

Министерство здравоохранения Московской области

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

МОСКОВСКИЙ ОБЛАСТНОЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
КЛИНИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ им. М.Ф. ВЛАДИМИРСКОГО

ПРИКАЗ

«02» 11 2023 г.

№ 661

г. Москва

**Об утверждении стандартной
операционной процедуры (СОП)
«Порядок идентификации пациентов
при оказании медицинской помощи
в КДЦ и дневном стационаре» в
ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского**

В соответствии с Федеральным законом от 21.10.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральным закон от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», Приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 785-н «Об утверждении требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» и в целях совершенствования внутреннего контроля качества медицинской деятельности ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского (далее - МОНИКИ),

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить СОП:

«Порядок идентификации пациентов при оказании медицинской помощи в КДЦ и дневном стационаре».

2. Заведующим структурными подразделениями МОНИКИ, оказывающих медицинскую помощь пациентам, обеспечить:

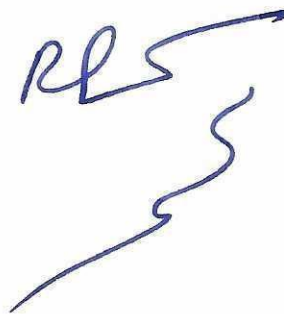
2.1. Проведение обучения всех сотрудников отделений СОП «Порядок идентификации пациентов при оказании медицинской помощи в КДЦ и дневном стационаре».

2.2. Проведение первичных инструктажей по СОП «Порядок идентификации пациентов при оказании медицинской помощи в КДЦ и дневном стационаре» при приёме на работу новых сотрудников, периодических – ежегодно до 1 февраля текущего года.

2.3. Наличие и постоянный контроль выполнения СОП «Порядок идентификации пациентов при оказании медицинской помощи в КДЦ и дневном стационаре».

3. Возложить персональную ответственность за выполнением данного СОП на заведующих и старших медицинских сестер структурных подразделений оказывающих медицинскую помощь пациентам.
4. Контроль исполнения настоящего приказа возложить на заместителя главного врача по консультативно-диагностической работе Ж.В.Зюзину.

Директор

A handwritten signature in blue ink, consisting of stylized letters and a long, sweeping underline.

К.Э. Соболев

ГБУЗ МО МОНИКИ имени М.Ф. Владимирского		СТАНДАРТНАЯ ОПЕРАЦИОННАЯ ПРОЦЕДУРА	НОМЕР
НАЗВАНИЕ: «Порядок идентификации личности пациента при оказании медицинской помощи в КДЦ и дневном стационаре».			ВСЕГО 14 листов
Действует с «5» 11 2023 г.	ЗАМЕНЯЕТ: вводится впервые	ПРИЧИНА ПЕРЕСМОТРА	
СОСТАВИЛ: Заведующий приемным отделением Е.И.Саввиди		СОГЛАСОВАНО: Заместитель главного врача по кадрово-диагностической работе Ж.В.Зюзина ТВЕРДИЛ: Главный врач А.С. Мильто 2023 г.	

СТАНДАРТНАЯ ОПЕРАЦИОННАЯ ПРОЦЕДУРА:

«Порядок идентификации пациентов при оказании медицинской помощи в КДЦ и дневном стационаре»

1. Цель СОП:

Минимизация рисков ошибок при неверной идентификации личности пациента.
Сокращения числа медицинских ошибок при оказании медицинской помощи. Повышение качества медицинской помощи и обеспечение ее безопасности для пациента.

2. Область применения:

КДЦ, дневной стационар, ЦКЛ.

3. Сотрудники для кого предназначен СОП:

Врачи, биологи, медицинский лабораторный техник, медицинский технолог, фельдшер-лаборант, медицинские сестры, медицинские регистраторы.

4. Нормативные документы:

1. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
2. Федеральный закон от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».
3. Приказ Минздрава России от 31.07.2020 № 785-н «Об утверждении требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности».

5. Термины и определения, используемые сокращения:

МО – медицинская организация.

