
ПРИЛОЖЕНИЕ № 26

ПЪРВИЧНИ МЕДИЦИНСКИ ДОКУМЕНТИ

КОДОВЕ НА ПАКЕТИТЕ ИЗСЛЕДВАНИЯ

Код	Пакет изследвания
01	Пакет клинична лаборатория
02	Пакет клинична микробиология
04	Пакет паразитологични изследвания
05	Пакет вирусологични изследвания
06	Пакет образна диагностика
07	Пакет обща и клинична патология
09	Пакет клинична имунология
12	Пакет трансфузионна хематология

ПРИЧИНА ЗА ОТПИСВАНЕ ОТ РЕГИСТЪРА НА ДИСПАНСЕРИЗИРАНО ЗОЛ

0	Оздравяване
1	Навършване на 18 г.
2	Летален изход
3	Изтичане на срока за диспансеризация
4	Преминаване на дисп.наблюдение от друг лекар
5	Служебно изключване
6	Други

ТИПОВЕ НАПРАВЛЕНИЯ (БЛ. 3, БЛ. 3А, БЛ. 4, БЛ. 6)

Тип	По повод посещение на ЗОЛ:
1	с остро заболяване или състояние извън останалите типове
2	с хронично заболяване, неподлежащо на диспансерно наблюдение
3	избор (преизбор) на специалист, извършващ диспансерно наблюдение
4	за диспансерно интердисциплинарно наблюдение
6	за медицинска експертиза
7	профилактика на ЗОЛ над 18 г. –с рискови фактори за развитие на заболяване
8	по искане на ТЕЛК (НЕЛК)
9	избор на специалист АГ - програма „Майчино здравеопазване“
10	избор на специалист педиатрия - „Детско здравеопазване“
11	преизбор на специалист по АГ - програма „Майчино здравеопазване“
12	преизбор на специалист педиатрия - „Детско здравеопазване“

НАПРАВЛЕНИЕ ЗА КОМПЛЕКСНО ДИСПАНСЕРНО НАБЛЮДЕНИЕ БЛ.МЗ-НЗОК №10

За комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение на пациенти с кожно-венерически заболявания (избор/преизбор)
за комплексно диспансерно(амбулаторно) наблюдение на пациенти с психични заболявания (избор/преизбор)

КОДОВЕ НА СПЕЦИАЛНОСТИ НА ЛЕКАРИ

Код	Лекар специалист
00	Общопрактикуващ лекар
01	Акушерство и гинекология
02	Клинична алергология
03	Гастроентерология
04	Кожни и венерически болести
05	Ендокринология и болести на обмяната
06	Вътрешни болести
07	Инфекциозни болести
08	Кардиология
09	Клинична лаборатория
10	Нервни болести
11	Нефрология
12	Медицинска онкология
13	Ортопедия и травматология
14	Ушно-носно-гърлени болести
15	Очни болести
16	Медицинска паразитология
17	Педиатрия
18	Психиатрия
19	Пневмология и фтизиатрия
20	Ревматология
21	Образна диагностика
22	Урология
23	Физикална и рехабилитационна медицина
24	Клинична хематология
25	Хирургия
26	Анестезиология и интензивно лечение
27	Гръдна хирургия
29	Неврохирургия
31	Съдова хирургия
32	Кардиохирургия
34	Детска ендокринология и болести на обмяната
35	Детска кардиология
36	Детска пневмология и фтизиатрия
37	Клинична токсикология
38	Детска психиатрия
39	Детска ревматология
40	Трансфузионна хематология
41	Микробиология
43	Обща и клинична патология
44	Вирусология
45	Клинична имунология
48	Нуклеарна медицина
50	Детска хирургия
51	Детска клинична хематология и онкология
52	Детска гастроентерология
53	Детска нефрология и хемодиализа
54	Детска неврология
55	Лицево-челюстна хирургия
56	Неонатология
57	Пластично-възстановителна и естетична хирургия
59	Медицинска генетика
62	Орална хирургия
69	Лъчелечение
70	Хранене и диететика
73	Ангиология
74	Професионални болести

Кодове на ИМУНИЗАЦИИ НА ДЕЦА ОТ 0 ДО 18-ГОДИШНА ВЪЗРАСТ, съгласно Приложение №7 на Наредба №15 от 2005 г. за имунизациите в Република България.

Кодове на ИМУНИЗАЦИИ НА ЗОЛ НАД 18-ГОДИШНА ВЪЗРАСТ, съгласно Приложение №7 на Наредба №15 от 2005 г. за имунизациите в Република България.

Кодове на здравните райони по области

- 01. Област Благоевград:** 01 Банско, 02 Белица, 03 Благоевград, 04 Гоце Делчев, 05 Гърмен, 06 Кресна, 07 Петрич, 08 Разлог, 09 Сандански, 10 Сатовча, 11 Симитли, 12 Струмяни, 13 Хаджидимово, 14 Якоруда.
- 02. Област Бургас:** 01 Айтос, 02 Бургас, 03 Камено, 04 Карнобат, 05 Малко Търново, 06 Несебър, 07 Поморие, 08 Приморско, 09 Руен, 10 Созопол, 11 Средец, 12 Сунгурларе, 13 Царево.
- 03. Област Варна:** 01 Аврен, 02 Аксаково, 03 Белослав, 04 Бяла, 05 Варна, 06 Ветрино, 07 Вълчи дол, 08 Девня, 09 Долни чифлик, 10 Дългопол, 11 Провадия, 12 Суворово.
- 04. Област Велико Търново:** 01 Велико Търново, 02 Горна Оряховица, 03 Елена, 04 Златарица, 05 Лясковец, 06 Павликени, 07 Полски Тръмбеш, 08 Свищов, 09 Стражица, 10 Сухиндол.
- 05. Област Видин:** 01 Белоградчик, 02 Бойница, 03 Брегово, 04 Видин, 05 Грамада, 06 Димово, 07 Кула, 08 Макреш, 09 Ново село, 10 Ружинци, 11 Чупрене.
- 06. Област Враца:** 01 Борован, 02 Бяла Слатина, 03 Враца, 05 Козлодуй, 06 Криводол, 07 Мездра, 08 Мизия, 09 Оряхово, 10 Роман, 11 Хайредин.
- 07. Област Габрово:** 01 Габрово, 02 Дряново, 03 Севлиево, 04 Трявна.
- 08. Област Добрич:** 01 Балчик, 02 Генерал Тошево, 03 Добрич, 04 Добрич -селска, 05 Каварна, 06 Крушари, 07 Тервел, 08 Шабла.
- 09. Област Кърджали:** 01 Ардино, 02 Джебел, 03 Кирково, 04 Крумовград, 05 Кърджали, 06 Момчилград, 07 Черноочене.
- 10. Област Кюстендил:** 01 Бобовдол, 02 Бобошево, 03 Дупница, 04 Кочериново, 05 Кюстендил, 06 Невестино, 07 Рила, 08 Сапарева баня, 09 Трекляно.
- 11. Област Ловеч:** 01 Априлци, 02 Летница, 03 Ловеч, 04 Луковит, 05 Тетевен, 06 Троян, 07 Угърчин, 08 Ябланица.
- 12. Област Монтана:** 01 Берковица, 02 Бойчиновци, 03 Брусарци, 04 Вълчедръм, 05 Вършец, 06 Георги Дамяново, 07 Лом, 08 Медковец, 09 Монтана, 10 Чипровци, 11 Якимово.
- 13. Област Пазарджик:** 01 Батак, 02 Белово, 03 Брацигово, 04 Велинград, 05 Лесичово, 06 Пазарджик, 07 Панагюрище, 08 Пещера, 09 Ракитово, 10 Септември, 11 Стрелча, 12 Сърница
- 14. Област Перник:** 01 Брезник, 02 Земен, 03 Ковачевци, 04 Перник, 05 Радомир, 06 Трън.
- 15. Област Плевен:** 01 Белене, 02 Гулянци, 03 Долна Митрополия, 04 Долни Дъбник, 05 Искър, 06 Левски, 07 Никопол, 08 Плевен, 09 Пордим, 10 Червен бряг, 11 Кнежа.
- 16. Област Пловдив:** 01 Асеновград, 02 Брезово, 03 Калояново, 04 Карлово, 05 Кричим, 06 Лъки, 07 Марица, 08 Перушица 09 Пловдив, 10 Първомай, 11 Раковски, 12 Родопи, 13 Садово, 14 Стамболийски 15 Съединение, 16 Хисаря, 17 Куклен, 18 Сопот
- 17. Област Разград:** 01 Завет, 02 Исперих, 03 Кубрат, 04 Лозница, 05 Разград, 06 Самуил, 07 Цар Калоян.
- 18. Област Русе:** 01 Борово, 02 Бяла, 03 Вятово, 04 Две могили, 05 Иваново, 06 Русе, 07 Сливо поле, 08 Ценово.
- 19. Област Силистра:** 01 Алфатар, 02 Главница, 03 Дулово, 04 Кайнарджа, 05 Силистра, 06 Ситово, 07 Тутракан.
- 20. Област Сливен:** 01 Котел, 02 Нова Загора, 03 Сливен, 04 Твърдица.
- 21. Област Смолян:** 01 Баните, 02 Борино, 03 Девин, 04 Доспат, 05 Златоград, 06 Мадан, 07 Неделино, 08 Рудозем, 09 Смолян, 10 Чепеларе.
- 22. Област София:** 01 София
- 23. Софийска област:** 01 Антон, 02 Божурище, 03 Ботевград, 04 Годеч, 05 Горна Малина, 06 Долна баня, 07 Драгоман, 08 Елин Пелин, 09 Етрополе, 10 Златица, 11 Ихтиман, 12 Копревци, 13 Костенец, 14 Костинброд, 15 Мирково, 16 Пирдоп, 17 Правец, 18 Самоков, 19 Своге, 20 Сливница, 21 Чавдар, 22 Челопеч.
- 24. Област Стара Загора:** 01 Братя Даскалови, 02 Гурково, 03 Гълъбово, 04 Казанлък, 05 Мъглиж, 06 Николаево, 07 Опан, 08 Павел баня, 09 Раднево, 10 Стара Загора, 11 Чирпан.
- 25. Област Търговище:** 01 Антоново, 02 Омуртаг, 03 Опака, 04 Попово, 05 Търговище.
- 26. Област Хасково:** 01 Димитровград, 02 Ивайловград, 03 Любимец, 04 Маджарово, 05 Минерални бани, 06 Свиленград, 07 Симеоновград, 08 Стамболово, 09 Тополовград, 10 Харманли, 11 Хасково.
- 27. Област Шумен:** 01 Велики Преслав, 02 Венец, 03 Върбица, 04 Каолиново, 05 Каспичан, 06 Никола Козлево, 07 Нови пазар, 08 Смядово, 09 Хитрино, 10 Шумен.
- 28. Област Ямбол:** 01 Болярово, 02 Елхово, 03 Стралджа, 04 Тунджа, 05 Ямбол

Пациент ЕГН (ЛНЧ) на пациента Идентификационен номер ЛНЧ дата на раждане име, презиме и фамилия по лична карта Адрес: гр. (с.) Ул. № Ж.к. бл. вх. ет. ап.	РЗОК № здравен район код на държава неблаг. условия	Лекар регистрационен номер на лечебното заведение НЗОК номер УИН на лекаря УИН на заместителя/нает лекар/медицинска сестра/ акушерка/лекарски асистенти код специалност име и фамилия
--	--	--

АМБУЛАТОРЕН ЛИСТ №. _____ **дата** ____/____/____ **час** ____:____

ПОПЪЛВА СЕ ОТ ЛЕКАР СПЕЦИАЛИСТ
КЪМ НАПРАВЛЕНИЕ (бл. 3, бл. ЗА, бл. 6) вид бл. № тип от дата
от _____ УИН на лекаря код спец. заместващ нает УИН на заместващия/нает лекар
регистрационен номер на лечебното заведение НЗОК номер

АМБУЛАТОРЕН ЛИСТ ОТ ПЪРВИЧНО ПОСЕЩЕНИЕ ПРИ СИМП №. _____ дата ____/____/____

Посещение за:

консултация
 профилактика
 детско здравеопазване ЗОЛ над 18 г.
 майчино здравеопазване г.с.: ____
 ЗОЛ с риск фактори за развитие на заболяване
 здравни грижи, осъществявани в дома
 диспансерен преглед
 ВСД
 рецепта на хоспитализирано ЗОЛ
 експертиза на работоспособността
 по искане на ТЕЛК

Вид преглед

амбулаторен домашен инцидентно посещение
 първичен първичен
 вторичен вторичен

Имунизации код ____ код ____ код ____ проба Манту ____

Издадени документи

медицински направления за консултация или за провеждане на съвместно лечение/направление за КДН
код специалност напр. №. код специалност напр. №.
____ ____ ____ ____

медицински направления за ВСД и назначени ВСД
код специалност напр. №. код ВСД КСМП код
____ ____ ____ ____

направления за МДД

Направление №. _____
НЗОК код ____ КСМП код ____
НЗОК код ____ КСМП код ____

Направление №. _____
НЗОК код ____ КСМП код ____
НЗОК код ____ КСМП код ____

НЗОК код ____ КСМП код ____

талон за МЕ №. _____
 направление за КП, КПр, АПр талон за ТЕЛК
 болн. лист №. _____ дни
МКБ ____ от..... до първичен продълж.
 рецепта/електронно предписание ЕРК № _____
 бързо известие етапна епикриза мед. бележка

Основна диагноза МКБ ____/____/____

Придружаващи заболявания и усложнения МКБ
____/____/____
____/____/____

Анамнеза

Обективно състояние

Изследвания

Терапия

Код на извършени специализирани или високо-специализирани дейности/ код на назначени/изпълнени процедури за физикална и рехабилитационна медицина

.....

.....

.....

.....

Информирани съм за необходимите медицински дейности, назначената терапия и очакваните резултати. Декларирам, че към момента на прегледа не съм хоспитализиран.

пациент **лекар**/медицинска сестра/акушерка/лекарски асистент

.....
(родител, настойник/приеман родител)
(подпис)

.....
(подпис и личен печат и/или печат на лечебното заведение)

УКАЗАНИЯ ЗА ПОПЪЛВАНЕ НА АМБУЛАТОРЕН ЛИСТ ЗА ПРЕГЛЕД ОТ ОБЩОПРАКТИКУВАЩ ЛЕКАР, ЛЕКАР СПЕЦИАЛИСТ ИЛИ МЕДИЦИНСКА СЕСТРА/АКУШЕРКА/ЛЕКАРСКИ АСИСТЕНТ

“Амбулаторен лист” е предназначен за попълване от общопрактикуващия лекар или лекаря-специалист, оказващ извънболнична медицинска помощ при посещение на лице, потърсило лекарска помощ, или от медицинската сестра/акушерка/лекарския асистент, оказващ/а здравни грижи, осъществявани в дома.

1. Данни за пациента

- 1.1. **ЕГН (ЛНЧ)** – попълва се единен граждански номер. За чуждестранните граждани, пребиваващи в Р България, които нямат ЕГН, се попълва личен номер на чужденеца, маркира се с “X” ЛНЧ и се въвежда дата на раждане.
- 1.2. **РЗОК №, здравен район** – вписват се кодовете на РЗОК и здравния район по настоящ адрес на пациента.
- 1.3. **Име, презиме, фамилия, адрес** – вписват се имената на пациента и настоящият адрес.
- 1.4. **Идентификационен номер** – вписва се персонален идентификационен номер на **осигурено в друга държава лице**.
- 1.5. **Код на държавата** – вписва се кодът на държавата за **осигурено в друга държава лице**.
- 1.6. **Неблагоприятни условия** – маркира се с “X” в случаите, когато ЗОЛ има настоящ адрес в населено място, определено като такова с неблагоприятни условия.

2. Данни за лекаря/медицинската сестра/акушерка/лекарския асистент:

2.1. **Регистрационен номер** на лечебното заведение – вписва се номерът, издаден от **ИАМН/РЗИ № на ЛЗ, в което работи титулярят и НЗОК номер (НЗОК номер се отнася за ЛЗ, които имат един ИАМН/№/РЗИ № и сключени договори в различни РЗОК или ЛЗ по чл. 5 от ЗЛЗ).**

- 2.2. **УИН** – вписва се УИН на лекаря титуляр.
- 2.3. **УИН** – вписва се УИН на лекаря – заместник (нает лекар), осъществил преглед или медицинската сестра/акушерка/лекарски асистент, оказали здравни грижи в дома; маркира се с “X” заместник или нает лекар или медицинската сестра/акушерка/лекарски асистент.
- 2.4. **Код на специалност** – вписва се кодът на специалността на лекаря, извършил прегледа според приложената номенклатура на специалностите.
- 2.5. **Име и фамилия** – вписват се имената на лекаря, извършил прегледа или медицинската сестра/акушерка/лекарски асистент, оказали здравни грижи в дома.

3. **Амбулаторен лист №** – пореден номер на амбулаторния лист за календарна година. Номерацията е последователна в рамките на календарна година за всеки лекар (за ОПЛ/медицинската сестра/акушерка/лекарски асистент или за лекар-специалист), като за ОПЛ и медицинската сестра/акушерка/лекарски асистент, номерацията е обща. Номерът се изписва **“дясно подравнен”**.

При подаване на информацията от електронния амбулаторен лист, чрез медицински софтуер, към НЗИС, в поле **Амбулаторен лист №** се попълва национален референтен номер (НРН), издаден от НЗИС.

4. **Дата, час** – дата и час на прегледа/здравни грижи.

5. Данни, попълвани само от лекар специалист:

- 5.1. При първично посещение (бл. 3), назначена високоспециализирана дейност (бл. 3А) и експертна дейност (бл. 6) се попълват:
 - Номер и дата на издаденото направление.
 - Вид бланка – посочва се видът на направлението (3, 3А или 6).
 - тип – посочва се типът на направлението по повод посещението на ЗОЛ, съгласно приложена номенклатура.
 - Регистрационен номер на лечебно заведение.
 - НЗОК номер - отнася се за ЛЗ, които имат един ИАМН/№/РЗИ № и сключени договори в различни РЗОК или ЛЗ по чл. 5 от ЗЛЗ.
 - УИН на лекар – титуляр.
 - УИН на лекар – заместник (нает персонал), в случаите, при които той е извършил прегледа.
 - Код на специалността.
 - 5.2. При вторично посещение се попълва само номерът и датата на амбулаторния лист от първичното посещение при специалиста.
6. **Посещение за:** маркира се с “X” видът на посещението. Задължително е вписването само на една от всички възможности.
- Консултация (посещение при ОПЛ за прегледи, включени в капитационно заплащане или консултативни прегледи при специалист).
 - Профилактика – в зависимост от вида на профилактичния преглед с “X” се маркира само една от следните възможности:
 - o “Майчино здравеопазване” и се отбелязва срокът на бременността в гестационна седмица;
 - o “Детско здравеопазване”;
 - o ЗОЛ над 18 год. Ако ЗОЛ, на когото е извършен профилактичен преглед, е в група с рискови фактори за развитие на заболяване, то се маркира с “X”;
 - o здравни грижи, осъществявани в дома.
 - Диспансерен преглед – маркира се с “X”, ако ЗОЛ е диспансеризирано по основната диагноза.
 - ВСД – маркира се с “X” при извършване на ВСД:
 - Рецепта на хоспитализирано ЗОЛ.
 - Експертиза на работоспособността – маркира се с “X” при преглед на база направление бланка МЗ-НЗОК № 6.
 - По искане на ТЕЛК – маркира се с “X” в случай на посещение на ЗОЛ при ОПЛ за назначаване на ВСМДИ по искане на ТЕЛК.

7. **Вид преглед** – маркира се с “X” видът на прегледа:

- Амбулаторен преглед: първичен или вторичен.
 - Домашен преглед: първичен или вторичен.
 - Инцидентно посещение /само за ОПЛ/.
- При посещение по искане на ТЕЛК, при посещение за рецепта на хоспитализирано ЗОЛ и при посещение за ВСД – не се маркира вид преглед.
- Имунизации – попълват се кодовете на извършените имунизации. Попълва се съответен код на направена проба за Манту.
8. **Издадени документи, които се отразяват в амбулаторния лист:**
- Направление за консултация и съвместно лечение/направление за КДН – вписват се код на специалност на лекар по приложена номенклатура, към който е издадено медицинско направление и номера на направлението.
 - Направление за ВСД – вписват се код на специалност на лекар по приложена номенклатура, към който е издадено медицинско направление за ВСД; номер на направлението; код ВСД и КСМП код.
 - Направление за МДД – вписват се номерът на направлението за МДД и кодове на назначените медико-диагностични изследвания.
 - Талон за ТЕЛК – издава се от ОПЛ.
 - Талон за МЕ (медицинска експертиза) – вписва се номерът на талона.
 - Направление за КП, КПр, АПр.
 - Болничен лист №. – вписва се номерът на болничния лист, ако е издаден такъв по време на посещението, брой дни, срок (от дата до дата), МКБ код на заболяване, вид (първичен, продължение).
 - Рецепта/електронно предписание – маркира се с “X”, когато на пациента е издадена рецепта/електронно предписание, номер на електронна рецептурна книжка (ЕРК), когато на пациента е назначена терапия по повод заболяване, което е дефинирано като хронично
 - Бързо известие – маркира се с “X” в случаите, в които е издадено.
 - Етапна епикриза – маркира се с “X” в случаите, в които е издадена.
 - Медицинска бележка – маркира се с “X” в случаите, в които се издава.

9. Медицинска информация

- 9.1. **Основна диагноза** – наименование на диагнозата (изписва се на български език), която е повод за посещението и код по МКБ 10 (1. основен код на диагноза; 2. допълнителен код).
- 9.2. **Придружаващи заболявания и усложнения** – вписват се наименования на съпътстващите заболявания (ако пациентът има такива) и кодовете им по МКБ 10 (1. основен код на диагноза; 2. допълнителен код).
- 9.3. **Анамнеза, обективно състояние, изследвания, терапия** – в свободен текст се вписват всички медицински данни, отнасящи се до състоянието на пациента; терапия - вписват се данни от издадената рецепта: номер на рецептурната бланка; код НЗОК на предписаните лекарства, мед. изделия и храни; МКБ код на заболяването, за което са предписани; сигнатура; предписано количество и срока, за който са предписани продуктите.
- 9.4. **Кодове на извършени ВСД, специализирани медицински дейности или назначени и извършени процедури за физикална и рехабилитационна медицина** (в т.ч. кодове на процедури по хирургия и ортопедия и травматология).
10. **Лекарят извършил дейността, отразява начина на финансиране със съответната цифра от посочените възможности, в зависимост от източника на финансиране.**

11. Пациентът (родител, настойник/приеман родител) удостоверява с подписа си информираност за извършените медицински дейности, назначените изследвания и терапия, както и че към момента на прегледа не е хоспитализиран. При отказ на пациента от назначената терапия или от хоспитализация, лекарят в свободен текст описва отказа в полето “Терапия” и задължително изисква подпис на пациента или негов законен представител.

12. Лекарят, осъществил прегледа/ медицинската сестра/акушерка/лекарския асистент, оказал/а здравни грижи в дома, поставя подписа си и подпечатва с личния си печат и/или с печата на лечебното заведение всеки екземпляр на амбулаторния лист.

<p>ПАЦИЕНТ</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> </div> <p style="text-align: center;">ЕГН (ЛНЧ) на пациента РЗОК № здравен район</p> <div style="border: 1px solid black; width: 400px; height: 25px; margin-bottom: 5px;"></div> <p>Идентификационен номер</p> <p><input type="checkbox"/> ЛНЧ дата на раждане <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> . <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> . <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;"><input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p style="text-align: right;">код на държава</p> <p style="text-align: center;">.....</p> <p style="text-align: center;">/име, презиме, фамилия по лична карта/</p> <p>Адрес: гр. (с.).....</p> <p>Ул. №.</p> <p>Ж.к. бл. вх. ет. ап.</p>	<p>ИЗПРАЩАЩ ЛЕКАР</p> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <p>Рег. номер на лечебното заведение</p> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <p>НЗОК номер</p> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <p>УИН на лекаря/ЛПК на лекаря по дентална</p> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <p>УИН на заместващ/нает лекар</p> <p><input type="checkbox"/> нает <input type="checkbox"/> заместващ</p> <p><input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>код специалност /име, фамилия/</p> <p>Дата: лекар.....</p> <p style="text-align: right; font-size: small;">/подпис и личен печат и/или печат на лечебното заведение/</p>
---	---

МЕДИЦИНСКО НАПРАВЛЕНИЕ №. **Код специалност**

Амбулаторен лист: №.

Диагнози:

МКБ -

основна диагноза

МКБ -

придр. заболяване

МКБ -

придр. заболяване

ЛЕКАР

Рег. номер на лечебното заведение

НЗОК номер

УИН на лекаря

код специалност

.....

/име, фамилия/

Дата: лекар.....

/подпис и личен печат и/или печат на лечебното заведение /

Изпраща се за: Тип

1 остро заболяване или състояние извън останалите типове

2 хронично заболяване, неподлежащо на диспансерно наблюдение

3 избор (преизбор) на специалист, извършващ диспансерно наблюдение

4 диспансерно интердисциплинарно наблюдение

7 профилактика на ЗОЛ над 18г. - с рискови фактори за развитие на заболяване

9 първоначален избор на специалист АГ - програма „Майчино здравеопазване“

10 първоначален избор на специалист педиатър - „Детско здравеопазване“

11 преизбор на специалист АГ - програма „Майчино здравеопазване“

12 преизбор на специалист педиатър - „Детско здравеопазване“

Източник на финансиране: 1 бюджет ; 2 НЗОК; 3 ДЗОФ; 4 пациент; 5 МЗ

Приложени медицински документи:

Бл. МЗ-НЗОК № 3

УКАЗАНИЯ ЗА ПОПЪЛВАНЕ НА МЕДИЦИНСКО НАПРАВЛЕНИЕ ЗА КОНСУЛТАЦИЯ ИЛИ ЗА ПРОВЕЖДАНЕ НА СЪВМЕСТНО ЛЕЧЕНИЕ

Първичният медицински документ "Медицинско направление" – бл. МЗ-НЗОК № 3 за консултация или за провеждане на съвместно лечение се издава на лицето в един екземпляр от лекар, работещ в ЛЗ за извънболнична медицинска/дентална помощ или в ЛЗ по чл.5 от ЗЛЗ. От лекар по дентална медицина се предоставя на ЗОЛ, който го представя на лекар със специалност "Психиатрия" за консултация или за провеждане на съвместно лечение.

При електронно издаване на "Медицинско направление" – бл. МЗ-НЗОК № 3, същото се регистрира в Националната здравно-информационна система (НЗИС), откъдето получава национален референтен номер (НРН)..

I. Данни попълвани от лекаря/лекаря по дентална медицина, издал направлението:

1. **Данни за пациента** – попълват се само при преглед по линия на задължителното здравно осигуряване.
 - 1.1. **ЕГН (ЛНЧ)** – попълва се единен граждански номер. За чуждестранните граждани, пребиваващи в Р България, който нямат ЕГН, се попълва личен номер на чужденеца, маркира се с "X" ЛНЧ и се въвежда дата на раждане.
 - 1.2. **РЗОК №, здравен район** – вписват се кодовете на РЗОК и здравния район по настоящ адрес на пациента, съгласно здравната карта на Р България.
 - 1.3. **Име, презиме, фамилия, адрес** – вписват се имената на пациента и настоящият адрес.
 - 1.4. **Идентификационен номер** – вписва се персонален идентификационен номер на осигурено в друга държава лице.
 - 1.5. **Код на държавата** – вписва се кодът на държавата за осигурено в друга държава лице.
2. **Данни за лекаря/лекаря по дентална медицина, издал направлението:**
 - 2.1. **Регистрационен номер на лечебното заведение** – вписва се номерът на ЛЗ, издаден от ИАМН или РЗИ на ЛЗ, в което работи титулярят и НЗОК номер (НЗОК номер се отнася за ЛЗ, които имат един ИАМН № или РЗИ № и сключени договори в различни РЗОК или ЛЗ по чл. 5 от ЗЛЗ).
 - 2.2. **УИН** – вписва се УИН на лекаря титуляр или ЛПК на лекаря по дентална медицина.
 - 2.3. **УИН** – вписва се УИН на лекаря – заместник (нает персонал), осъществил преглед; маркира се с "X" заместник или нает персонал.
 - 2.4. **Име и фамилия** – имената на лекаря, издал направлението.
 - 2.5. **Код на специалност** – вписва се кодът на специалността на лекаря/лекаря по дентална медицина, издал направлението, според приложената номенклатура на специалностите.
 - 2.6. Изпращащият лекар/лекар по дентална медицина вписва датата на издаване на направлението, подписва се и задължително подпечатва документа с личния си печат и/или с печата на лечебното заведение (за нает персонал).
 - 2.7. **"Специалност"** – изпращащият лекар изписва кода и наименованието на специалността на специалиста, към който се изпраща пациентът, съгласно приложена номенклатура.

3. Общи данни

- 3.1. **Медицинското направление №.** – пореден номер на направлението за календарна година. Номерацията е последователна в рамките на календарна година за всеки лекар (ОПЛ или специалист). Номерът се изписва "дясно подравнен".
При електронно издаване се попълва национален референтен номер (НРН), издаден от Националната здравно-информационна система (НЗИС).
- 3.2. **Амбулаторен лист №.** – вписва се номерът на амбулаторния лист, на базата на който лекарят, извършил прегледа, е издал направлението.

4. Медицинска информация

- 4.1. **Основна диагноза** – наименование на диагнозата (изписва се на български език), която е повод за посещението и код по МКБ 10 (1. основен код на диагноза; 2. допълнителен код).
- 4.2. **Придружаващи заболявания и усложнения** – вписват се наименования на съпътстващите заболявания (ако пациентът има такива) и кодовете им по МКБ 10 (1. основен код на диагноза; 2. допълнителен код).
- 4.3. **Изпраща се за** – поводът за издаване на направлението се маркира с "X" в съответното поле: **тип 1** – по повод остро заболяване или състояние извън останалите типове, издава се от ОПЛ/ лекар –специалист/ лекар по дентална медицина; **тип 2** – по повод хронично заболяване, неподлежащо на диспансерно наблюдение, издава от ОПЛ/ лекар – специалист/ лекар по дентална медицина; **тип 3** – за избор (преизбор) на специалист, извършващ диспансерното наблюдение, издава се само от ОПЛ за извършване на преглед и вписване на ЗОЛ в диспансерната листа на специалиста; **тип 4** – за диспансерно интердисциплинарно наблюдение, издава се от специалист или ОПЛ само на лица включени в диспансерната им листа за консултация със специалист в хода на диспансерното наблюдение; **тип 7** – издава се от ОПЛ за профилактика на ЗОЛ над 18-годишна възраст с рискови фактори за развитие на заболяване; **тип 9** – за първоначален избор на специалист по АГ, извършващ профилактичното наблюдение по програма „Майчино здравеопазване“, издава се само от ОПЛ; **тип 10** – за първоначален избор на специалист педиатрия, извършващ профилактичното наблюдение по програма „Детско здравеопазване“, издава се само от ОПЛ; **тип 11** – за преизбор на специалист по АГ, извършващ профилактичното наблюдение по програма „Майчино здравеопазване“, издава се само от ОПЛ; **тип 12** – за преизбор на специалист педиатрия, извършващ профилактичното наблюдение по програма „Детско здравеопазване“, издава се само от ОПЛ.
- 4.4. **Приложени медицински документи** – вписват се приложените медицински документи.

II. Данни попълвани от лекаря, извършил прегледа

1. Данни за лекаря специалист, провел консултация или съвместно лечение:

- 1.1. **Регистрационен номер на лечебното заведение** – вписва се номерът на ЛЗ, издаден от ИАМН или РЗИ на ЛЗ, в което работи титулярят и НЗОК номер (НЗОК номер се отнася за ЛЗ, които имат един ИАМН №/РЗИ № и сключени договори в различни РЗОК или ЛЗ по чл. 5 от ЗЛЗ).
 - 1.2. **УИН** – вписва се УИН на лекаря специалист.
 - 1.3. **Име и фамилия** – име и фамилия на лекаря специалист, извършил прегледа.
 - 1.4. **Лекарят/лекарят по дентална медицина, извършил прегледа** вписва датата на извършването му, подписва се и задължително подпечатва документа с личния си печат и/или с печата на лечебното заведение.
2. Лекарят извършил дейността, отразява начина на финансиране със съответната цифра от посочените възможности, в зависимост от източника на финансиране.

УКАЗАНИЯ ЗА ПОПЪЛВАНЕ НА МЕДИЦИНСКО НАПРАВЛЕНИЕ ЗА ВИСОКОСПЕЦИАЛИЗИРАНИ ДЕЙНОСТИ

Първичният медицински документ "Медицинско направление" – бл. МЗ-НЗОК № 3А за извършване на високоспециализирани дейности се съставя на лица в един екземпляр от лекар, работещ в ЛЗ за оказване на извънболнична медицинска/дентална помощ по договор с НЗОК. От лекар по дентална медицина се предоставя на ЗОЛ, който го представя на лекар специалист по "Анестезиология и интензивно лечение" за анестезиологична консултация.

При електронно издаване на "Медицинско направление" – бл. МЗ-НЗОК № 3А, същото се регистрира в Националната здравно-информационна система (НЗИС), откъдето получава национален референтен номер (НРН)..

I. Данни попълвани от лекаря/лекар по дентална медицина, издал направлението:

1. **Данни за пациента** – попълват се само при преглед по линия на задължителното здравно осигуряване.
 - 1.1. **ЕГН (ЛНЧ)** – попълва се единен граждански номер. За чуждестранните граждани, пребиваващи в Р България, който нямат ЕГН, се попълва личен номер на чужденеца, маркира се с "X" ЛНЧ и се въвежда дата на раждане.
 - 1.2. **РЗОК №., здравен район** – вписват се кодовете на РЗОК и здравния район по настоящ адрес на пациента, съгласно здравната карта на Р България.
 - 1.3. **Име, презиме, фамилия, адрес** – вписват се имената на пациента и настоящият адрес.
 - 1.4. **Идентификационен номер** – вписва се персонален идентификационен номер на осигурено в друга държава лице.
 - 1.5. **Код на държавата** – вписва се кодът на държавата за осигурено в друга държава лице
2. **Данни за лекаря/лекар по дентална медицина, издал направлението:**
 - 2.1. **Регистрационен номер** на лечебното заведение – вписва се номерът на ЛЗ, издаден ИАМН или РЗИ на ЛЗ, в което работи титулярят и НЗОК номер (НЗОК номер се отнася за ЛЗ, които имат един ИАМН №/РЗИ № и сключени договори в различни РЗОК или ЛЗ по чл. 5 от ЗЛЗ).
 - 2.2. **УИН** – вписва се УИН на лекаря титуляр на ЛЗ и ЛПК на лекаря по дентална медицина.
 - 2.3. **УИН** – вписва се УИН на лекаря – заместник (нает персонал), осъществил преглед; маркира се с "X" заместник или нает персонал.
 - 2.4. **Име и фамилия** – имената на лекаря, издал направлението.
 - 2.5. **Код на специалност** – вписва се кодът на специалността на лекаря/лекаря по дентална медицина, издал направлението, според приложената номенклатура на специалностите.
 - 2.6. Изпращащият лекар/лекар по дентална медицина вписва датата на издаване на направлението, подписва се и задължително подпечатва документа с личния си печат и/или с печата на лечебното заведение (за нает персонал).
 - 2.7. **"Специалност"** – изпращащият лекар изписва кода и наименованието на специалността на специалиста, към който се изпраща пациентът, съгласно приложена номенклатура.

3. Общи данни

- 3.1. **Медицинско направление №.** – пореден номер на направлението за календарна година. Номерацията е последователна в рамките на календарна година. Номерът се изписва "дясно подравнен". При електронно издаване се попълва национален референтен номер (НРН), издаден от Националната здравно-информационна система (НЗИС).
- 3.2. **Амбулаторен лист №.** – вписва се номерът на амбулаторния лист, на базата на който лекарят, извършил прегледа, е издал направлението.

4. Медицинска информация

- 4.1. **Основна диагноза** – наименование на диагнозата (изписва се на български език), която е повод за посещението и код по МКБ 10 (1. основен код на диагноза; 2. допълнителен код).
- 4.2. **Придружаващи заболявания и усложнения** – вписват се наименования на съпътстващите заболявания (ако пациентът има такива) и кодовете им по МКБ 10 (1. основен код на диагноза; 2. допълнителен код).
- 4.3. **Изпраща се за** – вписва се кодът на ВСД, в т.ч. и КСМП код и код по МКБ и се маркира с "X" съответно: **тип 1** – по повод остро заболяване или състояние извън останалите; **тип 2** – по повод хронично заболяване, неподлежащо на диспансерно наблюдение; **тип 4** – за диспансерно наблюдение, издава се от ОПЛ/специалист само на лица включени в диспансерната им листа за ВСМД в хода на диспансерното наблюдение; **тип 6** – за медицинска експертиза; **тип 7** – издава се от лекар специалист за профилактика на ЗОЛ над 18-годишна възраст с рискови фактори за развитие на заболяване;
- 4.4. **Приложени медицински документи** – вписват се приложените медицински документи.

II. Данни попълвани от лекаря, извършил прегледа

1. Данни за лекаря специалист, провел консултация или съвместно лечение:

- 1.1. **Регистрационен номер на лечебното заведение** – вписва се номерът на ЛЗ, издаден от ИАМН или РЗИ на ЛЗ, в което работи титулярят и НЗОК номер (НЗОК номер се отнася за ЛЗ, които имат един ИАМН №/РЗИ № и сключени договори в различни РЗОК или ЛЗ по чл. 5 от ЗЛЗ).
 - 1.2. **УИН** – вписва се УИН на лекаря специалист.
 - 1.3. **Име и фамилия** – име и фамилия на лекаря специалист, извършил прегледа.
 - 1.4. **Лекарят/лекарят по дентална медицина, извършил прегледа** вписва датата на извършването му, подписва се и задължително подпечатва документа с личния си печат и/или с печата на лечебното заведение.
2. Лекарят извършил дейността, отразява начина на финансиране със съответната цифра от посочените възможности, в зависимост от източника на финансиране.

НАПРАВЛЕНИЕ ЗА МЕДИКО-ДИАГНОСТИЧНА ДЕЙНОСТ

№

амбулаторен лист №

Пациент
ЕГН (ЛНЧ) на пациента РЗОК №. здравен район

Идентификационен номер
 ЛНЧ дата на раждане
име, презиме и фамилия по лична карта
Адрес: гр. (с.)
Ул. №
ж.к. бл. вх. ет. ап.

