое исследование органов грудной клетки;
- общий клинический анализ крови и мочи;
- проба Манту с 2 ТЕ или диаскин-тест (для детей и подростков);

3) При подозрении на туберкулез костно-суставной системы:

- рентгенологическое исследование пораженного участка (позвочника, сустава и др.) в двух проекциях;
- флюорографическое или рентгенологическое исследование органов грудной клетки;
- общий клинический анализ крови и мочи;
- проба Манту с 2 ТЕ или диаскин-тест (для детей и подростков);

4) При подозрении на туберкулез женских половых органов:

- исследование мазков из влагалища на неспецифическую флору, гонорею, трихомонады и хламидиоз;
- флюорографическое или рентгенологическое исследование органов грудной клетки;
- общий клинический анализ крови и мочи;
- проба Манту с 2 ТЕ или диаскин-тест (для детей и подростков);

5) При подозрении на туберкулез периферических лимфатических узлов:

- гистологическое исследование пораженного лимфатического узла;
- флюорографическое или рентгенологическое исследование органов грудной клетки;
- общий клинический анализ крови и мочи;
- проба Манту с 2 ТЕ или диаскин-тест (для детей и подростков);

6) При подозрении на абдоминальный туберкулез:

- гистологическое исследование пораженного органа брюшной полости;
- рентгенологическое исследование брюшной полости (обзорная рентгенография или компьютерная томография брюшной полости);
- флюорографическое или рентгенологическое исследование органов грудной клетки;
- общий клинический анализ крови и мочи;
- проба Манту с 2 ТЕ или диаскин-тест (для детей и подростков);

7) При подозрении на туберкулез центральной нервной системы:

- общий клинический и биохимический анализ ликвора;
- компьютерная томография или магнитно-резонансная томография пораженного отдела центральной нервной системы (только для медицинских организаций, имеющих соответствующее оборудование);
- флюорографическое или рентгенологическое исследование органов грудной клетки;
- общий клинический анализ крови и мочи;
- проба Манту с 2 ТЕ или диаскин-тест (для детей и подростков);

8) При подозрении на туберкулез других органов и систем:

- трехкратное бактериоскопическое исследование патологического материала (при его наличии) на кислотоустойчивые микобактерии;
- гистологическое исследование пораженного органа (при возможности выполнения биопсии);
- флюорографическое или рентгенологическое исследование органов грудной клетки;
- общий клинический анализ крови и мочи;
- проба Манту с 2 ТЕ или диаскин-тест (для детей и подростков).

Результаты дополнительных методов исследования должны иметь давность не более 10 дней, рентгенограммы и томограммы должны прилагаться к направлению на госпитализацию (консультативный прием).

Приложение 2 к Порядку направления
пациентов в противотуберкулезные учреждения
здравоохранения Иркутской области

Направление от _____ 20__ г. на госпитализацию в туберкулезный стационар

_____ (наименование туберкулезного стационара)

_____ (фамилия, имя, отчество пациента)

Дата _____ Месяц _____ Год рождения _____ Пол _____ м/ж _____

Регистрация по месту жительства: _____

Наименование направившего ЛПУ: _____

Диагноз направившего ЛПУ: Основной: _____

Осложнения: _____

Сопутствующий: _____

Данные анамнеза, клиники, предварительного обследования и проведенного лечения (для ранее леченных больных туберкулезом: длительность и режим химиотерапии, дозировки противотуберкулезных препаратов, их переносимость, наличие лекарственной устойчивости): _____

Результаты и даты трехкратной бактериоскопии патологического материала (посева - при наличии): _____

Результаты и дата рентгеномографического исследования: _____

Результаты и дата ОАК: _____

Результаты и дата ОАМ: _____

Результаты и дата анализов на маркеры гепатитов В и С: _____

Результаты и дата РМП (RW): _____

Результаты туберкулинодиагностики: _____

Результаты и дата исследования мазков из влагалища: _____

Результаты и дата гистологического исследования: _____

Результаты и даты других исследований: _____

Сведения о профилактических прививках (для детей до 18 лет): _____

Справка об отсутствии инфекционных контактов (для детей до 18 лет), выданная не ранее 3 дней от даты поступления в ОГУЗ: _____

Врач _____

(Фамилия, И.О.) подпись

Председатель ВК _____

(Фамилия, И.О.) подпись

М.П.

