|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Государственное автономное учреждение здравоохранения Свердловской области «*наименование медицинской организации*» | | СТАНДАРТНАЯ ОПЕРАЦИОННАЯ ПРОЦЕДУРА | Номер: |
| Лист 1  Всего 2 |
| НАЗВАНИЕ: Порядок действия медицинского персонала при отсутствии доступа в адрес при оказании медицинской помощи | | ОТДЕЛЕНИЯ: оказания медицинской помощи в образовательных организациях | |
| ДЕЙСТВУЕТ С: | ЗАМЕНЯЕТ:  Вводится впервые | ПРИЧИНЫ ПЕРЕСМОТРА: | ДАТА СЛЕДУЮЩЕГО ПЕРЕСМОТРА: |
| СОСТАВИЛ:    «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_20 г. | | УТВЕРДИЛ:  Главный врач ГАУЗ СО «*Наименование медицинской организации»*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-Ф.И.О  «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 г | |
| Цель: Стандартизация порядка действий медицинского персонала при отсутствии доступа в адрес.  Определение: Помощь на дому - важнейшая составная часть амбулаторной помощи, оказываемая медицинским персоналом поликлиники при оказании медицинской помощи детям и подросткам на дому.  Отсутствие доступа на адрес при вызове, активе, патронаже медработника считать:  1. Отсутствие ребёнка на адресе,  2. Не открывают дверь,  3. Не работает домофон,  4. Серьёзные препятствия попадания в частный дом, квартиру и др.  Акт – это документ, составленный и подписанный несколькими лицами, участвовавших в  процессе оказания медицинской помощи, подтверждающий конкретные факты и действия.  Ресурсы: Служебные телефоны, Журнал регистрации вызова, ф.112/у, чистый бланк  «Акт…» (см. Приложение № 1)  Основная часть СОПа  Нормативные акты:  - ФЗ № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».  - Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии, под редакцией А.А.Баранова – 2-ое издание, исправленное и дополненное – М.: ГЭОТАР – МЕДИА, 2009-592 с.;  Порядок действий: Медицинскому работнику АПС, прибывшему на адрес при установлении факта отсутствия доступа к ребёнку.  1. Позвонить администратору Колл-центра/ответственному регистратору и проверить корректность адреса, который был оформлен при записи вызова, актива, патронажа.  2. Администратору Колл-центра/отвестственному регистратору позвонить (2-3 попытки) родителю/законному представителю ребёнка по номеру телефона, переданного устно при оформлении вызова, актива, патронажа (либо указанному в АИС медицинской организации)   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Дозвонился: | Дозвонился, но нет на адресе: | Не дозвонился | | 2.1 Сообщить, что медработник находится на адресе (назвать улицу, номер дома, квартиры, дату и время);  2.2 Уточнить адрес нахождения ребёнка;  2.3 Предупредить об ответственности предоставления доступа на адрес медработника. (ФЗ-323);  2.4 Полученную информацию (скорректированный адрес) -передать медработнику по  телефону.  2.5 Если адрес относится к другому участку поликлиники ГАУЗ СО *«Наименование медицинской организации»*, то передать медицинскому работнику по территориальному обслуживанию. И сообщить  родителю о сроках обслуживания -до 20.00 при вызове ОНМП к больному, при активе – в не часов  приема врача в поликлинике.  2.6 Если скорректированный адрес не относится к территории обслуживания ГАУЗ СО *«Наименование медицинской организации»*», то предложить оформить вызов в медицинской организации по фактическому месту нахождения больного:  (перечислить адреса и номера телефонов медицинских организаций) | 2.1 Сообщить, что медработник находится на адресе (назвать улицу, номер дома, квартиры, дату и время);  2.2 Узнать причину отсутствия ребёнка на адресе (госпитализирован в стационар СМП,  отсутствует подругой причине);  2.3 Предупредить об ответственности предоставления доступа на адрес медработника. (ФЗ №323);  2.4 Пригласить на приём в кабинет ОНМП  поликлиники до 20.00 ч.;  2.5 Предложить записаться на приём к участковому врачу;  2.6 Информацию передать медработнику;  2.7 Зафиксировать в Журнале вызовов. | 2.1 Телефон не  отвечает/не  доступен после 3  попыток;  2.2 Сообщить  информацию  медработнику;  2.3 Зафиксировать в  Журнале вызовов. | | 3. Медицинскому работнику | | | | 3.1 Обслужить по скорректированному адресу, если данный адрес находится недалеко от места нахождения врача/фельдшера ОНМП.  3.2 Медицинскому работнику по территории обслуживания участка выйти на повторный вызов, актив, патронаж вне часов приёма в поликлинике. | 3.1 Составить Акт отсутствия доступа на адрес и подписать  тремя подписями (Приложение № 1);  3.2 Вклеить акт в амбулаторную карту (Ф.112/у);  3.3 Сделать запись в журнале вызовов;  3.4 Информацию о не обслуживании на вызове передать | 3.1 Составить акт  отсутствия  доступа на адрес и  заверить тремя  подписями.  (Приложение №  1);  3.2 Вклеить Акт в  амбулаторную  карту (Ф.112/у);  3.3 Сделать запись в  журнале вызовов. |   Приложение № 1  Акт о факте отсутствия доступа в адрес  при оказании медицинской помощи  Я, врач/фельдшер ОНМП, ПО, медицинская сестра участковая\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(подчеркнуть) (ФИО)*  Согласно записи, в Журнале регистрации вызовов о вызове/патронаже/активе  к ребенку\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (*ФИО ребёнка, год рождения)*  Находился(лась) на адресе: ул. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_\_ квартира \_\_\_\_\_\_\_  Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_\_\_г. Время: с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Доступ в адрес не возможен по причине:   1. отсутствия дома ребёнка; 2) не открывают дверь; 3) невозможно попасть в частный дом с собакой; 4) невозможно попасть в многоквартирный дом, т.к. не работает домофон, и соседи не открывают; 5) другая причина   *(Нужное подчеркнуть)*  По номеру телефона, предоставленном при оформлении вызова, актива, патронажа администратору Колл-центра/ответственному регистратору (2-3 раза): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_\_г. Время \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 1) не отвечают; 2) телефон не работает или не доступен;  3) ответили, были предупреждены, что врач, медсестра был(а) на адресе  *(Нужное подчеркнуть)*  Медработник участковая \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Водитель (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адм. Колл-центра/отв.регистратор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Зав. поликлиникой (подразделения) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |

Ответственные исполнители ознакомлены и обязуются исполнять:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | ФИО сотрудника | Подпись | Дата |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |