

Информационная система управления ресурсами медицинских организаций Тюменской области

Этап № 5. Развитие подсистемы «Организация оказания медицинской помощи больным онкологическими заболеваниями» в информационной системе управления ресурсами медицинских организаций Тюменской области и в части обеспечения информационного взаимодействия с *Вертикально-интегрированной медицинской информационной системой по профилю «Онкология» (ВИМИС «Онкология»)*

ПОЛЬЗОВАТЕЛЬСКАЯ ИНСТРУКЦИЯ

На 58 листах

Содержание

1 Основание разработки инструкции	4
2 Пользовательская настройка Системы	4
3 Пользовательская инструкция	4
3.1 Условия передачи документов в ВИМИС «Онкология»	4
3.2 Пользовательская инструкция врача амбулатории.....	7
3.2.1 Постановка пациента на контроль ВИМИС «Онкология»	7
3.2.2 Формирование протокола «Осмотр (консультация) пациента».....	9
3.2.3 Заполнение МД «Осмотр (консультация) пациента» на основании предыдущих версий «Осмотр (консультация) пациента» и МД «Протокол осмотра специалиста»	13
3.2.4 Проверка на наличие сформированного и подписанного протокола «Осмотр (консультация) пациента» при закрытии случая	15
3.3 Выявление направления на оказания медицинских услуг. Формирование направления на консультацию и во вспомогательные кабинет.	17
3.4 Формирование МД «Протокол прижизненного патолого-анатомического исследования биопсийного (операционного) материала»	19
3.5 Формирование МД «Протокол цитологического исследования»	21
3.6 Формирование МД «Результаты диагностических исследований»	23
3.7 Выявление диспансерного наблюдения. Формирование документа «Диспансерное наблюдение»	25
3.8 Выявление диспансерного наблюдения. Формирование МД «Протокол консультации в рамках диспансерного наблюдения»	26
3.8.1 Проверка на создание протокола «Протокол консультации в рамках диспансерного наблюдения» в МД «Протокол осмотра специалиста»	26
3.8.2 Формирование протокола «Протокол консультации в рамках диспансерного наблюдения»	28
3.8.3 Проверка на наличие сформированного и подписанного протокола «Протокол консультации в рамках диспансерного наблюдения» при закрытии случая	31
3.9 Формирование документа «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования»	33
3.10 Формирование документа «Протокол на случай выявления у больного запущенной формы злокачественного новообразования»	38
3.11 Пользовательская инструкция врача стационара/дневного стационара	43
3.11.1 Постановка пациента на контроль ВИМИС «Онкология»	43
3.11.2 Формирование МД «Лечение в условиях стационара (дневного стационара)».....	44
3.11.3 Формирование МД «Лист исполненных (выполненных) лекарственных назначений»	51
3.11.4 Формирование МД «Протокол операции (унифицированный)»	51
3.12 Выявление проведения консилиума врачей. Формирование МД «Консилиум»	53

3.13 Выявление патолого-анатомического вскрытия. Формирование МД «Протокол патолого-анатомического вскрытия»	55
3.14 Ретроспективные данные по пациентам с онкологической патологией	55

1 Основание разработки инструкции

Основанием для разработки данного документа является Контракт № 28/22 от 29.03.2022 года на выполнение работ по развитию (модернизации) государственной Информационной системы управления ресурсами медицинских организаций Тюменской области, а именно раздел Технического задания (приложение № 1 к Контракту) п. 2.5.4 «Проведение опытной эксплуатации подсистем» Этапа № 5. Развитие подсистемы «Организация оказания медицинской помощи больным онкологическими заболеваниями» в информационной системе управления ресурсами медицинских организаций Тюменской области и в части обеспечения информационного взаимодействия с Вертикально-интегрированной медицинской информационной системой по профилю «Онкология» (ВИМИС «Онкология»)), в соответствии с требованиями Приложения № 8 к Контракту.

2 Пользовательская настройка Системы

От пользователя никаких настроек системы не требуется.

3 Пользовательская инструкция

3.1 Условия передачи документов в ВИМИС «Онкология»

Вертикально-интегрированная медицинская информационная система по профилю «Онкология» (далее – ВИМИС «Онкология», Система) предназначена для применения в качестве основного инструмента информационного сопровождения процессов управления медицинскими организациями в рамках системы оказания онкологической помощи, в том числе для решения основных задач:

- обеспечение единого информационного пространства всех медицинских организаций в рамках профиля «онкология»;
- обеспечение мониторинга и оптимизации маршрутизации пациента;
- обеспечение мониторинга соблюдения порядков оказания медицинской помощи и клинических рекомендаций на всем маршруте оказания медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями.

В ВИМИС «Онкология» подлежат передаче медицинские данные по категориям пациентов с онкологическими заболеваниями, оказание медицинской помощи которым подлежит мониторингу и контролю средствами ВИМИС «Онкология» (см. Таблицы 2,3).

Таблица 1 – Группы пациентов, оказание медицинской помощи которым подлежит мониторингу в ВИМИС «Онкология»

Наименование группы пациентов	Заболевание (состояние) пациента (код в соответствии с МКБ-10)	Примечание
I	II	III
1-ая группа – «Онкологические заболевания»	C00-C97; D00-D09	Для пациентов из данной группы передаются в ВИМИС «Онкология» в полном объеме все медицинские документы, подтверждающие оказание

Наименование группы пациентов	Заболевание (состояние) пациента (код в соответствии с МКБ-10)	Примечание
I	II	III
		пациенту медицинской помощи в медицинской организации любой формы собственности и ведомственной принадлежности, а именно необходимо предоставить: – после начала передачи данных на промышленную площадку ВИМИС «Онкология» - ретроспективные данные по пациентам, находящимся на диспансерном наблюдении по причине заболевания (состояния) соответствующего условиям из графы II данной таблицы. Ретроспективные данные должны быть представлены в форме СЭМД beta-версии (раздел SMSV16 Приложения № 1); – в дальнейшем для указанной категории пациентов - все медицинские документы в формате СЭМД (СЭМД beta-версии); – для пациентов, у которых диагноз злокачественного новообразования (из графы II данной таблицы) установлен впервые в жизни, после даты начала передачи данных на промышленную площадку ВИМИС «Онкология» - все медицинские документы по пациенту в формате СЭМД (СЭМД beta-версии)
2-ая группа – «Предопухолевые заболевания (состояния)»	B18.0; B18.1; B18.2; B18.3; B20; B20.0; B20.1; B20.2; B20.3; B20.4; B20.5; B20.6; B20.7; B20.8; B20.9; B21; B21.0; B21.1; B21.2; B21.3; B21.7; B21.8; B21.9; B22; B22.0; B22.1; B22.2; B22.7; B23; B23.0; B23.1; B23.2; B23.8; B24; B27; B27.0; B27.1; B27.8; B27.9; D10; D10.0; D10.1; D10.2; D10.3; D10.4; D10.5; D10.6; D10.7; D10.9; D11; D11.0; D11.7; D11.9; D12; D12.0; D12.1; D12.2; D12.3; D12.4; D12.5; D12.6; D12.7; D12.8; D12.9; D13; D13.0; D13.1; D13.2; D13.3; D13.4; D13.5; D13.6; D13.7; D13.9; D14; D14.0; D14.1; D14.2; D14.3; D14.4; D15; D15.0; D15.1; D15.2; D15.7; D15.9; D16; D16.0; D16.1; D16.2; D16.3; D16.4; D16.5; D16.6; D16.7; D16.8; D16.9; D17; D17.0; D17.1; D17.2; D17.3; D17.4; D17.5; D17.6; D17.7; D17.9; D18; D18.0; D18.1; D19; D19.0; D19.1; D19.7; D19.9; D20; D20.0; D20.1; D21; D21.0; D21.1; D21.2; D21.3; D21.4; D21.5; D21.6; D21.9; D22; D22.0; D22.1; D22.2; D22.3; D22.4; D22.5; D22.6; D22.7; D22.9; D23; D23.0; D23.1; D23.2; D23.3; D23.4; D23.5; D23.6; D23.7; D23.9; D24; D25; D25.0; D25.1; D25.2; D25.9; D26; D26.0; D26.1; D26.7; D26.9; D27; D28; D28.0; D28.1; D28.2; D28.7; D28.9; D29; D29.0; D29.1; D29.2; D29.3; D29.4; D29.7; D29.9; D30; D30.0;	Для осуществления мониторинга своевременности оказания медицинской помощи пациентам данной группы, в ВИМИС «Онкология» необходимо предоставить в полном объеме все медицинские документы в формате СЭМД beta-версии, подтверждающие получение пациентами медицинских услуг в медицинских организациях любой формы собственности и ведомственной принадлежности, начиная от даты установки пациенту диагноза, соответствующего условиям из графы II данной таблицы

Наименование группы пациентов	Заболевание (состояние) пациента (код в соответствии с МКБ-10)	Примечание
I	II	III
	D30.1; D30.2; D30.3; D30.4; D30.7; D30.9; D31; D31.0; D31.1; D31.2; D31.3; D31.4; D31.5; D31.6; D31.9; D32; D32.0; D32.1; D32.9; D33; D33.0; D33.1; D33.2; D33.3; D33.4; D33.7; D33.9; D34; D35; D35.0; D35.1; D35.2; D35.3; D35.4; D35.5; D35.6; D35.7; D35.8; D35.9; D36; D36.0; D36.1; D36.7; D36.9; D55; D55.0; D55.1; D55.2; D55.3; D55.8; D55.9; D56; D56.0; D56.1; D56.2; D56.3; D56.4; D56.8; D56.9; D57; D57.0; D57.1; D57.2; D57.3; D57.8; D58; D58.0; D58.1; D58.2; D58.8; D58.9; D59; D59.1; D59.2; D59.3; D59.4; D59.5; D59.6; D59.8; D59.9; D60; D60.0; D60.1; D60.8; D60.9; D61; D61.0; D61.1; D61.2; D61.3; D61.8; D61.9; D62; D63; D63.0; D63.8; D64; D64.0; D64.1; D64.2; D64.3; D64.4; D64.8; D64.9; D70; D71; D72; D72.0; D72.1; D72.8; D72.9; D73; D73.0; D73.1; D73.2; D73.3; D73.4; D73.5; D73.8; D73.9; D74; D74.0; D74.8; D74.9; D75; D75.0; D75.1; D75.2; D75.8; D75.9; D76; D76.0; D76.1; D76.2; D76.3; D77; D80; D80.0; D80.1; D80.2; D80.3; D80.4; D80.5; D80.6; D80.7; D80.8; D80.9; D81; D81.0; D81.1; D81.2; D81.3; D81.4; D81.5; D81.6; D81.7; D81.8; D81.9; D82; D82.0; D82.1; D82.2; D82.3; D82.4; D82.8; D82.9; D83; D83.0; D83.1; D83.2; D83.8; D83.9; D84; D84.0; D84.1; D84.8; D84.9; D86; D86.0; D86.1; D86.2; D86.3; D86.8; D86.9; D89; D89.0; D89.1; D89.2; D89.3; D89.8; D89.9; E04.0; E04.1; E04.2; E04.8; E04.9; E05.0; E06.3; E22.0; E28.2; E34.5; E34.8; E70.3; G11.3; J31; J31.0; J31.1; J31.2; J33; J33.8; J33.9; J37; J37.0; J37.1; J38.1; K13.0; K13.2; K13.7; K22.0; K22.2; K22.7; K29.4; K29.5; K31.7; K50.0; K50.1; K50.8; K50.9; K51.0; K51.2; K51.3; K51.4; K51.5; K51.8; K51.9; K74.3; K74.4; K74.5; K74.6; L57; L57.0; L57.1; L57.2; L57.3; L57.4; L57.5; L57.8; L57.9; L82; M85; M85.0; M85.1; M85.2; M85.3; M85.4; M85.5; M85.6; M85.8; M85.9; M86.3; M86.6; M86.8; M86.9; M88; M88.0; M88.8; M88.9; M96; M96.0; M96.1; M96.2; M96.3; M96.4; M96.5; M96.6; M96.8; M96.9; N48.0; N60; N60.0; N60.1; N60.2; N60.3; N60.4; N60.8; N60.9; N84; N84.0; N84.1; N84.2; N84.3; N84.8; N84.9; N85.0; N85.1; N87; N87.0; N87.1; N87.2; N87.9; N88.0; Q50; Q50.0; Q50.1; Q50.2; Q50.3; Q50.4; Q50.5; Q50.6; Q56; Q56.0; Q56.1; Q56.2; Q56.3; Q56.4; Q71.8; Q73.8; Q78.1; Q78.4; Q82.1; Q82.5; Q85.0; Q85.1; Q85.8; Q87.0; Q87.1; Q87.3; Q87.8; Q90; Q90.0; Q90.1; Q90.2; Q90.9; Q96; Q96.0; Q96.1; Q96.2; Q96.3; Q96.4; Q96.8; Q96.9; Q97; Q97.0; Q97.1; Q97.2; Q97.3; Q97.8; Q97.9; Q98; Q98.0; Q98.1; Q98.2; Q98.3; Q98.4; Q98.5; Q98.6; Q98.7; Q98.8; Q98.9; Q99; Q99.0; Q99.1; Q99.2; Q99.8; Q99.9; Z52.3; Z80.3; Z80.8; Z84.8; Z94; Z94.0; Z94.1; Z94.2; Z94.3; Z94.4; Z94.5; Z94.6; Z94.7; Z94.8; Z94.9; M12.2	
3-я группа – на «Подозрение онкологическое заболевание»	D37; D37.0; D37.1; D37.2; D37.3; D37.4; D37.5; D37.6; D37.7; D37.9; D38; D38.0; D38.1; D38.2; D38.3; D38.4; D38.5; D38.6; D39; D39.0; D39.1; D39.2; D39.7; D39.9; D40; D40.0; D40.1; D40.7; D40.9; D41; D41.0; D41.1; D41.2; D41.3; D41.4; D41.7; D41.9; D42; D42.0; D42.1; D42.9; D43; D43.0; D43.1; D43.2; D43.3; D43.4; D43.7; D43.9;	Для осуществления мониторинга своевременности оказания медицинской помощи пациентам данной группы, в ВИМИС «Онкология» необходимо предоставить в полном объеме все медицинские документы в формате СЭМД beta-версии, подтверждающие получение

Наименование группы пациентов	Заболевание (состояние) пациента (код в соответствии с МКБ-10)	Примечание
I	II	III
	D44; D44.0; D44.1; D44.2; D44.3; D44.4; D44.5; D44.6; D44.7; D44.8; D44.9; D45; D46; D46.0; D46.1; D46.2; D46.3; D46.4; D46.5; D46.6; D46.7; D46.9; D47; D47.0; D47.1; D47.2; D47.3; D47.4; D47.5; D47.7; D47.9; D48; D48.0; D48.1; D48.2; D48.3; D48.4; D48.5; D48.6; D48.7; D48.9	пациентами медицинских услуг в медицинских организациях любой формы собственности и ведомственной принадлежности, начиная от даты установки пациенту диагноза, соответствующего условиям из графы II данной таблицы
	Любой код по МКБ-10, для которого указан признак «Подозрение» ¹	

Таблица 2 – Перечень заболеваний, относящихся к запущенным формам злокачественных новообразований

Заболевание (состояние) пациента (код в соответствии с МКБ-10)	Стадия злокачественного новообразования
C00; C00.0; C00.1; C00.2; C00.3; C00.4; C00.5; C00.6; C00.8; C00.9; C01; C03; C03.0; C03.1; C03.9; C04; C04.0; C04.1; C04.8; C04.9; C05; C05.0; C05.1; C05.2; C05.8; C05.9; C06; C06.0; C06.1; C06.2; C06.8; C06.9; C07; C08; C08.0; C08.1; C08.8; C08.9; C09; C09.0; C09.1; C09.8; C09.9; C10; C10.0; C10.1; C10.2; C10.3; C10.4; C10.8; C10.9; C20; C21; C21.0; C21.1; C21.2; C21.8; C43; C43.0; C43.1; C43.2; C43.3; C43.4; C43.5; C43.6; C43.7; C43.8; C43.9; C44; C44.0; C44.1; C44.2; C44.3; C44.4; C44.5; C44.6; C44.7; C44.8; C44.9; C50; C50.0; C50.1; C50.2; C50.3; C50.4; C50.5; C50.6; C50.8; C50.9; C51; C51.0; C51.1; C51.2; C51.8; C51.9; C52; C53; C53.0; C53.1; C53.8; C53.9; C60; C60.0; C60.1; C60.2; C60.8; C60.9; C62; C62.0; C62.1; C62.9; C63.2; C69; C69.0; C69.1; C69.2; C69.3; C69.4; C69.5; C69.6; C69.8; C69.9; C73	III
C00-C97; D00-D09	IV

3.2 Пользовательская инструкция врача амбулатории

Для постановки пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями на контроль ВИМИС «Онкология» необходимо на приеме в рамках случая сформировать и подписать ШМД «Осмотр (консультация) пациента» или создать документ «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования»/ «Протокол на случай выявления у больного запущенной формы злокачественного новообразования». После подписания МД ЭЦП Система формирует СЭМД и отправляет его в ВИМИС «Онкология». Если необходимо изменить (дополнить) подписанный документ, то измененная версия снова подписывается, и Система отправляет новую (измененную) версию в ВИМИС.

Если пациент уже стоит на контроле ВИМИС «Онкология», то последующие сформированные документы будут отправляться в ВИМИС.

3.2.1 Постановка пациента на контроль ВИМИС «Онкология»

В АРМ врача на приеме открыть случай и создать «Протокол осмотра специалиста» (рис.1).

¹ Письмо Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 30 августа 2018 г. № 10868/30/и «О методических рекомендациях по организации и проведению контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказанной пациентам с подозрением на онкологическое заболевание, и/или с установленным диагнозом онкологического заболевания»

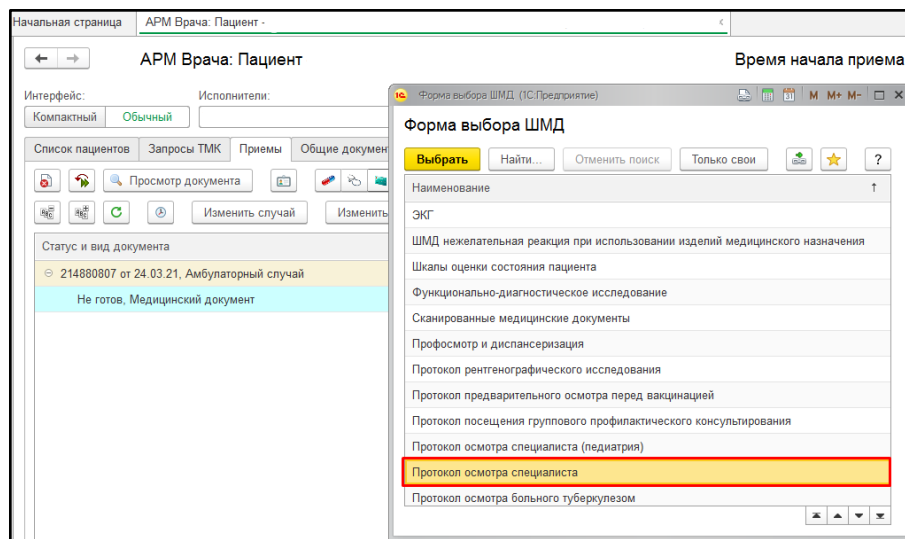


Рисунок 1. Открытие случая. Выбор ШМД «Протокол осмотра специалиста»

Заполнить протокол, указать предварительный и основной диагноз (рис. 2). Нажать «Документ готов».

Рисунок 2. Формирование «Протокол осмотра специалиста»

Важно! Проверка на создание протокола «Осмотр (консультация) пациента» осуществляется по Основному диагнозу. Если по результатам проведенного осмотра (консультации) пациенту установлен диагноз, соответствующий любому значению из графы 2 таблицы 1, то выведется сообщение с вариантами ответа: «Пациенту установлен диагноз [код диагноза]. Требуется формирование подписанного протокола «Осмотр (консультация) пациента» для контроля ВИМИС. Создать сейчас?». «Да»/«Нет» (рис. 3).

Рисунок 3. Сообщение при установке диагноза Онкология

Если выбрать вариант ответа «Нет», то окно с сообщением закроется, но при закрытии случая отобразится снова. Если выбрать ответ «Да», то откроется форма протокола «Осмотр (консультация) пациента» (рис. 4).

Рисунок 4. Форма протокола «Осмотр (консультация) пациента»

3.2.2 Формирование протокола «Осмотр (консультация) пациента»

В протоколе данные осмотра разделены на несколько вкладок: «Социальный анамнез», «Сведения о консультации», «Витальные параметры», «Доп. сведения о консультации», «Осмотр невролога», «Осмотр кардиолога», «Диагнозы», «Заключение».

Поля «Местность регистрации», «Занятость» (рис. 5), таблица «Льготные категории», «Группа инвалидности», «Дата установления инвалидности» и «Причина инвалидности» (рис. 6) подтягиваются из данных пациента при условии, что у элементов соответствующих справочников заполнен Код Минздрава (для категории льгот заполнен «Код НСИ Минздрав»).

Рисунок 5. Подтягивание полей на вкладке «Социальный анамнез»

Рисунок 6. Подтягивание полей на вкладке «Социальный анамнез»

Поле «Тип консультации» подтягивается из номенклатуры приема. В данном примере, пациент записан на услугу «Прием терапевта», подтянулся тип консультации «Консультация терапевта». Поле «Дата окончания» с возможностью редактирования, но если поле осталось не заполненным (пустым), то при нажатии «Документ готов» оно заполнится датой проведения документа. Поле «Место проведения» по умолчанию заполняется значением «Амбулаторно-поликлиническое звено» с возможностью выбора других значений.

Поле «Услуга осмотра (консультации)» подтягивается из списка оказанных услуг, указанных рот проведении МД «Протокол осмотра специалиста». Поле «Обстоятельства посещения» подтягивается из формы открытия случая значением из поля «Причина посещения».

Поле «Группа состояния здоровья пациента» подтягивается из ранее указанной группы здоровья пациента. Обязательные поля выделяются красной пунктирной линией (рис. 7).

Если в протоколе остались не заполнены обязательные поля, то при нажатии «Документ готов» выведутся сообщения о незаполненных полях внизу формы документа.

Рисунок 7. Выделение обязательных полей

При заполнении таблицы с диагнозами доступны дополнительные кнопки для заполнения уточнений по диагнозам ОНКО. Выделить в таблице строку с диагнозом и нажать соответствующую кнопку «Уточнение ОНКО» (рис. 8). Заполнить данные в открывшихся формах и нажать «Записать и закрыть».

Diagnosis	ICD-10	Name
<нет>	<нет>	C00.0 Злокачественная опухоль полости рта
<нет>	I21.1	Острый трансмуральный инфаркт миокарда
<нет>	I69.0	Последствия инсульта

Рисунок 8. Заполнение блока «Уточнение при ОНКО»

Если уточнения по ОНКО заполнены, то в таблице с диагнозами отобразится соответствующий признак «Установлено». Чтобы очистить уточнения, нажать двойным кликом по ячейке с установленным уточнением и далее нажать «х» (рис. 9).

Добавить

↑

↓

Уточнение при ОНМК

Уточнение при ОКС

Уточнение при ОНКО

Уточнение при ОН...	Уточнение при ОКС	Уточнение при ОНКО	МКБ10	Наименование	Кл
<нет>	<нет>	Установлено	C00.0	Злокачественное н...	
<нет>	Установлено	<нет>	I21.1	Острый трансмура...	
Установлено	<нет>	<нет>	I69.0	Последствия субар...	

Рисунок 9. Очистка уточнений ОНКО

Для сохранения и дальнейшего использования, как шаблон заполнения, воспользоваться функцией «Готовые фразы». При использовании готовых фраз сохраняются только текстовые поля. Для увеличения области заполнения протокола скрыть «Готовые фразы» (рис. 10).

Осмотр (консультация) пациента

Записать и закрыть | Документ готов | Выбрать ШМД | Изменить аллергоанамнез | Очистить все поля | Создать на основании | **Еще**

Пациент: _____ Номер карты: _____

Социальный анамнез | Местность регистрации: _____

Сведения о консультации | Занятость: _____

Витальные параметры | Занятость (произвольно): _____

Доп. сведения о консультации |

Осмотр невролога |

Осмотр кардиолога |

Диагнозы |

Заключение |

Льготные категории: _____

Добавить | ↑ | ↓ | **Еще**

Категор... Наименование | Дата начала действия | Дата окончания действия

000005409

000004709

000004919

Записать и закрыть

Сохранить

Документ готов

Выбрать ШМД

Изменить аллергоанамнез

Очистить все поля

Создать на основании

Открыть комментарий к документу

Скрыть готовые фразы

Изменить форму...

? Справка F1

Рисунок 10. Готовые фразы

После заполнения протокола «Осмотр (консультация) пациента» нажать «Документ готов».

При нажатии «Документ готов» осуществляется проверка диагнозов, заполненных на вкладке «Диагнозы».

Если диагноз относится к **Онкологическим заболеваниям** (см. Таблицы 2,3) или установлена галочка «Подозрение на онкологию» (рис. 11), то документ отправляется в ВИМИС «Онкология». При формировании документа по пациенту впервые, пациент ставится на контроль **ВИМИС «Онкология»**.

Добавить	↑	↓	Уточнение при ОНМК	Уточнение при ОКС	Уточнение при ОНКО							Еще
Уточнение при ОНМК	Уточнение при...	Уточнение при ОНКО	МКБ10	Наименование	Клиничес...	Степень обоснованности	Вид нозологической е...	Дата уста...	Характер заболева...	Подозрение на онкологию	МКБ10 на который подозрение	
нет	<нет>	Установлено	C00.0	Злокачественное ...	Предварительный диагноз	Основное заболевание	17.05.2022	Впервые в жизни у...		☒	C00.0	
нет	<нет>	<нет>	I11.9	Гипертензивная [г...	Предварительный диагноз	Осложнение основног...	18.05.2022	Острое		☒	C08.0	
нет	<нет>	<нет>	I21.1	Острый трансмур...	Предварительный диагноз	Сопутствующее забол...	09.05.2022	Диагноз установле...		☐		

Рисунок 11. Диагнозы

Если пациент ставится на контроль ВИМИС «Онкология», то внизу печатной формы протокола выведется следующее сообщение:

«Пациент поставлен на контроль ВИМИС «Онкология». Снять пациента с контроля можно только через техподдержку.» (рис. 12).

ВАЖНО! В случае если в протоколе указаны, и диагноз ССЗ, и диагноз ОНКО (см. Таблицы 2,3), то пациент ставится на контроль ВИМИС по профилям «ССЗ» и «Онкология».

Просмотр медицинского документа

Закреть | Документ не готов | Печать МД | Усеченный | Границы ячеек | Исходник | Сохранить

Номер: 29.10.2018

Дата создания: 29.10.2018

ДИАГНОЗЫ

Диагноз: C00.0 Злокачественное новообразование наружной поверхности верхней губы.

Степень обоснованности диагноза	Предварительный диагноз
Вид нозологической единицы диагноза	Основное заболевание
Дата установления диагноза	17.05.2022
Заболевание (состояние) по МКБ-10	C00.0 Злокачественное новообразование наружной поверхности верхней губы
Характер заболевания	Впервые в жизни установленное хроническое
Клиническое описание диагноза	

Сообщения:

— Пациент поставлен на контроль ВИМИС 'Онкология'. Снять пациента с контроля можно только через техподдержку.

Рисунок 12. Сформированный протокол «Осмотр (консультация) пациента», сообщение о постановке на контроль ВИМИС «Онкология»

Если для этого же документа нажимают «Документ не готов», то выведется внизу формы информационное сообщение:

«Внимание! Пациент остался на контроле ВИМИС «Сердечно сосудистые заболевания». Для снятия с контроля обратитесь в техподдержку.» (рис. 13).

И/ИЛИ

«Внимание! Пациент остался на контроле ВИМИС «Онкология». Для снятия с контроля обратитесь в техподдержку.» (рис. 14).

При этом пациент с контроля не снимается!

— Внимание! Пациент остался на контроле ВИМИС 'Онкология'. Для снятия с контроля обратитесь в техподдержку.

Рисунок 13. Сформированный протокол «Осмотр (консультация) пациента», сообщение о постановке на контроль ВИМИС «Онкология»

— Внимание! Пациент остался на контроле ВИМИС 'Онкология'. Для снятия с контроля обратитесь в техподдержку.

Рисунок 14. Сформированный протокол «Осмотр (консультация) пациента», сообщение о постановке на контроль ВИМИС «Онкология»

После формирования подписать протокол для отправки документа в ВИМИС (рис. 15).

Просмотр медицинского документа

Закреть | Документ не готов | Печать МД | Усеченный | Границы ячеек | Исходник | Сохранить | **Подписать**

Подписание медицинского документа (ИС.Предприятие)

Медицинский документ: [Медицинский документ 0000-0011713852 от 25.03.2021 9:20:11](#)

Введите пароль закрытого ключа сертификата

Сертификат: до 03.2022

Пароль:

☒ Запомнить пароль ?

Комментарий к подписи:

Подписать | Отмена | ?

Пациент: Мужской

Дата рождения:

Дата осмотра: 25.03.2021

Предварительный диагноз:

Основной диагноз:

Детализация основного диагноза:

Риски:

Наследственность:

Сердечно-сосудистые заболевания:

Злокачественные новообразования:

Хронические заболевания:

Рисунок 15. Подписание протокола «Осмотр (консультация) пациента»

ПРИМЕЧАНИЕ. Если требуется внести изменения/дополнения в уже подписанный документ, то выполнить следующий порядок действий: нажать «Документ не готов», изменить/дополнить протокол, нажать «Документ готов» и подписать документ. В ВИМИС будет отправлена измененная версия протокола «Осмотр (консультация) пациента».

В случае если не заполнен ФИО, СНИЛС у физического лица, указанного в сотруднике, то при нажатии «Документ готов» выведется соответствующее сообщение (рис. 16). Аналогично выведется сообщение, если не будет заполнен «Вид медицинской карты» в «Типе медицинской карты».

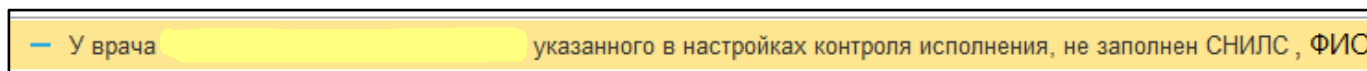


Рисунок 16. Сообщение при незаполненных данных врача

3.2.3 Заполнение МД «Осмотр (консультация) пациента» на основании предыдущих версий «Осмотр (консультация) пациента» и МД «Протокол осмотра специалиста»

После формирования МД «Протокол осмотра специалиста» и открытия ШМД «Осмотр (консультация) пациента» появляется возможность заполнить протокол «Осмотр (консультация) пациента» на основании «Протокол осмотра специалиста». Для этого необходимо нажать кнопку «Заполнить на основании», расположенную на форме протокола «Осмотр (консультация) пациента» (рис. 17).

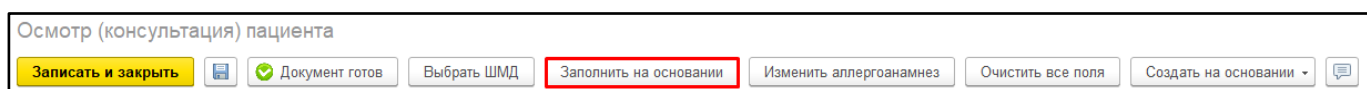


Рисунок 17. Расположение кнопки «Заполнить на основании»

Функция «Заполнить на основании» предусматривает выбор реквизитов, необходимых для заполнения. Для этого необходимо перейти на вкладку «Реквизиты» и установить галочки напротив нужных реквизитов. Также можно выбрать все реквизиты или отменить выбор всех реквизитов сразу, нажав на соответствующие кнопки над списком (рис. 18).

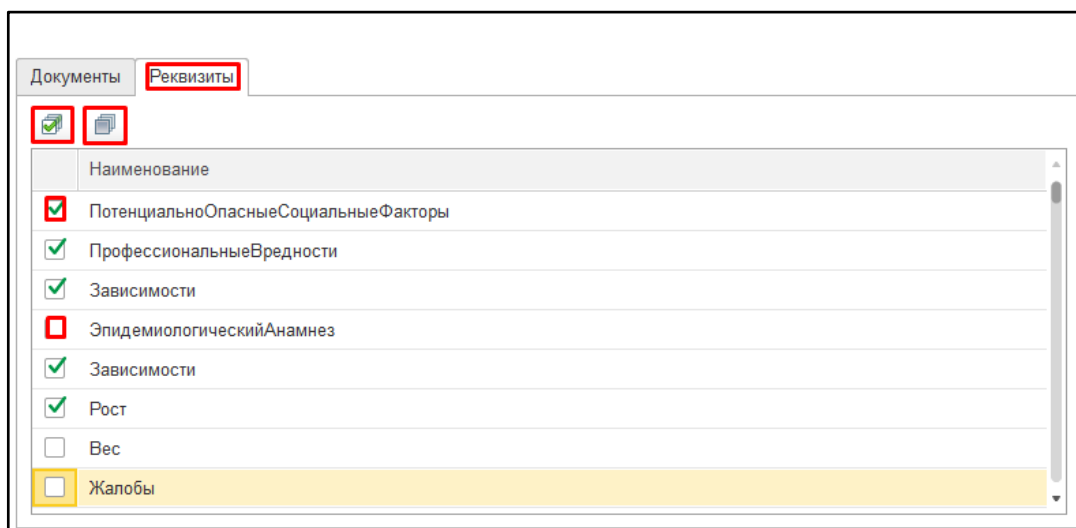


Рисунок 18. Форма функции «Заполнить на основании», выбор реквизитов

На вкладке «Документы» установить галочку напротив необходимого МД «Протокол осмотра специалиста» и нажать кнопку «Выбрать» (рис. 19).

Документы **Реквизиты**

Сортировать по дате МД: ☐

Выбрать Показать документ

Еще ▾

	Дата	Дата МД	Наименование	ФИО врача	Специальность
☒	25.11.2021 14:04	25.11.2021 0...	Протокол осмот...	.	Эндоскопия

Рисунок 19. Форма функции «Заполнить на основании», выбор МД

Заполнятся все поля, соответствующие всем выбранным реквизитам, если они были заполнены в МД «Протокол осмотра специалиста», на основании которого заполнялся текущий протокол (рис. 20).

Социальный анамнез	Температура тела:	36,6 °C
Сведения о консультации	Артериальное систолическое давление:	130 мм.рт.ст.
Витальные параметры	Артериальное диастолическое давление:	85 мм.рт.ст.
Доп. сведения о консультации	Частота сердечных сокращений:	65 /мин
Осмотр невролога	Пuls:	0 /мин
Осмотр кардиолога	Сатурация:	0 %
Диагнозы	Частота дыхания:	0 /мин
Заключение	Диурез:	0 мл
	Длина тела:	175,0 см
	Масса тела:	65 кг
	Индекс массы тела:	21,2 кг/м2

Рисунок 20. Пример заполненных полей на основании выбранного протокола

По аналогии можно заполнить МД «Осмотр (консультация) пациента» на основании «Осмотр (консультация) пациента». Выбрать МД (рис. 21) и реквизиты (рис. 22). Заполнятся все поля, соответствующие всем выбранным реквизитам, если они были заполнены в МД «Осмотр (консультация) пациента», на основании которого заполнялся текущий протокол.