Приложение 3 к Порядку направления
пациентов в противотуберкулезные учреждения
здравоохранения Иркутской области

Направление от _____ 20__ г. на госпитализацию
в ГБУЗ «Областная детская туберкулезная больница»

Наименование направившего ЛПУ: _____

ФИО пациента: _____

Дата рождения: _____

Адрес, телефон: _____

Диагноз направившего ЛПУ: Основной: _____

Осложнения: _____

Сопутствующий: _____

Дата проведения областной детской ЦВКК: _____

Данные анамнеза жизни пациента:

Родился от _____ беременности. Роды в срок _____ Вскармливание: _____

Сведения о профилактических прививках: _____

Перенесенные заболевания: _____

Состоит на диспансерном учете (у специалиста): _____

С какого года с диагнозом: _____

Анамнез заболевания пациента:

Дата проведения БЦЖ: _____ Размеры рубчика: _____

Результаты пробы Манту с 2 ТЕ, Диаскинтеста в динамике по годам: _____

Наличие контакта с больным туберкулезом: _____

Диспансерный учет у фтизиатра (с какого года и с каким диагнозом): _____

Сведения о проведенном ранее лечении (специфическое, неспецифическое, название препаратов, доза, курс, переносимость спец. препаратов): _____

Каким ЛПУ выявлен пациент: _____

Жалобы (на момент направления в стационар): _____

Данные объективного осмотра (на момент направления в стационар): _____

Результаты и даты обследования (по месту жительства):

ОАК: _____

ОАМ: _____

Данные рентгеномографического исследования: _____

Данные рентгенообследования ближайшего окружения: _____

Результаты и даты других исследований: _____

Цель направления в стационар: _____

Врач _____

(Фамилия, И.О.) подпись

Председатель ВК _____

(Фамилия, И.О.) подпись

М.П.

Приложение 4 к Порядку направления
пациентов в противотуберкулезные учреждения
здравоохранения Иркутской области

Направление на консультацию в противотуберкулезный диспансер (туберкулезный кабинет)

наименование противотуберкулезного учреждения здравоохранения _____

1. Наименование направившего ЛПУ: _____
2. Ф.И.О. пациента _____
3. Дата рождения _____
4. СНИЛС _____
5. Паспорт серия _____ № _____
6. Страховой полис серия _____ № _____
6. Место работы (учебы, ДДУ №, школа №, ВУЗ (курс, класс)) _____
7. Профессия, должность _____
8. Адрес: населенный пункт _____ улица _____ д. _____ кв. _____
9. Категория населения: местный житель проживает свыше 10 лет, местный житель проживает менее 10 лет (подчеркнуть).
10. Был ли в заключении ранее: да, нет (подчеркнуть), дата освобождения _____
11. Состоял ли ранее на учете в противотуберкулезном учреждении: _____
12. Как выявлен пациент: при обращении, при профосмотре (подчеркнуть).
13. Каким ЛПУ выявлен пациент: _____
14. Контакт: бытовой, семейный, нет (подчеркнуть).
15. Жалобы: _____
16. Анамнез заболевания (даты заболевания, обращения, сроки закрытия полости и прекращения бактериовыделения, операции, лист нетрудоспособности, инвалидность) _____
17. Проводимое лечение (специфическое, неспецифическое, название препаратов, доза, курс, переносимость спец. препаратов, химиопрофилактика детей): _____
18. Дата вакцинации, ревакцинации БЦЖ, размеры рубчиков (для детей) _____
19. Даты пр. Манту с 2ТЕ, Диаскинтеста, размеры (для детей) _____
20. Дата предыдущего проф. обследования органов грудной клетки (для детей – дата рентген-обследования родителей) _____
21. Данные рентгенообследования (дата) _____
22. Лабораторные данные: ОАК (дата) _____
- ОАМ (дата) _____
- Анализ мокроты (дата, метод) _____
- Анализ крови на ВИЧ, иммунограмма (дата) _____
- Анализ маркеров на гепатиты (дата) _____
23. Направительный диагноз и группа диспансерного учета: _____
- Сопутствующий диагноз _____
24. Цель направления на консультацию: _____

Врач _____
(Фамилия, И.О.) подпись

Председатель ВК _____
(Фамилия, И.О.) подпись

м.п.

« _____ » _____ 20 ____ г.