СОП - стандартная операционная процедура

ЦКЛ- центральная клиническая лаборатория

ИБ- история болезни

АК- амбулаторная карта

КТ-компьютерная томография
МРТ-магнито-резонансная томография
ЛИС-лабораторная информационная система
ЛП-лекарственные препараты
МКАБ-медицинская карта амбулаторного больного

6. Оснащение (применяемое медицинское оборудование, инструменты, медикаменты): не требуется.

7. Описание процедуры:

7.1. Общие положения

7.1.1. Настоящий порядок идентификации личности пациентов при оказании медицинской помощи (далее – Порядок) описывает правила и алгоритмы, обеспечивающие правильную идентификацию личности пациентов в подразделениях медицинской организации (далее – МО).

7.1.2. Идентификация личности пациента является важнейшей частью системы обеспечения безопасности медицинской помощи. Ошибки идентификации могут приводить к неумышленному причинению вреда здоровью больного, появлению неудовлетворенности пациента и его близких лечением. Соблюдение всеми сотрудниками простого алгоритма идентификации позволяет избежать большинства таких ошибок.

7.1.3. Порядок включается в число документов, обязательных для хранения в лечебно-диагностических подразделениях МО, а их заведующие обеспечивают знание Порядка подчиненными и несут ответственность за его соблюдение во вверенном им подразделении.

7.1.4. Проверку выполнения Порядка осуществляет подкомиссия по идентификации личности и контролю информированного согласия пациентов комиссии по проверке медицинской деятельности, которая назначается главным врачом МО.

7.2 Общий алгоритм идентификации личности пациента

7.2.1. На территории МО в медицинской документации и устно личность пациента устанавливается на основании двух идентификаторов:

- **фамилия, имя, отчество (полностью);**
- **число, месяц и год рождения;**
 - **если не возможна вербальная идентификация, проводят идентификацию по медицинским документам с использованием дополнительного идентификатора – номера ИБ.**

7.2.2. В обязательном порядке процедура идентификации проводится при обращении в регистратуру, при первом контакте врача с пациентом в течение одного эпизода оказания медицинской помощи.

7.2.3. Идентификация личности пациента всегда должна проводиться перед:

1. выполнением любой инвазивной процедуры;
2. проведением диагностических мероприятий;
3. применением медикаментов и химиотерапии (при первом контакте с пациентом в течение одного эпизода оказания медицинской помощи);

7.2.4. Идентификация выполняется путем:

- устного опроса ФИО и даты рождения пациента;
- **СВЕРКИ С ДАННЫМИ УДОСТОВЕРЯЮЩИМИ ЛИЧНОСТЬ**
(Паспорт гражданина РФ, свидетельство о рождении — для детей до 14 лет,

временное удостоверение личности на время оформления паспорта, военный билет для военнослужащих и офицеров запаса, удостоверение личности военнослужащего, паспорт моряка, заграничный паспорт),

- сверки с данными медицинской документации.

7.2.5. Для установления личности пациента запрещено в качестве ключевой информации использовать номер АК пациента, получающего амбулаторно-поликлиническую помощь.

7.2.6. При проверке информации следует использовать активный, а не пассивный метод. Медработнику не допускается самому называть ФИО и дату рождения пациента и просить его подтвердить. Пациенту нужно задать вопросы:

- назовите ваше полное имя (ФИО);
- назовите дату вашего рождения.

7.2.7. Если пациент плохо слышит, вопросы следует задать ему в письменном виде.

7.2.8. Пациент должен быть активным участником процесса идентификации личности. Ему необходимо разъяснять важность этой процедуры для предотвращения ошибок, предупредить, что идентификация будет проводиться многократно во время его пребывания в стационаре и поликлинике МО, и призвать относиться к ней ответственно и терпеливо.

7.2.9. В случае расхождения получаемой от пациента информации с данными документов удостоверяющих личность (Паспорт гражданина РФ, свидетельство о рождении — для детей до 14 лет, временное удостоверение личности на время оформления паспорта, военный билет для военнослужащих и офицеров запаса, удостоверение личности военнослужащего, паспорт моряка, заграничный паспорт), медицинской документации, направлениями или назначениями, запрещается продолжать оказание медицинских услуг до разрешения противоречий, незамедлительно сообщить заведующему отделением (в вечернее время дежурному администратору).

7.2.10. Форма рапорта о нежелательном событии при идентификации пациента приведена в приложении 1 настоящего СОПа.

7.2.11. Алгоритм идентификации пациента перед инвазивными вмешательствами описан в СОП «Хирургическая безопасность».

7.3 Алгоритм идентификации личности пациента в регистратуре КДЦ и дневного стационара:

7.3.1 Основанием для начала процедуры активной идентификации пациента является обращение пациента в регистратуру.

7.3.2. При обращении пациента в регистратуру КДЦ:

- Пациент предоставляет сотруднику регистратуры следующие документы: документ удостоверяющий личность гражданина (Паспорт гражданина РФ, свидетельство о рождении — для детей до 14 лет, временное удостоверение личности на время оформления паспорта, военный билет для военнослужащих и офицеров запаса, удостоверение личности военнослужащего, паспорт моряка, заграничный паспорт), медицинский полис ОМС, СНИЛС, справку МСЭ (при наличии группы инвалидности). Гражданин должен предоставить оригиналы документов.

7.3.3. Сотрудник регистратуры КДЦ при регистрации пациента:

- Проводит начальную идентификацию пациента по двум основным параметрам: просит в устной форме назвать пациента свои Ф.И.О. и полную дату рождения. Сверяет предоставленные в устной форме данные пациента с данными предоставленных документов, также сверяет фотографию.

- Проводит идентификацию пациента по данным документа удостоверяющего личность (Паспорт гражданина РФ, свидетельство о рождении — для детей до 14 лет, временное удостоверение личности на время оформления паспорта, военный билет для военнослужаших и офицеров запаса, удостоверение личности военнослужашего, паспорт моряка, заграничный паспорт) , включая портретную идентификацию пациента, медицинскому полису ОМС, СНИЛСу и справке МСЭ (при наличии группы инвалидности);

- Заносит данные пациента в систему ЕМИАС и ЭВЕРЕСТ: Ф.И.О. пациента, дату рождения, номер СНИЛСа, паспортные данные (когда, где и кем выдан данный документ, либо иного документа удостоверяющего личность гражданина), информацию о льготе (справка МСЭ — при наличии группы инвалидности), адреса регистрации и фактического места жительства, контактный телефон;

- Направляет пациента на консультативный прием к врачу специалисту предоставляя пациенту талон на бумажном носителе с указанием: Ф.И.О. врача специалиста, должности врача, даты приема, этажа, номера кабинета и времени явки на прием.

7.3.4. Пациент обращается в кабинет врача в установленное время. В этом случае при обращении пациента врач осуществляет идентификацию по двум признакам: Ф.И.О. пациента и полная дата рождения (день, месяц, год) и сверяет с медицинской документацией.

7.3.5. При несовпадении сведений в системе ЕМИАС и ЭВЕРЕСТ с предоставленными пациентом документами - медицинский регистратор незамедлительно сообщает об этом старшему медицинскому регистратору.

7.3.6. В случае несовпадений сведений старший медицинский регистратор обязан: сверить документы пациента с данными ЭМКАБ ЕМИАС и ЭВЕРЕСТ: Ф.И.О. (на предмет смены фамилии, имени или отчества), дата рождения, данные полиса обязательного медицинского страхования (страховая медицинская компания, дата выдачи документа, номер полиса ОМС - данные должны полностью соответствовать данным паспорта, либо другого документа удостоверяющего личность гражданина), номер СНИЛС.

7.3.7. В случае расхождения персональных данных с данными в системе ЕМИАС и ЭВЕРЕСТ, пациент может быть маршрутизирован для выяснения данных обстоятельств в:

- 6 корпус — отдел страховой медицины;

- либо делегирован в поликлинику по месту прикрепления данного пациента; - при расхождении данных полиса ОМС с документом удостоверяющим личность направлен в страховую медицинскую компанию;

- в любых других случаях уведомляется административный состав КДЦ, при необходимости делается заявка в IT-отдел для решения конкретной ситуации связанной с оформлением МКАБ в электронном виде.

