

7.3.10. Оформление документа «Лист туберкулинодиагностики»

Для назначения туберкулинодиагностики в МО, необходимо открыть подсистему «Контроль исполнения» и перейти по ссылке «АРМ врача Поликлиники».

Главное Регистратура Листки нетрудоспособности **Контроль исполнения**

Сменное задание

АРМ врача Поликлиники

Открыть органайзер пациента

Направления

Диспансерный учет

Диспансерное наблюдение

Регистры хронических заболеваний

МО-Профиль-Регистр

Регистры соответствия пациентов врачам

На вкладке «Список пациентов», выбираем нужного пациента и открываем двойным щелчком левой кнопки мыши. Таким образом откроется вкладка «Приемы», на которой необходимо нажать кнопку «Иммунопрофилактика».

← → АРМ Врача: Пациент - Тест Тест Тест 26 лет (08.02.1996) Ж. Время начала приема: 10:15

Интерфейс: Компактный Обычный Исполнители: Тестов Тест Тестович СМП: Дата приема: 23.03.2022

Список пациентов **Приемы** Общие документы Медицинская карта Диспансеризация Текущие дела

Просмотр документа ВМП Иммунопрофилактика Показывать архивные данные Санаторно курортная карта

Изменить случай Изменить посещение Добавить пациента на дистанционное сопровождение Закрыть случай Прикрепить МД в другой случай

Статус и вид документа	Дата приема	Основной исполнитель	Полис	Специальность	Согласие
223072669 от 17.03.22. Амбулаторный случай	Дата карты: 17.03.2022 -			Диагноз:	
223072673 от 21.03.22. Амбулаторный случай	Дата карты: 21.03.2022 -			Диагноз:	

На форме «Иммунопрофилактика» следует перейти на вкладку «Туберкулезные пробы», найти нужную прививку из списка и нажать на кнопку «Назначить»

Иммунопрофилактика: Тест Тест Тест * (1С:Предприятие)

Записать Сформировать календарь Открыть календарь Печать Просмотр архивных данных Еще

Врач: Тестов Тест Тестович

Проф. прививки **Туберкулезные пробы** Осложнения после вакцинации

Назначить Ввести реакцию Отмена назначения Указать вид и номер прививки

Метод диагностики	Вид прививки, Номер	ПланДата	Дата выполнения	Реакция	Статус
Диаскинтест	Диагностическая проба, 1	23.03.2022			

В открывшейся форме выбора рабочего места необходимо выделить нужный кабинет. В нижней части формы необходимо указать была ли приобретена вакцина пациентом и выбрать препарат из номенклатуры. По окончании вноса данных следует нажать кнопку «Готово».

Иммунопрофилактика : Тест Тест Тест *

Записать Сформировать календарь Открыть календарь Печать Просмотр архивных данных Еще

Врач: Тестов Тест Тестович

Проф. прививки Туберкулезные пробы Осложнения после вакцинации

Назначить Ввести реакцию Отмена назначения Указать вид и номер прививки

Метод диагностики	Вид прививки, Номер	ПланДата	Дата выполнения	Реакция	Статус
Диаскинтест	Диагностическая проба, 1	23.03.2022			

Выберите рабочее место: Новый А...

Готово

Прививочный кабинет

☒ Вакцина приобретена пациентом

Вакцина: Диаскинтест

В случае, когда препарат не приобретен пациентом, а используется из остатков медицинской организации, необходимо просто выбрать поле «Вакцина» нажать на «Показать все» и выбрать нужную вакцину из справочника «Номенклатура».

Иммунопрофилактика : Тест Тест Тест *

Записать Сформировать календарь Открыть календарь Печать Просмотр архивных данных Еще

Врач: Тестов Тест Тестович

Проф. прививки Туберкулезные пробы Осложнения после вакцинации

Назначить Ввести реакцию Отмена назначения Указать вид и номер прививки

Метод диагностики	Вид прививки, Номер	ПланДата	Дата выполнения	Реакция
Диаскинтест	Диагностическая проба, 1	23.03.2022		

Выберите рабочее место: Новый А...

Готово

Прививочный кабинет

☐ Вакцина приобретена пациентом

Вакцина:

Номенклатура (1С:Предприятие)

Выбор Извлечь из архива Поместить в архив Печать

Наименование: ☒ диаскинтест Арт.: ☒

Наименование	Арт.
Диаскинтест	00-000000175585
Диаскинтест	00-000000175586
Диаскинтест	00-000000175584
Диаскинтест	50.1
Диаскинтест, 0,1 мл/доза, 12 доз, фл., 1.2 мл. у...	
Диаскинтест, р-р для в/к введ. (sol. ad introduct...	00-000000156443
Диаскинтест, р-р для в/к введ. 0,1 мл/доза, 30...	00-000000005074
Диаскинтест, р-р для в/к введ. 0,1 мл/доза, 3 м...	00-000000195778

Направление на туберкулинодиагностику выполнено, при необходимости можно вывести на печать «Согласие/Отказ».