Изпращащ
лекар/лекар по дентална
медицина
Рег. номер на лечебното заведение

НЗОК номер

код специалност
УИН на лекаря/ЛПК на лекаря по дентална медицина

УИН на заместващ/нает лекар

 заместващ нает
Дата: лекар/лекар по дентална медицина
подпис и личен печат и /или печат на лечебното заведение

Изпраща се за: МКБ Тип
Кодове на назначени МДД:
НЗОК код КСМП код изпълнено
НЗОК код КСМП код изпълнено
НЗОК код КСМП код изпълнено
НЗОК код КСМП код изпълнено
НЗОК код КСМП код изпълнено
НЗОК код КСМП код изпълнено

Извършващ
лекар/лекар по дентална медицина
Рег. номер на лечебното заведение

НЗОК номер

УИН на лекаря/ЛПК на лекаря по дентална медицина

Подпис на лекар код специалност
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
Дата: Печат на лечебното заведение

Дата: Пациент:

Източник на финансиране: 1 бюджет ; 2 НЗОК; 3 ДЗОФ; 4 пациент; 5 МЗ
Бл. МЗ-НЗОК № 4

УКАЗАНИЯ ЗА ПОПЪЛВАНЕ НА НАПРАВЛЕНИЕ ЗА МЕДИКО-ДИАГНОСТИЧНА ДЕЙНОСТ

Първичният медицински документ "Направление за медико-диагностична дейност" – бл. МЗ-НЗОК № 4 се съставя в един екземпляр от лекар по дентална медицина/в един екземпляр от изпълнител на ПИМП/СИМП. От лекар по дентална медицина се предоставя на ЗОЛ, който го представя в медико-диагностичната лаборатория за извършване на назначената медико-диагностична дейност.

При електронно издаване на "Медицинско направление" – бл. МЗ-НЗОК № 4, същото се регистрира в Националната здравно-информационна система (НЗИС), откъдето получава национален референтен номер (НРН).

Резултатите се изпращат от медико-диагностичната лаборатория в НЗИС, а чрез пациента или по служебен път на лекаря, назначил изследванията, за формиране на здравно досие на ЗОЛ.

1. Общи данни:

- 1.1. **Направление за медико-диагностична дейност №.** – пореден номер направление за медико-диагностична дейност, генериран от медицинския софтуер, чрез който е издадено и разпечатано направлението. Номерацията е последователна за всеки лекар в рамките на календарна година. При издадено електронно направление, това – е национален референтен номер (НРН), издаден от Националната здравно-информационна система (НЗИС).
- 1.2. **Амбулаторен лист №.** – вписва се номерът на амбулаторния лист, на базата на който лекарят, извършил прегледа, е издал направлението.

2. Данни за пациента:

- 2.1. **ЕГН (ЛНЧ)** – попълва се единен граждански номер. За чуждестранните граждани, пребиваващи в Република България, които нямат ЕГН, се попълва личен номер на чужденеца, маркира се с "X" ЛНЧ и се въвежда дата на раждане.
- 2.2. **РЗОК №., здравен район** – вписват се кодовете на РЗОК и здравния район по настоящ адрес на пациента, съгласно здравната карта на Република България.
- 2.3. **Име, презиме, фамилия, адрес** – вписват се имената на пациента и настоящият адрес.
- 2.4. **Идентификационен номер** – вписва се персонален идентификационен номер на **осигурено в друга държава лице**.
- 2.5. **Код на държавата** – вписва се кодът на държавата за **осигурено в друга държава лице**.

3. Данни за лекаря, издаващ направлението:

- 3.1. **Регистрационен номер на лечебното заведение** – вписва се номерът на ЛЗ, издаден от **ИАМН или РЗИ на ЛЗ, в което работи титулярят и НЗОК номер (НЗОК номер се отнася за ЛЗ, които имат един ИАМН №/РЗИ № и сключени договори в различни РЗОК или ЛЗ по чл. 5 от ЗЛЗ).**
Код специалност – вписва се кодът на специалността на лекаря, назначил МДД, според приложената номенклатура на специалностите.
- 3.2. **УИН** – вписва се УИН на лекаря титуляр/ЛПК на лекаря по дентална медицина.
- 3.3. **УИН** – вписва се УИН на лекаря заместник (нает персонал), осъществил преглед; маркира се с "X" заместник или нает персонал.

4. Изпраща се за – изпращащият лекар, издал направлението, вписва:

- 4.1. Кода на диагнозата по МКБ 10 (1. основен код на главна диагноза; 2. допълнителен код).
- 4.2. НЗОК кодовете и КСМП кодовете на назначените МДД. Кодовете в едно направление са от един пакет.
- 4.3. Полетата, в които не са вписани кодове на назначени МДД, се зачертават, в случай че направлението не е издадено електронно
- 4.4. Посочва се типът на направлението, съгласно приложена номенклатура, както следва: **тип 1** – по повод остро заболяване или състояние извън останалите типове, издава се от ОПЛ/лекар-специалист/ лекар по дентална медицина ; **тип 2** – по повод хронично заболяване, неподлежащо на диспансерно наблюдение; издава се от ОПЛ/лекар-специалист/ лекар по дентална медицина ; **тип 4** – за диспансерно наблюдение, издава се от специалист или ОПЛ само на лица включени в диспансерната им листа за медико-диагностични изследвания в хода на диспансерното наблюдение; **тип 6** – за медицинска експертиза, издава се от ОПЛ /лекар –специалист/ лекар по дентална медицина за МДД, необходими в хода на експертизата; **тип 7** – издава се от ОПЛ за профилактика на ЗОЛ над 18-годишна възраст или от ОПЛ/специалист за профилактика на ЗОЛ над 18-годишна възраст с рискови фактори за развитие на заболяване; **тип 8** – по искане на ТЕЛК/НЕЛК, издава се само от ОПЛ за ВСМДИ по искане на ТЕЛК или НЕЛК; **тип 9** – по програма „Майчино здравеопазване“, издава се от изпълнителя на програмата – ОПЛ или специалист АГ; **тип 10** – по програма „Детско здравеопазване“, издава се от изпълнителя на програмата – ОПЛ или специалист педиатрия;
- 4.5. Попълва се само от лекар по дентална медицина. При назначаване на МДД с код 06_01/57930-00 (секторна рентгенография) се вписва номер на зъб.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

5. Изпращащият лекар/лекар по дентална медицина вписва датата на издаване на направлението, подписва се и задължително подпечатва документа с личния си печат и/или с печата на ЛЗ (за нает персонал).

6. Данни на лекаря, извършил изследванията:

- 6.1. **Регистрационен номер на лечебното заведение** – вписва се номерът на ЛЗ, издаден от **ИАМН или РЗИ на ЛЗ, в което работи титулярят и НЗОК номер (НЗОК номер се отнася за ЛЗ, които имат един ИАМН №/РЗИ № и сключени договори в различни РЗОК или ЛЗ по чл. 5 от ЗЛЗ).**
- 6.2. **Код специалност** – вписва се кодът на специалността на лекаря, извършил МДД, според приложената номенклатура на специалностите.
- 6.3. **УИН на лекаря** – вписва се УИН на лекаря/ЛПК на лекаря по дентална медицина, извършил МДД и подпис. Повече от един УИН се вписва само в случай, че назначените МДД се извършват от повече от един лекар.
- 6.4. **Отбелязват се с „X“ кодовете на извършените МДД.**
- 6.5. **Вписва се дата на завършване на дейността по направлението и документът задължително се подпечатва с печата на лечебното заведение.**

7. Лекарят извършил дейността, отразява начина на финансиране със съответната цифра от посочените възможности, в зависимост от източника на финансиране.

8. Вписва се датата, на която пациентът с подписа си удостоверява, че е взет биологичен материал или е извършено образно изследване.

Талон за медицинска експертиза №

Амбулаторен лист №

Пациент

ЕГН (ЛНЧ) на пациента

РЗОК №

здравен район

Идентификационен номер

ЛНЧ

дата на раждане

код държава

име, презиме и фамилия по лична карта

Адрес: гр. (с.) ул. №.....

Ж.к. бл. вх. ет. ап.

лекар /лекар по дентална медицина

регистрационен номер на лечебното заведение

НЗОК номер на лечебното заведение

заместващ нает

УИН лекаря/ЛПК на лекар по дентална медицина

УИН на заместващия/нает лекар

име и фамилия на лекаря/лекаря по дентална медицина

подготовка за ЛКК

Основна диагноза:

МКБ

ЛКК

придружаващи заболявания:

МКБ:

по искане на ЛКК

Към:

(кодове специалисти)

подготовка за ТЕЛК/НЕЛК

Дата: лекар/лекар по дентална медицина

подпис и личен печат и/или печат на лечебното заведение

талон за МЕ №.

дата:

регистрационен номер на лечебното заведение

НЗОК номер на лечебното заведение

УИН лекаря/ЛПК на лекар по дентална медицина

Код специалност

Специалист

име и фамилия

амб. лист №.

дата: МКБ

дата:

лекар/лекар по дентална медицина

подпис и личен печат и/или печат на лечебното заведение

талон за МЕ №.

дата:

регистрационен номер на лечебното заведение

НЗОК номер на лечебното заведение

УИН лекаря/ЛПК на лекар по дентална медицина

Код специалност

Специалист

име и фамилия

амб. лист №.

дата: МКБ

дата:

лекар/лекар по дентална медицина

подпис и личен печат и/или печат на лечебното заведение

талон за МЕ №.

дата:

регистрационен номер на лечебното заведение

НЗОК номер на лечебното заведение

УИН лекаря/ЛПК на лекар по дентална медицина

Код специалност

Специалист

име и фамилия

амб. лист №.

дата: МКБ

дата:

лекар/лекар по дентална медицина

подпис и личен печат и/или печат на лечебното заведение

талон за МЕ №.

дата:

регистрационен номер на лечебното заведение

НЗОК номер на лечебното заведение

УИН лекаря/ЛПК на лекар по дентална медицина

Код специалност

Специалист

име и фамилия

амб. лист №.

дата: МКБ

дата:

лекар/лекар по дентална медицина

подпис и личен печат и/или печат на лечебното заведение

талон за МЕ №.

дата:

регистрационен номер на лечебното заведение

НЗОК номер на лечебното заведение

УИН лекаря/ЛПК на лекар по дентална медицина

Код специалност

Специалист

име и фамилия

амб. лист №.

дата: МКБ

дата:

лекар/лекар по дентална медицина

подпис и личен печат и/или печат на лечебното заведение

Източник на финансиране: 1 бюджет ; 2 НЗОК; 3 ДЗОФ; 4 пациент; 5 МЗ

УКАЗАНИЯ ЗА ПОПЪЛВАНЕ НА ТАЛОН ЗА МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА (МЕ)

“Талон за медицинска експертиза (МЕ)” – бл. МЗ-НЗОК № 6 се издава в един екземпляр от лекари и лекари по дентална медицина, работещи в ЛЗ за оказване на извънболнична медицинска или дентална помощ. От лекар по дентална медицина се предоставя на ЗОЛ, който го представя в ЛЗ за експертиза на работоспособността. Използва се в случаите, когато ЗОЛ се насочва за преглед по повод извършване на експертиза на работоспособността към лекар/лекар по дентална медицина в извънболничната помощ.

Документът задължително се подпечатва с личния печат на изпращащия лекар/лекар по дентална медицина.

Съдържание на обща част от “Талон за МЕ”

При електронно издаване на “Талон за медицинска експертиза (МЕ)” – бл. МЗ-НЗОК № 6 същото се регистрира в Националната здравно-информационна система (НЗИС), откъдето получава национален референтен номер (НРН).

1. Талон за МЕ №: пореден номер на талона. Номерацията е последователна в рамките на календарна година, “**дясно подравнен**”. При електронно издаване на “Талон за медицинска експертиза (МЕ)” – бл. МЗ-НЗОК № 6, това е национален референтен номер (НРН), издаден от Националната здравно-информационна система (НЗИС).

2. Амбулаторен лист № – вписва се номерът и датата на амбулаторния лист, на базата на който лекарят, извършил прегледа, е издал талона за ЛКК.

3. Данни за пациента:

3.1. **ЕГН (ЛНЧ)** – попълва се единен граждански номер. За чуждестранните граждани, пребиваващи в Република България, които нямат ЕГН, се попълва личен номер на чужденеца, маркира се с “X” ЛНЧ и се въвежда дата на раждане.

3.2. **РЗОК №., здравен район** – вписват се кодовете на РЗОК и здравния район по настоящ адрес на пациента, съгласно здравната карта на Република България.

3.3. **Идентификационен номер** – вписва се персонален идентификационен номер на **осигурено в друга държава лице**.

3.4. **Код на държавата** – вписва се кодът на държавата за **осигурено в друга държава лице**.

3.5. **Име, презиме, фамилия, адрес** – вписват се имената на пациента и настоящият адрес.

4. Данни за изпращащия лекар/лекар по дентална медицина:

4.1. **Регистрационен номер** на лечебното заведение – вписва се номерът на ЛЗ, издаден от **ИАМН/регионална здравна инспекция (РЗИ на ЛЗ, в което работи титулярят и НЗОК номер (НЗОК номер се отнася за ЛЗ, които имат един ИАМН №/РЗИ № и сключени договори в различни РЗОК или ЛЗ по чл. 5 от ЗЛЗ)**.

При издаване на талон по искане на ЛКК, председателят издава талона, като попълва регистрационния номер на лечебното заведение, където е разкрита ЛКК и вписва собствения си ЕГН.

4.2. **УИН** – вписва се УИН на лекаря/ ЛПК на лекаря по дентална медицина, издал “Талон за МЕ”.

4.3. **УИН** – вписва се УИН на лекаря заместник (нает персонал), осъществил преглед; маркира се с “X” заместник или нает персонал.

4.4. **Име и фамилия** – вписват се имената на лекаря, издал “Талон за МЕ”.

4.5. **Вид на прегледа, за който се издава талонът за МЕ** – “подготовка за ЛКК”, “от ЛКК”, “по искане на ЛКК”, “подготовка за ТЕЛК/НЕЛК” (освидетелстване или преосвидетелстване от ТЕЛК/НЕЛК) като се маркира с “X”.

5. **Основна диагноза** – вписва се наименованието на заболяването и код по МКБ.

5.1. **Придружаващите заболявания** – вписват се кодове по МКБ на заболяванията.

6. **Насочва се към** – вписват се кодовете на специалистите, към които се насочва пациентът за преглед, според приложената номенклатура на специалностите.

7. Вписва се датата на издаване на “Талона за ЛКК”. Лекарят, издал талона, поставя подписа си и подпечатва с личния си печат и/или с печата на ЛЗ (за нает персонал).

Съдържание на отрязък от “Талон за МЕ”:

Данни за лекар специалист/лекар по дентална медицина извършил преглед на база получен “Талон за МЕ”:

1. **№ на отрязъка от “Талон за МЕ” от датата на издаването му** – еднакъв с номера и датата на талона от общата част.

2. **Регистрационен номер** на лечебното заведение – вписва се номерът на ЛЗ, издаден от **ИАМН или (РЗИ на ЛЗ, в което работи титулярят и НЗОК номер (НЗОК номер се отнася за ЛЗ, които имат един ИАМН №/РЗИ № и сключени договори в различни РЗОК или ЛЗ по чл. 5 от ЗЛЗ)**.

3. **УИН** – вписва се УИН на лекаря/ЛПК на лекаря по дентална медицина – специалист, извършил прегледа.

4. **Име и фамилия** – име и фамилия на лекаря/лекаря по дентална медицина – специалист.

5. **Код на специалността** – според приложената номенклатура на специалистите.

6. **Амбулаторен лист №** – номерът на амбулаторния лист, издаден за извършения преглед и датата на прегледа.

7. **МКБ** на основното заболяване.

8. Вписва се датата на извършване на прегледа и лекарят, извършил прегледа поставя подписа си и го подпечатва с личния си печат /или с печата на лечебното заведение.

9. **Лекарят извършил дейността, отразява начина на финансиране със съответната цифра от посочените възможности, в зависимост от източника на финансиране.**

Движение на общата част от “Талон за МЕ”

1. **При преглед за подготовка за ЛКК:** общата част от “Талон за МЕ” се прилага към месечния отчет на лекаря специалист/лекаря по дентална медицина, представян в РЗОК.

2. **При ЛКК преглед:** общата част от “Талон за МЕ” остава в председателя на ЛКК и се прилага към месечния отчет на ЛКК.

3. **При преглед по искане на ЛКК:** общата част от “Талон за МЕ” се прилага към месечния отчет на лекаря специалист/лекаря по дентална медицина, представян в РЗОК.

4. **При преглед за подготовка за ТЕЛК/НЕЛК** (освидетелстване или преосвидетелстване от ТЕЛК/НЕЛК) общата част от “Талон за МЕ” се прилага към месечния отчет на лекаря специалист/лекаря по дентална медицина, представян в РЗОК.

Движение на отрязък от “Талон за МЕ”

1. **При преглед за подготовка за ЛКК:** Специалистът, извършил преглед на базата на “Талон за МЕ”, отчита отрязък от “Талон за МЕ” с месечния отчет на лекаря.

2. **При ЛКК преглед:** Всеки лекар от ЛКК попълва отрязък от “Талон за МЕ”, които заедно с общата част от “Талона за ЛКК” се отчита с месечния отчет на ЛКК.

3. **При преглед по искане на ЛКК:** Специалистът, извършил преглед на базата на “Талон за МЕ”, отчита отрязък от “Талон за МЕ”.

4. **При преглед за подготовка за ТЕЛК/НЕЛК** (освидетелстване и преосвидетелстване от ТЕЛК) специалистът, извършил преглед на базата на “Талон за МЕ”, отчита отрязък от “Талон за МЕ” с месечния отчет на лекаря специалист.

ПАЦИЕНТ

ЕГН (ЛНЧ) на пациента

РЗОК №. здравен район

Идентификационен номер

дата на раждане

код на държава

/име, презиме, фамилия по лична карта/

Адрес: гр. (с.).....

Ул..... №.....

Ж.к.....бл..... вх..... ет.....ап.....

ИЗПРАЩАЩ ЛЕКАР 1 – ОПЛ, 2 – СИМП, 3 – ЛЗБП, 4 – ЦКВЗ/ЦПЗ

регистрационен номер на лечебното заведение

НЗОК номер

УИН на лекаря

УИН на заместващ/нает лекар

нает

заместващ

код специалност

/име, фамилия/

Дата: лекар.....

/подпис и личен печат печат и/или печат на лечебното заведение/

МЕДИЦИНСКО НАПРАВЛЕНИЕ ЗА КОМПЛЕКСНО ДИСПАНСЕРНО НАБЛЮДЕНИЕ №

Амбулаторен лист: №.

Лечебно заведение, осъществяващо комплексното диспансерно (амбулаторно) наблюдение

код специалност

Дата.....

Представяващ Началник клиника/отделение: Лекуващ лекар:
лечебното заведение:..... фамилия, подпис фамилия, подпис
подпис и печат на лечебното заведение

Рег. номер на лечебното заведение

УИН на лекуващ лекар

Диагнози: МКБ ..
основна диагноза

МКБ ..
придр. заболяване

МКБ ..
придр. заболяване

Изпраща се за:

- комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение на пациенти с кожно-венерически болести от лечебни заведения за болнична помощ с клиници/отделения по кожно-венерически болести / центрове по кожно-венерически заболявания (избор/преизбор)
- комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение на пациенти с психични заболявания от лечебни заведения за болнична помощ с психични клиници/отделения / центрове за психично здраве (избор/преизбор)

Приложени медицински документи:

Източник на финансиране: 1 бюджет ; 2 НЗОК; 3 ДЗОФ; 4 пациент; 5 МЗ

Бл. МЗ-НЗОК № 10

УКАЗАНИЯ ЗА ПОПЪЛВАНЕ НА МЕДИЦИНСКО НАПРАВЛЕНИЕ ЗА КОМПЛЕКСНО ДИСПАНСЕРНО НАБЛЮДЕНИЕ

Първичният медицински документ „Медицинско направление за комплексно диспансерно наблюдение“ – бл. МЗ-НЗОК № 10 се издава в един екземпляр от ОПЛ, от лекар – специалист от лечебно заведение за СИМП, или от лекар – специалист по кожно-венерически болести от ЛЗ за БП с клиника/отделение по кожно-венерически заболявания/ЦКВЗ, работещи в изпълнение на договор с НЗОК, при необходимост от провеждане на комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение на лица с кожно-венерически заболявания в лечебно заведение за болнична помощ с клиника/отделение по кожно-венерически заболявания или ЦКВЗ.