В случае расхождения и невозможности исправления персональных данных в системе ЕМИАС и ЭВЕРЕСТ при идентификации личности пациента — запрещается продолжать оказание медицинских услуг до разрешения противоречий.

7.3.8. Если пациент плохо слышит либо является глухонемым — все необходимые вопросы медицинский регистратор КДЦ обязан ему задать в письменной форме с соблюдением порядка идентификации личности пациента.

7.3.9. Если пациент не способен идентифицировать себя по каким-либо обстоятельствам, медицинский регистратор КДЦ просит об этом сопровождающее лицо (при наличии сопровождающего).

7.3.10. При идентификации пациента не владеющего русским языком необходимо, при соблюдении правил идентификации пациента, использовать в работе медицинского регистратора КДЦ электронные переводчики на базе мобильных телефонов, а также привлекать лиц владеющих иностранными языками согласно списку (Приложение № 2) .

7.3.11. Пациент должен быть активным участником процесса идентификации личности. Ему необходимо дать четкие разъяснения важности этой процедуры, для предотвращения ошибок связанных с идентификацией пациента, с оформлением медицинской документации пациента на всех этапах маршрутизации внутри медицинской организации. Объяснить, что данное мероприятие будет проводиться многократно и призвать относиться к данной процедуре ответственно и терпеливо.

7.4. Алгоритм идентификации личности пациента на амбулаторном приеме.

На амбулаторном приеме врачом в поликлинике, в дневном стационаре.

ВРАЧ амбулаторно-поликлинического подразделения и дневного стационара:

1. Представляет себя пациенту.
2. Проводит идентификацию пациента по медицинским документам и документам удостоверяющим личность (Паспорт гражданина РФ, свидетельство о рождении — для детей до 14 лет, временное удостоверение личности на время оформления паспорта, военный билет для военнослужащих и офицеров запаса, удостоверение личности военнослужащего, паспорт моряка, заграничный паспорт). Устно просит пациента назвать себя (фамилию, имя, отчество), дату рождения (полностью) и сверяет с документами.
3. Если пациент не способен идентифицировать себя, просит об этом сопровождающих.
4. Если пациент плохо слышит, возможна идентификация через сопровождающего или демонстрация рукописного текста.
5. В дневном стационаре, при идентификации личности, в листе назначений проставляется ФИО и дата рождения полностью, № истории болезни, также эта информация дублируется на флаконах с лекарственными препаратами.

Не допускается использовать пассивный метод идентификации: называть ФИО и дату рождения пациента и просить его подтвердить.

7.5. Алгоритм идентификации личности пациента при проведении диагностических инструментальных исследований.

7.5.1. Перед началом исследования медицинская сестра (медицинский регистратор):

- Представляет себя пациенту.
- **Просит пациента предоставить документ удостоверяющий личность** (Паспорт гражданина РФ, свидетельство о рождении — для детей до 14 лет, временное удостоверение личности на время оформления паспорта, военный билет для военнослужащих и офицеров запаса, удостоверение личности военнослужащего, паспорт моряка, загранпаспорт),
- Проверяет правильность оформления направления на проведение функциональных методов исследования, в которой должны быть указаны фамилия, имя, отчество пациента полностью, дата рождения, № ИБ/амбулаторной карты (АК), фамилия, имя, отчество направившего врача.
- Просит пациента назвать себя и год рождения, сверяет с направлением на проведение исследования.

7.5.2. Регистрация заключения в единую медицинскую информационную систему:

- Медицинская сестра (медицинский регистратор) вносит данные направления в единую медицинскую информационную систему, сверяя сведения (ФИО, дату рождения пациента и №ИБ/АК) указанные в направлении с данными пациента, зарегистрированными в единой медицинской информационной системе.
- После завершения исследования врач сверяет ФИО, дату рождения пациента и №ИБ/АК, указанные в направлении и на бланке результатов исследований. Только после этого врач подтверждает передачу результатов исследований лечащему врачу и в электронную ИБ / АК.

7.6. Алгоритм идентификации личности пациента при проведении лабораторных исследований

7.6.1. Забор биоматериала

Перед забором биоматериалов медсестра:

- Представляет себя пациенту.
 - **Просит пациента предоставить документ удостоверяющий личность** (Паспорт гражданина РФ, свидетельство о рождении — для детей до 14 лет, временное удостоверение личности на время оформления паспорта, военный билет для военнослужащих и офицеров запаса, удостоверение личности военнослужащего, паспорт моряка, загранпаспорт),
 - Проверяет правильность оформления заявки на проведение лабораторных исследований, в которой должны быть указаны фамилия, имя, отчество пациента полностью, дата рождения, № истории болезни (ИБ) /амбулаторной карты (АК).
 - На контейнерах для забора мочи, кала, мокроты, пробирках для крови указывается фамилия и инициалы пациента, дата рождения и №ИБ/АК.
 - Контейнеры для забора мочи, кала и мокроты маркируются заранее. Заранее маркированные контейнеры для биоматериалов отдаются лично в руки пациента.
- При заборе биоматериалов медсестра:**
- Представляет себя пациенту.

- Просит пациента назвать себя и год рождения, сверяет с заявкой на проведение лабораторных исследований.

7.6.2. Регистрация лабораторных исследований в лабораторной информационной системе (ЛИС)

- При получении проб регистратор заявок на исследование (фельдшер-лаборант) сверяет данные, указанные на направлении и на контейнерах с биоматериалом.
- При регистрации заявок в ЛИС регистратор сверяет ФИО, дату рождения пациента и №ИБ/АК, указанные в направлении, с данными ЛИС.
- После получения результатов исследований врач-лаборант сверяет ФИО, дату рождения пациента и №ИБ/АК, указанные в направлении и на бланке результатов исследований. Только после этого врач-лаборант подтверждает передачу результатов исследований лечащему врачу и в электронную ИБ / АК.

7.7. Организация перевода при оказании медицинской помощи пациентам, не владеющим русским языком.

Для идентификации пациентов не владеющих русским языком, необходимо привлекать сотрудников владеющих иностранными языками (согласно списку).

При отсутствии сотрудника владеющего необходимым иностранным языком необходимо использовать электронные переводчики на базе смартфонов.

7.8. Алгоритм идентификации личности пациента при оказании медицинской помощи (идентификации пациентов при оказании медпомощи, включая: - раздача таблетированных ЛП, - проведение инфузионной/трансфузионной терапии, проведение перевязок, забор материала на исследование).

- Медицинская сестра представляется пациенту;
- **Просит пациента предоставить документ удостоверяющий личность,**
- Проводит идентификацию пациента по документам удостоверяющим личность и медицинским документам;
- Просит пациента устно назвать себя, дату рождения, сверяет с документами;
- Разъясняет пациенту важность процедуры идентификации для предотвращения ошибок, предупреждает, что идентификация будет проводиться многократно во время его пребывания в лечебном учреждении, и призывает относиться к ней ответственно и терпеливо.

7.9. Алгоритм идентификации пациента при проведении прижизненных патологоанатомических и цитологических исследований биопсийного (операционного) материала

I. Забор биоматериал для цитологического /прижизненного патологоанатомического исследования

Стекла для цитологических исследований, получаемых при диагностических /хирургических процедурах, маркируются непосредственно в ходе процедуры простым карандашом по шлифованному краю (недопустимо использование других пишущих средств).

В операционных /кабинетах хирургических, эндоскопических, гинекологических и уро-

логических отделений, при проведении забора биоматериала для цитологических и патологоанатомических исследований необходимо вести «Журнал регистрации биопсийного (операционного) материала, направляемого для прижизненного патологоанатомического исследования», в котором указываются следующие сведения:

- дата направления (совпадает с датой забора материала), в случаях исследования жидкости – время забора материала;
- фамилия и инициалы пациента;
- дата рождения пациента;
- при несклоняемых и иностранных фамилиях – пол пациента в формате «м» / «ж»;
- наименование структурного подразделения, направившего материал;
- номер истории болезни/амбулаторной карты;
- номер флакона /стекла (фрагмента тканей), соответствующий номеру образования;
- количество тканевых образцов во флаконе (фрагменте тканей);
- фамилия и инициалы врача, направившего материал.

Те же сведения указываются в Направлении на цитологическое /прижизненное патолого- анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала.

Все данные, занесенные в «Журнал регистрации биопсийного (операционного) материала, направляемого для прижизненного патолого-анатомического исследования», должны соответствовать аналогичным данным из направления по форме № 014/у «Направления на прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала» и маркировке флаконов (фрагментов тканей).

ФИО пациента пишется полностью, четко и разборчиво, при необходимости печатными буквами.

Дата рождения – пишется арабскими цифрами в следующем формате: число (два знака), месяц (два знака), год (четыре знака). Не допускается указание даты рождения в ином формате, а также указание вместо даты рождения возраста.

После хирургических манипуляций биоматериал помещается на стекольные препараты или в маркированные флаконы (емкости).

Заготовленные для взятия биопсийного материала флаконы (контейнеры) должны быть заранее снабжены унифицированной этикеткой для записи.

Этикетка как минимум должна содержать:

1. Наименование фиксирующей жидкости.
2. Поле для записи.
3. Наименование производителя, каталожный номер, срок годности.

На флаконах необходимо указать все вышеперечисленные сведения, кроме отделения и ФИО врача, направившего материал.

На шлифованном крае стекольных препаратов простым карандашом указывается фамилия с инициалами (в случаях иностранной или несклоняемой фамилии и пол).

Правильность заполнения направления и маркировки флаконов проверяет врач, проводящий манипуляции, после чего ставит свою подпись в направлении, подтверждающую идентичность маркировки на флаконах (стеклах) и в направлении.

Стекольные препараты /флаконы, направленные одним врачом, помещаются в один транспортный контейнер. К контейнеру прилагаются направления на исследования для пациентов, чей биоматериал находится в контейнере. НЕ ДОПУСКАЕТСЯ помещать в один контейнер биоматериал пациентов-однофамильцев.

Для оформления направления на прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала предназначена форма учетной медицинской документации № 014/у «Направление на прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала».

Бланк направления должен быть распечатан типографским способом на одной стороне листа формата А4.

При наличии в медицинской организации электронного документооборота допускается использование электронных аналогов формы № 014/у.

Фактическая дата заполнения направления пишется арабскими цифрами.

Оставление материала без маркировки может привести к утрате информации и неполной маркировке флакона(ов).

II. Регистрация в патологоанатомическом отделении (ПАО)

Если доставка материала осуществляется не курьером, а медицинским работником направившей медицинской организации (отделения, кабинета) – прием материала осуществляется в его присутствии.

Унифицированная процедура

1. Извлечь из транспортировочного контейнера все флаконы с биоматериалом и расставить их на специальном столе в порядке возрастания регистрационного номера, присвоенного в направившей медицинской организации.
2. Проверить – ко всем ли присланным направлениям имеются флаконы с биоматериалом и ко всем ли присланным флаконам с биоматериалом имеются направления.
3. Последовательно сверить соответствие записей в направлениях с маркировкой флаконов.
4. В случаях выявления дефектов маркировки материала сотрудник патолого-анатомического отделения, осуществляющий прием материала, имеет право:
 - 1) отправить материал на переоформление в направившую медицинскую организацию (отделение, кабинет);
 - 2) принять уточнения по оформлению направления и маркировке биоматериала по телефону.
5. Поступивший в патолого-анатомическое отделение биоматериал регистрируется в журнале по форме № 014-2/у «Журнал регистрации поступления биопсийного (операционного) материала и выдачи результатов прижизненных патолого-анатомических исследований».

