

УКАЗАНИЯ ЗА ПОПЪЛВАНЕ НА НАПРАВЛЕНИЕ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ/ЛЕЧЕНИЕ ПО АМБУЛАТОРНИ ПРОЦЕДУРИ

Първичният медицински документ "Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ-НЗОК № 7) е предназначен за насочване на здравноосигурено лице към лечебно заведение за болнична помощ, КОЦ, ЦКВЗ и лечебно заведение за СИМП (МЦ, ДЦ, МДЦ или ДКЦ) с разкрити легла за наблюдение и лечение до 48 часа, за лечение по КП и АПР.

Електронното „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 7), се регистрира в Националната здравно-информационна система (НЗИС), откъдето получава национален референтен номер (НРН).

Този документ се попълва за всеки преминал пациент, включително и за всяко новородено дете.

Регистрационните и медицинските данни в документа, необходими за насочване за лечение, се попълват както следва:

част I – от лекар/лекар по дентална медицина от лечебно заведение - изпълнител на ПИМП, СИМП, лечебно заведение за болнична помощ в условията на спешност и за КП по физикална и рехабилитационна медицина; КОЦ и ЦКВЗ; център за спешна медицинска помощ; друго лечебно заведение за медицинска или дентална помощ;

части II, III и IV – от лечебното заведение за болнична помощ, КОЦ, ЦКВЗ и лечебни заведения за СИМП (МЦ, ДЦ, МДЦ или ДКЦ) с разкрити легла за наблюдение и лечение до 48 часа.

Част I. Данни, попълвани от лекар/лекар по дентална медицина, издал „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 7).

Блок “Пациент” - вписват се регистрационните данни за болния от изпращащия лекар.

Този блок се попълва както следва:

- № РЗОК и № здравен район по местоживеене – съгласно кодовете на здравните райони по области;

- ЕГН (ЛНЧ) - за български граждани, осигуряващи се в Република България, се попълва ЕГН. За чуждестранни граждани, дългосрочно пребиваващи в Република България и осигуряващи се в Република България, се попълва личен номер на чужденец (ЛНЧ). За новородени, които нямат ЕГН, се попълват първите 6 квадратчета (първото и второто квадратче съдържат последните две цифри от годината на раждане, третото и четвъртото - месеца плюс 40, петото и шестото - деня на раждане);

- пол – попълва се мъж – “М” или жена – “Ж”;

- идентификационен номер на чужд осигурен, като полето се попълва с дясно подравняване:

а) идентификационен номер на лица, осигурени в друга държава, членка на ЕС, Швейцария или в друга държава, страна по Споразумението за ЕИП (Норвегия, Исландия и Лихтенщайн), за които се прилага законодателството на Република България, съгласно правилата за координация на системите за социална сигурност по смисъла на § 1, т. 22 от ДР на ЗЗО; лица, за които се прилага законодателството на Република България по силата на двустранни спогодби за социално осигуряване, съобразно материалния и персоналният им обхват;

б) идентификационен номер на осигурени в Република България лица, издаден от НАП (СНН);

- име, презиме, фамилия;

- адрес – попълва се настоящият адрес на пациента;

- телефон за контакти – пациент или негов законен представител;

- идентификатор на държава – попълват се уникални двузначни кодове на държави – ISO 3166 кодове;

- дата на раждане – попълва се деня, месеца и годината на раждането.

Блок “Насочен за лечение” – данни за насочващия за лечение. Насочващият лекар/дентален лекар попълва всички полета. Когато пациентът се насочва от “Спешна помощ” се попълва само цифрата “4” в съответното поле, а другите остават празни.

- Полето код на специалност се попълва само от лекар специалист, съгласно номенклатурата на лекарските специалности

Блок “Изпраща се за прием” – съдържа медицински данни за пациента:

- вид прием – отбелязва се “х” се дали пациентът се изпраща за спешен или планов прием;

- номер на клинична пътека/амбулаторна процедура - не се попълва, ако пациентът се изпраща за лечение на заболяване извън клиничните пътеки/амбулаторните процедури или ако лечебното заведение няма договор за съответната клинична пътека/амбулаторна процедура;

- насочваща диагноза - наименование на диагнозата, която е повод за изпращане за лечение (изписва се на български език), на втория ред се изписва придружаващо заболяване, ако пациента има такова;

- код по МКБ 10 - вписването на кода започва от първото квадратче; (основен и допълнителен код, обозначен с “*” в МКБ 10, когато се изисква съобразно правилата за кодиране);

- дата на изпращане;

- Електронното „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 7), се регистрира в НЗИС, от където получава НРН.

- изпращащият лекар/лекар по дентална медицина задължително подписва „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ – бл. МЗ-НЗОК № 7.

- номер на амбулаторни процедури, които се отчитат с „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 7).

АПР №	Наименование на амбулаторна процедура
04	Осигуряване на постоянен достъп за провеждане на диализно лечение и химиотерапия
11	Консервативно лечение на продължителна бъбречна колика
12	Бъбречно-каменна болест: уролитиаза - екстракорпорална литотрипсия
13	Инструментална диагностика и лечение на заболявания на щитовидната жлеза
14	Диагностика и определяне на терапевтично поведение на заболявания на хипофизата и надбъбрека
15	Диагностика и определяне на терапевтично поведение на костни метаболитни заболявания и нарушения на калциево-фосфорната обмяна
16	Лечение на тежкопротичащи форми на псориазис
17	Диагностика и лечение на еритродермии
18	Оперативни процедури в областта на ушите, носа и гърлото и лицево-челюстната област с малък обем и сложност
19	Оперативно отстраняване на катаракта
20	Хирургично лечение на глаукома
21	Оперативни интервенции върху окото и придатъците му със среден обем и сложност
22	Малки оперативни процедури на раменен пояс и горен крайник
23	Малки оперативни процедури на таза и долния крайник
24	Малки артроскопски процедури в областта на скелетно-мускулната система
31	Амбулаторно наблюдение на лица с кохлеарно-имплантна система
34	Ендоскопска диагностика на заболявания, засягащи стомашно-чревния тракт
Приложение № 11	Предсрочно изпълнение на дейностите по Клинична пътека

Част II. Данни, попълвани от лекар при първи преглед на болния в лечебното заведение

Блок "Приемащо лечебно заведение" – вид прием – отбелязва се с "х", дали пациентът се приема по спешност или планово;

- "отказ на лечение поради липса на индикации" – лекарят задължително се подписва;
- **съгласен съм да получа SMS/Viber известяване за прием** – пациентът/негов законен представител се подписва
- име на лечебното заведение за болнична помощ или извънболнична помощ, което приема пациента;
- номер на клинична пътека/амбулаторна процедура - не се попълва, ако пациентът се изпраща за лечение на заболяване извън

клиничните пътеки/амбулаторните процедури или ако лечебното заведение няма договор за съответната клинична пътека/амбулаторна процедура;

▪ РЗОК №, здравен район по местонахождение на лечебното заведение – съгласно кодовете на здравните райони по области (на гърба), договорни отношения с НЗОК - отбелязва се с "х" дали приемащото лечебно заведение има сключен договор с НЗОК, регистрационен номер на лечебното заведение, код от МЗ – задължителен за всички лечебни заведения;

▪ "Приемащ лекар" - име и фамилия на приемащия лекар/лекар по дентална медицина. Ако пациентът постъпва планово, това са данните на лекаря от диагностично - консултативен блок (ДКБ) или лечебни заведения за СИМП (МЦ, ДЦ, МДЦ или ДКЦ) с разкрити легла за наблюдение и лечение до 48 часа.

▪ когато пациентът постъпва по спешност или след работното време на ДКБ, се вписват данните на дежурния лекар.

▪ приемна диагноза - наименование на диагнозата, която е повод за лечение на пациента (изписва се на български език), на втория ред се изписва придружаващо заболяване ако има такова;

▪ кодове на диагнозата - основен и допълнителен код, когато се изисква съобразно правилата за кодиране, обозначен с "*" в МКБ 10;

▪ дата на първи преглед в лечебното заведение за болнична помощ/лечебното заведение за СИМП (МЦ, ДЦ, МДЦ или ДКЦ) с разкрити легла за наблюдение и лечение до 48 часа – попълва се задължително от приемащия лекар:

▪ лекарят от ДКБ/ лечебно заведение за СИМП (МЦ, ДЦ, МДЦ или ДКЦ) с разкрити легла за наблюдение и лечение до 48 часа - когато пациентът постъпва планово;

▪ дежурният лекар - когато пациентът постъпва по спешност или след работното време на ДКБ;

▪ дата за планиран прием – попълва се, ако приемът на пациента е планов;

▪ № от листа за планов прием – уникален номер за лечебното заведение за календарна година.

▪ приемащият лекар задължително подписва документа.

Част III. Данни, попълвани при постъпване на пациент в лечебното заведение

Блок "Постъпил в лечебното заведение"

Попълват се всички полета.

▪ степен на тежест на състоянието към момента на хоспитализация – попълват се следните класификации:

СТЕПЕНИ НА ТЕЖЕСТ НА СЪСТОЯНИЕТО (ПАЦИЕНТИ НАД 3 ГОДИНИ)

I СТЕПЕН

Пациентът е независим, с незасегнати жизнени функции, ориентира се във времето и пространството. В състояние е без помощ да се облича и съблича, сам да се мие, да се храни, да отива на изследване и манипулации, да включва лампата, радиото, звънеца за повикване и да отива до тоалетната.

II СТЕПЕН

Пациентът е ограничен поради предписание да не става от леглото или поради леко увреждане. Жизнените му функции не са засегнати, но са застрашени. Обикновено се ориентира за времето и пространството. В състояние е сам или с помощ да се облича или съблича, да се мие на умивалника или в леглото, да яде и пие. Може да отива на изследвания и манипулации само с придружител. Сам обслужва звънеца за повикване, лампата и радиото и сам търси помощ за ползване на тоалетната.

III СТЕПЕН

Пациентът е ограничен поради предписание да не става от леглото или тежко увреждане. Може да има нарушение в ориентацията, нуждае се непрекъснато от помощ при обличане и събличане, при извършване на тоалета и при хранене. Изследванията и манипулациите се извършват само в лежачо положение.

IV СТЕПЕН

В това състояние пациентът е напълно зависим, нетранспортабилен, с нарушено съзнание и се нуждае от непрекъснато обслужване при всички ситуации.

СТЕПЕНИ НА ТЕЖЕСТ НА СЪСТОЯНИЕТО (ДЕЦА ОТ 1 ДО 3 ГОДИНИ)

I СТЕПЕН

Деца от една до три годишна възраст без отклонения в общото развитие. Включва къпане, хранене до 4 пъти в денонощие, преповиване до 3 пъти в денонощие или поставяне на гърне/водене до тоалетна, поставяне в легло и приспиване, раздвижване - пасивно и активно. Контрол на температура, дишане, пулс, бъбречна функция и дефекация до два пъти в денонощие.

II СТЕПЕН

Към грижите за първа степен поради нарушено състояние се добавят: допълнително миене и почистване, хранене до 6 пъти в денонощие, преповиване до 6 пъти в денонощие или присъствие при затруднени условия (неподвижност, включени инфузионни системи, продължителен мониторинг, стерилни условия и др.). Допълнителни грижи - при диарии, повръщания, обилни изпотявания, кървене и при промяна на положението в леглото, пасивното и активно раздвижване поради затруднените условия.

III СТЕПЕН

Към грижите за втора степен поради по-тежко нарушено състояние (след операции, инвазивни процедури, остра фаза на заболяването/висок фебрилитет) се добавят: къпане или миене при затруднени условия (неподвижност, включени инфузионни системи, продължителен мониторинг, стерилни условия и др.). Допълнителни грижи - при диарии, повръщания, обилни изпотявания, кървене и при промяна на положението в леглото, пасивното и активно раздвижване поради затруднените условия.

IV СТЕПЕН

В това състояние детето е напълно зависимо, транспортабилно при специални изисквания, с нарушено съзнание и се нуждае от непрекъснато обслужване при всички ситуации.

Поради много тежко нарушено състояние към грижите за трета степен могат да се добавят продължително изкуствено дишане с респиратор и друго интензивно лечение на детето.

СТЕПЕНИ НА ТЕЖЕСТ НА СЪСТОЯНИЕТО (НОВОРОДЕНИ И КЪРМАЧЕТА)

I СТЕПЕН

Новородени и кърмачета без отклонения от нормата. Включва къпане, хранене до 5 пъти в денонощие, преповиване до 5 пъти в денонощие, обръщане в леглото до 5 пъти в денонощие, контрол на температура, дишане, пулс, бъбречна функция и дефекация до 3 пъти в денонощие.

II СТЕПЕН

Към грижите за първа степен поради нарушено състояние се добавят: допълнително миене и почистване, хранене до 8 пъти в денонощие, преповиване до 8 пъти в денонощие, обръщане в леглото 8-10 пъти в денонощие, контрол на температура, дишане, пулс, бъбречна функция и дефекация до 6 пъти в денонощие.

III СТЕПЕН

Към грижите за втора степен поради по-тежко състояние (след операции, инвазивни процедури, остра фаза на заболяването, висок фебрилитет) се добавят: къпане или миене при затруднени условия (неподвижност, включени инфузионни системи, продължителен мониторинг, стерилни условия и др.). Допълнителни грижи - при диарии, повръщания, обилни изпотявания, кървене и при промяна на положението в леглото поради затруднените условия.

IV СТЕПЕН

Към грижите за трета степен поради много тежко състояние се добавят: отглеждане в кувьоз на недоносени под 2500 грама, необходимост от продължително изкуствено дишане с респиратор и друго интензивно лечение на детето.

- дата на приемане и час на приемане – в случай на спешен прием тази дата съвпада с датата на първия преглед в болницата; в случай на планов прием тази дата съвпада с датата за планиран прием; като час на приемане задължително се вписват часът и минутите на прием на пациента в болницата. При новородено полетата "Дата на приемане" и "Час на приемане" съвпадат с раждането.
- ИЗ – задължително при приемане на пациент в болницата се дава и вписва в "Направление за хоспитализация" номер на история на заболяването; номер на ИЗ се дава и на всяко новородено дете;
- изминало време в часове от началото на заболяването до постъпването в болнично лечебно заведение – отбелязва се с "X" в съответното квадратче само при спешните случаи на хоспитализация.
- съгласие с източника на финансиране – отбелязва се кой финансира лечението – бюджет, НЗОК, доброволен ЗОФ или пациентът. Пациентът удостоверява съгласие с източника на финансиране с подписа си;
- информираност на пациента за промяна на терапевтичния план - попълва само при промяна в терапевтичния алгоритъм в хода на хоспитализацията на пациента, (когато пациента се приема по дадена КП, но състоянието му се променя по време на престоя и лечението и изписването е по друга КП).

Част IV. Данни, попълвани при изписване на преминал през стационар/лечебно заведение за СИМП (МЦ, ДЦ, МДЦ или ДКЦ) с разкрити легла за наблюдение и лечение до 48 часа пациент

Блок "Преминал през лечебното заведение пациент" — данните в този блок се вписват при изписване на преминалия през стационар/лечебното заведение за СИМП (МЦ, ДЦ, МДЦ или ДКЦ) с разкрити легла за наблюдение и лечение до 48 часа пациент:

- дата и час на изписване/превеждане – задължително се вписва датата на изписване от болницата/лечебното заведение за СИМП (МЦ, ДЦ, МДЦ или ДКЦ) с разкрити легла за наблюдение и лечение до 48 часа или на превеждане в друга болница; като час на изписване/превеждане задължително се вписват час и минути;
- клинична пътека №/ амбулаторна процедура № – вписва се номер;
- Когато пациентът е лекуван по клинична пътека, която се завършва с амбулаторна процедура по Приложение № 11 към чл. 1, ал. 1 и чл. 3 - Амбулаторна процедура "Предсрочно изпълнение на дейностите по Клинична пътека "....." се попълва съответния номер на клиничната пътека и „99" за номер на амбулаторната процедура.

Когато пациентът се лекува по клинична пътека по Приложение № 10 към чл. 1, ал. 1 и чл. 2 - Клинична пътека "Наблюдение до 48 часа в стационарни условия след проведена амбулаторна процедура" се попълва за номер на клиничната пътека „999".

- пациентът е приет за заболяване извън клиничните пътеки/амбулаторни процедури;
- лечебното заведение не е сключило договор за съответната пътека/ амбулаторна процедура;
- деца под една година – попълва се възрастта в дни на децата при постъпването им в болницата и теглото им в грама при прием; попълват се всички квадратчета; ако възрастта е двуцифрено число, отпред се слага "0", например за 86 дни се вписва 086; при новородени се оставя празно;
- за новородено – попълват се теглото в грамове на детето при раждането му; задължително се вписва и номерът на история на заболяване на майката; Полетата "Деца под една година", "За новородено" и "ИЗ на майката" не се попълват при пациенти над една година.
- за новородени се попълва „Актова книга", „ИАМН/РЗИ №. на ЛЗ на раждане" и „г.с." на майката.
- основна (водеща, окончателна) диагноза - състоянието, което след направените изследвания се явява основна причина за приемане на пациента в ЛЗ за полагане на медицински грижи (изписва се на български език). Вписва се и кода по МКБ 10, съобразно правилата за кодиране, като вписването на кода започва от първото квадратче и до него се поставя допълнителния код, когато се изисква съобразно правилата за кодиране, обозначен с * в МКБ 10.

- при отчитане на клиничните пътеки/амбулаторните процедури, в алгоритъма на които се изисква отчитане с два, указани в КП/АПр кода, за основна диагноза на заболяването, в първия ред квадратчетата задължително се вписва кодът, посочен в съответния алгоритъм, а на втория ред квадратчетата се вписва задължително кодът, посочен в съответния алгоритъм;
- придружаващи заболявания и усложнения – на трите реда се вписват съответните състояния съобразно правилата за кодиране, като се поставя и допълнителен код, когато се изисква съобразно правилата за кодиране, обозначен с „“ в МКБ10;
- диагностична/терапевтична или оперативна процедура– код по КСМП;
- хистологичен резултат – описва се с думи хистологичния резултат, а с код по КСМП се отразяват начина на изследване;
- статус – задължително се попълва статусът на пациента:
- изписан – отбелязва се с "1". Ако изписването е по повод отказ от лечение от страна на пациента, отказът се отбелязва с "X" в квадратчето "отказ от лечение" и се вписва обосновката за отказа;
- преведен - отбелязва се с "2". В този случай задължително се попълва регистрационният номер на болницата, в която е преведен пациентът, както и диагнозата за превеждане (попълва се кодът на заболяването, което е причина за превеждането на пациента и допълнителен код, когато се изисква съобразно правилата за кодиране, обозначен с * в МКБ 10); тази диагноза може да бъде различна от водещата диагноза;
- починал - отбелязва се с "3"; в полето "Причина за смъртта/клинична" се попълва кодът на заболяването, причина за смъртта на пациента от клинична гледна точка, ако пациентът не е аутопсиян. Ако пациентът е аутопсиян се отбелязва кодът за причината за смъртта по данни от обдукцията. Ако труптът е освободен от аутопсия, в съответното квадратче се нанася "X".
- пролежани леглодни по КП - попълват се всички квадратчета; ако броят дни е едноцифрено или двуцифрено число, отпред се добавят "0", например за 9 дни се вписва 009;
- болничен лист № и брой дни – въвежда се номерът на болничния лист, издаден на пациента при изписването му (ако има издаден такъв); вписва се броят на дните, за които се издава болничен лист; ако броят дни е едноцифрено или двуцифрено число, отпред се добавят "0";

- квадратчето "освободен от аутопсия" се попълва ако починалия пациент е освободен от аутопсия с знака "X".

- квадратчето "състояние при изписване" се попълва съобразно легендата;

Блок "Валидиране на документа" по КП и АПр

- изпълнителният директор/управителят на лечебното заведение задължително подписва електронното „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. М3-НЗОК № 7).
- завеждащият отделение и лекарят специалист (лекуващ лекар), оказващ медицинска помощ по договор с НЗОК за съответната клинична пътека/амбулаторна процедура и посочен в РЗОК, задължително вписват фамилията си и подписват документа, с което удостоверяват, че посочените в болничния отчет процедури са изпълнени. Лекуващият лекар задължително вписва и своя УИН.
- лекуващият лекар е лекаря, посочен в приложение № 1 към индивидуалния договор, сключен между лечебното заведение, изпълнител на болнична помощ и РЗОК по КП и подписващ „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. М3-НЗОК № 7) в графа „лекуващ лекар".
- при изпълнение на АПр в лечебно заведение за СИМП (МЦ, ДЦ, МДЦ или ДКЦ) с разкрити легла за наблюдение и лечение до 48 часа не се изисква подпис от завеждащ отделение.

Забележка: В зависимост от броя на извършените диагностични и терапевтични процедури, според изискванията на алгоритъма, „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. М3-НЗОК № 7) може да бъде на повече от една електронна страница. “