Първичният медицински документ „Медицинско направление за комплексно диспансерно наблюдение“ – бл. МЗ-НЗОК № 10 се издава в един екземпляр от лекар – специалист по психиатрия/детска психиатрия от лечебно заведение за СИМП, работещ в изпълнение на договор с НЗОК, при необходимост от провеждане на комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение на лица с психични заболявания в лечебно заведение за болнична помощ с клиника/отделение по психиатрия или ЦПЗ.

Лечебното заведение, което осъществява комплексното диспансерно наблюдение, отчита документа при първо посещение заедно с първия екземпляр от „Амбулаторен лист за комплексно диспансерно наблюдение – бл. МЗ-НЗОК № 11“ и финансово-отчетните документи в РЗОК.

I. Данни, попълвани от лекаря, издал направлението:

1. Данни за пациента:

1.1. **ЕГН (ЛНЧ)** – попълва се единен граждански номер. За чуждестранните граждани, пребиваващи в Р България, които нямат ЕГН, се попълва личен номер на чужденеца, маркира се с „X“ ЛНЧ и се въвежда дата на раждане.

1.2. **РЗОК №, здравен район** – вписват се кодовете на РЗОК и здравния район по настоящ адрес на пациента.

1.3. **Идентификационен номер на чужденеца** – вписва се персонален идентификационен номер на чужденеца.

1.4. **Код на държавата** – вписва се кодът на държавата.

1.5. **Име, презиме, фамилия, адрес** – вписват се имената на пациента и настоящият адрес.

2. Данни за лекаря, издал направлението:

2.1. **Регистрационен номер** на лечебното заведение – вписва се номерът на ЛЗ, издаден от ИАМН/ РЗИ на титуляря на ЛЗ).

2.2. **УИН** – вписва се УИН на лекаря – титуляр на ЛЗ.

2.3. **УИН** – вписва се УИН на лекаря – заместник (нает персонал), осъществил преглед; маркира се с „X“ заместник или нает персонал.

2.4. **Име и фамилия** – имената на лекаря, издал направлението.

2.5. Код на специалност:

– в случаите, когато се издава на лица с кожно-венерически заболявания – вписва се код на ОПЛ или кодът на специалността на лекаря в ЛЗ за СИМП или на лекаря – специалист по кожно-венерически болести, работещ в клиника/отделение от ЛЗ за БП или ЦКВЗ, работещи по договор с НЗОК;

– в случаите, когато се издава на лица с психични заболявания – вписва се код на специалността на лекаря по психиатрия/детска психиатрия в ЛЗ за СИМП, работещи по договор с НЗОК.

2.6. Изпращащият лекар вписва датата на издаване на направлението, подписва се и задължително подпечатва документа с личния си печат и/или с печата на лечебното заведение (за нает персонал).

3. Общи данни:

3.1. **Медицинско направление за комплексно диспансерно наблюдение №** – пореден номер на направлението за календарна година. Номерацията е последователна в рамките на календарна година. Номерът се изписва „**дясно подравнен**“.

3.2. **Амбулаторен лист №** – вписва се номерът на амбулаторния лист в случаите, при които ОПЛ или лекар в ЛЗ за СИМП е издал направлението след извършен преглед на лица с кожно-венерически заболявания.

3.3. **Амбулаторен лист №** – вписва се номерът на амбулаторния лист в случаите, при които лекарят специалист по психиатрия/детска психиатрия в ЛЗ за СИМП, е издал направлението след извършен преглед на лица с психични заболявания.

4. Медицинска информация:

4.1. **Основна диагноза** – наименование на диагнозата (изписва се на български език), която е повод за посещението, и код по МКБ 10 (1. основен код на диагноза; 2. допълнителен код).

4.2. **Придружаващи заболявания и усложнения** – вписват се наименования на съпътстващите заболявания (ако пациентът има такива) и кодовете им по МКБ 10 (1. основен код на диагноза; 2. допълнителен код).

4.3. **Изпраща се за:** поводът за издаване на направлението се маркира с „X“ в съответното поле:

– за комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение на пациенти с кожно-венерически болести от лечебни заведения за болнична помощ с клиници/отделения по кожно-венерически болести/центрове по кожно-венерически заболявания;

– за комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение на пациенти с психични заболявания от лечебни заведения за болнична помощ с психиатрични клиници/отделения/центрове за психично здраве.

4.4. **Приложени медицински документи** – вписват се приложените медицински документи.

II. Данни попълвани от лечебното заведение, осъществяващо комплексното диспансерно (амбулаторно) наблюдение:

1. Данни за лечебното заведение, осъществяващо комплексното диспансерно (амбулаторно) наблюдение:

1.1. **Регистрационен номер на лечебното заведение** – вписва се номерът на лечебното заведение, код от МЗ – задължителен за всички лечебни заведения.

1.2. **Код на специалност** – вписва се код специалност на лекар – специалист по кожно-венерически болести/ психиатрия/детска психиатрия от ЛЗ за БП с клиника/отделение по кожно-венерически заболявания/ЦКВЗ, съответно от ЛЗ за БП с клиника/отделение по психиатрични заболявания/ЦПЗ.

1.3. **Дата** на осъществяване на диспансерното (амбулаторно) наблюдение.

1.4. **УИН** – вписва се УИН на лекаря – специалист по кожно-венерически болести/психиатрия/детска психиатрия, осъществяващ комплексното диспансерно (амбулаторно) наблюдение.

1.5. **Лекуващ лекар** – задължително вписва фамилията си и се подписва на документа, с което удостоверява, че посочените в амбулаторния лист за комплексно диспансерно наблюдение дейности и изследвания са извършени.

1.6. **Началник-клиника/отделение** по психиатрични заболявания/кожно-венерически заболявания в ЛЗ за БП или ЦПЗ/ЦКВЗ – задължително вписва фамилията си и се подписва на документа, с което удостоверява, че посочените в амбулаторния лист за комплексното диспансерно наблюдение дейности и изследвания са извършени.

1.7. **Представяващ лечебното заведение, отразява начина на финансиране със съответната цифра от посочените възможности, в зависимост от източника на финансиране**

1.8. **Представяващ лечебното заведение** – задължително се подписва и поставя печатът на лечебното заведение

ПАЦИЕНТ	РЗОК №.	здравен район	ЕГН (ЛНЧ) на пациента	Пол м/ж
	Идентификационен номер			
<input type="checkbox"/>	ЕГН	<input type="checkbox"/>	ЛНЧ	дата на раждане
<input type="checkbox"/>	ССН	<input type="checkbox"/>	гражданин на ЕС (или по двустранни спогодби)	
име, презиме и фамилия по лична карта				
Адрес: гр. (с.).....				
ул..... №.....				
Ж.К..... бл..... вх..... ет..... ап.....				
Лекар				
регистрационен номер на лечебното заведение				
име на лечебното заведение				
УИН на лекаря				
код специалност		име и фамилия на лекаря		

АМБУЛАТОРЕН ЛИСТ ЗА КОМПЛЕКСНО ДИСПАНСЕРНО НАБЛЮДЕНИЕ № . [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] **дата** [] [] [] [] [] [] [] []

КЪМ НАПРАВЛЕНИЕ (бл. 10)	№.	от дата
от [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
регистрационен номер на лечебното заведение	УИН на лекаря	код спец. заместващ/нает УИН на заместващ/нает лекар
АМБУЛАТОРЕН ЛИСТ ОТ ПОСЕЩЕНИЕ ПРИ ПИМП/СИМП №. [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] дата [] [] [] [] [] [] [] []		

Извършени дейности:

извършена консултация със специалист
код специалност: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

извършени специализирани и високоспециализирани медицински дейности

Наименование	код по МКБ-9 КМ	КСМП код
.....	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
.....	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
.....	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
.....	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
.....	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
.....	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
.....	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
.....	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
.....	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
.....	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

извършени специализирани и високоспециализирани медико-диагностични изследвания

Наименование	код по МКБ-9 КМ	КСМП код
.....	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
.....	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
.....	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
.....	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
.....	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
.....	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
.....	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
.....	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
.....	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
.....	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
.....	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Основна диагноза МКБ 10 [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Придружаващи заболявания и усложнения

МКБ 10 [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

МКБ 10 [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

МКБ 10 [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

МКБ 10 [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Анамнеза

Обективно състояние

Терапия

Лекуващ лекар:
фамилия и подпис

Началник клиника/отделение:
фамилия, подпис

Представяващ лечебното заведение:
подпис и печат на лечебното заведение

Източник на финансиране: 1 бюджет ; 2 НЗОК; 3 ДЗОФ; 4 пациент; 5 МЗ

Информирам съм за необходимите медицински дейности, назначената терапия и очакваните резултати.

Декларирам, че към момента на прегледа не съм хоспитализиран.

Пациент:
/родител, настойник/приемен родител/ подпис

Бл. МЗ-НЗОК № 11

УКАЗАНИЯ ЗА ПОПЪЛВАНЕ НА АМБУЛАТОРЕН ЛИСТ ЗА КОМПЛЕКСНО ДИСПАНСЕРНО НАБЛЮДЕНИЕ

“Амбулаторен лист за комплексно диспансерно наблюдение”- бл. МЗ-НЗОК № 11 е предназначен за попълване от ЛЗ за БП с клиника/отделение по кожно-венерически заболявания/ЦКВЗ или ЛЗ за БП с клиника/отделение по психиатрични заболявания /ЦПЗ, работещи в изпълнение на договор с НЗОК. Лечебното заведение, което осъществява комплексното диспансерно наблюдение отчита документа при всяко посещение.

1. Данни за пациента

Вписват се регистрационните данни на здравноосигуреното лице от лекуващия лекар, както следва:

- 1.1. **РЗОК № и здравен район** – вписват се кодовете на РЗОК и здравния район по настоящ адрес на пациента, съгласно здравната карта на Р България.
- 1.2. **ЕГН (ЛНЧ)** – попълва се единен граждански номер. За чуждестранните граждани, пребиваващи в Р.България, които нямат ЕГН, се попълва личен номер на чужденеца, маркира се с “Х” ЛНЧ и се въвежда дата на раждане.
- 1.3. **Пол** – попълва се мъж – “М” или жена – “Ж”.
- 1.4. **Идентификационен номер на чужд гражданин** (полето се попълва с дясно подравняване):
 - а) идентификационен номер на осигурени в Република България лица, издаден от НАП (ССН);
 - б) идентификационен номер на лица, осигурени в друга държава, членка на ЕС, Швейцария или в друга държава, страна по Споразумението за ЕИП (Норвегия, Исландия и Лихтенщайн), за които се прилага законодателството на Р.България, съгласно правилата за координация на системите за социална сигурност по смисъла на § 1, т. 22 от ДР на ЗЗО; лица, за които се прилага законодателството на Р България по силата на двустранни спогодби за социално осигуряване, съобразно материалния и персоналният им обхват;
- 1.5. **Име, презиме, фамилия, адрес** - вписват се имената на пациента и настоящият адрес;
- 1.6. **Код на държава** – попълват се уникални двузначни кодове на държави – Таблица „ISO-кодове на държавите от ЕС, ЕИП, Конфедерация Швейцария и други европейски държави” към Приложение № 5 на НРД.

Задължителен за попълване само за лицата по т. а) и т б): дата на раждане – попълва се деня, месеца и годината на раждането.

2. Данни за лечебното заведение, осъществяващо комплексното диспансерно (амбулаторно) наблюдение:

2.1. **Регистрационен номер на лечебното заведение** – вписва се номерът на ЛЗ, издаден от **ИАМН** или **(РЗИ на ЛЗ, в което работи титулярят и НЗОК номер (НЗОК номер се отнася за ЛЗ, които имат един ИАМН №/РЗИ № и сключени договори в различни РЗОК или ЛЗ по чл. 5 от ЗЛЗ).**

2.2. **УИН** – вписва се **УИН на лекаря, осъществяващ комплексното диспансерно (амбулаторно) наблюдение.**

2.3. **Код на специалност** – вписва се код на специалност на лекуващия лекар.

2.4. **Име и фамилия** – вписват се имената на лекуващия лекар.

3. Амбулаторен лист за комплексно диспансерно наблюдение:

3.1. **№** – пореден номер за календарната година. Номерацията е последователна в рамките на календарна година за всяко лечебно заведение. Номерът се изписва “дясно подравнен”.

3.2. **Дата** – дата на прегледа от лекаря специалист по психиатрия/кожно-венерически болести.

4. Данни, попълвани при комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение за изпълнителя, издал направлението:

- номер и дата на издаденото направление бл.МЗНЗОК-№10 ;
- регистрационен номер на лечебно заведение;
- УИН на лекар – титуляр, УИН на лекар – заместник (нает персонал) в случаите, при които той е извършил прегледа;
- код на специалността.

В случаите, когато насочващият лекар е ОПЛ/ лекар специалист от ЛЗ за СИМП:

- номер и дата на амбулаторния лист от извършения преглед

5. Извършени дейности:

5.1. **Извършени консултации със специалисти** - вписват се кодовете на специалностите на лекарите, извършили консултациите.

5.2. **Извършени специализирани и високоспециализирани медицински дейности** – вписва се наименованието на дейността със съответния код по МКБ-9 КМ и КСМП код.

5.3. **Извършени специализирани медико-диагностични изследвания (СМДИ) или високоспециализирани медико-диагностични изследвания (ВСМДИ)** – вписва се наименованието на изследването и код по МКБ-9 КМ и КСМП код.

6. Медицинска информация

6.1. **Основна диагноза** – наименование на диагнозата (изписва се на български език), която е повод за комплексното диспансерно (амбулаторно) наблюдение и код по МКБ-10 (1. основен код на диагноза; 2. допълнителен код).

6.2. **Придружаващи заболявания и усложнения** – вписват се наименования на съпътстващите заболявания (ако пациентът има такива) и кодовете им по МКБ-10 (1. основен код на диагноза; 2. допълнителен код).

6.3. **Анамнеза, обективно състояние, терапия** – в свободен текст се вписват всички медицински данни, отнасящи се до състоянието на пациента; терапия.

7. Валидиране на документа

Лекуващ (диспансеризиращ) лекар – задължително вписва фамилията си и се подписва на документа, с което удостоверява, че посочените в амбулаторния лист за комплексно диспансерно наблюдение дейности и изследвания са извършени.

Началник клиника/отделение по психиатрични заболявания/кожно-венерически заболявания в ЛЗ за БП или ЦПЗ/ЦКВЗ – задължително вписва фамилията си и се подписва на документа, с което удостоверява, че посочените в амбулаторния лист за комплексно диспансерно наблюдение дейности и изследвания са извършени.

Представяващ лечебното заведение, отразява начина на финансиране със съответната цифра от посочените възможности, в зависимост от източника на финансиране

Представяващ лечебното заведение – задължително се подписва и поставя печата на лечебното заведение.

Пациентът (родител, настойник/приемен родител) удостоверява с подписа си информираност за извършените медицински дейности, извършените изследвания и назначената терапия, както и че към момента на прегледа не е хоспитализиран. При отказ на пациента от назначената терапия или от хоспитализация, лекарят в свободен текст описва отказа в полето “Терапия” и задължително изисква подпис на пациента или негов законен представител.

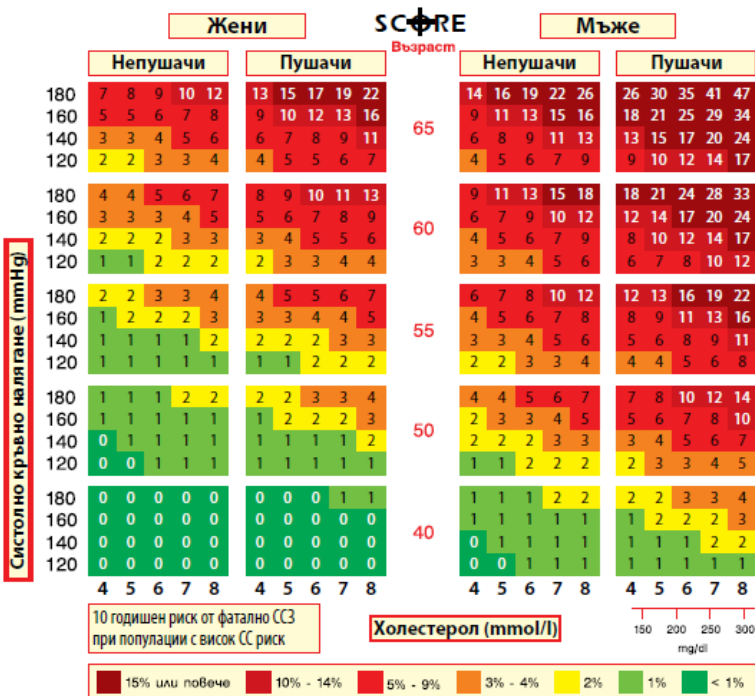
КАРТА ЗА ОЦЕНКА НА РИСКОВИТЕ ФАКТОРИ ЗА РАЗВИТИЕ НА ЗАБОЛЯВАНЕ

Към амбулаторен лист №/дата
Лекар (УИН, ИАМН/РЗИ номер на лечебното заведение)
Пациент (ЕГН, идентификационен номер)

ЛИЧНА АНАМНЕЗА	ФАМИЛНА АНАМНЕЗА
<input type="checkbox"/> тютюнопушене (Z72.0) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> брой цигари дневно <input type="checkbox"/> заседнал начин на живот (<30 мин. физическа активност на ден) (Z72.3) <input type="checkbox"/> аденом/и на дебелото черво <input type="checkbox"/> полипи на дебелото черво (D12.6) <input type="checkbox"/> колоректален карцином (C19) <input type="checkbox"/> болест на Crohn (K50) <input type="checkbox"/> улцерозен колит (K51) <input type="checkbox"/> цьолиакия (K90.0) <input type="checkbox"/> захарен диабет тип <input type="checkbox"/> тип 1 (E10) <input type="checkbox"/> тип 2 (E11) <input type="checkbox"/> предшестваша данни за дислипидемия (R94.8) <input type="checkbox"/> ежедневна консумация на плодове и зеленчуци (поне 100 гр.) <input type="checkbox"/> редовен прием на антихипертензивни медикаменти сега или в миналото <input type="checkbox"/> повишена кръвна захар в миналото Жени <input type="checkbox"/> ≥ 3 износени бременности или първо раждане на възраст ≤ 17г. <input type="checkbox"/> продължителна (повече от 5 години) употреба на естрогени (контрацептиви или хормонална заместителна терапия) (Z92.0) <input type="checkbox"/> имуносупресирани (D80-D89) <input type="checkbox"/> неваксинирани срещу HPV (за възрастовата група ≥ 18 и ≤ 25г.) + един от изброените рискови фактори <input type="checkbox"/> лекуван друг карцином <input type="checkbox"/> доброкачествена дисплазия на млечната жлеза (N60) <input type="checkbox"/> ранно менархе (≤ 10-годишна възраст) <input type="checkbox"/> първо раждане на възраст ≥ 35 г. Мъже <input type="checkbox"/> PSA > 4.0 ng/ml при мъже над 40 г.	<input type="checkbox"/> диабет тип 2 или тип 1 (дядо, баба, леля, вуйчо или първи братовчед) (Z83.3) <input type="checkbox"/> диабет тип 2 или тип 1 (родител, брат, сестра, собствено дете) (Z83.3) <input type="checkbox"/> ранно (под 55 г. за мъже – баща, брат и под 65 г. за жени – майка, сестра) заболяване на сърдечно-съдовата система (ИБС и МСБ) (Z82.4) <input type="checkbox"/> майка или сестра с РМШ (Z80.4) <input type="checkbox"/> рак на ректосигмоидалната област при един от родителите, братя, сестри, деца или двама от баба, дядо, леля, чичо, първи братовчед, племенник) (Z80.0) <input type="checkbox"/> рак на млечната жлеза при майка, сестра или дъщеря (Z80.3) <input type="checkbox"/> карцином на простатата (баща, брат) при мъже над 40 години (Z80.4)

<p>ОБЕКТИВЕН СТАТУС</p> <p>Възраст <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>Пол <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>Ръст <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> см</p> <p>Тегло <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> кг</p> <p>Обиколка на талия <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> см</p> <p>Артериално налягане:</p> <p>систолично <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> mm Hg</p> <p>диастолично <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> mm Hg</p> <p>ИТМ <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> кг/м²</p>	<p>МДИ ПРИ ПРОФИЛАКТИЧЕН ПРЕГЛЕД</p> <p>За лица без сърдечно-съдови заболявания, захарен диабет, ХБН, които подлежат на оценка на риска по SCORE (мъже 40 - 65 г. и жени 50 - 65 г.):</p> <p>Общ холестерол <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> mmol/l</p> <p>HDL-холестерол <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> mmol/l</p> <p>Триглицериди <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> mmol/l</p> <p>Non-HDL-холестерол <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> mmol/l (изчислен)</p> <p>LDL-холестерол (изчислен) <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> mmol/l</p> <p>Кръвна захар (при FINDRISK ≥ 12г.) <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> mmol/l</p> <p>PSA <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> ng/ml</p>
<p>ОЦЕНКА НА 10-ГОДИШЕН СЪРДЕЧНО-СЪДОВ РИСК РИСК (SCORE)</p> <p><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (нисък, умерен, висок, много висок)</p>	<p>ОЦЕНКА НА 10-ГОДИШЕН РИСК ОТ РАЗВИТИЕ НА ЗАХАРЕН ДИЕАБЕТ ТИП 2 (FINDRISK)</p> <p><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (нисък, умерен, висок, много висок)</p>

ФИГУРА 1. SCORE ДИАГРАМА:



РЕЦЕПТУРНА БЛАНКА - НЗОК

рецепта № изпълнила аптека № РЗОК №
 протокол № код
 ден месец година специалност

Лекар/лекар по
дентална медицина

име телефон
 фамилия регистрационен номер на лечебното заведение
 УИН на лекаря/ЛПТ на лекаря по дентална медицина

ден	месец	година	№ на рецептурна книжка	единична цена	сума за изплащане	
					от пациента	от РЗОК
код на лекарствен продукт			Rp.	МКБ <input type="text"/>		
генерично заместване						
код на лекарствен продукт			Rp.	МКБ <input type="text"/>		
генерично заместване						
код на лекарствен продукт			Rp.	МКБ <input type="text"/>		
генерично заместване						
Амбулаторен лист № <input type="text"/>			Рецепта № <input type="text"/>			

Лекар/лекар по дентална медицина _____ подпис и личен печат

пациент: _____ име _____ фамилия _____ възраст _____
 идентификационен номер на пациента _____ код на държава _____ ЕГН/ЛНЧ на пациента _____

адрес: _____ град/село _____ улица _____ номер блок _____ вход _____ етаж _____ ап. _____
 бременна кърмачка

идентификационен номер на получателя _____ код на държава _____ ЕГН/ЛНЧ на получателя _____

отпуснал: _____ магистър-фармацевт. _____ уин _____
 ден _____ месец _____ година _____ подпис _____



получил: _____ подпис _____

Указания за попълване на "РЕЦЕПТУРНА БЛАНКА - НЗОК" – БЛАНКА ОБРАЗЕЦ „ МЗ-НЗОК № 5" (ЕДИНИЧНО ЕЛЕКТРОННО ПРЕДПИСАНИЕ) се изменят така:

Единичното електронно предписание се издава в електронен формат и съдържа данни, съответстващи на образеца, утвърден с приложение № 6 към чл. 24, ал. 1 от Наредба № 4 за 4.03.2009 г. за условията и реда за предписване и отпускане на лекарствени продукти - образец на "Рецептурна бланка - бл.МЗ-НЗОК № 5". Образецът е приложен за предписване и отпускане на напълно или частично платени от НЗОК лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, в количества за до 30 дни.

Данни, въвеждани от лекар или лекар по дентална медицина, издал електронното предписание:

1. Лични данни на лекаря/лекар по дентална медицина – Код на специалност, регистрационен номер на лечебното заведение, УИН/ЛПК, име и фамилия, телефон, подпис;
2. Данни за пациента - име, презиме, фамилия, възраст, адрес, № РЗОК по местоживеене, ЕГН (ЛНЧ), ЛНЧ, ССН - за граждани, осигурени в РБългария; идентификационен номер – за граждани от ЕС или по двустранни спогодби. Код на държавата –само за граждани на ЕС или по двустранни спогодби.
В полетата "бременна" и "кърмачка", означени с , се прави избор със съответно маркиране в относимото поле.
3. Данни по предписанието:
 - 3.1. Дата на издаване - датата на издаване на електронното предписание. Датата на издаване на електронното предписание и датата на издаване на амбулаторния лист, в който са отразени данните от нея, трябва да съвпадат.
 - 3.2. № на електронната рецептурна книжка, в случаите на хронично заболяване.
 - 3.3. Код на лекарствен продукт - въвежда се съответния код на лекарствения продукт, посочен в списъците с лекарства, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, заплащани от НЗОК.
 - 3.4. Генерично предписване на лекарствени продукти – изборът се удостоверява чрез съответно маркиране;
 - при избор "да" - не се въвежда "код на лекарствен продукт", а в полето Rp. се въвежда международното непатентно наименование от лекарствения списък на НЗОК, формата и количеството на лекарствения продукт; еднократна доза на прием; схема на приемане; продължителност на лечението.
 - при избор "не" - въвежда се "код на лекарствен продукт", а в полето Rp. се въвежда търговското наименование, формата и количеството на лекарствения продукт, медицинското изделие или диетична храна; еднократна доза на прием; схема на приемане или прилагане; продължителност на лечението.
 - 3.5. Генерично предписване на медицински изделия (тест ленти) – изборът се удостоверява чрез съответно маркиране;
 - при избор "да" - въвежда се "НЗОК-код" съгласно указания по прилагане на списъка с МИ.
 - при избор "не" - въвежда се "НЗОК-код", а в полето Rp. се въвежда търговското наименование, формата и количеството на лекарствения продукт, медицинското изделие или диетична храна; еднократна доза на прием; схема на приемане или прилагане; продължителност на лечението.
 - 3.6. МКБ - въвежда се съответния МКБ-код на заболяването, посочен в списъците с лекарства, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, заплащани от НЗОК.
4. Протокол № - въвежда се номерът на Протокола, въз основа на който се издава рецептата. Ден, месец, година на заверка в РЗОК, които се считат за дата на издаване на протокола.
5. № на амбулаторен лист – въвежда се № на амбулаторния лист.
6. Рецепта № – уникален референтен номер на предписване (НРН номер), издаден от Националната здравно информационна система (НЗИС).
7. Електронното предписание задължително се подписва с квалифициран електронен подпис на лекаря, който го е издал.

Данни, въвеждани при изпълнение на електронното предписание в аптеката:

1. Изпълнила аптека № - регистрационният номер на аптеката, съгласно сключения договор с РЗОК.
2. ЕГН /ЛНЧ или идентификационен номер на чужденеца и код на държавата на получателя.
3. Дата на изпълнение, генерирана от НЗИС при отпускане на електронното предписание
4. УИН на магистър-фармацевта, изпълняващ рецептата.
5. Изпълненото електронно предписание задължително се подписва с квалифициран електронен подпис на магистър-фармацевта, който го е изпълнил.
6. Рецепта № - уникален референтен номер на отпускане (НРН номер), издаден от Националната здравно информационна система (НЗИС) след изпращане към НЗИС на изпълнено електронно предписание.
7. Отразяват се отпуснатите количество на лекарствен/и продукт/и;
8. НЗОК код на отпуснатия лекарствен/и продукт/и, в случаите на генерично предписване

РЕЦЕПТУРНА БЛАНКА - НЗОК **Отрязък С**

рецепта № аптека № РЗОК №

протокол № код специалност

ден месец година

Лекар/лекар по дентална медицина _____

име фамилия УИН на лекаря/ЛПК на лекаря по дентална медицина

телефон регистрационен номер на лечебното заведение

ден	месец	година	№ на рецептурна книжка	единична цена	сума за изплащане от пациента	от РЗОК
код на лекарствен продукт Rp. МКБ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						
генерично заместване <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не						
код на лекарствен продукт Rp. МКБ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						
генерично заместване <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не						
код на лекарствен продукт Rp. МКБ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						
генерично заместване <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не						

Амбулаторен лист №

Рецепта №

Лекар/лекар по дентална медицина _____

подпис и личен печат Всичко: _____

идентификационен номер на пациента _____ Код на държава _____

пациент: _____

име фамилия възраст

адрес: _____

град/село улица номер блок вход етаж ап.

ЕГН/ЛНЧ на пациента бременна кърмачка

идентификационен номер на получателя _____ Код на държава _____

получил: _____

ЕГН/ЛНЧ на получателя _____

Дата отпускане настоящ отрязък _____

ден месец година печат на аптеката

Дата отпускане отрязък В _____

ден месец година

отпуснал: _____

магистър-фармацевт УИН подпис Бл.М3-НЗОК 5А

РЕЦЕПТУРНА БЛАНКА - НЗОК **Отрязък В**

рецепта № аптека № РЗОК №

протокол № код специалност

ден месец година

Лекар/лекар по дентална медицина _____

име фамилия УИН на лекаря/ЛПК на лекаря по дентална медицина

телефон регистрационен номер на лечебното заведение

ден	месец	година	№ на рецептурна книжка	единична цена	сума за изплащане от пациента	от РЗОК
код на лекарствен продукт Rp. МКБ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						
генерично заместване <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не						
код на лекарствен продукт Rp. МКБ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						
генерично заместване <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не						
код на лекарствен продукт Rp. МКБ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						
генерично заместване <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не						

Амбулаторен лист №

Рецепта №

Лекар/лекар по дентална медицина _____

подпис и личен печат Всичко: _____

идентификационен номер на пациента _____ Код на държава _____

пациент: _____

име фамилия възраст

адрес: _____

град/село улица номер блок вход етаж ап.

ЕГН/ЛНЧ на пациента бременна кърмачка

идентификационен номер на получателя _____ Код на държава _____

получил: _____

ЕГН/ЛНЧ на получателя _____

Дата отпускане настоящ отрязък _____

ден месец година печат на аптеката

Дата отпускане отрязък А _____

ден месец година

отпуснал: _____

магистър-фармацевт УИН подпис Бл.М3-НЗОК 5А

РЕЦЕПТУРНА БЛАНКА - НЗОК **Отрязък А**

рецепта № аптека № РЗОК №

протокол № код специалност

ден месец година

Лекар/лекар по дентална медицина _____

име фамилия УИН на лекаря/ЛПК на лекаря по дентална медицина

телефон регистрационен номер на лечебното заведение

ден	месец	година	№ на рецептурна книжка	единична цена	сума за изплащане от пациента	от РЗОК
код на лекарствен продукт Rp. МКБ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						
генерично заместване <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не						
код на лекарствен продукт Rp. МКБ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						
генерично заместване <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не						
код на лекарствен продукт Rp. МКБ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						
генерично заместване <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не						

Амбулаторен лист №

Рецепта №

Лекар/лекар по дентална медицина _____

подпис и личен печат Всичко: _____

идентификационен номер на пациента _____ Код на държава _____

пациент: _____

име фамилия възраст

адрес: _____

град/село улица номер блок вход етаж ап.

ЕГН/ЛНЧ на пациента бременна кърмачка

идентификационен номер на получателя _____ Код на държава _____

получил: _____

ЕГН/ЛНЧ на получателя _____

Дата отпускане настоящ отрязък _____

ден месец година _____

отпуснал: _____

магистър-фармацевт УИН подпис печат на аптеката Бл.М3-НЗОК 5А

Указания за попълване на "Рецептурна бланка-НЗОК" – БЛАНКА ОБРАЗЕЦ „МЗ-НЗОК № 5А" (ТРОЙНО ЕЛЕКТРОННО ПРЕДПИСАНИЕ) се изменят така:

Тройното електронно предписание се издава в електронен формат и съдържа данни, съответстващи на образеца, утвърден с приложение №7 към чл. 24, ал. 1 от Наредба № 4 за 4.03.2009 г. за условията и реда за предписване и отпускане на лекарствени продукти - образец на "Рецептурна бланка - бл.МЗ-НЗОК №5А".

Тройното електронно предписание се състои от три части – А, В и С. На една част предписаното количество на лекарствен продукт/медицинско изделие/диетична храна за специални медицински цели е за до 30 дни, освен когато липсва подходяща опаковка в списъците на НЗОК. На едно тройно електронно предписание предписаното количество може да е за не повече от 100 дни, предписано на до три части.

Образецът е приложим за предписване и отпускане на напълно или частично платени от НЗОК лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, в количества за до 30 дни.

Данни, въвеждани от лекар или лекар по дентална медицина, издал електронното предписание:

1. Лични данни на лекаря/лекар по дентална медицина – Код на специалност, регистрационен номер на лечебното заведение, УИН/ЛПК, име и фамилия, телефон, подпис;

2. Данни за пациента - име, презиме, фамилия, възраст, адрес, № РЗОК по настоящ адрес, ЕГН (ЛНЧ), ЛНЧ, ССН - за граждани, осигурени в РБългария; идентификационен номер – за граждани от ЕС или по двустранни спогодби. Код на държавата –само за граждани на ЕС или по двустранни спогодби.

В полетата "бременна" и "кърмачка", означени с , се прави избор със съответно маркиране в относимото поле.

3. Данни по предписанието:

3.1. Дата на издаване - датата на издаване на електронното предписание. Датата на издаване на електронното предписание и датата на издаване на амбулаторния лист, в който са отразени данните от нея, трябва да съвпадат.

3.2. № на електронната рецептурна книжка, в случаите на хронично заболяване.

3.3. Код на лекарствен продукт - въвежда се съответния код на лекарствения продукт, посочен в списъците с лекарства, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, заплащани от НЗОК.

3.4. Генерично предписване на лекарствени продукти – изборът се удостоверява чрез съответно маркиране;

- при избор "да" - не се въвежда "код на лекарствен продукт", а в полето Rp. се въвежда международното непатентно наименование от лекарствения списък на НЗОК, формата и количеството на лекарствения продукт; еднократна доза на прием; схема на приемане; продължителност на лечението.

- при избор "не" - въвежда се "код на лекарствен продукт", а в полето Rp. се въвежда търговското наименование, формата и количеството на лекарствения продукт, медицинското изделие или диетична храна; еднократна доза на прием; схема на приемане или прилагане; продължителност на лечението.

3.5. Генерично предписване на медицински изделия (тест ленти) – изборът се удостоверява чрез съответно маркиране;

- при избор "да" - въвежда се "НЗОК-код" съгласно указания по прилагане на списъка с МИ.

- при избор "не" - въвежда се "НЗОК-код", а в полето Rp. се въвежда търговското наименование, формата и количеството на лекарствения продукт, медицинското изделие или диетична храна; еднократна доза на прием; схема на приемане или прилагане; продължителност на лечението.

3.6. МКБ - въвежда се съответния МКБ-код на заболяването, посочен в списъците с лекарства, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, заплащани от НЗОК.

4. Протокол № - въвежда се номерът на Протокола, въз основа на който се издава рецептата. Ден, месец, година на заверка в РЗОК, които се считат за дата на издаване на протокола.

5. № на амбулаторен лист – въвежда се № на амбулаторния лист.

6. Рецепта № – уникален референтен номер на предписване (НРН номер), издаден от Националната здравно информационна система (НЗИС).

7. Електронното предписание задължително се подписва с квалифициран електронен подпис на лекаря, който го е издал.

Данни, въвеждани при изпълнение на електронното предписание в аптеката:

1. Изпълнила аптека № - регистрационният номер на аптеката, съгласно сключения договор с РЗОК.

2. ЕГН /ЛНЧ или идентификационен номер на чужденеца и код на държавата на получателя.

3. Дата на изпълнение, генерирана от НЗИС при отпускане на електронното предписание;

4. УИН на магистър-фармацевта, изпълняващ рецептата.

5. Изпълненото електронно предписание задължително се подписва с квалифициран електронен подпис на магистър-фармацевта, който го е изпълнил.

6. Рецепта № - уникален референтен номер на отпускане (НРН номер), издаден от Националната здравно информационна система (НЗИС) след изпращане към НЗИС на изпълнено електронно предписание.

7. Отражават се отпуснатите количество на лекарствен/и продукт/и;

8. НЗОК код на отпуснатия лекарствен/и продукт/и, в случаите на генерично предписване

ПАЦИЕНТ РЗОК №. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> здравен район ЕГН (ЛНЧ) на пациента Идентификационен номер <input type="checkbox"/> ЕГН <input type="checkbox"/> ЛНЧ дата на раждане <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> ССН <input type="checkbox"/> гражданин на ЕС (или по двустранни спогодби) код на държава <input type="text"/> <input type="text"/> име, презиме и фамилия по лична карта Адрес: гр.(с) ул. № Ж.К. бл. вх. тел.	рег. номер на лечебното заведение УИН на лекаря-специалист код специалност <input type="text"/> <input type="text"/> (име и фамилия на лекаря) (наименование на лечебното заведение и адрес)
---	---

ПРОТОКОЛ ЗА ПРЕДПИСВАНЕ НА ЛЕКАРСТВА, ЗАПЛАЩАНИ ОТ НЗОК/РЗОК

№.

IA IB IC

Предложение на експертна комисия или специалист по профила на заболяването

№.

дата на издаване

за срок:

брой дни

№ амбулаторен лист:

№ решение на специализирана комисия:

КЛИНИЧНА ДИАГНОЗА

МКБ

УТОЧНЕНА ТЕРАПИЯ (вид, схема и срок на лечение)

Код НЗОК (търговско наименование на продукта; лекарствена форма, количество на лекарственото вещество, брой в една опаковка)

дневна/седмична доза:

месечна доза: за срок от дни.....

Код НЗОК (търговско наименование на продукта; лекарствена форма, количество на лекарственото вещество, брой в една опаковка)

Дневна/седмична доза:

месечна доза: за срок от дни.....

Код НЗОК (търговско наименование на продукта; лекарствена форма, количество на лекарственото вещество, брой в една опаковка)

Дневна/седмична доза:

месечна доза: за срок от дни.....

Общо количество за срока на действие на протокола:

ПРЕДЛОЖЕНИЕ ЗА СРОКОВЕ ЗА КОНТРОЛНИ ПРЕГЛЕДИ

Председател на експертна комисия: (подпис и печат на лечебното заведение) Лекуващ лекар: (подпис и личен печат)

РЕШЕНИЕ НА КОМИСИЯ ЗА ЕКСПЕРТИЗА КЪМ ЦУ НА НЗОК/РЗОК №.

дата:

Комисия №. заседание №.

за срок: брой дни

УТОЧНЕНА ТЕРАПИЯ (вид, схема и срок на лечение)

Код НЗОК (търговско наименование на продукта; лекарствена форма, количество на лекарственото вещество, брой в една опаковка)

дневна/седмична доза:

месечна доза: за срок от дни.....

Код НЗОК (търговско наименование на продукта; лекарствена форма, количество на лекарственото вещество, брой в една опаковка)

Дневна/седмична доза:

месечна доза: за срок от дни.....

Код НЗОК (търговско наименование на продукта; лекарствена форма, количество на лекарственото вещество, брой в една опаковка)

Дневна/седмична доза:

месечна доза: за срок от дни.....

Общо количество за срока на действие на протокола:

Попълва се от РЗОК

Валиден от

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

за брой дни

Валиден до

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

ПРЕДЛОЖЕНИЕ ЗА СРОКОВЕ ЗА КОНТРОЛНИ ПРЕГЛЕДИ

Заб.: Комисия №. - номерът съвпада с номера на РЗОК; за ЦУ на НЗОК номерът е "30"

Становище:

Председател на комисия:
(подпис и печат на НЗОК/РЗОК)

Външен експерт:
(фамилия и подпис)

Заверка от РЗОК при получено решение от НЗОК:

Председател на комисия в РЗОК:
(подпис и печат на РЗОК)

Членове: 1.
(подпис)

2.
(подпис)

3.
(подпис)

4.
(подпис)

АПТЕКА рег. №. в РЗОК <input type="text"/>	<input type="text"/>
ОТПУСНАТО: код НЗОК <input type="text"/>	<input type="text"/>
ОТПУСНАТО: код НЗОК <input type="text"/>	<input type="text"/>
ОТПУСНАТО: код НЗОК <input type="text"/> <small>(код, търговско наименование на продукта; лекарствена форма, количество на лекарственото вещество, брой в една опаковка)</small>	дата на отпускане <input type="text"/> УИН на магистър фармацевта <input type="text"/> Отпуснал: <input type="text"/> <small>(подпис и печат на аптеката)</small>
АПТЕКА рег. №. в РЗОК <input type="text"/>	<input type="text"/>
ОТПУСНАТО: код НЗОК <input type="text"/>	<input type="text"/>
ОТПУСНАТО: код НЗОК <input type="text"/>	<input type="text"/>
ОТПУСНАТО: код НЗОК <input type="text"/> <small>(код, търговско наименование на продукта; лекарствена форма, количество на лекарственото вещество, брой в една опаковка)</small>	дата на отпускане <input type="text"/> УИН на магистър фармацевта <input type="text"/> Отпуснал: <input type="text"/> <small>(подпис и печат на аптеката)</small>
АПТЕКА рег. №. в РЗОК <input type="text"/>	<input type="text"/>
ОТПУСНАТО: код НЗОК <input type="text"/>	<input type="text"/>
ОТПУСНАТО: код НЗОК <input type="text"/>	<input type="text"/>
ОТПУСНАТО: код НЗОК <input type="text"/> <small>(код, търговско наименование на продукта; лекарствена форма, количество на лекарственото вещество, брой в една опаковка)</small>	дата на отпускане <input type="text"/> УИН на магистър фармацевта <input type="text"/> Отпуснал: <input type="text"/> <small>(подпис и печат на аптеката)</small>
АПТЕКА рег. №. в РЗОК <input type="text"/>	<input type="text"/>
ОТПУСНАТО: код НЗОК <input type="text"/>	<input type="text"/>
ОТПУСНАТО: код НЗОК <input type="text"/>	<input type="text"/>
ОТПУСНАТО: код НЗОК <input type="text"/> <small>(код, търговско наименование на продукта; лекарствена форма, количество на лекарственото вещество, брой в една опаковка)</small>	дата на отпускане <input type="text"/> УИН на магистър фармацевта <input type="text"/> Отпуснал: <input type="text"/> <small>(подпис и печат на аптеката)</small>
АПТЕКА рег. №. в РЗОК <input type="text"/>	<input type="text"/>
ОТПУСНАТО: код НЗОК <input type="text"/>	<input type="text"/>
ОТПУСНАТО: код НЗОК <input type="text"/>	<input type="text"/>
ОТПУСНАТО: код НЗОК <input type="text"/> <small>(код, търговско наименование на продукта; лекарствена форма, количество на лекарственото вещество, брой в една опаковка)</small>	дата на отпускане <input type="text"/> УИН на магистър фармацевта <input type="text"/> Отпуснал: <input type="text"/> <small>(подпис и печат на аптеката)</small>
АПТЕКА рег. №. в РЗОК <input type="text"/>	<input type="text"/>
ОТПУСНАТО: код НЗОК <input type="text"/>	<input type="text"/>
ОТПУСНАТО: код НЗОК <input type="text"/>	<input type="text"/>
ОТПУСНАТО: код НЗОК <input type="text"/> <small>(код, търговско наименование на продукта; лекарствена форма, количество на лекарственото вещество, брой в една опаковка)</small>	дата на отпускане <input type="text"/> УИН на магистър фармацевта <input type="text"/> Отпуснал: <input type="text"/> <small>(подпис и печат на аптеката)</small>

АПТЕКА рег. №. в РЗОК <input type="text"/>		<input type="text"/>
ОТПУСНАТО: код НЗОК <input type="text"/>		дата на отпускане <input type="text"/>
ОТПУСНАТО: код НЗОК <input type="text"/>		УИН на магистър фармацевта Отпуснал: (подпис и печат на аптеката)
ОТПУСНАТО: код НЗОК <input type="text"/> <small>(код, търговско наименование на продукта; лекарствена форма, количество на лекарственото вещество, брой в една опаковка)</small>		
АПТЕКА рег. №. в РЗОК <input type="text"/>		<input type="text"/>
ОТПУСНАТО: код НЗОК <input type="text"/>		дата на отпускане <input type="text"/>
ОТПУСНАТО: код НЗОК <input type="text"/>		УИН на магистър фармацевта Отпуснал: (подпис и печат на аптеката)
ОТПУСНАТО: код НЗОК <input type="text"/> <small>(код, търговско наименование на продукта; лекарствена форма, количество на лекарственото вещество, брой в една опаковка)</small>		
АПТЕКА рег. №. в РЗОК <input type="text"/>		<input type="text"/>
ОТПУСНАТО: код НЗОК <input type="text"/>		дата на отпускане <input type="text"/>
ОТПУСНАТО: код НЗОК <input type="text"/>		УИН на магистър фармацевта Отпуснал: (подпис и печат на аптеката)
ОТПУСНАТО: код НЗОК <input type="text"/> <small>(код, търговско наименование на продукта; лекарствена форма, количество на лекарственото вещество, брой в една опаковка)</small>		
АПТЕКА рег. №. в РЗОК <input type="text"/>		<input type="text"/>
ОТПУСНАТО: код НЗОК <input type="text"/>		дата на отпускане <input type="text"/>
ОТПУСНАТО: код НЗОК <input type="text"/>		УИН на магистър фармацевта Отпуснал: (подпис и печат на аптеката)
ОТПУСНАТО: код НЗОК <input type="text"/> <small>(код, търговско наименование на продукта; лекарствена форма, количество на лекарственото вещество, брой в една опаковка)</small>		
АПТЕКА рег. №. в РЗОК <input type="text"/>		<input type="text"/>
ОТПУСНАТО: код НЗОК <input type="text"/>		дата на отпускане <input type="text"/>
ОТПУСНАТО: код НЗОК <input type="text"/>		УИН на магистър фармацевта Отпуснал: (подпис и печат на аптеката)
ОТПУСНАТО: код НЗОК <input type="text"/> <small>(код, търговско наименование на продукта; лекарствена форма, количество на лекарственото вещество, брой в една опаковка)</small>		
АПТЕКА рег. №. в РЗОК <input type="text"/>		<input type="text"/>
ОТПУСНАТО: код НЗОК <input type="text"/>		дата на отпускане <input type="text"/>
ОТПУСНАТО: код НЗОК <input type="text"/>		УИН на магистър фармацевта Отпуснал: (подпис и печат на аптеката)
ОТПУСНАТО: код НЗОК <input type="text"/> <small>(код, търговско наименование на продукта; лекарствена форма, количество на лекарственото вещество, брой в една опаковка)</small>		

УКАЗАНИЕ ЗА ПОПЪЛВАНЕ НА “ПРОТОКОЛ ЗА ПРЕДПИСВАНЕ НА ЛЕКАРСТВА, ЗАПЛАЩАНИ ОТ НЗОК/РЗОК”

1. Право да получават лекарства, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, изписвани по протокол, имат само здравноосигурени лица .
2. Протокол се издава от специалист по профила на заболяването, работещ по договор с НЗОК в извънболничната помощ или от специализирани комисии, посочени в изискванията за издаване на протоколи за провеждане на лечение по конкретни заболявания и групи лекарства.

Данни за пациента

а. ЕГН (ЛНЧ) – попълва се единен граждански номер. За чуждестранните граждани, пребиваващи в Р България, които нямат ЕГН, се попълва личен номер на чужденеца, маркира се с “X” ЛНЧ, ССН или гражданин на ЕС (или по двустранни спогодби) и се въвежда дата на раждане.

б. РЗОК №, здравен район – вписват се кодовете на РЗОК и здравният район по настоящ адрес на пациента

в. Име, презиме, фамилия, адрес – вписват се имената на пациента и настоящия адрес.

г. Идентификационен номер – вписва се персонален идентификационен номер на осигурено в друга държава лице.

д. Код на държавата – вписва се кодът на държавата за осигурено в друга държава лице.

Данни за лекаря-специалист:

а. Регистрационен номер на лечебното заведение.

б. УИН – вписва се УИН на лекаря-специалист.

в. Код на специалност – вписва се кодът на специалността на лекаря, издал протокола според приложената номенклатура на специалностите.

г. Име и фамилия – вписват се имената на лекаря-специалист.

д. Наименование на лечебното заведение и адрес.

3. Валидността на протокола е до **365 календарни дни**, от датата на заверяването му в РЗОК.
4. В един протокол се предписва само един лекарствен продукт в до 3 (три) дозови форми.
5. В протокола задължително се вписват: клинична диагноза с **четиризначен МКБ-код**, търговско наименование на продукта, лекарствена форма, количество на лекарственото вещество, брой в една опаковка, дневна/седмична доза, месечна доза, общо количество за срока на действие на протокола **в календарни дни**, продължителност на лечението, периода, в който болният следва да се явява на контролен преглед.
6. В случай, че видът и схемата на лечението се променят, лицата по т. 2 издават нов протокол по установения ред.
7. Протоколът се издава в 2 (два) екземпляра:
 - първият екземпляр остава в лечебното заведение, издало протокола;
 - вторият екземпляр, заедно с необходимата медицинска документация се предава на ЗОЛ.
8. РЗОК предава оригинала на одобрения и заверен от РЗОК протокол на здравноосигуреното лице за съхранение.
9. Въз основа на протокола се издава единично или тройно електронно предписание (обр. МЗ-НЗОК № 5 или обр. МЗ-НЗОК № 5 А) от ОПЛ, при който е записано здравноосигуреното лице и/или от специалист по профила на заболяването.
10. ОПЛ е длъжен да следи и уведомява пациента за необходимостта от периодични прегледи.
11. ОПЛ и специалистът са длъжни да предписват лекарствата, медицинските изделия и диетичните храни за специални медицински цели като спазват стриктно утвърдената схема на лечение в протокола.
12. Отпускането на ЛП, МИ, ДХСМЦ, предписани с „Протокол за предписване на лекарства, заплащани от НЗОК/РЗОК“, се извършва след представяне на документ за самоличност на здравноосигуреното лице /приносителя, след което проверява в НЗИС за наличието на издадено електронно предписание по идентификатор на пациента (ЕГН, ЛНЧ, ССН и осигурителен номер на чуждестранно лице), на когото са предписани ЛП, МИ и ДХСМЦ, и дата на издаване на електронното предписание и оригинал на „Протокол за предписване на лекарства, заплащани от НЗОК/РЗОК“, утвърден от комисия в ЦУ на НЗОК/РЗОК и заверен от РЗОК, на територията на която е актуалният избор на общопрактикуващ лекар (ОПЛ) на здравноосигуреното лице, като копие от него се предоставя в аптеката, отпускаща ЛП, МИ и ДХСМЦ, и се съхранява в нея за срок от една година.
13. Електронно предписание за лекарствени продукти, предписвани по протокол, се издава само в срока на валидност на протокола.
14. С цел осигуряване непрекъснатост на лечението на здравноосигуреното лице, след изпълнение на електронното предписание по предпоследния /съгласно утвърдените в протокола/ прием, ИМП и здравноосигуреното лице могат да започнат подготовка на необходимите документи за издаване на нов протокол. В този случай електронното предписание за последния прием може да се издаде преди изтичане на 30 дневния период от предходното отпускане на лекарствения продукт, но в срока на валидност на протокола
15. Отпускащата аптека задължително нанася върху оригинала на протокола: регистрационния си номер, получен при сключване на договора с РЗОК, наименованието и количеството на отпуснатия продукт, датата на изпълнение на електронното предписание, подпис и **УИН** на изпълнителя и поставя печата на аптеката. В случая по т. 15. аптеката изпълнява електронното предписание след изтичане количествата по терапевтичната схема, от предходното изпълнение
16. ОПЛ е длъжен да разясни на здравноосигуреното лице случаите, при които протоколът може да бъде анулиран.
17. **Не се допуска издаването на електронното предписание едновременно от ОПЛ и специалист за един и същи период на лечение, както и дублирано издаване на протоколи от лицата по т. 2.**
18. **Уточнения по начина на извършване на предписанията:**

Заболяване	Уточнения
1. Захарна болест	На един протокол-могат да бъдат предписвани до три инсулинови продукта, съгласно изискванията При назначаване на терапия по МКБ-кодове E10.2, E10.3, E10.4, E10.5, E10.9, E11.2, E11.3, E11.4, E11.5 и E11.9 на здравноосигуреното лице могат да бъдат предписани общо до 3 лекарствени продукта.

	В електронната рецептурна книжка се записва само този код по МКБ за захарен диабет, за който е издаден протокол за Инсулин. В книжката може да се запише само един от кодовете на рубрики - E10 или E11, като не се допуска тяхната замяна. Пациенти с диабет тип II /код E11/ могат да получават едновременно Инсулин и лекарствени продукти с международно непатентно наименование <i>Метформин</i> , заплащани от НЗОК.
2. Шизофрения	При назначаване на терапия по рубрики “Шизофрения” /включваща кодове F20.0, F20.1, F20.5 и F20.6/, “Шизоафективни разстройства” /включваща кодове F25.0, F25.1 и F25.2/, “Маниен епизод” /включваща кодове F30.0 и F30.1/, “Биполярно афективно разстройство” /включваща кодове F31.0, F31.1, F31.2, F31.3, F31.4, F31.5, F31.6 и F31.7/, “Рекурентно депресивно разстройство” /включваща кодове F33.0, F33.1, F33.2, F33.3 и F33.4/, “Други тревожни разстройства” /включваща кодове F41.0 и F41.1/, “Обсесивно-компулсивно разстройство” /включваща кодове F42.0, F42.1, F42.2 и F42.8 / на здравноосигуреното лице могат да бъдат предписани общо до 3 лекарствени продукта само за активния , вписан в Електронната рецептурна книжка (ЕРК) МКБ-код.
3. Шизоафективни разстройства	
4. Маниен епизод	
5. Биполярно афективно разстройство	
6. Рекурентно депресивно разстройство	
7. Други тревожни разстройства	
8. Obsесивно-компулсивно разстройство	

УКАЗАНИЯ ЗА РАБОТА С ЕЛЕКТРОННА РЕЦЕПТУРНА КНИЖКА (ЕРК)

Указанията се прилагат от договорните партньори на НЗОК (лекари, работещи в ПИМП и СИМП и търговци на дребно с лекарствени продукти-аптеки) при работа с електронна рецептурна книжка на хронично болния (ЕРК).

1. ЕРК на хронично болния е електронен документ по смисъла на чл.3, ал.2 от Закона за електронния документ и електронните удостоверителни услуги.
2. ЕРК обединява историческа информация за:
 - издадените на ЗОЛ рецептурни книжки и въведени в Национален регистър „Рецептурни книжки“ в Интегрираната информационна система (ИИС) на НЗОК;
 - вписаните за ЗОЛ диагнози в Национален регистър „Рецептурни книжки“ в Интегрираната информационна система (ИИС) на НЗОК;
 - издадените и изпълнени рецепти на ЗОЛ.
3. ЕРК съдържа информация за последно избрания ОПЛ на ЗОЛ.

СЪЗДАВАНЕ, РЕГИСТРИРАНЕ И ВПИСВАНЕ НА ПРОМЕНИ В ЕЛЕКТРОННАТА РЕЦЕПТУРНА КНИЖКА (ЕРК)

1. ЕРК се издава на ЗОЛ, страдащо от хронично заболяване, включено в “Списък на заболяванията по реда на Наредбата по чл. 45, ал. 3 от ЗЗО.
2. На всяко ЗОЛ, страдащо от хронично заболяване, включено в “Списък на заболяванията по реда на Наредбата по чл. 45, ал. 3 от ЗЗО, се регистрира само една електронна рецептурна книжка.
3. ЕРК се издава след диагностициране на хронично заболяване, за което се изисква издаване на рецептурна книжка на ЗОЛ.
4. ЕРК се регистрира в Национален регистър „Рецептурни книжки“ от ОПЛ (негов заместник или нает лекар) на ЗОЛ от пациентската му листа чрез предоставена от НЗОК електронна услуга, реализирана в медицинския софтуер, ползван от ОПЛ. Регистрацията на ЕРК от заместник на ОПЛ се извършва само за периода на заместването.
5. Достъпът до Национален регистър „Рецептурни книжки“ се осъществява с Квалифициран електронен подпис (КЕП) и чрез въвеждане на ИАМН/РЦЗ/РЗИ на практиката (съгласно сключения с НЗОК договор), от името на която се извършва промяната, както и УИН на ОПЛ (негов заместник или нает лекар).
6. В случаите, в които ЕРК се регистрира от заместник/нает лекар на ОПЛ, се попълва ИАМН/РЦЗ/РЗИ на практиката на титуляря и УИН на заместващия/нает лекар.
7. За регистриране на нова ЕРК ОПЛ (негов заместник или нает лекар) въвежда следните идентификатори на ЗОЛ:
 - за осигурени в България ЗОЛ – ЕГН, ЛНЧ или ССН;
 - за чужди осигурени (гражданин на ЕС или такъв по двустранни спогодби) – „код на държава“ и „осигурителен номер“ от институцията, в която е осигурен ЗОЛ.
8. Номерът на ЕРК и датата на регистрацията на ЕРК се генерират автоматично от ИИС след извършване на формални проверки.
9. Промяна на диагнози в ЕРК се извършва на основание издаден медицински документ (амбулаторен лист, епикриза и/или друг медицински документ). Право да добавя нови и/или да деактивира съществуващи диагнози на ЗОЛ в ЕРК има ОПЛ (негов заместник или нает лекар).
10. Регистриране на нови диагнози в ЕРК и/или деактивиране на съществуващи диагнози в ЕРК се извършва от ОПЛ (негов заместник или нает лекар), на ЗОЛ от пациентската му листа, чрез предоставена от НЗОК електронна услуга, реализирана в медицинския софтуер, ползван от ОПЛ. Регистрацията/промяната на диагнози в ЕРК от заместник на ОПЛ се извършва само за периода на заместването.
11. В ЕРК се регистрират само диагнози, съгласно Приложение № 5 "Списък на заболяванията, за които се издава "Рецептурна книжка на хронично болния" на НРД.
12. Регистриране на нови диагнози в ЕРК и/или деактивиране на съществуващи диагнози в ЕРК се извършва чрез предоставена от НЗОК електронна услуга, реализирана в медицинския софтуер, ползван от ОПЛ. Чрез услугата в ЕРК се регистрират нови диагнози и се деактивират съществуващи диагнози, при спазване на условията, заложи в настоящото указание.

РЕЦЕПТУРНА БЛАНКА - НЗОК

рецепта №

изпълнила аптека №

Лекар/лекар по
дентална медицина

телефон

регистрационен номер на лечебното заведение

коо специалност

име

фамилия

УИН на лекаря/ЛПК на лекаря по дентална медицина

<input type="text"/>		<input type="text"/>	единична цена	сума за изплащане	
ден	месец	година		от пациента	от РЗОК
код на лекарствен продукт <input type="text"/>	Rp.	МКБ <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
генерично заместване <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не					
код на лекарствен продукт <input type="text"/>	Rp.	МКБ <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
генерично заместване <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не					
код на лекарствен продукт <input type="text"/>	Rp.	МКБ <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
генерично заместване <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не					
Амбулаторен лист № <input type="text"/>		Рецепта № <input type="text"/>			

Лекар/лекар по
дентална медицина

подпис и личен печат

Всичко :

пациент:

военноинвалид / военнопострадал

РЗОК ЕГН /ЛНЧ на пациента възраст

име

фамилия

удостоверение на
военноинвалид / военнопострадал

дата

решение ТЕЛК №

дата

адрес:

град/село

улица

номер

блок

вход

етаж

ап.

идентификационен номер на получателя Код на държава ЕГН /ЛНЧ на получателя

отпуснал:

магистър-фармацевт

подпис

ден месец година

печат на
аптеката

получил:

подпис

УКАЗАНИЯ ЗА РАБОТА С “РЕЦЕПТУРНА БЛАНКА-НЗОК” – БЛАНКА ОБРАЗЕЦ „ МЗ-НЗОК № 5Б”

“Рецептурна бланка – бл.МЗ-НЗОК №5Б” е документ за предписване и отпускане на частично платени от НЗОК лекарствени продукти за военноинвалидите и военнопострадалите, в количества до 30 дни. Попълва се в два екземпляра от изпълнителя на медицинска или дентална помощ.

И двата екземпляра се предават на пациента.

В случай, че лекарят или лекарят по дентална медицина е предписал доза по-висока от максимално определената при разрешаване на лекарствения продукт и се е подписал срещу нея, фармацевтът изпълнява съответното предписание.

В случай на явни несъответствия в предписанията, фармацевтът е задължен да се свърже с лекаря или лекаря по дентална медицина, издал рецептата.

Документът се попълва ясно и четливо.

Данни, попълвани от лекар или лекар по дентална медицина, издал рецептата

1. **Лични данни на лекар/лекар по дентална медицина** – Код на специалност, регистрационен номер на лечебното заведение, УИН/ЛПК, име и фамилия, телефон, подпис, личен печат и/или печат на лечебното заведение.
2. **Данни за пациента** – Име, презиме, фамилия, възраст, номер на удостоверение за военноинвалид/военнопострадал, валидно към датата на предписване, дата до която е валидно удостоверението, % на трайна неработоспособност, № решение на ТЕЛК и дата на решението, адрес, № РЗОК (по настоящ адрес на пациента), ЕГН(ЛНЧ) - за граждани, осигурени в РБългария;
3. **Данни по предписанието:**
 - 3.1. **Дата на издаване** – датата на издаване на рецептата. **Датата на издаване на рецептата и датата на издаване на амбулаторния лист, в който са отразени данните от нея, трябва да съвпадат.**
 - 3.2. **№ на рецептурна книжка** – записва се № на **валидната** рецептурна книжка на военноинвалид/военнопострадал.
 - 3.3. **Код на лекарствен продукт** – от списъците с лекарства за военноинвалидите и военнопострадалите, заплащани от НЗОК.
 - 3.4. **Генерично заместване** – изборът се маркира с „X”.
 - **при избор “да”** – не се попълва “код на лекарствен продукт”, а в полето Rp. се изписва международното непатентно наименование от лекарствения списък за военноинвалидите и военнопострадалите на НЗОК, формата и количеството на лекарствения продукт; еднократна доза на прием; схема на приемане; продължителност на лечението.
 - **при избор “не”** – се попълва “код на лекарствен продукт”, а в полето Rp. се изписва търговското наименование, формата и количеството на лекарствения продукт от списъка за военноинвалидите и военнопострадалите; еднократна доза на прием; схема на приемане или прилагане; продължителност на лечението.
 - 3.5. **МКБ** – изписва се кодът на заболяването, посочен в списъците с лекарства, заплащани от НЗОК.
4. **№ на амбулаторен лист** – изписва се № на амбулаторния лист.
5. **Рецепта №** - пореден № на рецептата. Номерацията на издадените рецептурни бланки (за комбинацията РЦЗ, УИН и специалност) за всяка календарна година започва от № 1.
6. Задължително се поставят **подпис и личен печат и/или печат на лечебното заведение** върху двата екземпляра, постъпващи в аптеката.

Данни, попълвани от аптеката

7. **Рецепта №** - генериран от софтуера на аптеката. Поредността на номерацията за всяка календарна година започва от № 1.
8. **Изпълнила аптека №** - регистрационният номер на аптеката.
9. **ЕГН /ЛНЧ** или идентификационен номер на чужденеца и **код** на държавата на получателя.
10. **Дата на изпълнение** на рецептата.
11. Изпълняващият рецептата **се подписва и поставя печат на аптеката** и я предоставя за **подпис на приносителя**.

Рецептата не се изпълнява в случай, че:

12. не съдържа всички данни по точки 1 до 6;
13. срокът на валидност е изтекъл;
14. има несъответствие между предписания брой опаковки и определената доза на прием и другите общи изисквания по предписване на лекарствени продукти;
15. предписаният лекарствен продукт, не е включен в списъка на НЗОК за военноинвалиди и военнопострадали;
16. не се представи издадена от МО “Рецептурна книжка за военноинвалид/военнопострадал”, документ за самоличност, удостоверение на военноинвалид/военнопострадал, валидно към датата на отпускане;
17. съдържа несъответстващи НЗОК-кодове; превишени дози, срещу които няма подпис на лекаря; заличени и/или задраскани данни и други несъответствия съгласно изискванията по предписанията, определени в указанията.

Образецът може да се разпечатва от лекаря/лекаря по дентална медицина или да се печата в печатница на бял лист А4 (формат портрет) в 2 екземпляра или на А4 (Landscape), като в този случай двата екземпляра се отделят с разделителна линия.

Рецептурната книжка се издава от Министерство на отбраната, едновременно с издаването на книжка за военноинвалиди или военнопострадали.

Изгубена, унищожена или приключена рецептурна книжка се заменя с нова, след подаване на молба от военноинвалида или военнопострадалия до министъра на отбраната



Право да предписват разрешение за употреба в страната лекарствени продукти по реда на Наредбата за реда за получаване на заплащане на лекарствени продукти на военноинвалиди и военнопострадали имат всички лекари и лекари по дентална медицина, сключили договор с НЗОК за оказване на извънболнична и дентална помощ.

За да се получат предписаните лекарствени продукти се представя рецептурна книжка, рецепта, документ за самоличност и книжка за военноинвалид и военнопострадал.

Министерство на отбраната моли в случай на намиране на рецептурна книжка за военноинвалиди или военнопострадали да се направи необходимото същата да се върне на заинтересованото лице, защото е от значение за неговото здраве.

МИНИСТЕРСТВО НА ОТБРАНАТА
НА РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ

РЕЦЕПТУРНА КНИЖКА

ЗА ВОЕННОИНВАЛИД/ВОЕННОПОСТРАДАЛ



№ _____

МИНИСТЕРСТВО НА ОТБРАНАТА НА РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ

РЕЦЕПТУРНА КНИЖКА

ЗА ВОЕННОИНВАЛИД/ВОЕННОПОСТРАДАЛ

№ 1

/име/

/презиме/

ЕГН

/фамилия по лична карта/

Адрес:

/град, село/

/улица/

/жилищен комплекс

бл.

вх.

етаж

апартамент/

/№ на книжката за военноинвалид/военнопострадал, дата, месец и година на издаване/

/Телефон и GSM/

Министър на отбраната:

Дата на издаване

/подпис и печат/

№

№ 1



ПРЕДПИСАНИ ЛЕКАРСТВЕНИ ПРОДУКТИ							ОТПУСНАТИ ОТ:		
Дата на издаване на рецептата	МКБ	Лекарствен продукт	Лекарствена форма (таблетка, капсула, флакон)	Колчество (брой, таблетки, капсули, флакони)	Рег. № на практиката, ЕГН на лекаря	Подпис и печат	Дата на отпускане	Партиден № на лекарствения продукт	Отпускател (подпис и печат)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

УКАЗАНИЯ ЗА РАБОТА С “РЕЦЕПТУРНА БЛАНКА-НЗОК” – БЛАНКА ОБРАЗЕЦ „ М3-НЗОК № 5В”

“Рецептурна бланка – бл.М3-НЗОК №5В” е документ за предписване и отпускане на напълно платени от НЗОК лекарствени продукти на ветераните от войните, в количества до 30 дни. Попълва се в два екземпляра от изпълнителя на медицинска или дентална помощ.

И двата екземпляра се предават на пациента.

В случай, че лекарят или лекарят по дентална медицина е предписал доза по-висока от максимално определената при разрешаване на лекарствения продукт и се е подписал срещу нея, фармацевтът изпълнява съответното предписание.

В случай на явни несъответствия в предписанията, фармацевтът е задължен да се свърже с лекаря или лекаря по дентална медицина, издал рецептата.

Документът се попълва ясно и четливо.

Данни, попълвани от лекар или лекар по дентална медицина, издал рецептата

1. **Лични данни на лекар/лекар по дентална медицина** – Код на специалност, регистрационен номер на лечебното заведение, УИН/ЛПК, име и фамилия, телефон, подпис, печат и/или печат на лечебното заведение.
2. **Данни за пациента** – Име, презиме, фамилия, възраст, номер на удостоверение за ветеран от войните, адрес, № РЗОК (по настоящ адрес на пациента), ЕГН(ЛНЧ) - за граждани, осигурени в РБългария; идентификационен номер – за граждани от ЕС или по двустранни спогодби. Код на държавата – вписва се само за граждани на ЕС или по двустранни спогодби.
3. **Данни по предписанието:**
 - 3.1. **Дата на издаване** – датата на издаване на рецептата. **Датата на издаване на рецептата и датата на издаване на амбулаторния лист, в който са отразени данните от нея, трябва да съвпадат.**
 - 3.2. **№ на рецептурна книжка** – записва се № на валидната рецептурна книжка на пациента.
 - 3.3. **Код на лекарствен продукт** – от списъците с лекарства за ветераните от войните, заплащани от НЗОК.
 - 3.4. **Генерично заместване** – изборът се маркира с „X”.
 - при избор “да” – не се попълва “код на лекарствен продукт”, а в полето Rp. се изписва международното непатентно наименование от лекарствения списък на НЗОК за ветераните от войните, формата и количеството на лекарствения продукт; еднократна доза на прием; схема на приемане; продължителност на лечението.
 - при избор “не” – се попълва “код на лекарствен продукт”, а в полето Rp. се изписва търговското наименование, формата и количеството на лекарствения продукт от списъка за ветераните от войните; еднократна доза на прием; схема на приемане или прилагане; продължителност на лечението.
 - 3.5. **МКБ** – изписва се кодът на заболяването, посочен в списъците с лекарства, заплащани от НЗОК.
4. **№ на амбулаторен лист** – изписва се № на амбулаторния лист
5. **Рецепта №** - пореден № на рецептата. Номерацията на издадените рецептурни бланки (за комбинацията РЦЗ, УИН и специалност) за всяка календарна година започва от № 1.
7. Задължително се поставят **подпис и личен печат и/или печат на лечебното заведение върху двата екземпляра**, постъпващи в аптеката.

Данни, попълвани от аптеката

8. **Рецепта №** - генериран от софтуера на аптеката. Поредността на номерацията за всяка календарна година започва от № 1.
9. **Изпълнила аптека №** - регистрационният номер на аптеката
10. **ЕГН /ЛНЧ** или идентификационен номер на чужденеца и **код** на държавата на получателя.
11. **Дата на изпълнение** на рецептата.
12. Изпълняващият рецептата **се подписва и поставя печат на аптеката** и я предоставя за **подпис на приносителя**.

Рецептата не се изпълнява в случай, че:

13. не съдържа всички данни по точки 1 до 7;
14. срокът на валидност е изтекъл;
15. има несъответствие между предписания брой опаковки и определената доза на прием и другите общи изисквания по предписване на лекарствени продукти;
16. предписаният лекарствен продукт, не е включен в списъка на НЗОК за ветераните от войните;
17. не се представи заверена от РЗОК “Рецептурна книжка на ветеран от войните”, документ за самоличност, удостоверение на ветеран;
18. съдържа несъответстващи НЗОК-кодове; превишени дози, срещу които няма подпис на лекаря; заличени и/или задраскани данни и други несъответствия съгласно изискванията по предписанията, определени в указанията.

Образецът може да се разпечатва от лекаря/лекаря по дентална медицина или да се печата в печатница на бял лист А4 (формат портрет) в 2 екземпляра или на А4 (Landscape), като в този случай двата екземпляра се отделят с разделителна линия.

РЕЦЕПТУРНА КНИЖКА НА ВЕТЕРАН ОТ ВОЙНИТЕ В БЪЛГАРИЯ

№.

Пациент

ЕГН

.....
име, презиме и фамилия по лична карта/личен паспорт

Адрес: гр. (с.)

Ул..... №.

Ж.к. бл..... вх. ет..... ап.....

Удостоверение за ветеран от войните №. /дата:.....

Заверена от:

поделение на РЗОК

РЗОК

Дата:

Ден

месец

година

подпис на длъжностното лице и печат на РЗОК/поделение на РЗОК

Прекратена от:

поделение на РЗОК

РЗОК

Дата:

Ден

Месец

Година

подпис на длъжностното лице и печат на РЗОК/поделение на РЗОК

Издаване на рецептурна книжка:

1. Рецептурната книжка на „ветеран от войните“ се издава на лица, притежаващи удостоверение за ветеран от войните.
2. Рецептурната книжка на „ветеран от войните“ се издава от РЗОК/поделенията на РЗОК на територията на която е настоящия адрес. Книжката се издава срещу представяне на лична карта/личен паспорт и удостоверение за „ветеран от войните“.
3. Ветераните от войните могат да притежават само една валидна рецептурна книжка.
4. Нова рецептурна книжка се издава само след като са получени изписаните по старата рецептурна книжка лекарствени продукти.
5. Право да вписва лекарствени продукти в рецептурната книжка има аптеката, отпуснала лекарствените продукти.
6. При загубване, унищожаване, запълване на книжката се подава молба в РЗОК за издаване на нова. Старата книжка се анулира.

Ветеранът от войните е длъжен:

1. Да съхранява рецептурната книжка.
2. Да представя на ОПЛ, заместника му или специалиста заверената от РЗОК рецептурна книжка при предписване на лекарствени продукти.
3. За получаване на лекарствени продукти да представи в аптека, сключила договор с РЗОК: рецепта (рецептурна бланка по образец съгласно приложение №1 на Наредбата – образец МЗ-НЗОК № 5В - 2 екземпляра), лична карта/личен паспорт, удостоверение за „ветеран от войните“ и рецептурна книжка на ветеран от войните за вписване на отпуснатите лекарствени продукти.
4. Да уведоми незабавно поделенията на РЗОК или в РЗОК при необходимост от издаване на нова рецептурна книжка за заличаването на номера ѝ в регистъра на рецептурните книжки.

Лицето, отпуснащо лекарствени продукти, е длъжно:

1. Да свери данните от рецептурната книжка, рецептурните бланки – образци “МЗ-НЗОК № 5В” и документите за самоличност. При установено несъответствие рецептата не се изпълнява.
2. Да отпусна лекарствени продукти само по заверена в РЗОК рецептурната книжка.

ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

Забранени са всякакви поправки в рецептурната книжка. Вписванията в нея се извършват само от лицата, посочени по-горе.



НАПРАВЛЕНИЕ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ/ЛЕЧЕНИЕ ПО АМБУЛАТОРНИ ПРОЦЕДУРИ

ПАЦИЕНТ
РЗОК №. здравен район ЕГН (ЛНЧ) на пациента Пол м/ж
Идентификационен номер
ЕГН ЛНЧ дата на раждане
ССН гражданин на ЕС код на държава
име, презиме и фамилия по лична карта
Адрес: гр.(с) ул. №. ж.к. бл. вх. тел.

НАСОЧЕН ОТ:
регистрационен номер на лечебното заведение
договор с НЗОК РЗОК №. здравен район НЗОК номер
1- ОПЛ, 2- специалист, 3 - болница, 4 – спешна помощ; УИН на лекаря/ЛПК на лекаря по дентална медицина
5 ЦКВЗ; 6 КОЦ; УИН на заместващия (наетия) лекар/ЛПК на денталния лекар
7 лекар по дентална медицина
име на лечебното заведение
Код специалност име и фамилия на лекаря

ИЗПРАЩА СЕ ЗА ПРИЕМ: спешен планов
Насочваща диагноза: МКБ 10
дата на изпращане: ден месец година № изпращащ лекар: подпис и печат на лечебното заведение

Отказ от лечение
ПРИЕМАЩО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ: спешен планов
име на лечебното заведение
договор с НЗОК РЗОК №. здравен район регистрационен номер на лечебното заведение
УИН на лекаря/ЛПК на лекаря по дентална медицина
приемащ лекар: име и фамилия на лекаря
Приемна диагноза: МКБ 10
първи преглед: ден месец година планов прием: ден месец година №. приемащ лекар: лист за планов прием подпис

ПОСТЪПИЛ В ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТ
степен на тежест на състоянието до 6 часа от 6 до 24 часа след 24 часа
приет: ден месец година час минути ИЗ: номер година
Запознат съм с източника на финансиране и предстоящите процедури: 1 бюджет ; 2 НЗОК; 3 ДЗОФ; 4 пациент; 5 МЗ
Подпис:

ПРЕМИНАЛ ПРЕЗ ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ
дата на изписване / превеждане час на изписване
деца под 1 г. възраст (дни) тегло при прием (грама) за новородено: тегло при раждане (грама) ИЗ на майката: номер година г.с.
Актова книга №. ИАМН/РЗИ №. на ЛЗ на раждане:
ОСНОВНА ДИАГНОЗА: МКБ 10
Придружаващи заболявания и усложнения: МКБ 10

ДИАГНОСТИЧНА / ТЕРАПЕВТИЧНА или ОПЕРАТИВНА ПРОЦЕДУРА:
Хист. резултат:
отказ от лечение от ЗОЛ обосновка на отказа: 1. изписан
Статус: 2. преведен в болница ИАМН/РЗИ диагноза за превеждане: МКБ 10
3. починал причина за смъртта: МКБ 10 освободен от аутопсия
Пролегзани леглодни: болн. лист №. бр. дни съст-е при изписването 1 здрав; 2 с подобрене; 3 без изменение; 4 с влошаване

Ръководител на лечебното заведение: подпис и печат на лечебното заведение
Началник на отделение: фамилия, подпис
Лекуващ лекар: фамилия, подпис
УИН на лекуващия лекар

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

Първичният медицински документ "Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" е предназначен за насочване на здравноосигурено лице към лечебно заведение за болнична помощ, КОЦ, ЦКВЗ и ЛЗ за извънболнична помощ с легла за лечение по КП и АПр.