Документы **Реквизиты**

Сортировать по дате МД: ☒

Выбрать Показать документ

Еще ▾

	Дата	Дата МД	Наименование	Ф...	Специально...
☐	22.10.2021 17:10	21.10.2021 0...	Протокол осмотра терапевта	Г...	Терапия
☒	22.10.2021 17:16	21.10.2021 0...	Осмотр (консультация) пациента	Г...	Терапия
☐	27.05.2020 09:11	27.05.2020 0...	Протокол осмотра детского хирурга	Г...	
☐	02.03.2020 13:24	02.03.2020 0...	Протокол осмотра травматолога-ортопеда	Р...	Травматолог...
☐	25.02.2020 14:03	25.02.2020 0...	Протокол осмотра педиатра	К...	Врачебная к...
☐	19.02.2020 10:20	19.02.2020 0...	Протокол осмотра специалиста	М...	Лечебное д...
☐	10.09.2019 16:47	10.09.2019 0...	Протокол осмотра инфекциониста	С...	Педиатрия

Рисунок 21. Форма функции «Заполнить на основании», выбор МД

Наименование
☒ НаличиеНабуханияШейныхВен
☒ ВрачебноеОписаниеЭКГ
☒ НаличиеКардиогенногоШока
☒ НаличиеПовышенногоУровняМаркеровНекрозаМиокарда
☒ НаличиеОперацииАортокоронарноеШунтированиеВ_Анамнезе
☒ НаличиеОперацииЧрезкожноеКоронарноеШунтированиеВ_Анамнезе
☒ Протокол
☒ Заключение

Рисунок 22. Форма функции «Заполнить на основании», реквизитов

3.2.4 Проверка на наличие сформированного и подписанного протокола «Осмотр (консультация) пациента» при закрытии случая

При закрытии случая пациента, с диагнозом соответствующем графе 2 таблицы 1, осуществляется проверка на наличие сформированного и подписанного протокола «Осмотр (консультация) пациента». Если в рамках случая пациента не было создано ни одного протокола «Осмотр (консультация) пациента», то на форме закрытия случая при нажатии «Сохранить данные» выведется следующее сообщение (рис. 23):

«Пациенту установлен диагноз [Код диагноза].

В рамках данного случая требуется обязательное формирование подписанного протокола «Осмотр (консультация) пациента» для контроля ВИМИС. Добавить документ по команде «Добавить доп. документ к случаю»!».

Информация по закрытию случая: Новый АРМВрача

Сохранить данные | Открыть список оказанных услуг | Еще -

причина посещения: по заочному лечению

Форма мед. помощи: Планово

Травма: ☐

Данные по закрытию случая

Вид мед. помощи: Первичная врачебная медико-санитарная помощь

Цель посещения: Медицинский осмотр

Диагноз: C00.0 | Поставить на ДУ: ☐

Характер:

Дата закрытия:

Врач, закрывший:

Специальность:

Услуга:

Результат обращения: Лечение завершено

Исход заболевания: Улучшение

Сообщения:

Пациенту установлен диагноз C00.0. В рамках данного случая требуется обязательное формирование подписанного протокола "Осмотр (консультация) пациента" для контроля ВИМИС....

Рисунок 23. Сообщение при закрытии случая, проверка на наличие протокола

Для формирования протокола закрыть форму закрытия случая и нажать «Добавить доп. документ к случаю» (рис. 24) (если кнопка не отображается на панели, то через «Еще» - «Добавить доп. документ к случаю»).

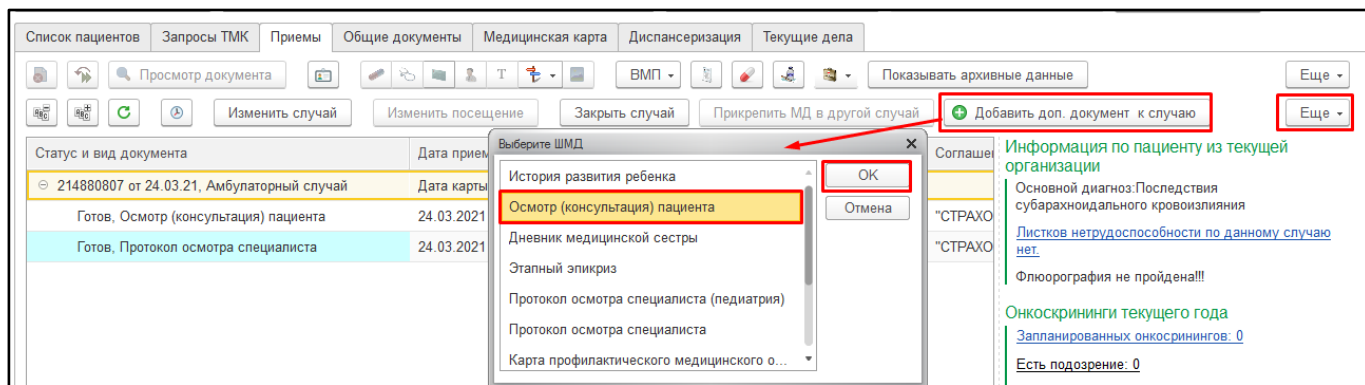


Рисунок 24. Команда «Добавить доп. документ к случаю!»

Откроется форма протокола «Осмотр (консультация) пациента» для заполнения. Формирование см. пункт 2.1.1.

Дополнительно осуществляется проверка на подписание протокола «Осмотр (консультация) пациента». Если в рамках случая был создан протокол или несколько протоколов, но хотя бы один из них не подписан, то на форме закрытия случая при нажатии «Сохранить данные» выведется следующее сообщение (рис. 25):

«Для отправки документа в ВИМИС необходимо подписать документ «Осмотр (консультация) пациента».

Рисунок 25. Сообщение при закрытии случая, проверка подписания протокола

Подписать документы и повторить закрытие случая.

3.3 Выявление направления на оказания медицинских услуг. Формирование направления на консультацию и во вспомогательные кабинет.

В рамках случая пациенту может быть сформировано направление на оказание медицинских услуг, например, «На консультацию или «На обследование». При проведении документа «Направление» осуществляются проверки следующих условий в совокупности:

1. Пациент поставлен «На контроле» по профилю «Онкология» (запись в регистр сведений «Сведения о регистрации пациентов в ВИМИС». Пациент может быть поставлен «На контроль» сформированным протоколом «Осмотр (консультация) пациента» в рамках случая или протоколом «Лечение в условиях стационара» в рамках госпитализации).
2. Диагноз относится к Онкологическим заболеваниям (см. Таблицы 2,3) или установлена галочка «Подозрение на онкологию» для профиля «Онкология».

Для формирования документа в АРМ врача на вкладке «Прием» выделить документ случая и нажать «Группа направлений» - «Направление на госпитализацию» (рис. 26).

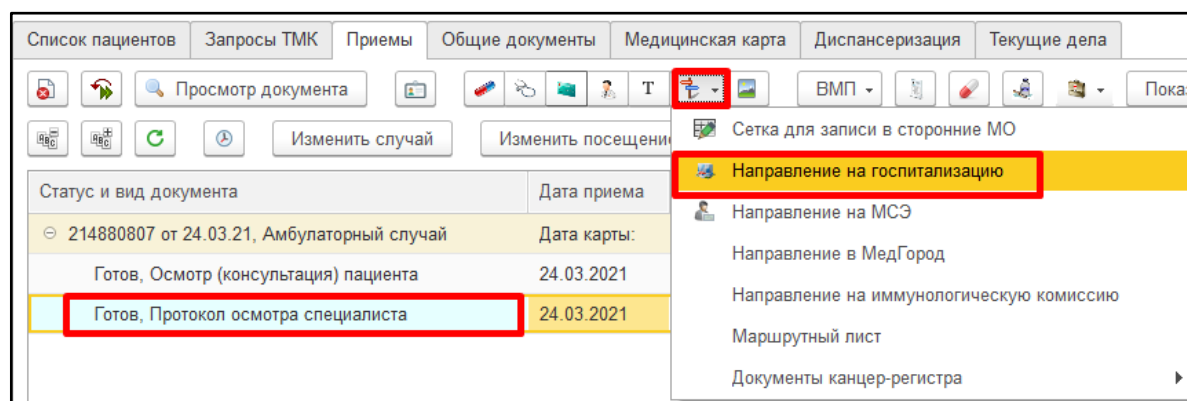


Рисунок 26. Открытие Списка документов «Направление»

На форме списка нажать «Создать» (рис. 27). Откроется форма документа «Направление» для заполнения (рис. 28). Если документ был создан из случая, то на форме документа заполнятся поля «Тип диагноза», «Диагноз», «Подозрение на онкологию», «МКБ10 на который есть подозрение», если они были указаны в проведенном МД.

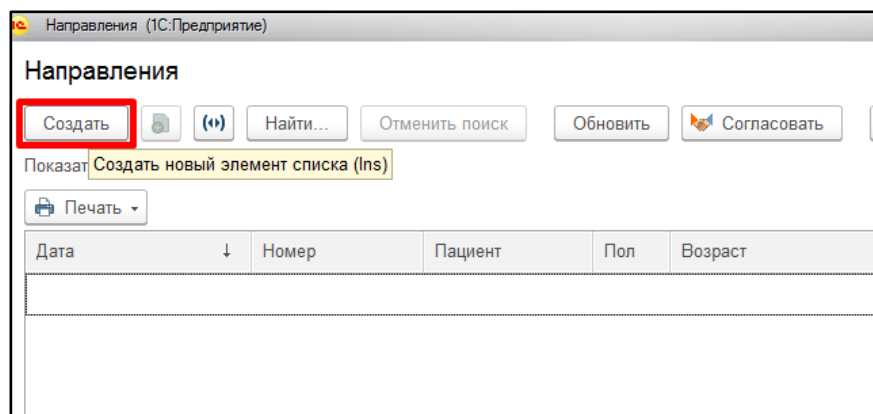


Рисунок 27. Список документов «Направление»

Направление H7326000115 от 26.05.2022 16:11:57

Провести и закрыть | Записать | Провести | Печать | Согласовать | Заполнить | Просмотр ЭМК | Открыть список маршрутных листов | ? | Еще

Услуга: Прием терапевта

Тип диагноза: Основное заболевание | Диагноз по МКБ10: C00.0 | Подозрение на онкологию: ☒ | МКБ10 на который есть подозрение: C08.0

C00.0 Злокачественное новообразование наружной поверхности верхней губы

Направление: На консультацию

На консультацию:

Направлен из другого МО: ☐

Организация отправитель: ГБУЗ ТО "ОБ № 3"

Кем направлен:

Организация получатель: ГБУЗ ТО "Областная больница № 3" (г.Тобольск)111

Отделение: | Специализация: Кардиология | К кому направляется:

Рисунок 28. Форма документа «Направление»

Для вида направления «На обследования» заполняется таблица исследований с подбором номенклатуры и НМУ. Если НМУ заполнено в выбранной номенклатуре, то подтянется в таблицу автоматически (рис. 29). НМУ обязательно для заполнения.

Направление H7326000115 от 26.05.2022 16:16:10

Провести и закрыть | Записать | Провести | Печать | Согласовать | Заполнить | Просмотр ЭМК | Открыть список маршрутных листов | ? | Еще

Запланировать посещение

Дата оповещения: | Способ оповещения пациента:

Вид обследования: ОАК

Метод обследования:

Подобрать слот | Цель исследования: | Цито: ☐

Источник финансирования: ОМС | Соглашение: "СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ "СОГАЗ-МЕД"

N	Номенклатура	Номенклатура медицинских услуг	Статус согласования
1	Прием терапевта	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-терапевта	Требуется согласования
2		Ангиография бедренных артерий ретроградная	

Добавить | Подбор | Подбор наборов номенклатуры | Еще

Ист. фин.: ОМС | Соглашение: "СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ "СОГАЗ-МЕД"

Профиль:

Арт.	Наименование	Цена	Тип заказа
A06.28.006	Компьютерная...		Радиологи
A06.28.002	Внутривенная ...		Радиологи
A06.28.008	Уретероцистог...		Радиологи
A06.28.009.001	Компьютерная...		Радиологи
A06.28.012	Ангиография п...		Радиологи

Рисунок 29. Форма документа «Направление» для вида «На обследование»

После заполнения нажать «Провести и закрыть». Выведется форма для подписания документа (рис. 30).

Подписание документа

Направление на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию: [Направление H7326000573 от 08.09.2022...](#)

Введите пароль закрытого ключа сертификата

Сертификат:

Пароль:

☐ Запомнить пароль ?

Комментарий к подписи:

Подписать | Отмена | ?

Рисунок 30. Форма подписания документа «Направление»

ВАЖНО! Для отправки документа в ВИМИС документ «Направление» должен быть проведен и подписан. Если документ создается в рамках случая, то медицинский документ, на основании которого был создан документ «Направление» должен быть в состоянии «Готов» (проведен).

После подписания при печати формы №057/у-04 отобразится ЭЦП документа (рис. 31).

Печать документа

Министерство здравоохранения и социального развития
Российской Федерации
ГБУЗ ТО "ОБЛАСТНАЯ БОЛЬНИЦА № 3"
(наименование медицинского учреждения)

Приложение 5
к Приказу Минздравсоцразвития РФ
от 22.11.2004 № 255

Медицинская документация
Форма № 057/у-04
утверждена Приказом Минздравсоцразвития России
от 22.11.2004 № 255

626150, Тюменская обл, Тобольск г, мкр, дом №
(адрес)

Код ОГРН

НАПРАВЛЕНИЕ № Н7326000167
в дневной стационар
ГБУЗ ТО "Областная Больница № 3"
(наименование медицинского учреждения, куда направлен пациент)

1. Номер страхового полиса ОМС
3. Фамилия, имя, отчество
4. Дата рождения
5. Адрес постоянного места жительства
6. Место работы, должность
7. Код диагноза по МКБ
8. Обоснование направления

2. Код льготы

9. Пациент направляется на:
Рост: Вес:

Должность медицинского работника, направившего больного врач-терапевт
(подпись) (Ф.И.О.)

Заведующий отделением
(подпись) (Ф.И.О.)

13.09.2022
М.П.

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат:
Владелец:
Действителен:

Рисунок 31. Печатная форма документа «Направление»

Если документ «Направление» проведен и подписан, пациент стоит «На контроле» ВИМИС по профилю «Онкология» и диагноз онкологический/установлена галочка «Подозрение на онкологию», то документ попадает в регистр сведений «Федеральные веб сервисы ВИМИС Измененные документы» по профилю «Онкология». Далее регламентным заданием «Поиск документов для отправки в ВИМИС» проверяется документ, формируется СЭМД и ставится на отpravку с **триггерной точкой «3»**.

3.4 Формирование МД «Протокол прижизненного патолого-анатомического исследования биопсийного (операционного) материала»

После того как пациенту была назначена услуга для исследования биопсийного (операционного) материала врач, который проводит исследование, формируется МД «Протокол прижизненного патолого-анатомического исследования биопсийного (операционного) материала».

ВАЖНО! Данный протокол отправляется в ВИМИС «Онкология» если пациент стоит на контроле по профилю «Онкология» и в МД указан диагноз, относящийся к онкологическим заболеваниям, или установлена галочка «Подозрение на онкологию».

МД «Протокол прижизненного патолого-анатомического исследования биопсийного (операционного) материала» состоит из нескольких разделов: Пациент (рис. 32), Данные документа (рис. 33), Биоматериал (рис. 34), Результаты исследования (рис. 35), Рекомендации (рис. 36), Услуги (рис. 37), Исполнители (рис. 38).

Все обязательные поля выделяются подчеркиванием.

Данные на вкладке «Пациент» подтягиваются из основных данных пациента.

Данные на вкладке «Исполнители» подтягиваются из основного сотрудника пользователя, с возможностью добавления.

Протокол прижизненного патолого-анатомического исследования биопсийного (операционного) материала: Протокол прижизненного патолого-а...