Иммунопрофилактика : Тест Тест Тест * (1С:Предприятие)

Иммунопрофилактика : Тест Тест Тест *

Записать Сформировать календарь Открыть календарь Печать Просмотр архивных данных Еще

Врач: Тестов Тест Тестович

Проф. прививки Туберкулезные пробы Осложнения после вакцинации

Назначить Ввести реакцию Отмена назначения Указать вид и номер прививки

Метод диагностики	Вид прививки, Номер	ПланДата	Дата выполнения	Реакция	Статус
Диаскинтест	Диагностическая проба, 1	23.03.2022			

Печать документа

Печать Копий: 1

ГБУЗ ТО "ОБ № 15"
626020, Тюменская обл,
Нижнетавдинский р-н, Нижняя Тавда с,
Дзержинского ул, дом № 20

Приложение к приказу
Минсоцразвития России от 26.01.2009г. №19н

Добровольное информированное соглашение
на проведение профилактических прививок детям
или отказа от них

Я, нижеподписавшийся(аяся) _____
(фамилия, имя, отчество родителя(иного законного представителя) несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет,
несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет)/несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет,
несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте старше 16 лет)

8 февраля 1996 г. _____ года рождения,
(указывается год рождения несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет, несовершеннолетнего больного
наркоманией в возрасте старше 16 лет)

настоящим подтверждаю то, что проинформирован (а) врачом:

а) о том, что профилактическая прививка - это введение в организм человека медицинского иммунобиологического препарата для создания специфической невосприимчивости к инфекционным болезням;

б) о необходимости проведения профилактической прививки, возможных поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее;

в) о медицинской помощи при проведении профилактических прививок, включающей обязательный медицинский осмотр несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет перед проведением прививки (а при необходимости – медицинское обследование), который входит в Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и предоставляется в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения бесплатно;

г) о выполнении предписаний медицинских работников.

2. Я проинформирован (а) о том, что в соответствии с пунктом 2 статьи 5 Федерального закона от 17 сентября 1998 г. N 157-ФЗ "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней"(1) отсутствие профилактических прививок влечет: запрет для граждан на выезд в страны, пребывание в которых в соответствии с международными медико-санитарными правилами либо международными договорами Российской Федерации требует конкретных профилактических прививок; временный отказ в приеме граждан в образовательные и оздоровительные учреждения в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий; отказ в приеме граждан на работы или отстранение граждан от работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями (постановление Правительства Российской Федерации от 15 июля 1999 г. N 825 "Об утверждении перечня работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями и требует обязательного проведения профилактических прививок"(2)).

Я имел (а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил исчерпывающие ответы. Получил полную информацию о необходимости проведения профилактической

Диаскинтест _____
(название прививки)



Печать документа



Копий:



ГБУЗ ТО "ОБ № 15"

626020, Тюменская обл,
Нижнетавдинский р-н, Нижняя Тавда с,
Дзержинского ул, дом № 20

Приложение к приказу
Минсоцразвития России от 26.01.2009г. №19н

Добровольное информированное соглашение на проведение профилактических прививок детям или отказа от них

Я, нижеподписавшийся(аяся) _____

(фамилия, имя, отчество родителя(иного законного представителя) несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет,
несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет)/несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет,
несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте старше 16 лет)

8 февраля 1996 г. _____ года рождения,

(указывается год рождения несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет, несовершеннолетнего больного
наркоманией в возрасте старше 16 лет)

настоящим подтверждаю то, что проинформирован (а) врачом:

а) о том, что профилактическая прививка - это введение в организм человека медицинского
иммунобиологического препарата для создания специфической невосприимчивости к инфекционным болезням;

б) о необходимости проведения профилактической прививки, возможных поствакцинальных осложнениях,
последствиях отказа от нее;

в) о медицинской помощи при проведении профилактических прививок, включающей обязательный медицинский
осмотр несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет перед проведением прививки (а при необходимости – медицинское
обследование), который входит в Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации
бесплатной медицинской помощи и предоставляется в государственных и муниципальных учреждениях
здравоохранения бесплатно;

г) о выполнении предписаний медицинских работников.

2. Я проинформирован (а) о том, что в соответствии с пунктом 2 статьи 5 Федерального закона от 17 сентября 1998 г.
N 157-ФЗ "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней"(1) отсутствие профилактических прививок влечет: запрет
для граждан на выезд в страны, пребывание в которых в соответствии с международными медико-санитарными
правилами либо международными договорами Российской Федерации требует конкретных профилактических прививок;
временный отказ в приеме граждан в образовательные и оздоровительные учреждения в случае возникновения
массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий; отказ в приеме граждан на работы или
отстранение граждан от работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными
болезнями (постановление Правительства Российской Федерации от 15 июля 1999 г. N 825 "Об утверждении перечня
работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями и требует
обязательного проведения профилактических прививок"(2)).

Я имел (а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил исчерпывающие ответы. Получив
полную информацию о необходимости проведения профилактической

возможных прививочных реакциях и поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее, я подтверждаю, что
мне понятен смысл всех терминов, и: