

ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТУ ИНФОРМАЦИИ О ПЛАНЕ ЛЕЧЕНИЯ

1. Общие положения

1.1. Настоящий Порядок разработан в соответствии с Конституцией РФ, Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ст. 19-22) (далее-ФЗ-323), приказом Минздрава России от 29.11.2019 №1050н «Об утверждении Порядка ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента», Уставом ФГБУ «НМИЦ ВМТ им. А.А. Вишневого» Минобороны России (далее — Учреждение), а также в целях реализации принципов пациентоцентрированной медицинской помощи в Учреждения.

1.2. Настоящий Порядок определяет единые требования, сроки, формы и способы предоставления пациенту (его законному представителю) информации о плане лечения на всех этапах оказания медицинской помощи (амбулаторно, при госпитализации, при выписке).

1.3. Основные цели предоставления информации о плане лечения:

Обеспечение права пациента на получение полной и достоверной информации о состоянии здоровья и планируемых медицинских вмешательствах.

Формирование осознанного информированного добровольного согласия пациента на медицинское вмешательство.

Повышение приверженности пациента лечению (комплаенса) и его активное участие в лечебном процессе.

Профилактика конфликтных ситуаций, связанных с недопониманием целей и этапов лечения.

Обеспечение преемственности медицинской помощи.

1.4. Основные принципы информирования о плане лечения:

Своевременность: информация предоставляется до начала лечения, а также при каждом изменении плана.

Доступность: информация доводится в понятной для пациента форме, исключая сложную медицинскую терминологию, с учетом состояния здоровья, возраста, языковых и культурных особенностей.

Достоверность: информация соответствует утвержденным клиническим рекомендациям, стандартам медицинской помощи и данным доказательной медицины.

Полнота: пациент информируется обо всех возможных вариантах, их преимуществах, рисках и последствиях.

Документированность: факт и содержание информирования фиксируются в медицинской документации.

2. Объем информации о плане лечения

2.1. Информация о плане лечения предоставляется пациенту (его законному представителю) в объеме, необходимом для принятия осознанного решения и активного участия в лечебном процессе.

2.2. План лечения включает следующие сведения:

Диагноз (основной, сопутствующий, осложнения) в формулировке, доступной для понимания пациента.

Цели лечения: что планируется достичь (выздоровление, ремиссия, стабилизация состояния, облегчение симптомов, профилактика осложнений).

Этапы лечения с указанием последовательности и сроков:

необходимость госпитализации (плановая/экстренная) и предполагаемая длительность;

перечень диагностических процедур (с указанием целей, подготовки, сроков);

перечень лечебных мероприятий (консервативное лечение, хирургическое вмешательство, реабилитация);

· необходимость консультаций врачей-специалистов.

Описание медицинских вмешательств:

наименование и суть процедур/операций;

ожидаемые результаты и прогноз;

возможные риски и осложнения;

альтернативные методы лечения (при их наличии).

Лекарственная терапия:

наименования препаратов;

дозировки, кратность и длительность приема;

возможные побочные эффекты и взаимодействия;

правила приема (до/после еды, с чем принимать).

Режим и диета: рекомендации по режиму физической активности, питания, сна в период лечения.

План реабилитации: мероприятия по восстановлению, сроки и место проведения.

Дальнейшее наблюдение: рекомендации по диспансерному наблюдению, частота визитов к врачу после выписки, план обследований в отдаленном периоде.

Признаки, требующие экстренного обращения: описание симптомов, при появлении которых пациент должен срочно обратиться за медицинской помощью.

2.3. Информация предоставляется в структурированном виде, с выделением ключевых моментов и сроков.

3. Этапы и сроки предоставления информации

3.1. Амбулаторный этап (консультативно-диагностический центр):

Первичный прием: лечащий врач (терапевт, врач-специалист) после установления предварительного или окончательного диагноза обязан устно информировать пациента о предполагаемом плане обследования и лечения.

Повторный прием: при уточнении диагноза и назначении лечения врач предоставляет детализированную информацию о плане лечения.

Сроки: информация предоставляется непосредственно на приеме, в день принятия решения о тактике ведения пациента.

3.2. Этап госпитализации (приемное отделение):

При поступлении в стационар дежурный врач (или врач приемного отделения) информирует пациента (законного представителя) о:

предварительном плане обследования на ближайшие дни;
режиме отделения и правилах внутреннего распорядка;
заведующем/начальнике отделения.

Срок: в день поступления, до оформления в отделение.

3.3. Этап стационарного лечения (отделение):

В течение 24 часов с момента поступления в отделение: лечащий врач проводит беседу с пациентом, в ходе которой информирует о предварительном плане лечения на период госпитализации.

После получения результатов ключевых обследований (до 3-5 дней): врач уточняет план лечения, информирует о необходимости и сроках оперативного вмешательства (при наличии), согласовывает дату операции.

При изменении плана лечения: пациент информируется незамедлительно, до внесения изменений в назначения. Отражается новое информированное добровольное согласие (при необходимости).

Ежедневно: в процессе утреннего обхода лечащий (дежурный) врач информирует пациента о плане на текущий день (исследования, процедуры, консультации).

3.4. Этап выписки:

При выписке из стационара: лечащий врач проводит заключительную беседу, в ходе которой предоставляет пациенту (законному представителю) информацию о:

- заклучительном диагнозе;
- проведенном лечении и его результатах;
- рекомендациях на амбулаторный этап (выписной эпикриз);
- плане дальнейшего наблюдения, сроках явки, необходимых обследованиях;
- признаках ухудшения состояния, требующих экстренного обращения.

Пациенту на руки выдается выписной эпикриз с рекомендациями. Рекомендации должны быть изложены четко, структурированно, с указанием конкретных сроков, дозировок и контактов.

4. Формы и способы предоставления информации

4.1. Устное информирование:

Проводится лечащим врачом, заведующим отделением, врачами-консультантами.

Должно сопровождаться разъяснением медицинских терминов, ответами на вопросы пациента.

При необходимости к беседе привлекаются члены семьи пациента (с его согласия).

4.2. Письменное информирование (документирование):

Информированное добровольное согласие (ИДС): оформляется на каждый вид медицинского вмешательства. Текст ИДС должен содержать информацию о целях, методах, рисках и альтернативах.

Лист информирования о плане лечения, в котором кратко фиксируются основные этапы и сроки лечения, при необходимости вручается пациенту. Включает разделы:

- диагноз;
- планируемые обследования и консультации (с датами/ориентировочными сроками);
- планируемые лечебные мероприятия (операции, процедуры);
- режим, диета;
- контактные данные лечащего врача/отделения.

Выписной эпикриз (рекомендации): итоговый документ с рекомендациями на амбулаторный этап, вручаемый пациенту при выписке.

4.3. Наглядные и вспомогательные материалы:

Использование памяток, буклетов, инфографики, схем, рисунков для пояснения сложной информации (особенно при подготовке к операциям).

Предоставление ссылок на официальные ресурсы с достоверной информацией о заболеваниях и методах лечения.

5. Порядок информирования в особых случаях

5.1. Пациенты с ограниченными возможностями здоровья:

При нарушении зрения: предоставление информации в печатном виде крупным шрифтом, аудиоформате, с привлечением родственников.

При нарушении слуха: обеспечение сурдоперевода, предоставление информации в письменном виде, использование альтернативных средств коммуникации (планшеты с текстом).

При когнитивных нарушениях: привлечение законных представителей, многократное повторение ключевой информации, использование простых и понятных формулировок.

5.2. Пациенты, не владеющие русским языком:

По возможности, привлечение родственников или иных лиц, владеющих языком, для перевода.

Использование стандартных форм информирования на основных языках (при наличии).

Фиксация факта информирования с указанием лица, обеспечившего перевод.

5.3. Недееспособные лица:

Информация о плане лечения предоставляется законным представителям в полном объеме.

5.4. Экстренные ситуации:

При оказании помощи в экстренной форме, когда промедление угрожает жизни, информирование осуществляется в минимально необходимом объеме, позволяющем получить согласие на вмешательство. Развернутое информирование проводится после стабилизации состояния.

6. Фиксация факта информирования в медицинской документации

6.1. Факт предоставления пациенту информации о плане лечения подлежит обязательной регистрации в медицинской документации.

6.2. В медицинской карте стационарного больного:

В день поступления: запись о проведенной беседе с указанием предварительного плана лечения.

В эпикризе: описание проведенного лечения и уточненного плана на следующий период.

В дневниковых записях: ежедневное информирования о плане на день.

В выписном эпикризе: итоговые рекомендации.

6.3. Отказ пациента от получения информации:

Если пациент выражает желание не получать информацию о плане лечения (например, делегирует принятие решений родственникам), это должно быть зафиксировано в медицинской документации с подписью пациента.

7. Контроль и ответственность

7.1. Ответственные лица:

За своевременное и полное информирование пациента о плане лечения отвечает лечащий врач.

За организацию контроля полноты информирования в отделении отвечает заведующий/начальник отделением.

7.2. Формы контроля:

Ежемесячный выборочный контроль медицинской документации заведующим отделением на предмет наличия записей об информировании.

Анкетирование пациентов при выписке (включение вопросов о том, были ли они информированы о плане лечения, понятна ли им эта информация).

Анализ жалоб пациентов, связанных с недостаточным информированием.

7.3. Ответственность:

Неисполнение или ненадлежащее исполнение обязанностей по информированию пациента о плане лечения является нарушением трудовой/воинской дисциплины и влечет дисциплинарную ответственность в соответствии с законодательством.

Отсутствие документированного информирования может быть расценено как нарушение прав пациента и являться основанием для привлечения к административной или гражданско-правовой ответственности.

8. Взаимодействие с родственниками

8.1. Информирование родственников о плане лечения осуществляется только с письменного согласия пациента (за исключением случаев, предусмотренных ч. 2 ст. 22 ФЗ-323: невозможность получения согласия пациента, угроза распространения инфекций).

8.2. При наличии согласия пациента родственники могут присутствовать на беседах с врачом, получать копии плана лечения и рекомендаций.

8.3. В случае тяжелого состояния пациента, когда он не может самостоятельно воспринимать информацию, лечащий врач обязан информировать о плане лечения ближайших родственников или законных представителей.

9. Заключительные положения

9.1. Настоящий Порядок вступает в силу с момента его подписания и действует до его отмены или замены новым.

9.2. Врачи Учреждения должны быть ознакомлены с настоящим Порядком.