Записать и закрыть | Документ готов | Выбрать ШМД | Клинические рекомендации | Изменить аллергоанамнез | Очистить все поля | Создать на основании | Согласование МД | Еще

Пациент:

Пациент	Пациент пол: М	СНИЛС:
Данные документа	Документ удостоверяющий личность	
Биоматериал	Документ: Паспорт гражданина Российской Федерации, серия	
Результаты исследования	Адрес	
Рекомендации	Адрес:	
Услуги	Контактная информация	
Исполнители	Номера телефонов:	

Рисунок 32. Вкладка «Пациент»

Пациент	Регистрационный номер случая:
Данные документа	Дата поступления материала: 10.05.2022 0:00:00 Дата регистрации материала: 10.05.2022 0:00:00
Биоматериал	Приоритет исследования: Интраоперационно
Результаты исследования	Диагноз заболевания (состояния) по данным направления:
Рекомендации	Диагноз по направлению:
Услуги	
Исполнители	

Рисунок 33. Вкладка «Данные документа»

Пациент	Поступило	Взято																		
Данные документа	Добавить																			
Биоматериал	Еще																			
Результаты исследования	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Номер флакона(пр...)</th> <th>Локализация</th> <th>Способ получения</th> <th>Характер патологического про...</th> <th>Количество объектов</th> <th>Дата забора биоматериала</th> <th>Материал доставлен в 10% фармолине</th> <th>Материал загрязнен</th> <th>Упаковка сохранена</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>6 546</td> <td>Локализация</td> <td>Операционный материал</td> <td>Пятно</td> <td>5 456</td> <td>10.05.2022 0:00:00</td> <td>☐</td> <td>☒</td> <td>☐</td> </tr> </tbody> </table>		Номер флакона(пр...)	Локализация	Способ получения	Характер патологического про...	Количество объектов	Дата забора биоматериала	Материал доставлен в 10% фармолине	Материал загрязнен	Упаковка сохранена	6 546	Локализация	Операционный материал	Пятно	5 456	10.05.2022 0:00:00	☐	☒	☐
Номер флакона(пр...)	Локализация	Способ получения	Характер патологического про...	Количество объектов	Дата забора биоматериала	Материал доставлен в 10% фармолине	Материал загрязнен	Упаковка сохранена												
6 546	Локализация	Операционный материал	Пятно	5 456	10.05.2022 0:00:00	☐	☒	☐												
Рекомендации																				
Услуги																				
Исполнители																				

Рисунок 34. Вкладка «Биоматериал»

Пациент	Макроскопическое описание:					
Данные документа	Макроскопическое описание					
Биоматериал						
Результаты исследования	Микроскопическое описание:					
Рекомендации	Микроскопическое описание					
Услуги						
Исполнители						
Заключение:						
Заключение						
Добавить						
Еще						
Идентификатор	Наименование	Тип диагноза	Характер заболевания	Степень обоснованности диагноза	Подозрение на онкологию	МКБ10 на который подозрение
C00.1	злокачественное новообразование наружной поверхности ниж...	Основное заболевание	Острое	Предварительный диагноз	☒	
Категория сложности:		Первая (I)				
Добавить		Еще				
Патология						

Рисунок 35. Вкладка «Результаты исследований»

Пациент	Рекомендации
Данные документа	
Биоматериал	
Результаты исследования	
Рекомендации	
Услуги	
Исполнители	

Рисунок 36. Вкладка «Рекомендации»

Пациент	Добавить				Еще -
Данные документа	Медицинская услуга	Код	Дата выполнения	Количество	
Биоматериал	Анализ минерального состава мочевых камней	A09 28 018	04 05 2022	2	
Результаты исследования					
Рекомендации					
Услуги					
Исполнители					

Рисунок 37. Вкладка «Услуги»

Пациент	Добавить			Еще -
Данные документа	Сотрудник	Должность	Ответственный	
Биоматериал		врач-терапевт	✓	
Результаты исследования				
Рекомендации				
Услуги				
Исполнители				

Рисунок 38. Вкладка «Исполнители»

После заполнения МД нажать «Документ готов» и подписать МД.

Если МД «Протокол прижизненного патолого-анатомического исследования биопсийного (операционного) материала» в статусе «Готов» (проведен) и подписан, пациент стоит «На контроле» ВИМИС по профилю «Онкология» и диагноз онкологический/установлена галочка «Подозрение на онкологию», то документ попадает в регистр сведений «Федеральные веб сервисы ВИМИС Измененные документы» по профилю «Онкология». Далее регламентным заданием «Поиск документов для отправки в ВИМИС» проверяется документ, формируется СЭМД и ставится на отправку. Если назначение исследования было выполнено в рамках амбулаторной карты, то ставится на отправку с **триггерной точкой «2»**, иначе, если назначение в рамках стационарной карты, то ставится на отправку с **триггерной точкой «5»**.

3.5 Формирование МД «Протокол цитологического исследования»

После того как пациенту была назначена услуга цитологического исследования врач, который проводит исследование, формируется МД «Протокол цитологического исследования».

ВАЖНО! Данный протокол отправляется в ВИМИС «Онкология» если пациент стоит на **контроле по профилю «Онкология»**.

МД «Протокол цитологического исследования» состоит из нескольких разделов: «Данные пациента» (рис. 39), «Данные документа» (рис. 40), «Исследование материала» (рис. 41), «Оборудование и расходные материалы» (рис. 42), «Результаты лабораторных исследований» (рис. 43), «Общее заключение» (рис. 44).

Все обязательные поля выделяются подчеркиванием красной строкой.

Данные на вкладке «Данные пациента» подтягиваются из основных данных пациента.

Протокол цитологического исследования

Пациент:

Фамилия: _____ Номер карты: _____
 Имя: _____ Дата рождения: _____
 Отчество: _____ Пол: Ж
 СНИЛС: _____

Данные пациента	Документ, удостоверяющий личность
Данные документа	Паспорт гражданина Российской Федерации, серия: _____
Исследование материала	Адрес
Оборудование и расходные материалы	
Результаты лабораторных исследований	Контактная информация
Общее заключение	моб. тел. _____

Рисунок 39. Вкладка «Данные пациента»

Данные пациента	Дата начала случая: 26.09.2022 0:00:00	Дата окончания случая: 27.09.2022 0:00:00
Данные документа	Общие сведения	
Исследование материала	Номер исследования: 4343434	
Оборудование и расходные материалы	Шифр по МКБ10: C00.0	
Результаты лабораторных исследований		
Общее заключение		

Рисунок 40. Вкладка «Данные документа»

Данные пациента	Процедура: Цитологическое исследование клеток спинномозговой жидкости
Данные документа	Дата/время забора: 26.09.2022 0:00:00
Исследование материала	Номер пробы: 21212
Оборудование и расходные материалы	Материал/образец: Жидкость цереброспинальная
Результаты лабораторных исследований	Количество: 12,00 Ед. изм.: мл
Общее заключение	Сотрудники, производившие обработку материала
	Добавить
	Сотрудник

Рисунок 41. Вкладка «Исследование материала»

Данные пациента	Анализаторы и прочее оборудование
Данные документа	Добавить
Исследование материала	Оборудование
Оборудование и расходные материалы	Аппараты и оборудование для пучевой диагностики
Результаты лабораторных исследований	
Общее заключение	
	Расходные материалы
	Добавить
	Материал
	Комплект микроигл акупунктурных индивидуальный Редокс микро (из трех наименований микроигл)

Рисунок 42. Вкладка «Оборудование и расходные материалы»

Данные пациента	Показатель: Жидкость cerebroспинальная
Данные документа	Оборудование: Аппараты и оборудование для лучевой диагностики; Расходные материалы: Комплект микроигл акупунктурных индивидуальных Редокс микро (по трем наименований микроигл)
Испедование материала	Дата исследования: 26.09.2022 0 00 00
Оборудование и расходные материалы	Лаб. показатель: Адамантибромфениламин, массовая концентрация в сыворотке или плазме крови
Результаты лабораторных исследований	Скорость: Первая (f)
Общее заключение	Результат (описание):
	Результат
	Комментарий
	Комментарий
	Исполнители
	Добавить
	Сотрудник
	Заключение:
	Заключение:

Рисунок 43. Вкладка «Результаты лабораторных исследований»

Данные пациента	Заклучение
Данные документа	
Испедование материала	
Оборудование и расходные материалы	
Результаты лабораторных исследований	
Общее заключение	

Рисунок 44. Вкладка «Общее заключение»

После заполнения МД нажать «Документ готов» и подписать МД.

Если МД «Протокол цитологического исследования» в статусе «Готов» (проведен) и подписан, пациент стоит «На контроле» ВИМИС по профилю «Онкология», то документ попадает в регистр сведений «Федеральные веб сервисы ВИМИС Измененные документы» по профилю «Онкология». Далее регламентным заданием «Поиск документов для отправки в ВИМИС» проверяется документ, формируется СЭМД и ставится на отправку. Если назначение исследования было выполнено в рамках амбулаторной карты, то ставится на отправку с **триггерной точкой «2»**, иначе, если назначение в рамках стационарной карты, то ставится на отправку с **триггерной точкой «5»**.

3.6 Формирование МД «Результаты диагностических исследований»

После того как пациенту была назначена диагностическое исследование врач, который проводит исследование, формируется МД «Результаты диагностических исследований».

ВАЖНО! Данный протокол отправляется в ВИМИС «Онкология» если пациент стоит на **контроле по профилю «Онкология»**.

МД «Результаты диагностических исследований» состоит из нескольких разделов: «Пациент» (рис. 45), «Сведения о направившем лице и организации» (рис. 46), «Сведения о документе» (рис. 47), «Заклучение» (рис. 48).

Все обязательные поля выделяются подчеркиванием красной строкой.

Данные на вкладке «Данные пациента» подтягивается из основных данных пациента.

Рисунок 45. Вкладка «Данные пациента»

Рисунок 46. Вкладка «Сведения о направившем лице и организации»

Исследование	Дата начала	Дата окончания
Артрография тазобедренного сустава	10.11.2022	
Дуплексное сканирование транскраниальное вен с функциональными пробами, ТКДС вен с функциональными п	14.11.2022	16.11.2022
ЭндоУЗИ внепечёночных желчных протоков внутривенное Эндоузонография внепечёночных желчных протоко	15.11.2022	

Рисунок 47. Вкладка «Сведения о документе»

Рисунок 48. Вкладка «Заклучение»

Для полей на вкладке «Заклучение» можно использовать механизм «Готовые фразы».

После заполнения МД нажать «Документ готов» и подписать МД.

Если МД «Результаты диагностических исследований» в статусе «Готов» (проведен) и подписан, пациент стоит «На контроле» ВИМИС по профилю «Онкология», то документ попадает

в регистр сведений «Федеральные веб сервисы ВИМИС Измененные документы» по профилю «Онкология». Далее регламентным заданием «Поиск документов для отправки в ВИМИС» проверяется документ, формируется СЭМД «Протокол инструментального исследования» и ставится на отправку. Если назначение исследования было выполнено в рамках амбулаторной карты, то ставится на отправку с **триггерной точкой «2»**, иначе, если назначение в рамках стационарной карты, то ставится на отправку с **триггерной точкой «5»**.

3.7 Выявление диспансерного наблюдения. Формирование документа «Диспансерное наблюдение»

При постановке на диспансерный учет/проведении документа «Диспансерное наблюдение» с диагнозом, относящимся к онкологическим заболеваниям (см. Таблица 2, Таблица 3), и пациент стоит на контроле ВИМИС по профилю «Онкология», то документ фиксируется на отправку в ВИМИС «Онкология».

Если в документе указан онкологический диагноз, то необходимо заполнить обязательные поля (рис. 49).

Рисунок 49. Документ «Диспансерное наблюдение»

При любом изменении документа «Диспансерное наблюдение» или при проставлении фактических дат явок по плану ДУ услуг «Диспансерное наблюдение...» (рис. 50) документ ставится на отправку в ВИМСИ «Онкология».

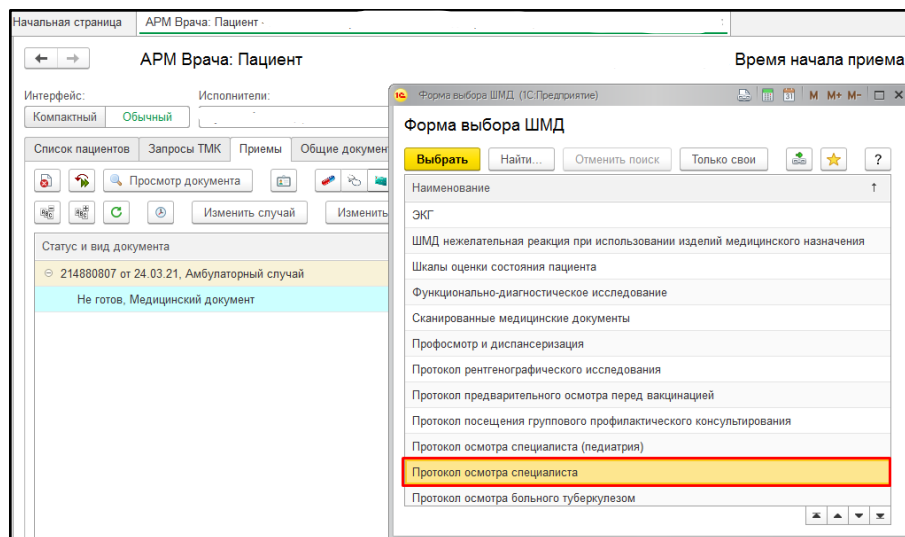


Рисунок 51. Открытие случая. Выбор ШМД «Протокол осмотра специалиста»

Заполнить протокол, указать предварительный и основной диагноз (рис. 52). Нажать «Документ готов».

Рисунок 52. Формирование «Протокол осмотра специалиста»

Важно! Проверка на создание протокола «Протокол консультации в рамках диспансерного наблюдения» осуществляется по Основному диагнозу. Если по результатам проведенного осмотра (консультации) пациенту установлен диагноз, соответствующий любому значению из графы 2 таблицы 1 и пациент стоит «На контроле» ВИМИС по профилю «Онкология», то выведется сообщение с вариантами ответа: «Пациенту установлен диагноз [Код диагноза]. В рамках данного случая требуется обязательное формирование подписанного протокола «Осмотр (консультация) пациента» или «Протокол осмотра в рамках диспансерного наблюдения» для контроля ВИМИС. Создать сейчас?». «Да»/«Нет» (рис. 53).

Если выбрать вариант ответа «Нет», то окно с сообщением закроется, но при закрытии случая отобразится снова. Если выбрать ответ «Да», то откроется форма выбора ШМД: на выбор доступно 2 ШМД «Осмотр (консультация) пациента» и «Протокол осмотра в рамках диспансерного наблюдения» (рис. 54).

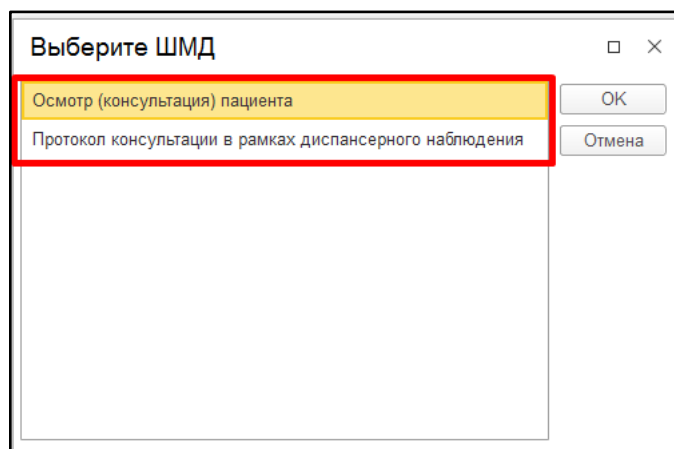


Рисунок 54. Форма выбора ШМД

3.8.2 Формирование протокола «Протокол консультации в рамках диспансерного наблюдения»

ШМД «Протокол консультации в рамках диспансерного наблюдения» разбит на вкладки (рис. 55).

Таблица «Льготные категории» подтягиваются из данных пациента при условии, что у пациента есть льготы и у элементов соответствующих справочников заполнен «Внешний код Минздрава» (для категории льгот заполнен «Внешний код Минздрава»). Поля «Группа инвалидности», «Дата установления инвалидности» и «Причина инвалидности» подтягиваются из данных пациента при условии, что у пациента установлена инвалидность в ОДП и у элементов соответствующих справочников заполнен Код Минздрава.

Рисунок 55. МД «Протокол консультации в рамках диспансерного наблюдения»

На вкладке «Сведения о консультации» поле «Тип консультации» подтягивается из номенклатуры приема. В данном примере, пациент записан на услугу «Прием терапевта», подтянулся тип консультации «Консультация терапевта» (рис. 56).

Поле «Дата окончания» с возможностью редактирования, но если поле осталось не заполненным (пустым), то при нажатии «Документ готов» оно заполнится датой проведения документа.

Поле «Место проведения» по умолчанию заполняется значением «Амбулаторно-поликлиническое звено» с возможностью выбора других значений.

Обязательные поля выделяются красной пунктирной линией.

Рисунок 56. МД «Протокол консультации в рамках диспансерного наблюдения» вкладка «Сведения о консультации»

В поле «Направление» необходимо указать документ «Направление», в рамках которого пациент был отправлен на консультацию по диспансерному наблюдению. При нажатии «Показать все» откроется список направлений по пациенту. Выбрать направление (рис. 57).

Дата	Номер	Организация отправитель	Кем направлен	Специализация	Направление на	Диагноз
18.10.2022...	H7326000182	ГБУЗ ТО "Областная Больница...	Неврология	На консультацию	C00.1	

Рисунок 57. Форма выбора документа «Направление»

В поле «Диспансерное наблюдение» необходимо указать документ «Диспансерное наблюдение», в рамках которого пациенту проводится консультацию. При нажатии «Показать все» откроется список документов диспансерного наблюдения по пациенту. Выбрать документ ДУ (рис. 58).

Направление:

Диспансерное наблюдение:

Диспансерное наблюдение

Поиск (Ctrl+F)

Дата	Номер	Диагноз	Дата взятия	Регистр	Вид включения	Врач взявший ...	Специализация врача взав...	Дата снятия	Причина снятия
03.07.2018 21:08:22	000199031	E10.4+	23.05.2018	РПСХЗ Эндокр...	В ходе диспан...		Терапия	31.05.2018	Прочие
03.07.2018 21:08:23	000199032	F80.2	31.05.2018	РПСХЗ Эндокр...	Прочие		Эндокринология		
18.10.2022 15:14:59	000225626	C00.1	18.10.2022	РПСХЗ Онколог...	При комплексн...		Терапия		

Рисунок 58. Форма выбора документа «Диспансерное наблюдение»

Заполнить обязательные поля «Анамнез жизни и «анамнез заболевания».

На вкладке «Витальные параметры» заполнить необходимые витальные параметры (рис. 59).

Протокол консультации в рамках диспансерного наблюдения

Пациент: Номер карты:

Социальный анамнез	Температура тела:	36.6 °C
Сведения о консультации	Артериальное систолическое давление:	0 мм.рт.ст.
Витальные параметры	Артериальное диастолическое давление:	0 мм.рт.ст.
Диагнозы	Частота сердечных сокращений:	55 /мин
Заключение консультации	Пульс:	55 /мин
	Сатурация:	0 %
	Частота дыхания:	0 /мин
	Диурез:	0 мл
	Длина тела:	0.0 см
	Масса тела:	0 кг
	Индекс массы тела:	0.0 кг/м2
	Окружность головы:	55 см
	Окружность плеч:	55 см
	Окружность талии:	0 см
	Окружность бедер:	0 см
	Суточный объем физиологических отравлений:	0 мл

Рисунок 59. МД «Протокол консультации в рамках диспансерного наблюдения» вкладка «Витальные параметры»

На вкладке «Диагнозы» указать диагноз (рис. 60).

Социальный анамнез	Добавить ↑ ↓				Еще
Сведения о консультации	МКБ10	Наименование	Клиническое о...	Степень обоснованности	Вид нозологической единицы
Витальные параметры	C00.1	Злокачественное новообразование наружной п...		Предварительный диагноз	Основное заболевание
Диагнозы					
Заключение консультации					

Рисунок 60. МД «Протокол консультации в рамках диспансерного наблюдения» вкладка «Диагнозы»

На вкладке «Заключение консультации» заполнить обязательные поля (рис. 61).

Социальный анамнез	Состояние пациента: Удобствительная
Сведения о консультации	Протокол:
Витальные параметры	Протокол
Диагнозы	
Заключение консультации	
	Заключение: Заключение
	Диагнозы: Диагнозы
	☐ Изменения диагноза по сравнению с диагнозом в предыдущей консультации
	Рекомендации: Рекомендации

Рисунок 61. МД «Протокол консультации в рамках диспансерного наблюдения» вкладка «Заключение консультации»

Если в протоколе остались не заполненными обязательные поля, то при нажатии «Документ готов» выведутся сообщения о незаполненных полях внизу формы документа.

Также для заполнения текстовых полей можно использовать механизм «Готовые фразы».

После заполнения обязательных и необходимых полей нажать «Документ готов» и подписать протокол.

Если МД «Консилиум» проведен и подписан, при этом пациента на контроле ВИМИС по профилю «Онкология», то МД попадает в регистр сведений «Федеральные веб сервисы ВИМИС Измененные документы» по профилю «Онкология», регламентным заданием «Поиск документов для отправки в ВИМИС» проверяется документ, формируется СЭМД и ставится на отправку с триггерной точкой «б».

3.8.3 Проверка на наличие сформированного и подписанного протокола «Протокол консультации в рамках диспансерного наблюдения» при закрытии случая

При закрытии случая пациента, с диагнозом соответствующем графе 2 таблицы 1 и стоящим «На контроле» ВИМИС по профилю «Онкология», осуществляется проверка на наличие сформированного и подписанного протокола «Осмотр (консультация) пациента» или «Протокол консультации в рамках диспансерного наблюдения». Если при вышеперечисленных условиях, в рамках случая пациента, не было создано ни одного протокола «Осмотр (консультация) пациента» или «Протокол консультации в рамках диспансерного наблюдения», то на форме закрытия случая при нажатии «Сохранить данные» выведется следующее сообщение (рис. 62):

«Пациенту установлен диагноз [Код диагноза].

В рамках данного случая требуется обязательное формирование подписанного протокола «Осмотр (консультация) пациента» или «Протокол осмотра в рамках диспансерного наблюдения» для контроля ВИМИС.

Добавить документ по команде «Добавить доп. документ к случаю!».

Рисунок 62. Сообщение при закрытии случая, проверка на наличие протокола

Для формирования протокола закрыть форму закрытия случая и нажать «Добавить доп. документ к случаю» (рис. 63) (если кнопка не отображается на панели, то через «Еще» - «Добавить доп. документ к случаю».

Рисунок 63. Команда «Добавить доп. документ к случаю!»

Откроется форма выбранного протокола.

Дополнительно осуществляется проверка на подписание протоколов «Осмотр (консультация) пациента» и «Протокол осмотра в рамках диспансерного наблюдения». Если в рамках случая был создан протокол или несколько протоколов, но хотя бы один из них не подписан, то на форме закрытия случая при нажатии «Сохранить данные» выведется следующее сообщение (рис. 64):

«Для отправки документа в ВИМИС необходимо подписать документ «Осмотр (консультация) пациента»/ «Протокол осмотра в рамках диспансерного наблюдения».

☆ Информация по закрытию случая: Новый АРМВрача

Сохранить данные | Открыть список оказанных услуг | Еще ▾

Форма мед. помощи:

Травма: ☐

Данные по закрытию случая

Вид мед. помощи:

Цель посещения:

Диагноз: Поставить на ДУ: ☐

Характер заболеваний:

Дата закрытия:

Врач, закрывающий случай:

Специальность:

☒ КСГ ☐ ВМП

Услуга: Диспансеризация

Результат обращения:

Исход заболевания:

Направлен на МСЭ: ☐

Особый случай:

Сообщения:

— Для отправки документа в ВИМИС необходимо подписать документ "Осмотр (консультация) пациента"/"Протокол осмотра в рамках диспансерного наблюдения"

Рисунок 64. Сообщение при закрытии случая, проверка подписания протокола

Подписать документы и повторить закрытие случая.

3.9 Формирование документа «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования»

Для создания документа «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования» перейти в подсистему «Контроль исполнения» - раздел «Канцер-регистр» - выбрать «Рабочее место для работы с канцер-регистром» (рис. 65).

Главное | Регистратура | Листки нетрудоспособности | **Контроль исполнения** | Мониторинг беременных

Отправка ЭМК Пациента на экспертизу
Список взрослого населения для проведения осмотров
Классификатор клинических рекомендаций

Паллиативная помощь
Рабочий стол паллиативной помощи
Рабочий стол паллиативной помощи (КЦ)

Участковая служба
Рабочий стол участковой службы

Канцер-регистр
Рабочее место для работы с Канцер-регистром

Причины отмены диспансерной услуги
Причины прекращения диспансерного наблюдения
Стадии заболевания
Тип регистра
Тиб варианты обязательности услуги

Онкоскрининг
Направление на онкоскрининг
Результат онкоскрининга

Врачебная комиссия
Журнал клинико-экспертной работы (ф.035/у-02)
Состав ВК по видам экспертизы

Рисунок 65. Рабочее место для работы с канцер-регистром

Откроется форма для работы с документами канцер-регистра (рис. 66).

Рисунок 66. Форма для работы с документами канцер-регистра»

По кнопке «Создать» документы открываются на создание. По кнопке «Копировать» - копируется предыдущий документ. По кнопке «Просмотр» или двойной клик по строке с документом - открывается документ на просмотр.

По кнопке «Редактировать» - открывается документ на редактирование.

Также документы канцер-регистра можно создать из АРМ Врача на вкладке «Приемы», в группе направлений (рис. 67).

Рисунок 67. Рабочее место для работы с канцер-регистром

Важно! Пациент должен быть прикреплен и иметь СНИЛС и полис. Также должен быть указан адрес в ОДП: регистрации или фактический. Если указан хотя бы один, то в документах второй заполнится копированием.

Для создания документа «Извещение о больном с впервые в жизни установленным ЗНО» необходимо нажать «Создать» (рис. 68) в соответствующей таблице (или перейти в «Контроль исполнения» - «Канцер-регистр» - «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом ЗНО»).

Удален	Дата изменения	Пац...	Документ	Заключительный диагноз	Статус
	13.03.2020 9:06:07		Извещение о больном ...	Злокачественное ново...	Просмотренные
	20.04.2020 13:22:37		Извещение о больном ...	Поражение тела матки...	Просмотренные
	21.10.2022 17:43:38		Извещение о больном ...	Злокачественное ново...	Новый
	24.10.2022 10:43:24		Извещение о больном ...	-АНОРМАЛЬНОЕ СОД...	Новый
	25.10.2022 15:09:00		Извещение о больном ...		Новый
	25.10.2022 14:59:21		Извещение о больном ...		Новый
	25.10.2022 14:59:38		Извещение о больном ...		Новый
	25.10.2022 18:59:42		Извещение о больном ...		Новый

Рисунок 68. Рабочее место для работы с канцер-регистром, команда «Создать»

Откроется форма создания документа (рис. 69). Выбрать пациента в разделе «Данные пациента». Если данные по пациенту не заполнились ниже, то необходимо перейти в ОДП пациента, указать недостающие данные, затем на форме документа рядом с ФИО нажать «Обновить». Данные пациента обновятся в документе.

Рисунок 69. Создание документа «Извещение о больном с впервые в жизни установленным ЗНО»

Указать случай оказания медицинской помощи, в рамках которого был проведен осмотр (рис. 70). Выбор карт доступен с отбором по пациенту. В поле «**Заключительный клинический диагноз**» доступны диагнозы соответствующие **1-ой группе диагнозов - «Онкологические заболевания» Таблицы 1.**

Случай оказания медицинской помощи:

Заключительный клинический диагноз:

Дата установления диагноза:

Характер заболевания:

Характеры течения заболевания:

Выбран	Значение
☒	Регрессирующий
☐	Прогрессирующий
☐	Активность умеренная
☐	Ремиссия
☐	Ремиссия неполная
☐	Обострение
☐	Рецидив
☐	Субкомпенсированный
☐	Неперывный

Дата установления диагноза впервые в жизни:

Достоверность подтверждения даты установления диагноза впервые в жизни:

Профиль медицинской помощи:

Возраст пациента на дату установления впервые в жизни диагноза злокачественного новообразования:

Медицинские карты

Выбрать Создать Поиск (Ctrl+F) Еще ?

Наименование	Код
0 от 14.12.16, Амбулаторный случай	0
от 14.09.20, Медицинская карта стац...	1002000049
от 17.09.21, Амбулаторная карта	20213053198
от 15.10.22, Амбулаторный случай	224449152
от 15.10.22, Амбулаторный случай	224449153
от 20.10.22, Амбулаторный случай	224449194
от 21.10.22, Амбулаторный случай	224449224

Рисунок 70. Создание документа «Извещение о больном с впервые в жизни установленным ЗНО», случай оказания медицинской помощи

Заполнить обязательные и необходимые поля (рис. 71, рис. 72, рис. 73). «Возраст пациента на дату установления впервые в жизни диагноза злокачественного новообразования» рассчитывается из «Дата установления диагноза впервые в жизни» и «Дата рождения». Обязательные поля подчеркиваются красной строкой.

Случай оказания медицинской помощи:

Заключительный клинический диагноз:

Дата установления диагноза:

Характер заболевания:

Характеры течения заболевания:

Выбран	Значение
☒	Регрессирующий
☒	Прогрессирующий
☐	Активность умеренная
☒	Ремиссия
☐	Ремиссия неполная
☐	Обострение
☐	Рецидив
☐	Субкомпенсированный
☐	Неперывный

Дата установления диагноза впервые в жизни:

Достоверность подтверждения даты установления диагноза впервые в жизни:

Профиль медицинской помощи:

Возраст пациента на дату установления впервые в жизни диагноза злокачественного новообразования:

Рисунок 71. Создание документа «Извещение о больном с впервые в жизни установленным ЗНО»

Стадия опухолевого заболевания: IA

Топография опухоли: Грудная клетка, БДУ

Сторона поражения: слева

Морфологический тип опухоли: Тучноклеточный лейкоз (C42.1)

Степень дифференцировки опухоли (G — Grade): N0-Нет метастазов в регионарных лимфатических узлах

Локализации метастазов: Добавить, Еще

Локализация отдаленных метастазов (при IV стадии заболевания):

Выбран	Значение
☐	отдаленные лимфатические узлы
☐	кости
☒	печень
☐	легкие и/или плевра
☐	головной мозг
☐	кожа
☐	почки
☐	яичники
☐	брюшина
☐	костный мозг

Порядковый номер данной опухоли у данного больного: 1

Признак основной опухоли: ☒

Рисунок 72. Создание документа «Извещение о больном с впервые в жизни установленным ЗНО»

Вид первично множественной опухоли: синхронная

Состояние опухолевого процесса: Выявлена новая первичная опухоль

Клиническая группа: II

Форма бластного криза: Лимфобластная

Фаза течения хронического миелолейкоза: Фаза акселерации

Метод подтверждения диагноза:

Выбран	Значение	Тип заказа исследования
☐	эксплоративная операция	
☐	неизвестно	
☒	морфологический	Гематологические исследования, Иммунологические исследования
☐	цитологический	
☐	лабораторно-инструментальный	
☐	только клинический	

ФИО врача, заполнившего талон:

Дата заполнения извещения: 26.10.2022

Список значений

Добавить Закончить редактирование Подбор Еще

☒	Гематологические исследования
☐	Иммунологические исследования

ОК Отмена

Рисунок 73. Создание документа «Извещение о больном с впервые в жизни установленным ЗНО»

В таблице «Метод подтверждения диагноза» для метода может быть указано несколько значений типов заказа исследований. ФИО врача, заполнившего документ, заполняется сотрудником по умолчанию.

После заполнения документа нажать «Провести и закрыть» (рис. 74).

← → ☆ Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом ЗНО (создание) *

Основное [Медицинские документы для отправки в Канцер-регистр](#)

Провести и закрыть Записать Редактировать Отправить в Популяционный регистр

Номер: От: 26.10.2022 0:00:00 Статус:

Рисунок 74. Проведение документа «Извещение о больном с впервые в жизни установленным ЗНО»

Примечание! Если пациент ранее не стоял «На контроле» ВИМИС по профилю «Онкология» и был создан документ «Извещение о больном с впервые в жизни установленным ЗНО», то пациент **будет поставлен «На контроль»** по данному профилю.

Если документ «Извещение о больном с впервые в жизни установленным ЗНО» проведен, указан онкологический диагноз, пациент стоит «На контроле» ВИМИС по профилю «Онкология» или поставлен «На контроль», то документ попадает в регистр сведений «Федеральные веб

сервисы ВИМИС Измененные документы» по профилю «Онкология». Далее регламентным заданием «Поиск документов для отправки в ВИМИС» проверяется документ, формируется СЭМД и ставится на отправку с **триггерной точкой «1»**.

Если документ записан, но не проведен, то документ не отправится в ВИМИС.

3.10 Формирование документа «Протокол на случай выявления у больного запущенной формы злокачественного новообразования»

Для создания документа «Протокол на случай выявления у больного запущенной формы злокачественного новообразования» перейти в подсистему «Контроль исполнения» - раздел «Канцер-регистр» - выбрать «Рабочее место для работы с канцер-регистром» (рис. 75).

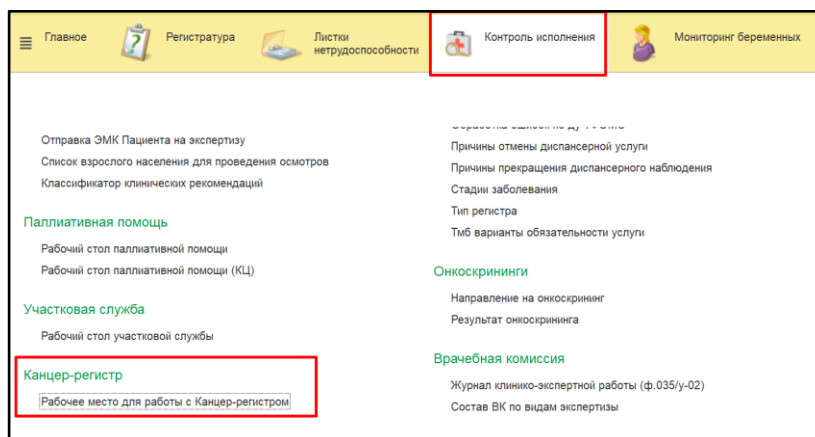


Рисунок 75. Рабочее место для работы с канцер-регистром

Откроется форма для работы с документами канцер-регистра (рис. 76).

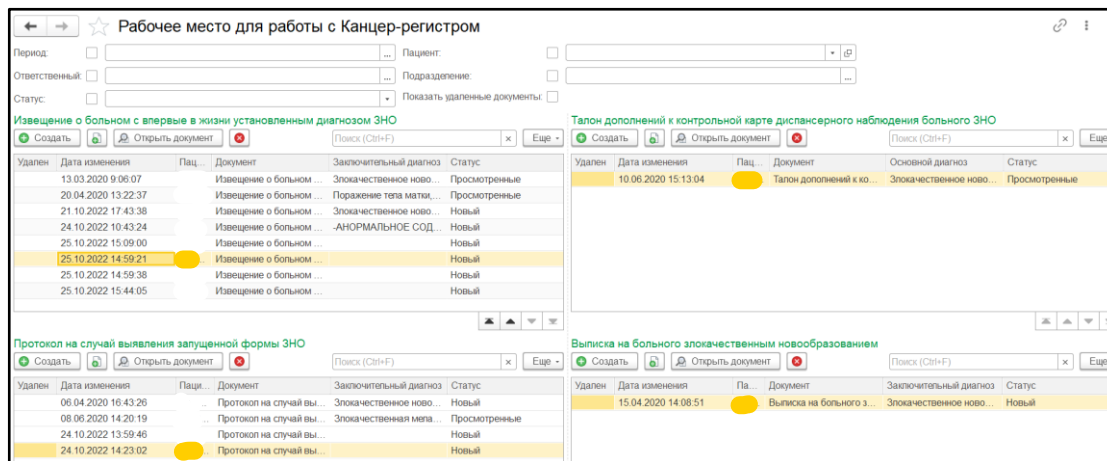


Рисунок 76. Форма для работы с документами канцер-регистра»

По кнопке «Создать» документы открываются на создание. По кнопке «Копировать» - копируется предыдущий документ. По кнопке «Просмотр» или двойной клик по строке с документом - открывается документ на просмотр.

По кнопке «Редактировать» - открывается документ на редактирование.

Также документы канцер-регистра можно создать из АРМ Врача на вкладке «Приемы», в группе направлений (рис. 77).

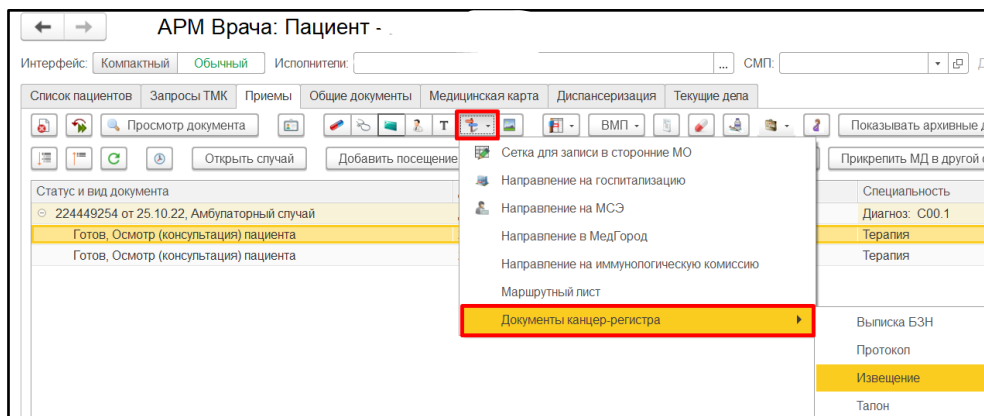


Рисунок 77. Рабочее место для работы с канцер-регистром

Важно! Пациент должен быть прикреплен и иметь СНИЛС и полис. Также должен быть указан адрес в ОДП: регистрации или фактический. Если указан хотя бы один, то в документах второй заполняется копированием.

Для создания документа «Протокол на случай выявления запущенной формы ЗНО» необходимо нажать «Создать» (рис. 78) в соответствующей таблице (или перейти в «Контроль исполнения» - «Канцер-регистр» - «Протокол на случай выявления запущенной формы ЗНО»).

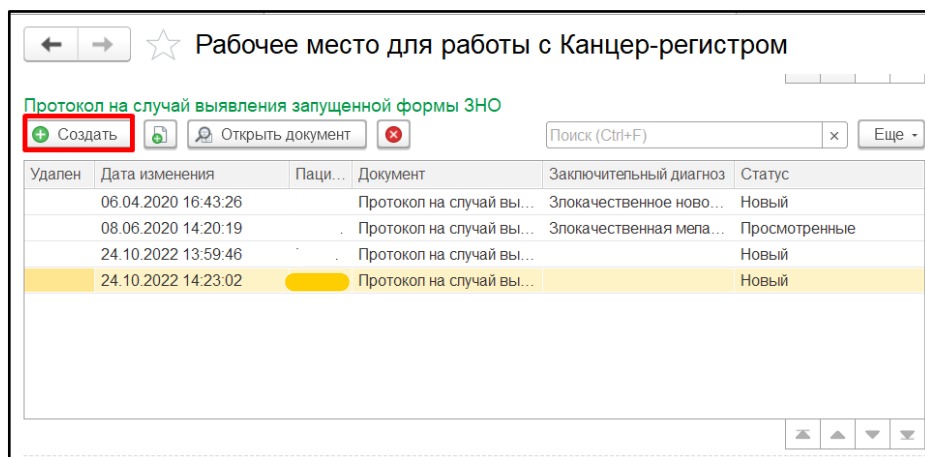


Рисунок 78. Рабочее место для работы с канцер-регистром, команда «Создать»

Откроется форма создания документа (рис. 79).

Основное: Медицинские документы для отправки в Канцер-регистр

Провести и закрыть | Записать | Редактировать | Отправить в Популяционный регистр | Протокол запущенной формы ЗНО

Номер: | От: 26.10.2022 0:00:00 | Статус:

Основные данные | Анамнез заболевания | Диагноз | Последовательность обращений в МО | Сведения о разборе клинического случая | Документы для отправки | Дополнительно

Медицинская организация, оформившая протокол: ГБУЗ ТО "Областная Больница № 3"

Адрес лечебного учреждения: 626150, Тюменская обл, Тобольск г, 36 мкр, дом № 24

Протокол направлен в: |

Случай оказания медицинской помощи: |

ФИО врача, заполнившего протокол: |

ФИО направившего врача: |

Данные пациента

Фамилия: |

Имя: |

Отчество: |

Дата рождения: | Пол: | СНИЛС: |

Полис: | Вид полиса: |

Страховая организация: |

Место жительства (временное): |

Место жительства (постоянное): |

Рисунок 79. Форма создания документа «Протокол на случай выявления запущенной формы ЗНО»

Выбрать пациента и случай оказания мед. помощи в поле «Случай оказания медицинской помощи». При поиске пациента указать ФИО и нужный Тип карты. Из таблицы результатов поиска выбрать медицинскую карту в правом нижнем углу (рис. 80).

Рисунок 80. Создание документа «Протокол на случай выявления запущенной формы ЗНО»

После выбора медкарты на форме документа подтягивается информация по пациенту. Если данные по пациенту не заполнились ниже, то необходимо перейти в ОДП пациента, указать недостающие данные, затем на форме документа рядом с ФИО нажать «Обновить». Данные пациента обновятся в документе (рис. 81). Заполнить оставшиеся поля на вкладке «Основные данные».

Рисунок 81. Создание документа «Протокол на случай выявления запущенной формы ЗНО», случай оказания медицинской помощи

Перейти на вкладку «Анамнез заболевания». Заполнить обязательные и необходимые поля (рис. 82).

Основные данные	Анамнез заболевания	Диагноз	Последовательность обращений в МО	Сведения о разборе клинического случая	Документы для отправки	Дополнительно
Анамнез заболевания:						
Анамнез заболевания						
Дата выявления случая запущенной формы злокачественного новообразования:			28.09.2022			
Дата возникновения первых клинических симптомов:			29.09.2022			
Дата первого обращения к врачу с первыми симптомами заболевания:			26.09.2022			
Должность врача, к которому обратился пациент с первыми симптомами заболевания:			врач-онколог			
Медицинская организация, в которую первично обратился пациент с первыми симптомами заболевания:			БУЗ ТО "Областная больница № 3" (г.Тобольск)			
Медицинская организация, где впервые в жизни был установлен диагноз злокачественного новообразования:			ГАУЗ ТО "МКМЦ "Медицинский город" (Онкодиспансер)			

Рисунок 82. Создание документа «Протокол на случай выявления запущенной формы ЗНО», вкладка «Анамнез заболевания»

Перейти на вкладку «Диагноз». Заполнить обязательные и необходимые поля (рис. 83, рис. 84). Возраст пациента на дату установления впервые в жизни диагноза злокачественного новообразования рассчитывается из «Дата установления диагноза впервые в жизни» и «Дата рождения». Обязательные поля подчеркиваются красной строкой. В поле «**Заключительный клинический диагноз**» доступны диагнозы соответствующие группе диагнозов – «**Запущенные формы злокачественных новообразований**» Таблицы 2.

В таблице «Метод подтверждения диагноза» для метода может быть указано несколько значений типов заказа исследований.

Основные данные	Анамнез заболевания	Диагноз	Последовательность обращений в МО	Сведения о разборе клинического случая	Документы для отправки	Дополнительно
Заключительный клинический диагноз:		C00.3	Злокачественное новообразование в			
Дата установления диагноза:		26.09.2022				
Характер заболевания:		Впервые в жизни установленное хроническое				
Профиль медицинской помощи:		онкология				
Дата установления диагноза (впервые в жизни):		26.09.2022	Возраст пациента: 69 лет			
Достоверность подтверждения диагноза (впервые в жизни):		Со слов пациента				
Стадия опухолевого заболевания:		IA				
Топография опухоли:		Боковая стенка носоглотки				
Сторона поражения:		неуточненная				
Морфологический тип опухоли:		Фиброзная мезотелиома, доброкачественная				
Степень дифференцировки опухоли:		T0-Нет признаков первичной опухоли				
Порядковый номер опухоли:		1				
Основная опухоль:		☒				
Вид первично-множественной опухоли:		синхронная				
Состояние опухолевого процесса:		Выявлена новая первичная опухоль				
Клиническая группа:		II				
Форма blastного криза:		Миелобластная				
Фазы хронического миелолейкоза:		Хроническая фаза				

Рисунок 83. Создание документа «Протокол на случай выявления запущенной формы ЗНО», вкладка «Диагноз»

Рисунок 84. Создание документа «Протокол на случай выявления запущенной формы ЗНО», вкладка «Диагноз»

Перейти на вкладку «Последовательность обращений в МО». Заполнить обязательные и необходимые поля (рис. 85). В столбце «Поставленный диагноз» может быть указано несколько диагнозов.

Рисунок 85. Создание документа «Протокол на случай выявления запущенной формы ЗНО», вкладка «Последовательность обращений в МО»

Перейти на вкладку «Сведения о разборе клинического случая». Заполнить обязательные и необходимые поля (рис. 86).

Рисунок 86. Создание документа «Протокол на случай выявления запущенной формы ЗНО», вкладка «Сведения о разборе клинического случая»

После заполнения документа нажать «Провести и закрыть» (рис. 87).

Рисунок 87. Проведение документа «Протокол на случай выявления запущенной формы ЗНО»

Примечание! Если пациент ранее не стоял «На контроле» ВИМИС по профилю «Онкология» и был создан документ «Протокол на случай выявления запущенной формы ЗНО», то пациент **будет поставлен «На контроль»** по данному профилю.

Если документ «Протокол на случай выявления запущенной формы ЗНО» проведен, указан онкологический диагноз, пациент стоит «На контроле» ВИМИС по профилю «Онкология» или поставлен «На контроль», то документ попадает в регистр сведений «Федеральные веб сервисы ВИМИС Измененные документы» по профилю «Онкология». Далее регламентным заданием «Поиск документов для отправки в ВИМИС» проверяется документ, формируется СЭМД и, если указана амбулаторная карта (у типа медицинской карты «Условие оказания помощи» равно «Амбулаторно»), ставится на отправку с **триггерной точкой «1»**, иначе если стационарная карта, то ставится на отправку с **триггерной точкой «5»**.

Если документ записан, но не проведен, то документ не отправится в ВИМИС.

3.11 Пользовательская инструкция врача стационара/дневного стационара

Для постановки пациентов с онкологическими диагнозами на контроль «Онкология» необходимо в рамках стационарного случая сформировать и подписать шаблон медицинского документа (ШМД) Лечение в условиях стационара (дневного стационара) или создать документ «Протокол на случай выявления у больного запущенной формы злокачественного новообразования». После подписания МД ЭЦП, Система формирует СЭМД и отправляет его в ВИМИС «Онкология». Если необходимо изменить (дополнить) подписанный документ, то измененная версия снова подписывается, и Система отправляет новую (измененную) версию в ВИМИС.

Если пациент уже стоит на контроле ВИМИС «Онкология», то все последующие сформированные документы, в том числе ШМД «Лечение в условиях стационара (дневного стационара)», будут отправляться в ВИМИС.

3.11.1 Постановка пациента на контроль ВИМИС «Онкология»

Рассматриваем ситуацию, когда пациенту стационара / дневного стационара в процессе лечения установлен диагноз, входящий в перечень диагнозов по Онкологии. Для того, чтобы данный пациент был поставлен на контроль ВИМИС в системе реализовано два этапа проверок.

В конце каждого стационарного случая врачом оформляются: 1. Медицинский документ Выписной эпикриз; 2. Системный документ Выписка.

1. Врач стационара / дневного стационара, находясь на посту отделения стационара / дневного стационара, по кнопке «Добавить МД» выбирает медицинский документ Выписной эпикриз. В случае, если у пациента установлен заключительный диагноз из списка диагнозов по ОНКО, указанным в таблицах 1 и 2, при выполнении команды «Документ готов» выйдет информационное сообщение (рис. 88).

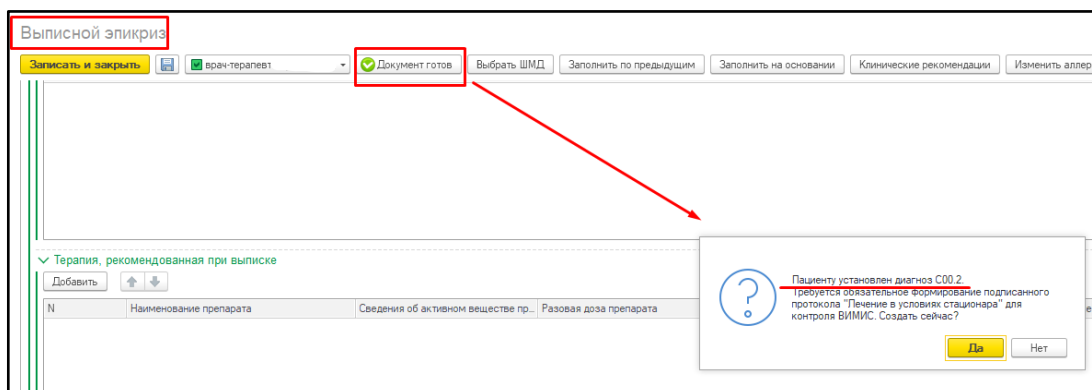


Рисунок 88. Сообщение при команде «Документ готов» в Выписном эпикризе

Можно сформировать ШМД «Лечение в условиях стационара» сразу, нажав на кнопку «Да». В этом случае, после подписания ШМД Выписной эпикриз, откроется экранная форма медицинского документа «Лечение в условиях стационара (дневного стационара)». При нажатии на кнопку «Нет», информационное сообщение и создание данного документа уйдет на второй этап проверки.

2. Врач стационара / дневного стационара, находясь на посту отделения стационара / дневного стационара, нажимает «Выписка». Открылась экранная форма выписки. Заполнив все необходимые поля документа, при нажатии на кнопку «Провести и закрыть», в случае если по пациенту ещё не сформирован ШМД «Лечение в условиях стационара (дневного стационара)», выйдет сообщение о необходимости формирования документа (рис. 89).

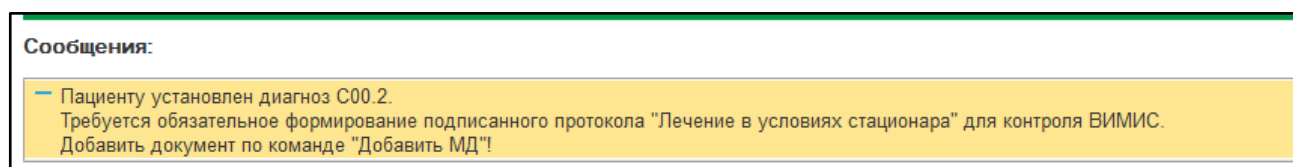


Рисунок 89. Сообщение при проведении документа Выписка

3.11.2 Формирование МД «Лечение в условиях стационара (дневного стационара)»

Сформировать документ можно нажав кнопку «Да» в информационном сообщении при проведении Выписного эпикриза, либо через команду «Добавить МД» на командной панели на посту отделения стационара / дневного стационара. Медицинский документ разделен на несколько вкладок – Данные о госпитализации, Диагнозы, Социальный анамнез и т.д. Поля, обязательные для заполнения подсвечены красным цветом (рис. 90). Если в документе остались не заполненными обязательные поля, то при нажатии «Документ готов» выведутся сообщения о незаполненных полях внизу формы документа.

Рисунок 90. Экранная форма ШМД «Лечение в условиях стационара», поля, обязательные для заполнения

При формировании документа «Лечение в условиях стационара» часть полей заполнится автоматически на основании данных ОДП и медицинских документов пациента, а именно:

- Вкладка «Данные о госпитализации» - Дата начала госпитализации – из документа Госпитализация. Дата выписки заполняется текущей датой формирования документа;
- Если по пациенту сформирован ШМД Посмертный эпикриз с указанием даты смерти и данный документ в состоянии «Готов», то подтянутся данные в поле «Дата и время смерти» (рис. 91).

Рисунок 91. Заполнение даты госпитализации и даты смерти

- Вкладка «Диагнозы» - заполнится всеми диагнозами пациента, поставленными в рамках текущего стационарного случая (рис. 92).

Лечение в условиях стационара

Записать и закрыть | Документ готов | Выбрать ШМД | Изменить аллергоанамнез | Очистить все поля | Создать на основании

Пациент: _____ Номер карты: _____

Данные о госпитализации

Диагнозы

Добавить | Уточнение при ОНМК | Уточнение при ОКС

Дата установления	МКБ10	Степень обоснованности	Наименование
22.10.2021	I25.2	Предварительный диаг...	Перенесенный в прошлом инфаркт миокарда
22.10.2021	I49.5	Основное заболевание	Синдром слабости синусового узла
28.10.2021	I44.2	Основное заболевание	Предсердно-желудочковая блокада полная
22.11.2021	I44.2	Заключительный клини...	Предсердно-желудочковая блокада полная

Рисунок 92. Заполнение диагнозов

Если заболевание относится к ОНКО, то нужно выбрать «Уточнение при ОНКО» (рис. 93)
После внесения уточнений в строке с диагнозом появится «Установлено».

Лечение в условиях стационара

Записать и закрыть | врач-терапевт | Документ готов | Выбрать ШМД | Клинические рекомендации | Изменить аллергоанамнез | Очистить все поля | Создать на основании | Скрыть готовые формы

Данные о госпитализации

Диагнозы

Добавить | Уточнение при ОНМК | Уточнение при ОКС | Уточнение при ОНКО

Идентификатор	Дата установления	МКБ10	Степень обоснованности	Наименование	Клиническое описание диагноза	Подозрение на онкологию
6a3403a6-d1af-48b9-9193-653b40678a2	27.06.2022	I21.0	Основное заболевание	Острое коронарное кровообращение		
d03c699a-d014-45ee-a9ed-d300928b4a7b	27.06.2022	I63.0	Основное заболевание	Острое мозговое кровообращение		

Установлено

Лечение в условиях стационара

Дата установления диагноза впервые в жизни: 20.05.2022

Достоверность подтверждения даты установления диагноза впервые в жизни: На основании медицинской

Категория T: G1-Grade 1, низкоклеточный

Категория N: G1-Grade 1, низкоклеточный

Категория M: G1-Невус конъюнктивы

Категория G:

Стадирование злокачественной опухоли TNM: II

Клиническая группа: II

Обстоятельства выявления опухоли: при других обстоятельствах

Записать и закрыть | Закрыть

Рисунок 93. Форма для внесения Уточнений по ОНКО

В экранной форме внесенные данные можно просмотреть только по кнопкам «Уточнение при ОНКО». В печатной форме отобразятся все внесенные данные по пациенту.

Постановка на контроль ВИМИС «Онкология» осуществится и в том случае, если пациент лечился по заболеванию с диагнозом, не входящим в перечень диагнозов по ОНКО, но при осмотре пациента врачом было выявлено подозрение на онкологию. В случае, если врач сформирует пациенту ШМД Лечение в условиях стационара и на вкладке Диагнозы поставит отметку «Подозрение на онкологию», как с указанием диагноза по подозрению, так и без указания диагноза, после приведения документа в готовность выйдет сообщение о постановке пациента на контроль ВИМИС «Онкология» (рис. 94.)

Лечение в условиях стационара

Записать и закрыть | Врач-терапевт | Документ готов | Выбрать ШМК | Клинические рекомендации | Изменить аллергоанамнез | Очистить все поля | Создать на основании | Скрыть готовые фразы

Пациент: _____ Номер карты: _____

Заполнить тестовыми значениями

Данные о госпитализации | **Диагнозы** | Добавить | Уточнение при ОНМК | Уточнение при ОКС | Уточнение при ОНКО

Идентификатор	Дата установления	МКБ10	Степень обоснованности	Наименование	Клиническое описание диагноза	Подозрение на онкологию	МКБ10 на подозрение
173aae79-39c1-470-9364-d7663c96b4ee	02.06.2022	M24.1	Заключительный кл.	Другие нарушения суставного хряща		☒	

Рисунок 94. Установка отметки о подозрении на онкологию

– Вкладка «Социальный анамнез» - из ОДП пациента подтягиваются Льготы пациента, если у значения заполнен «Код НСИ Минздрава»; данные по инвалидности – группа, дата установления и причина инвалидности, если у значения заполнен «Код Минздрава», заполняется поле «Занятость», если у значения социального статуса заполнен «Код Минздрава (рис. 95).

Социальный анамнез

Занятость: **Пенсионер**

Занятость (произвольно):

Льготные категории:

Категория	Наименование	Дата начала действия	Дата окончания действия
926	Лица, проработавшие в тылу в период с 22.06.1941 по 1945г. не менее шести месяцев, исключая период работ...	01.11.2021	31.12.2021

Группа инвалидности: **Инвалиды III степени**

Порядок установления инвалидности:

Дата установления инвалидности: 15.04.2014

Причина инвалидности: 170.2

Рисунок 95. Заполнение данными из ОДП

– Вкладка «Состояние при поступлении» - поле «Жалобы» заполнится данными из соответствующего поля в Клинической истории болезни пациента (рис. 96).

Лечение в условиях стационара

Сохранить | Клинические рекомендации | Изменить аллергоанамнез | Очистить все поля | Создать на основании | Скрыть готовые фразы

Пациент: _____ Номер карты: _____

Заполнить тестовыми значениями

Данные о госпитализации | **Состояние при поступлении** | Добавить | Уточнение при ОНМК | Уточнение при ОКС | Уточнение при ОНКО

Состояние: **Удовлетворительное**

Жалобы:

Жалобы на постоянную тошноту

Сознание:

ОНМК

Оценка уровня сознания по ШКГ:

Общесоматическое состояние:

Рисунок 96. Вкладка «Состояние при поступлении»

Вкладка «Состояние при выписке» - поле «Жалобы» заполнится данными из соответствующего поля в Выписном эпикризе пациента (рис. 97)

Рисунок 97. Вкладка Состояние при выписке

Вкладка «Объективизированная оценка» - по кнопке «Добавить» можно выбрать значения всех шкал, сформированных в рамках текущего случая (рис. 98).

Период	Шкала	Значение
15.11.2021 11:39:49	Шкала комы Глазго	Умеренная кома
15.11.2021 11:40:28	mTICI	Антеградная реперфуз...
15.11.2021 11:45:17	Шкала инсульта Нацио...	Крайне тяжелый инсульт
15.11.2021 11:46:29	Шкала реабилитацион...	Пациенту может оказы...
15.11.2021 11:49:06	Модифицированная шк...	Несмотря на наличие с...
15.11.2021 11:49:35	Hunt-Hess	Парез ЧМН (III пары) и...

Рисунок 98. Добавление значений шкал в документ

– Вкладка «Рекомендации» - блок «Рекомендованное лечение» заполнится данными из Выписного эпикриза, из поля «Рекомендации»

– Вкладка «Перемещения пациента в МО» заполнится данными из регистра сведений «Движение пациентов в стационаре» в рамках текущего случая. Раздел «Койки» - обязательный для заполнения будет заполнен, кроме строки, где указано «Поступление в стационар», там койки нужно заполнить вручную, нажав кнопку «Указать койки» (рис. 99).

Лечение в условиях стационара

Записать и закрыть | Документ готов | Выбрать ШМД | Изменить аллергоанамнез | Очистить все поля | Создать на основании | Скрыть готовые фразы

Пациент: _____ Номер карты: _____

Данные о госпитализации

Добавить	↑ ↓	Указать койки	Еще
Дата поступления	Отделение	Вид медицинской по...	Лечащий врач
Дата выписки/перевода	Профиль медицинской	Дата назначения	Диагноз при поступлении
Состояние при поступлении	22.10.2021 01:46	Приемное отделение	Клиническое описание диагноза
Состояние при выписке	22.10.2021 04:09	Кардиология	Койки
Объективизированная оценка	22.10.2021 04:09	Кардиологическое отделение	Указан
Витальные параметры	22.10.2021 04:09	Кардиологическое отделение	Указан
Хирургические вмешательства	22.10.2021 04:09	Кардиологическое отделение	Указан
Медицинские процедуры	22.10.2021 04:09	Кардиологическое отделение	Указан
Рекомендации	23.10.2021 11:45	Кардиологическое отделение	Указан
Медицинские услуги	23.10.2021 11:45	Кардиологическое отделение	Указан
Перемещение пациента в МО			

Рисунок 99. Заполнение блока с перемещением пациента

При нажатии «Документ готов» осуществляется проверка диагнозов, заполненных на вкладке «Диагнозы».

Если диагноз относится к **Онкологическим заболеваниям** (диагнозы из Таблицы 2,3) или установлена галочка «Подозрение на онкологию», то документ отправляется в ВИМИС «Онкология». При формировании документа по пациенту впервые, пациент ставится на контроль ВИМИС «Онкология».

После приведения документа в готовность, если пациент первый раз ставится на контроль ВИМИС, то внизу печатной формы протокола выведется следующее сообщение: «Пациент поставлен на контроль ВИМИС «Онкология» (рис. 100). Снять пациента с контроля можно только через техподдержку».

Лечение в условиях стационара (дневного стационара)

Пациент: _____ № карты: _____

Дата рождения: _____ Пол: Мужской

Назначил: _____ Дата выполнения: 29.07.2022

Врач: _____ Время выполнения: 10:00

Организация: ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ "ОБЛАСТНАЯ БОЛЬНИЦА № 3" Телефон: _____

Адрес: РОССИЯ, 626150, Тюменская обл, Тобольск г, 3б мкр, дом № 24

ОБЩИЕ ДАННЫЕ О ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

Дата начала госпитализации: 29.07.2022

Дата выписки: 30.07.2022

Порядок обращения: Экстренно

Результат обращения: Улучшение

Дополнительные данные о госпитализации

Классификация исхода госпитализации: выписан

Дата и время смерти пациента: 09:59 29.07.2022

СОЦИАЛЬНЫЙ АНАМНЕЗ

Занятость

- Работающий в "ООО Организация" в должности "Менеджер"

Льготная категория

- граждане, постоянно проживающие (работающие) в зоне отселения до их переселения в другие районы (до 10.01.2020)
- УВОВ, ставшие инвалидами (до 10.02.2020)

Инвалидность

- 3 группа (установлена: Впервые)
- Причина: Инфаркт мозга, вызванный тромбозом прецеребральных артерий (I63.0)

Социальные факторы и профессиональные вредности

- Нарушение режима сна и бодрствования
- Подземные работы, включая работы на рудниках

Сообщения:

— Пациент поставлен на контроль ВИМИС 'Онкология'. Снять пациента с контроля можно только через техподдержку.

Рисунок 100. Сообщение о постановке пациента на контроль ВИМИС «Онкология»

При этом пациент с контроля не снимается!

Рисунок 101. Сообщение о том, что пациент остался на контроле. Появляется при приведении документа в статус «Не готов»

В случае если не заполнен ФИО, СНИЛС у физического лица, указанного в сотруднике, то при нажатии «Документ готов» выведется соответствующее сообщение (рис. 102). Аналогично

выведется сообщение, если не будет заполнен OID подразделения, которое было указано в полях протокола. Или если не будет заполнен «Вид медицинской карты» в «Типе медицинской карты».

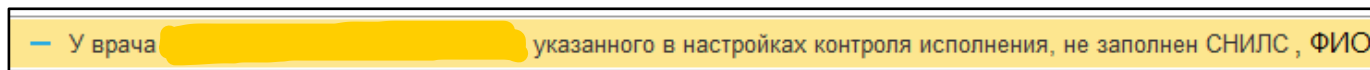


Рисунок 102. Сообщение при незаполненных данных врача

3.11.3 Формирование МД «Лист исполненных (выполненных) лекарственных назначений»

После приведения в готовность ШМД «Лечение в условиях стационара) (дневного стационара), пользователю выйдет окно с сообщением (рис. 103).

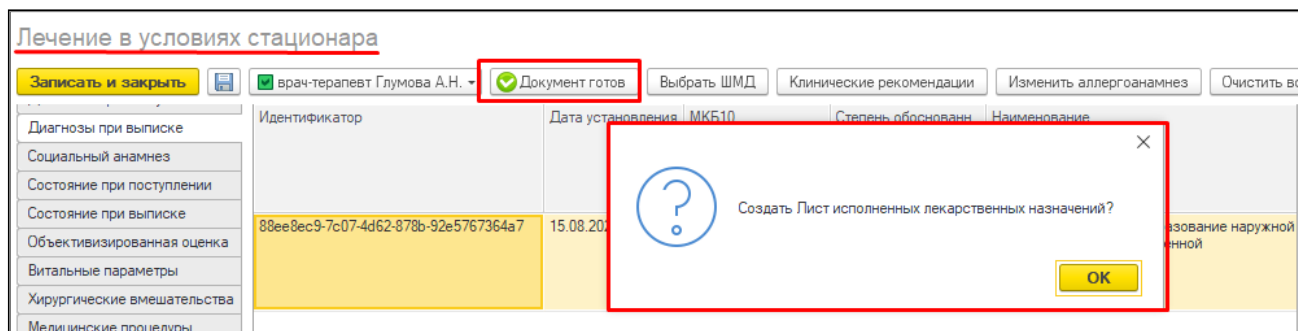


Рисунок 103. Сообщение о создании Листа лекарственных назначений

Нажать «ОК». После этого откроется экранная форма документа, заполненная данными ШМД «Лечение в условиях стационара (дневного стационара)» в части диагнозов и уточнения к основному диагнозу. И данными регистров сведений о назначенных и выполненных лекарственных препаратах (рис. 104).

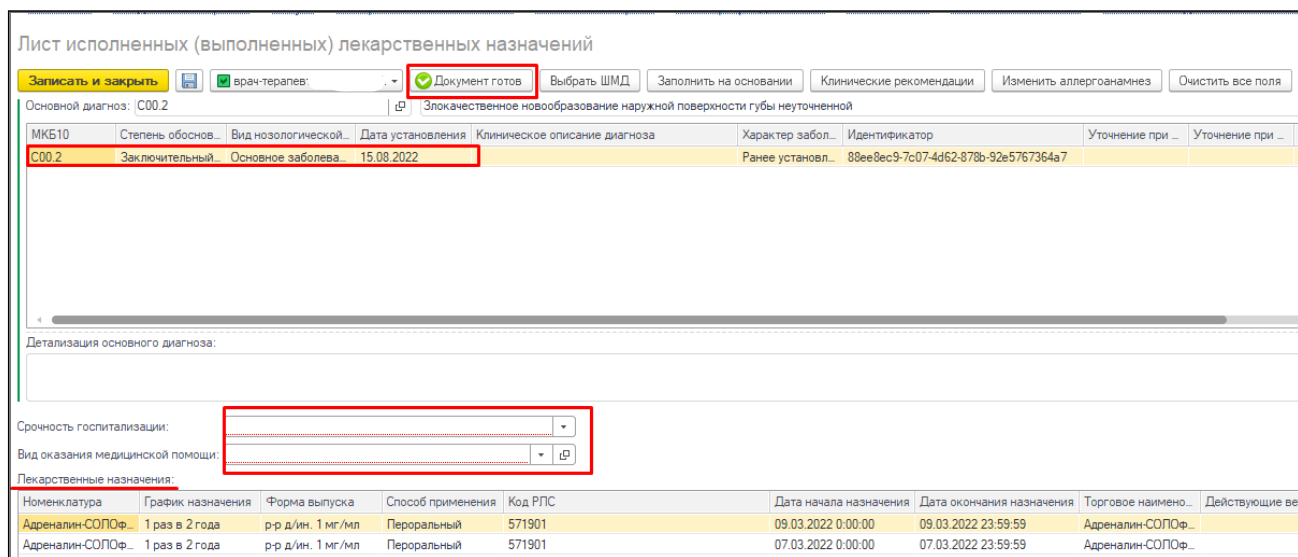


Рисунок 104. Экранная форма Листа исполненных (выполненных) лекарственных назначений

Необходимо заполнить два обязательных поля «Срочность госпитализации» и «Вид оказания медицинской помощи». В дальнейшем и эти поля будут заполнены автоматически данными из ШМД Лечение в условиях стационара. Нажать «Документ готов» и подписать документ ЭЦП. После этого документ уйдет на отправку в ВИМИС.

3.11.4 Формирование МД «Протокол операции (унифицированный)»

Сформировать документ «Протокол операции» можно через команду «Добавить МД» на командной панели на посту отделения стационара / дневного стационара. В документе были

добавлены новые вкладки: «Планируемая хирургическая операция», «Хирургическое вмешательство», «Диагнозы».

На вкладке «Планируемая хирургическая операция» расположены поле «Группа крови и резус фактор», таблицы «Показания к хирургической операции» и «Планируемая хирургическая операция» - обязательные для заполнения и отправки в ВИМИС «Онкология» (рис. 105).

The screenshot shows the 'Planned Surgical Operation' tab of a form titled 'Unified Operation Protocol'. At the top, there are buttons: 'Save and Close' (yellow), a printer icon, a dropdown menu with a green checkmark, 'Document ready' (green), 'Select SHM', 'Hide/Show ready phrases', and 'Clinical recommendations'. Below these are four tabs: 'Data', 'Planned Surgical Operation' (active), 'Surgical Intervention', and 'Diagnosis'. The 'Planned Surgical Operation' tab contains a dropdown for 'Blood group and Rh factor', a section for 'Indications for surgical operation' with a 'Add' button and up/down arrows, and a table with columns 'МКБ10', 'Name', and 'Date'. Below this is another section for 'Planned surgical operation' with a 'Add' button and up/down arrows, and a table with columns 'Medical service' and 'Code'.

Рисунок 105. Вкладка «Планируемая хирургическая операция»

На вкладке «Хирургическое вмешательство» расположены поля «Операция», «Начало операции», «Окончание операции», «Продолжительность», «Срочность операции», «Исход операции», «Описание операции», а также таблица «Использованная аппаратура» (рис. 106). Данные поля обязательны для заполнения и отправки в ВИМИС «Онкология».

The screenshot shows the 'Surgical Intervention' tab of the 'Unified Operation Protocol' form. It features the same top buttons as the previous tab. The 'Surgical Intervention' tab contains fields for 'Operation' (with a dropdown and a copy icon), 'Start of operation' (date and time), 'End of operation' (date and time), 'Duration' (2 h), 'Urgency of operation' (dropdown with a copy icon), 'Outcome of operation' (dropdown with a copy icon), and a large text area for 'Description of operation'. At the bottom, there is a section for 'Used equipment' with a 'Add' button and up/down arrows, and a table with a single row.

Рисунок 106. Вкладка «Хирургическое вмешательство»

На вкладке «Диагнозы» расположена таблица диагнозов (рис. 107). Если в рамках случая пациент уже имеет диагнозы с соответствующим видом нозологической единицы, таблица автоматически заполняется установленными прежде диагнозами, с возможностью редактирования. Указанные диагнозы на вкладке «Диагнозы» записываются в регистр сведений «Диагнозы по МКБ10».

МКБ10	Наименование	Вид нозологической единицы	Дата
I15.0	Реноваскулярная гипертензия	Сопутствующее заболевание	21.09.2022
E28.2	Синдром поликистоза яичников	Сопутствующее заболевание	21.09.2022
C00.2	Злокачественное новообразование наружной поверхности губы неуточненной	Основное заболевание	21.09.2022
I10	Эссенциальная [первичная] гипертензия	Осложнение основного заболе...	15.09.2022

Рисунок 107. Вкладка «Диагнозы после хирургического вмешательства»

После формирования документа, необходимо провести документ (нажать на кнопку «Документ готов») и подписать документ. Если при подписании пациент находится «На контроле» ВИМИС по профилю «Онкология», то документ отправляется в ВИМИС «Онкология».

3.12 Выявление проведения консилиума врачей. Формирование МД «Консилиум»

Проведение консилиума врачей (онкологического) и оформление его результатов. ШМД «Консилиум» разбит на вкладки (рис. 108).

Консилиум

Записать и закрыть | врач-терапевт | Документ готов | Выбрать ШМД | Заполнить по предыдущим | Клинические рекомендации | Изменить аллергоанамнез | Очистить все поля

Пациент: Номер карты: 32 332 | Дата начала: 08.09.2022 11:43 | Дата окончания: 08.09.2022 11:44

Консилиум

Первичная информация

Диагнозы

Состав консилиума

Офтальмологический статус

Тип консилиума: Общебольничный

Форма консилиума: Очно

Применение телемедицинских технологий: ☐

Цель консилиума: Определение тактики лечения

уауца Назначение препаратов не входящих в стандарты медицинской помощи (Off-Label) определение показаний для проведения заместительной терапии эритроцитарной взвеси

Протокол консилиума:

уауцац Тяжелое Жабы: на сухой кашель, заложенность носа, сонливость, сухость в рту, повышение температуры тела до 37,5, слабость. Анамнез болезни: Болеет в течение 1 недели. Амбулаторно лечилась, принимала аридоп, асирол, арпифю. Мазок на НКИ РНК+ от 27.03.2021г. Доставлена СМП в приемное отделение моноинфекционного госпиталя, после осмотра госпитализирована в экстренном порядке. За пределы г. Тобольска в течение 14 дней не выезжала. Контакт с НКИ на работе. От гриппа не привита. Живёт одна.

Рисунок 108. МД «Консилиум»

В случае формирования МД «Консилиум» для пациента, который стоит на **контроле ВИМИС по профилю «Онкология»**, становится **обязательными** для заполнения поля на вкладках «Первичная информация» (рис. 109) и «Консилиум». В случае, если пациент НЕ на контроле ВИМИС «Онкология» поля НЕ обязательны для заполнения.

На вкладке «Консилиум» заполняются данные проведения консилиума врачей (врачебной комиссии).

Поле «Тип консилиума» - Если пациент стоит на контроле ВИМИС «Онкология», то по умолчанию «Онкологический».

Поле «Цель консилиума» - По умолчанию «Определение тактики лечения».

Поле «Форма консилиума» - По умолчанию «Очная»

На вкладке «Первичная информация» заполняются данные по случаю пациента.

Поле «Форма оказания медицинской помощи» - по умолчанию «Плановая».

Поле «Вид оказания медицинской помощи» - По умолчанию «Первичная медико-санитарная помощь».

Поле «Условия оказания медицинской помощи» заполняется из типа медицинской карты пациента.

The screenshot shows the 'Первичная информация' (Primary Information) tab of the 'Консилиум' (Consilium) form. It includes fields for 'Форма оказания медицинской помощи' (Planovaya), 'Вид оказания медицинской помощи' (Первичная медико-санитарная помощь), and 'Условия оказания медицинской помощи' (Амбулаторно, Стационарно, В дневном стационаре). There are also sections for 'Жалобы пациента' (Patient Complaints), 'Анамнез заболевания' (History of Illness), 'Информация о проведенном лечении' (Information about treatment), 'Анамнез жизни' (History of Life), and 'Объективный статус' (Objective Status).

Рисунок 109. МД «Консилиум» вкладка «Первичная информация»

На вкладке «Диагнозы» выведена таблица диагнозов (рис. 110), где обязательно необходимо указать «Основное заболевание». Для указания уточнения для онкологического диагноза нажать «Уточнение ОНКО» и заполнить информацию, нажать «Записать и закрыть».

The screenshot shows the 'Диагнозы' (Diagnoses) tab of the 'Консилиум' (Consilium) form. It features a table with columns: 'Уточнение...' (Refinement), 'МКБ10' (ICD10), 'Наименование' (Name), 'Клини...' (Clinical), 'Степень обоснованности' (Degree of justification), 'Вид нозологической единицы' (Type of nosological unit), 'Дата установления' (Date of establishment), and 'Характер заболевания' (Character of the disease). The table contains one entry for 'Острый трансмуральный инфаркт миокарда' (Acute transmural myocardial infarction) with 'Основное заболевание' (Main disease) highlighted in red.

Рисунок 110. МД «Консилиум» вкладка «Диагнозы»

На вкладке «Состав консилиума» заполняется информация о составе консилиума (рис. 111).

The screenshot shows the 'Состав консилиума' (Composition of the Consilium) tab of the 'Консилиум' (Consilium) form. It displays two tables: 'Состав консилиума (работающие в системе)' (Composition of the Consilium (working in the system)) and 'Состав консилиума (иные специалисты)' (Composition of the Consilium (other specialists)). The first table has columns for 'Сотрудник' (Employee), 'Роль' (Role), 'Должность' (Position), and 'Звание' (Rank). The second table has columns for 'Сотрудник' (Employee), 'Должность' (Position), and 'Звание' (Rank).

Рисунок 111. МД «Консилиум» вкладка «Состав консилиума»

После заполнения обязательных и необходимых полей нажать «Документ готов» и подписать протокол.

Если МД «Консилиум» проведен и подписан, при этом пациента на контроле ВИМИС по профилю «Онкология», то МД попадает в регистр сведений «Федеральные веб сервисы ВИМИС Измененные документы» по профилю «Онкология», регламентным заданием «Поиск документов для отправки в ВИМИС» проверяется документ, формируется СЭМД и ставится на отправку с триггерной точкой «25».

3.13 Выявление патолого-анатомического вскрытия. Формирование МД «Протокол патолого-анатомического вскрытия»

В случае смерти пациента, находящегося на контроле ВИМИС Онкология и проходившего лечение в стационаре, если в системе формируется ШМД Протокол патологоанатомического вскрытия, будет сформирован СЭМД «Протокол патолого-анатомического вскрытия» и после подписания документа ЭЦП отправлен в ВИМИС с **триггерной точкой «23»**. Формирование ШМД происходит для пользователя в обычном режиме через кнопку «Добавить МД» на посту отделения стационара (рис. 112).

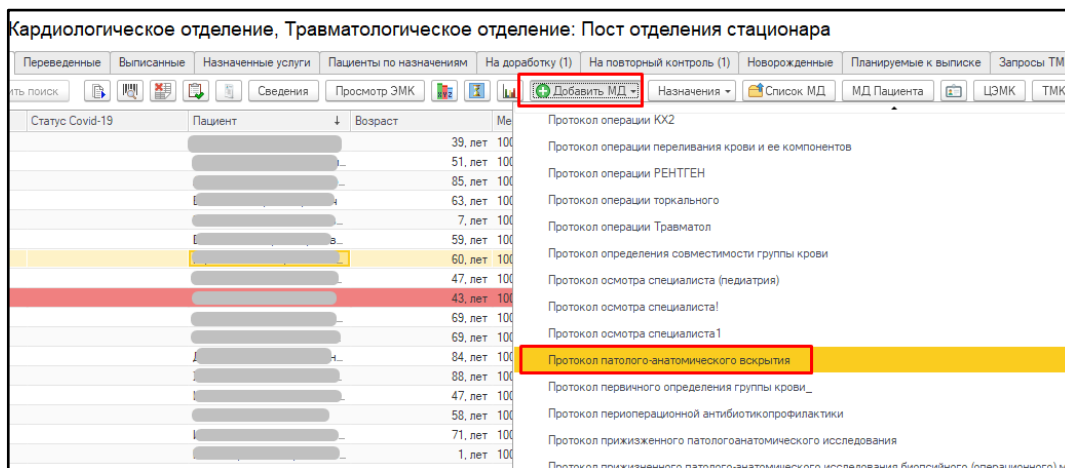


Рисунок 112. Добавление МД Протокол патологоанатомического вскрытия

ВАЖНО!!! Документ обязательно должен быть проведен и подписан ЭЦП врача.

3.14 Ретроспективные данные по пациентам с онкологической патологией

МИС МО для каждого пациента, поставленного на диспансерный учет по причине онкологического заболевания (1-ая группа «Онкологические заболевания»), диагноз заболевания (состояния) установлен ранее даты начала эксплуатации ВИМИС «Онкология», из /МИС МО для формирования базы данных в ВИМИС «Онкология» осуществляется **однократная передача** информации. Для этого МИС МО формирует и передает в ВИМИС «Онкология» СЭМД beta-версии «Ретроспективные данные по пациентам с онкологической патологией» (SMSV16) с указанием номера триггерной точки равной значению **«29»** по каждому пациенту. Ретроспективные данные по пациентам с онкологической патологией необходимо предоставить за период с 01 января 2014 года либо ранее (МИС МО).

Для однократного формирования МД «Ретроспективные данные по пациентам с онкопатологией» перейти в «Главное» - «Сервис» - «Дополнительные обработки» - «Ретроспективные данные по пациентам с онкопатологией» (рис. 113).

Примечание. Если обработки нет в списке, то настроить через «Настроить список».

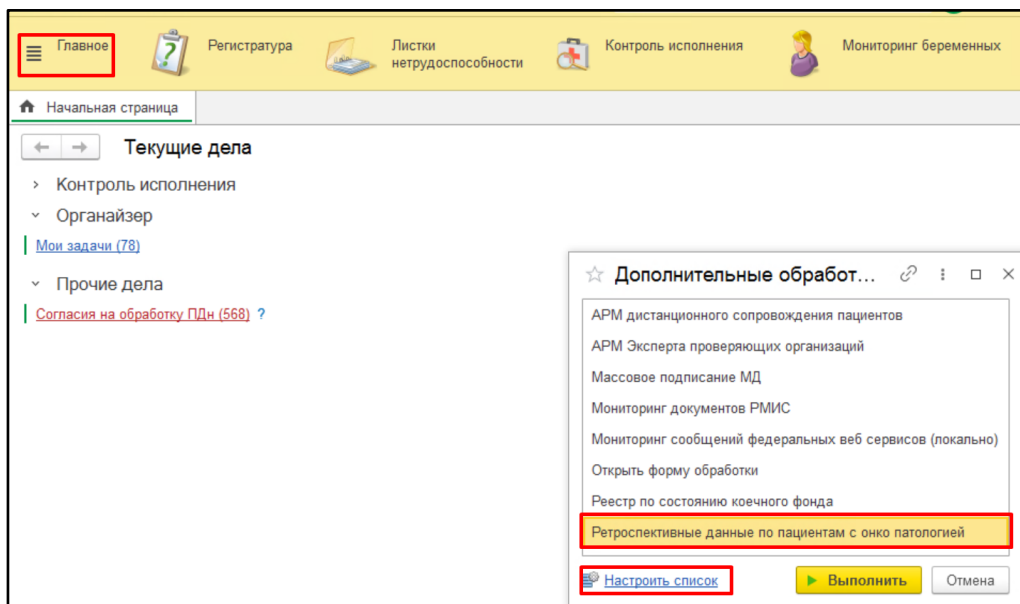


Рисунок 113. Выбор обработки «Ретроспективные данные по пациентам с онко патологией»

В поле «Врач взявший на учет» выбрать сотрудника, по которому необходимо отобрать постановку пациентов на диспансерное наблюдение. Нажать «Отобрать пациентов» (рис. 114). Отоберутся пациенты, которые были поставлены на ДУ данным врачом.

На форме можно увидеть:

- создан/не создан документ;
- готов/не готов документ;
- подписан/не подписан документ;
- При переходе по строкам обработки внизу в таблицы отображаются документы диспансерного наблюдения.

В отбор попадают следующие пациенты:

- Пациент прикреплен к МО, из которой запускается обработка.
- Пациент НЕ («На контроле» или «Снят с контроля») ВИМИС по профилю «Онкология».
- У пациента есть документ «Диспансерное наблюдение» с диагнозом, входящим в группу из графы II (таблицы 1): диагноз относится только к нозологической группе «Онкологические заболевания».

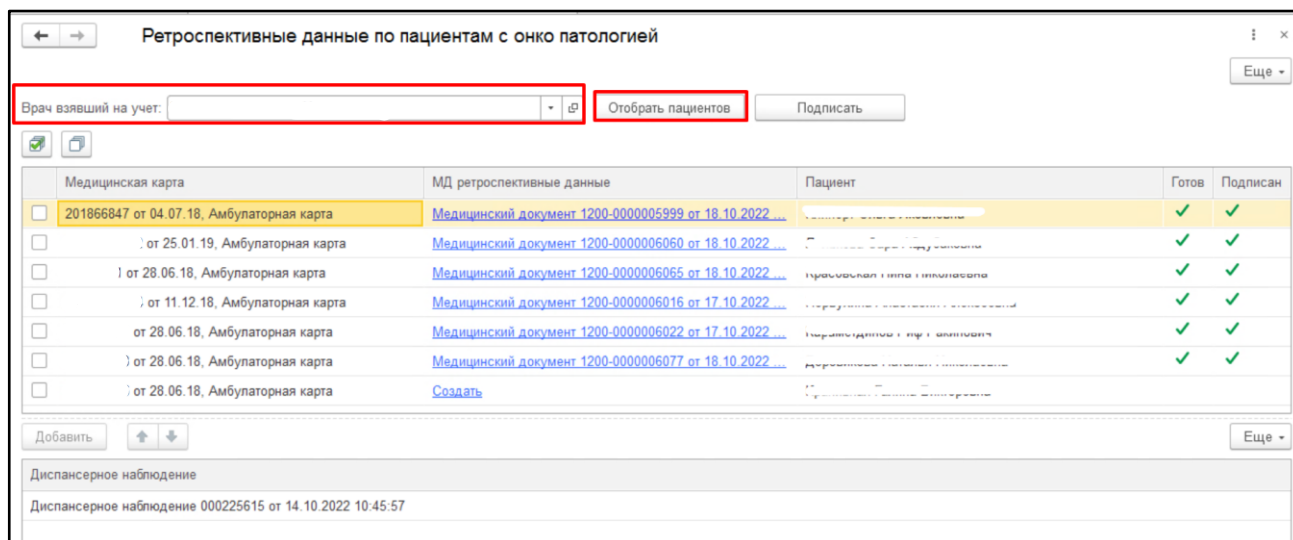


Рисунок 114. Отбор пациентов в обработке «Ретроспективные данные по пациентам с онко патологией»

Для формирования МД необходимо в строке с пациентом нажать «Создать». Откроется ШМД «Ретроспективные данные по пациентам с онко патологией» (рис. 115).

Диспансерное наблю...	Дата взятия	Врач взявший на	Дата следующ...	Дата сн...	Врач снявший с учета	Причина снятия	Уточнение причины снятия с диспансерного ...	Диагноз
Диспансерное наблю...	18.10.2022		18.01.2023					C00.1
Диспансерное наблю...	10.10.2022			18.10.2022		Снятие диагн...		C93.1

Рисунок 115. ШМД «Ретроспективные данные по пациентам с онко патологией»

При открытии МД, в документ подтягивается информация по документам диспансерного наблюдения. Сколько документов «Диспансерное наблюдение» с диагнозами, относящимися только к нозологической группе «Онкологические заболевания», столько же и строк в МД.

Если у документа есть дата снятия и причина снятия, то **обязательно** необходимо заполнить поле «Уточнение причины снятия с диспансерного учета» (рис. 116).

Диспансерное наблю...	Дата взятия	Врач взявший на	Дата следующ...	Дата сн...	Врач снявший с учета	Причина снятия	Уточнение причины снятия с диспансерного ...	Диагноз
Диспансерное наблю...	18.10.2022		18.01.2023					C00.1
Диспансерное наблю...	10.10.2022			18.10.2022	Глумова Александра Наи...	Снятие диагн...		C93.1

Рисунок 116. ШМД «Ретроспективные данные по пациентам с онко патологией»

После заполнения необходимых обязательных полей нажать «Документ готов».

Подписать документ можно через кнопку «Подписать» на печатной форме документа(рис. 117) или через обработку. В обработке выделить галочкой документы, которые необходимо подписать и нажать «Подписать» (рис. 118).

Диспансерное наблюдение	Дата следующей явки	Дата установки диагноза	Уточнение характера заболевания	Дата взятия	Врач взявший на учет	Диагноз	Дата снятия	Врач снявший с учета	Причина снятия	Уточнение причины снятия с диспансерного учета
Диспансерное наблюдение					Глумова	C00.1				
Диспансерное наблюдение						C93.1				

Рисунок 117. Подписание в МД «Ретроспективные данные по пациентам с онко патологией»

Ретроспективные данные по пациентам с онко патологией

Врач взявший на учет:

	Медицинская карта	МД ретроспективные данные	Пациент	Готов	Подписан
☐	от 04.07.18, Амбулаторная карта	Медицинский документ 1200-0000005999 от 18.10.2022		✓	✓
☐	от 25.01.19, Амбулаторная карта	Медицинский документ 1200-0000006060 от 18.10.2022		✓	✓
☐	от 28.06.18, Амбулаторная карта	Медицинский документ 1200-0000006065 от 18.10.2022		✓	✓
☐	от 11.12.18, Амбулаторная карта	Медицинский документ 1200-0000006016 от 17.10.2022		✓	✓
☐	от 28.06.18, Амбулаторная карта	Медицинский документ 1200-0000006022 от 17.10.2022		✓	✓
☐	от 28.06.18, Амбулаторная карта	Медицинский документ 1200-0000006077 от 18.10.2022		✓	✓
☒	от 28.06.18, Амбулаторная карта	Медицинский документ 1200-0000006112 от 20.10.2022		✓	

Добавить

Диспансерное наблюдение

Диспансерное наблюдение 000225623 от 18.10.2022 14:37:42

Диспансерное наблюдение 000225624 от 18.10.2022 14:38:29

Рисунок 118. Подписание через обработку «Ретроспективные данные по пациентам с онко патологией»

Выведется окно подписи, подписать МД (рис. 119).

Подписание медицинского документа

Медицинский документ: [Медицинский документ 1200-0000006112 от 20.10.2022 11:04:57](#)

Введите пароль закрытого ключа сертификата

Сертификат:

Пароль:

☒ Запомнить пароль ?

Комментарий к подписи:

Рисунок 119. Подписание через обработку «Ретроспективные данные по пациентам с онко патологией»

После подписания, в колонке «Подписан» отобразится галочка. Для просмотра созданного документа перейти по ссылке МД.

ВАЖНО!!! Формирование данного документа по пациентам необходимо выполнить однократно.