При приеме материала сотрудник патолого-анатомического отделения, осуществляющий прием материала, обязательно осуществляет контроль

качества фиксации материала. Все отмеченные дефекты фиксации следует подробно зафиксировать, с тем чтобы в последующем эти данные можно было бы внести в форму № 14-1/у «Протокол прижизненного патолого-анатомического исследования биопсийного (операционного) материала» в части описания макроскопического изучения и вырезки материала.

1. Процедура регистрации материала производится по завершении процедуры приема материала, включающей контроль полноты и качества оформления направления, контроль качества фиксации и контроль соответствия маркировки.
2. Процедура регистрации материала заключается во внесении регистрационной записи в журнал по форме № 014-2/у «Журнал регистрации поступления биопсийного (операционного) материала и выдачи результатов прижизненных патолого-анатомических исследований».
3. Процедура регистрации начинается с присвоения случаю уникального регистрационного номера, являющийся *основным идентификатором случая* в ПАО. В качестве регистрационного номера выбирается номер, следующий по порядку за последней предшествующей регистрационной записью. Регистрационный номер является системообразующим параметром технологического процесса в любом патолого-анатомическом отделении, он должен быть уникальным и формироваться исходя из четкого алгоритма, ясного для всех работников патолого-анатомического отделения.

Следует использовать сквозную нумерацию случаев с добавлением количества объектов после косой черты.

4. Медицинский регистратор вносит данные направления в ЛИС, сверяя сведения направления с данными пациента, зарегистрированного в ЛИС.
 5. При макроскопическим исследовании биопсийного/операционного материала врач сличает маркировку флаконов (стекло) с данными направления и проверяет маркировку гистологических кассет уникальным регистрационным номером. После этого проводится диссекция материала.
6. Уникальный регистрационный номер указывается на всех первичных материалах исследования: парафиновых блоках (заливочных кассетах при заливке) и микропрепаратах (предметных стеклах при микротомии), а также на направлении. Необходима четкая и разборчивая маркировка кассет, что важно для правильной идентификации образцов. Трудночитаемые номера недопустимы во избежание неоднозначного толкования маркировки. Если в лаборатории нет специального гистологического принтера для кассет, то для ручной маркировки следует использовать простой грифельный карандаш средней твердости, обеспечивающий легкое нанесение маркировки. Если при маркировке кассеты допущена ошибка – не следует стирать надпись ластиками, лучше всего ошибочную надпись соскоблить лезвием скальпеля. Маркировка кассеты должна быть максимально лаконична. Лучше всего ограничиться нанесением на кассету только индивидуального уникального номера тканевого образца (объекта). Любая избыточная маркировка затрудняет идентификацию надписи на последующих этапах гистологической обработки материала.
7. При исследовании микропрепаратов врач-патологоанатом /врач клинико-лабораторной

диагностики сверяет уникальный регистрационный номер на направлении с номером на стеклопрепарате, а также сведения направления с данными пациента в ЛИС, включая ФИО, дату рождения пациента и №ИБ/АК.

8. При получении распечатки результатов цитологического /прижизненного патолого-анатомического исследования медицинская сестра отделения стационара МО или медработник поликлиники расписывается в журнале выдачи заключений напротив ФИО пациента, чьи результаты она забирает.

7.10. Контроль за соблюдением порядка идентификации пациента, информирование и отчетность о нежелательных событиях при идентификации личности пациента.

7.10.1. Регулярную проверку выполнения Порядка осуществляет подкомиссия по идентификации личности и контролю информированного согласия пациентов в соответствии с приказом главного врача МО о комиссии по проверке медицинской деятельности.

Подкомиссия контролирует:

7.10.1.1. Знание и выполнение сотрудниками порядка и алгоритмов идентификации пациента;

7.10.1.2. Наличие идентификационных браслетов или бейджей у пациентов без сознания, с нарушением сознания или другими состояниями, затрудняющими коммуникацию;

7.10.1.3. Наличие формы для рапорта о нежелательных событиях при идентификации личности пациентов (приложение 1);

7.10.1.4. Принятые меры по недопущению ошибок идентификации пациентов в медицинской документации по факту ранее выявленных дефектов.

7.10.2. Контроль за оформлением медицинской документации в части идентификации личности пациента осуществляется в рамках проверки первичной медицинской документации в соответствии с положением о порядке организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской помощи в МО. Ошибки идентификации пациентов регистрируются как отдельный вид дефектов оформления медицинской документации и ежемесячно представляются ответственному за работу подкомиссии по идентификации личности и контролю информированного согласия пациентов.

7.10.3. Текущий контроль за соблюдением порядка идентификации пациента (включая вербальную идентификацию, оформление выписываемых и принимаемых направлений /назначений) осуществляют заведующие отделениями и старшие медсестры.

7.10.4. Если в медицинской документации, направлении или назначении отсутствует полная и четкая идентификационная информация, медицинскому работнику необходимо предпринять все усилия для ее уточнения.

7.10.5. Нежелательные события при идентификации личности пациента регистрируют старшие медсестры отделений по единой форме рапорта (приложение 1), который должен быть оформлен в течение 2 рабочих дней после выявления события и передан главной медсестре МО.

7.10.6. Главная медсестра МО ежемесячно представляет рапорты о нежелательных событиях при идентификации пациента ответственному за работу подкомиссии, который включает их в отчет о результатах работы подкомиссии в соответствии с приказом главного врача МО о комиссии по проверке медицинской деятельности.

7.10.7. Отдел управления качеством медицинской помощи представляет отчеты по ошибкам идентификации пациента в рамках установленной отчетности, в соответствии с положением о порядке организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской помощи в МО.

8. Процедура оценки знаний по СОП и допуска персонала к самостоятельной работе:

8.1 Заведующим структурных подразделений необходимо провести инструктаж по СОП сотрудников на рабочих местах, с фиксацией проведенного обучения в журнале инструктажа.

8.2. Провести контроль знаний СОП сотрудниками, с выставлением оценки (зачет/не зачет).

8.3. При сдаче зачета, сотрудник подразделения допускаются к самостоятельной работе.

**Приложение 1. РАПОРТ о нежелательном событии при
идентификации личности пациента**

*не является частью истории болезни,
используется исключительно для повышения безопасности пациентов!
(после заполнения передается заведующему отделением)*

ФИО пациента (полностью) _____
Дата рождения _____ № ИБ _____ Отделение _____
Дата обнаружения события _____

ОПИСАНИЕ СОБЫТИЯ:

1. Произошла ошибка в медицинской документации? ☐ да ☐ нет ☐ неизвестно
Если да, уточните: _____
2. Событие связано с нарушением процедуры устной идентификации? ☐ да ☐ нет ☐ неизвестно
Если да, уточните: _____
3. Событие связано с нарушением передачи информации? ☐ да ☐ нет ☐ неизвестно
Если да, уточните: _____
4. Пациент имел идентификационный браслет /бейдж? ☐ да ☐ нет ☐ неизвестно
Если да, это помогло обнаружению ошибки? ☐ да ☐ нет ☐ неизвестно
5. Дополнительное описание события _____

ПОСЛЕДСТВИЯ СОБЫТИЯ:

6. Произошли отклонения в лечебно-диагностическом процессе? ☐ да ☐ нет ☐ неизвестно
Если да, уточните: _____
7. Нанесен вред здоровью пациента? ☐ да ☐ нет ☐ неизвестно
8. Уточните категорию последствий события, если таковые имели место:
- ☐ D. Усиление контроля за пациентом (консультации, частый осмотр)
 - ☐ E. Дополнительное лечение, легкий вред здоровью
 - ☐ F. Удлинение госпитализации, временный ущерб здоровью
 - ☐ G. Стойкий ущерб здоровью (напр., неврологические нарушения)
 - ☐ H. Жизнеугрожающее состояние
 - ☐ I. Смерть пациента

Ст. медсестра _____ Зав. отделением _____
/ФИО, подпись/ /ФИО, подпись/

9. Ответственные исполнители ознакомлены и обязуются исполнять

[illegible]