При електронно издаване на "Медицинско направление" – бл. МЗ-НЗОК № 7, същото се регистрира в Националната здравно-информационна система (НЗИС), откъдето получава национален референтен номер (НРН).

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

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

част I – от лекар/лекар по дентална медицина от извънболнична медицинска помощ; лечебно заведение за болнична помощ в условията на спешност; лечебно заведение за болнична помощ за КП по физикална и рехабилитационна медицина; КОЦ и ЦКВЗ; център за спешна медицинска помощ; друго лечебно заведение за медицинска или дентална помощ; части II, III и IV – от лечебното заведение за болнична помощ, КОЦ, ЦКВЗ и ЛЗ за извънболнична помощ с легла.

При издаване на документа от лекар по дентална медицина се попълва в два екземпляра. Първият остава на съхранение в приемащото лечебно заведение, а вторият се съхранява в архива на изпращащото лечебно заведение.

Част I. Данни, попълвани от лекар/лекар по дентална медицина, издал направлението за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури.

Блок "Пациент" – вписват се регистрационните данни за болния от изпращащия лекар.

Този блок се попълва както следва:

- № РЗОК и № здравен район по местоживееене – съгласно кодовете на здравните райони по области;
- ЕГН (ЛНЧ) - за български граждани, осигуряващи се в Република България, се попълва ЕГН. За чуждестранни граждани, дългосрочно пребиваващи в Република България и осигуряващи се в Република България, се попълва личен номер на чужденец (ЛНЧ). За новородени, които нямат ЕГН, се попълват първите 6 квадратчета (първото и второто квадратче съдържат последните две цифри от годината на раждане, третото и четвъртото - месеца плюс 40, петото и шестото - деня на раждане);

- пол – попълва се мъж – "М" или жена – "Ж";

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

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

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

- име, презиме, фамилия;
- адрес – попълва се настоящият адрес на пациента;
- телефон за контакти;
- идентификатор на държава – попълват се уникални двузначни кодове на държави – ISO 3166 кодове;
- дата на раждане – попълва се деня, месеца и годината на раждането.

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

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

Блок "Изпраща се за прием" – съдържа медицински данни за пациента:

- вид прием – отбелязва с "x" се дали пациентът се изпраща за спешен или планов прием;
- номер на клинична пътека/амбулаторна процедура - не се попълва, ако пациентът се изпраща за лечение на заболяване извън клиничните пътеки/амбулаторните процедури или ако лечебното заведение няма договор за съответната клинична пътека/амбулаторна процедура;

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

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

- дата на изпращане;

При електронно издаване на "Медицинско направление" – бл. МЗ-НЗОК № 7, същото се регистрира в НЗИС, от където получава НРН.

- изпращащият лекар по дентална медицина задължително се подписва и поставя печата на лечебното заведение и на двата хартиени екземпляра.

- номер на амбулаторни процедури, които се отчитат с тази бланка

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

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

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

▪ **"отказ на лечение поради липса на индикации"** – лекарят задължително се подписва и поставя печата на лечебното заведение и на двата екземпляра.

▪ име на лечебното заведение за болнична помощ или извънболнична помощ, което приема пациента;

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

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

▪ "Приемащ лекар" - име и фамилия на приемащия лекар/лекар по дентална медицина. Ако пациентът постъпва планово/допълнителен пакет, това са данните на лекаря от диагностично - консултативен блок (ДКБ) или ЛЗ за извънболнична помощ с легла. Когато пациентът постъпва по спешност или след работното време на ДКБ, се вписват данните на дежурния лекар.

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

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

▪ дата на първи преглед в болницата/ ЛЗ за извънболнична помощ с легла – попълва се задължително от приемащия лекар:

- лекарят от ДКБ/ ЛЗ за извънболнична помощ с легла - когато пациентът постъпва планово;
- дежурният лекар - когато пациентът постъпва по спешност или след работното време на ДКБ;

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

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

▪ Приемащият лекар задължително се подписва на документа.

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

Блок "Постъпил в лечебното заведение"

Попълват се всички полета.

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

СТЕПЕНИ НА ТЕЖЕСТ НА СЪСТОЯНИЕТО (ПАЦИЕНТИ НАД 3 ГОДИНИ)

I СТЕПЕН

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

II СТЕПЕН

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

III СТЕПЕН

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

IV СТЕПЕН

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

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

I СТЕПЕН

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

II СТЕПЕН

Към грижите за първа степен поради нарушено състояние се добавят: допълнително миене и почистване, хранене до 6 пъти в денонощие, преповиване до 6 пъти в денонощие или присъствие при изхождане по нужда, раздвижване или приспиване по обичаен начин. Контрол на температура, дишане, пулс, бъбречна функция и дефекация до 4-6 пъти в денонощие. Поддържане на инфузионно лечение до два пъти в денонощие.

III СТЕПЕН

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

IV СТЕПЕН

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

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

СТЕПЕНИ НА ТЕЖЕСТ НА СЪСТОЯНИЕТО (НОВОРОДЕНИ И КЪРМАЧЕТА)

I СТЕПЕН

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

II СТЕПЕН

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

III СТЕПЕН

Към грижите за втора степен поради по-тежко състояние (след операции, инвазивни процедури, остра фаза на заболяването, висок фебрилитет) се добавят: къпане или миене при затруднени условия (неподвижност, включени инфузионни системи, продължителен

мониторинг, стерилни условия и др.). Допълнителни грижи - при диарии, повръщания, обилни изпотвявания, кървене и при промяна на положението в леглото поради затруднените условия.

IV СТЕПЕН

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

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

Част IV. Данни, попълвани при изписване на преминал през стационара/ЛЗ за извънболнична помощ с легла пациент

Блок "Преминал през лечебното заведение пациент" – данните в този блок се вписват при изписване на преминалия през стационара/ ЛЗ за извънболнична помощ с легла пациент:

дата и час на изписване/превеждане – задължително се вписва датата на изписване от болницата / ЛЗ за извънболнична помощ с легла или на превеждане в друга болница; като час на изписване/превеждане задължително се вписват час и минути;

- клинична пътека №/ амбулаторна процедура № – вписва се номер;

Когато пациентът е лекуван по клинична пътека, която се завършва с амбулаторна процедура по Приложение № 11 към чл. 1, ал. 1 и чл. 3 - Амбулаторна процедура "Предсрочно изпълнение на дейностите по Клинична пътека "....." се попълва съответния номер на клиничната пътека и „99“ за номер на амбулаторната процедура.

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

- пациентът е приет за заболяване извън клиничните пътеки/амбулаторни процедури;
- лечебното заведение не е сключило договор за съответната пътека/ амбулаторна процедура;
 - деца под една година – попълва се възрастта в дни на децата при постъпването им в болницата и теглото им в грама при прием; попълват се всички квадратчета; ако възрастта е двуцифрено число, отпред се слага "0", например за 86 дни се вписва 086; при новородени се остава празно;
 - за новородено – попълват се теглото в грамове на детето при раждането му; задължително се вписва и номерът на история на заболяване на майката; Полетата "Деца под една година", "За новородено" и "ИЗ на майката" не се попълват при пациенти над една година.
 - За новородени се попълва „Актова книга“, „ИАН/РЗИ №. на ЛЗ на раждане“ и „г.с.“ на майката.
 - основна (водеща, окончателна) диагноза - състоянието, което след направените изследвания се явява основна причина за приемане на пациента в ЛЗ за полагане на медицински грижи (изписва се на български език). Вписва се и кода по МКБ 10, съобразно правилата за кодиране, като вписването на кода започва от първото квадратче и до него се поставя допълнителния код, когато се изисква съобразно правилата за кодиране, обозначен с * в МКБ 10.
 - при отчитане на клиничните пътеки / амбулаторните процедури , в алгоритъма на които се изисква отчитане с два, указани в КП/АПр кода, за основна диагноза на заболяването, в първия ред квадратчета задължително се вписва кодът, посочен в съответния алгоритъм, а на втория ред квадратчета се вписва задължително кодът, посочен в съответния алгоритъм;
 - придружаващи заболявания и усложнения – на трите реда се вписват съответните състояния съобразно правилата за кодиране, като се поставя и допълнителен код, когато се изисква съобразно правилата за кодиране, обозначен с „*“ в МКБ10;
 - диагностична/терапевтична или оперативна процедура– код по КСМП;
 - хистологичен резултат – описва се с думи хистологичния резултат, а с код по КСМП се отразяват начина на изследване;
 - статус – задължително се попълва статусът на пациента:
 - изписан – отбелязва се с "1". Ако изписването е по повод отказ от лечение от страна на пациента, отказът се отбелязва с "X" в квадратчето "отказ от лечение" и се вписва обосновката за отказа;
 - преведен - отбелязва се с "2". В този случай задължително се попълва регистрационният номер на болницата, в която е преведен пациентът, както и диагнозата за превеждане (попълва се кодът на заболяването, което е причина за превеждането на пациента и допълнителен код, когато се изисква съобразно правилата за кодиране, обозначен с * в МКБ 10); тази диагноза може да бъде различна от водещата диагноза;
 - починал - отбелязва се с "3"; в полето "Причина за смъртта/клинична" се попълва кодът на заболяването, причина за смъртта на пациента от клинична гледна точка, ако пациентът не е аутопсиран. Ако пациентът е аутопсиран се отбелязва кодът за причината за смъртта по данни от обдукцията. Ако трупът е освободен от аутопсия, в съответното квадратче се нанася "X".
 - пролежани леглодни по КП - попълват се всички квадратчета; ако броят дни е едноцифрено или двуцифрено число, отпред се добавят "0", например за 9 дни се вписва 009;
 - болничен лист № и брой дни – въвежда се номерът на болничния лист, издаден на пациента при изписването му (ако има издаден такъв); вписва се броят на дните, за които се издава болничен лист; ако броят дни е едноцифрено или двуцифрено число, отпред се добавят "0";
 - квадратчето "освободен от аутопсия" се попълва ако починалия пациент е освободен от аутопсия с знака "X".
 - квадратчето "състояние при изписване" се попълва съобразно легендата;

Блок "Валидиране на документа" по КП и АПр

- ръководителят на лечебното заведение задължително се подписва и поставя печата на лечебното заведение
- завеждащият отделение и лекарят специалист (лекуващ лекар), оказващ медицинска помощ по договор с НЗОК за съответната клинична пътека/амбулаторна процедура и посочен в РЗОК, задължително вписват фамилията си и се подписват на документа с което удостоверяват, че посочените в болничния отчет процедури са изпълнени. Лекуващият лекар задължително вписва и своя УИН.
- Лекуващият лекар е лекарят, посочен в Приложение № 1 към индивидуалния договор, сключен между лечебното заведение, изпълнител на болнична помощ и РЗОК по КП и подписващ Направление № 7 в графа „лекуващ лекар“.
- При изпълнение на АПр в ЛЗ за извънболнична помощ с легла не се изисква подпис от завеждащ отделение.

Забележка:

В зависимост от броя на извършените диагностични и терапевтични процедури, според изискванията на алгоритъма, бланката може да бъде разпечатана на повече от една страница..

МЕДИЦИНСКО НАПРАВЛЕНИЕ ЗА КЛИНИЧНИ ПРОЦЕДУРИ / АМБУЛАТОРНИ ПРОЦЕДУРИ

ПАЦИЕНТ			НАСОЧЕН ОТ:	
РЗОК №. <input type="text"/>	здравен район <input type="text"/>	ЕГН (ЛНЧ) на пациента <input type="text"/>	<input type="text"/>	2- СИМП, 3 – ЛЗБП, 4 - спешна помощ; 5 КОЦ; 6-ДЦ
Идентификационен номер <input type="checkbox"/> ЕГН <input type="checkbox"/> ЛНЧ дата на раждане <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="checkbox"/> ССН <input type="checkbox"/> гражданин на ЕС код на държава <input type="text"/> (или по двустранни спогодби)			здравен район <input type="text"/> регистрационен номер на лечебното заведение <input type="text"/> НЗОК номер <input type="text"/> УИН на лекаря <input type="text"/> УИН на заместващия лекар <input type="text"/>	
Име, презиме и фамилия по лична карта Адрес: гр. (с.) ул..... №..... Ж.к..... бл..... вх..... ет..... ап.....			име на лечебното заведение име и фамилия на лекаря	

НАСОЧВА СЕ ЗА КЛ. ПРОЦЕДУРА **АМБ. ПРОЦЕДУРА**

спешен планов

дата на насочване: ден месец година насочващ лекар:
 подпис и печат на лечебното заведение

ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА КЛ. ПРОЦЕДУРА / АМБ. ПРОЦЕДУРА

здравен район регистрационен номер на лечебното заведение

име на лечебното заведение Източник на финансиране: 1 бюджет ; 2 НЗОК; 3 ДЗОФ; 4 пациент; 5 МЗ

ПО КЛ. ПРОЦЕДУРА **АМБ. ПРОЦЕДУРА**

спешен планов

Отказ за извършване на КПр /АПр лекар:
 подпис и печат на лечебното заведение

Диагноза: МКБ 10 ---

..... МКБ 10 ---

Код на процедура по КСМП:
- - - - -

ИЗ на детето (за новородено): г.с. на майката:

Актова книга №. ИАМН/РЗИ №. на ЛЗ на раждане

първи преглед: ден месец година планов прием: ден месец година приемащ лекар:

УИН на лекаря

№.
 листа за планов прием име и фамилия на лекаря, подпис

ИЗВЪРШЕНИ КЛИНИЧНИ ПРОЦЕДУРИ/АМБУЛАТОРНИ ПРОЦЕДУРИ

Дата КПр./АПр. /апликация (дд.мм.гггг)	Час на започване (hh:mm)	Час на завършване (hh:mm)	Фамилия на лекаря, извършил КПр./ АПр.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Общ брой извършени КПр/АПр **Общ брой дни (за перитонеална диализа)** **Преведен към КП** --

Болн. лист №. бр. дни от дата:

Пациентът (родителят/настойникът) се подписва след последната КПр/АПр за месеца или при приключване на процедурите в съответното ЛЗ.

Пациент (родител/настойник).....
 (подпис)

Директор на лечебното заведение:..... **Началник на клиника/отделение:**..... **Лекуващ лекар:**.....
 подпис и печат на лечебното заведение фамилия, подпис фамилия, подпис

УИН на лекуващия лекар

УКАЗАНИЕ ЗА ПОПЪЛВАНЕ НА МЕДИЦИНСКО НАПРАВЛЕНИЕ ЗА КЛИНИЧНИ ПРОЦЕДУРИ / АМБУЛАТОРНИ ПРОЦЕДУРИ

Този документ се изготвя и издава от ЛЗ, изпълнител на клинична/амбулаторна процедура, еднократно за календарния месец за всеки преминал през структурата пациент. Срок на валидност 30 дни от датата на издаване.

Документът е месечен и съдържа информация за вид и брой извършени процедури на пациента за дадения календарен месец. В случаите, когато в един календарен месец се извършват процедури в различни лечебни заведения – всяко ЛЗ издава и отчита отделна бл. МЗ-НЗОК № 8, с отразени брой процедури, които е извършило.

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

- част I – от лекар от специализирана извънболнична медицинска помощ; лекар от лечебно заведение, изпълнител на болнична помощ; център за спешна медицинска помощ, лекар от комплексен онкологичен център (КОЦ) и диализен център;
- част II и III – от лечебното заведение, в което се извършва процедурата.

Документът се попълва в **един** екземпляр, който остава на съхранение в лечебното заведение към медицинската документация на съответния пациент.

Документът се попълва чрез използван приложен софтуер.

Част I. Данни, попълвани от лекар, издал направлението за клинична процедура/амбулаторна процедура

Блок “Пациент”

Вписват се регистрационните данни на здравноосигуреното лице от лекаря, издал направлението, както следва:

- № РЗОК и №. здравен район по местоживееене – съгласно кодовете на здравните райони по области;
- ЕГН(ЛНЧ) – за български граждани, осигуряващи се в България, се попълва ЕГН. За чуждестранни граждани, дългосрочно пребиваващи в Р България, осигуряващи се в България, се попълва личен номер на чужденец (ЛНЧ). За новородени, които нямат ЕГН, се попълват първите 6 квадратчета (първото и второто квадратче съдържат последните две цифри от годината на раждане, третото и четвъртото - месеца плюс 40, петото и шестото - деня на раждане);
- пол – попълва се мъж – “М” или жена – “Ж”;
- идентификационен номер на чужд осигурен (полето се попълва с дясно подравняване):
 - а) идентификационен номер на лица, осигурени в друга държава, членка на ЕС, Швейцария или в друга държава, страна по Споразумението за ЕИП (Норвегия, Исландия и Лихтенщайн), за които се прилага законодателството на България, съгласно правилата за координация на системите за социална сигурност по смисъла на § 1, т. 22 от ДР на ЗЗО; лица, за които се прилага законодателството на Р България по силата на двустранни спогодби за социално осигуряване, съобразно материалния и персоналният им обхват;
 - б) идентификационен номер на осигурени в Р България лица, издаден от НАП (СН);
- име, презиме, фамилия;
- адрес – попълва се настоящият адрес на пациента;
- код на държава – попълват се уникални двузначни кодове на държави – Таблица „ISO-кодове на държавите от ЕС, ЕИП, Конфедерация Швейцария и други европейски държави”.

Задължителен за попълване само за лицата по т. а)!

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

Блок “Насочен за процедура от” – данни за насочващия за процедура. Насочващият лекар попълва всички полета.

При насочване от СИМП – вписва се цифра „2”.

При насочване от ЛЗ за болнична помощ – вписва се цифра „3”.

Когато пациентът се насочва от “ЦСМП”, се попълва само цифрата “4” в съответното поле, а другите остават празни.

Когато пациентът се насочва от КОЦ се вписва цифрата „5”.

При насочване от диализен център (самостоятелна структура) – се вписва цифрата „6”.

Блок “Насочва се за амбулаторна/клинична процедура”

- номер на амбулаторна процедура

01.1	Хроничнохемодиализа
01.2	Бъбречно-заместителна терапия (хемодиализация)
02	Перитонеална диализа с апарат
03	Перитонеална диализа без апарат
06	Системно лекарствено лечение при злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания
08	Проследяване на терапевтичния отговор при пациенти на домашно лечение с прицелна перорална противотуморна терапия и перорална химиотерапия
10	Наблюдение при пациенти с невромускулни заболявания на неинвазивна вентилация
27	Специфични изследвания при хематологични заболявания
32	Амбулаторно наблюдение на лица с постоянен електрокардиостимулатор
43	Специфични изследвания при пациенти с онкологични заболявания
45	Диагностика на първични имунни дефицити

- номер на клинична процедура

01	Диализно лечение при остри състояния
02	Интензивно лечение на новородени деца с асистирано дишане
06	Ендоваскуларно лечение на нетравматични мозъчни кръвоизливи, аневризми и артериовенозни малформации на мозъчните съдове

- отбелязва с “х” се дали пациентът се изпраща за спешна или планова процедура;
- дата на насочване;
- насочващият лекар задължително се подписва и поставя печата на лечебното заведение и на двата екземпляра.

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

Блок “Лечебно заведение, изпълнител на процедурата”

- име на лечебното заведение;
- РЗОК №, здравен район по местонахождение на лечебното заведение – съгласно кодовете на здравните райони по области (на гърба), регистрационен номер на лечебното заведение, код от МЗ – задължителен за всички лечебни заведения;
- номер на процедура;
- отбелязва с “х” се дали процедурата е спешна или планова;
- отказ за извършване на процедура – лекарят задължително отбелязва обстоятелствата, наложили отказа и се подписва и на двата екземпляра. След попълване на тези данни, Направлението се връща на пациента.

- код на диагнозата по МКБ10:
 - за **АПр № 01.1, № АПр № 01.2 и КПр 01** - на първия ред се поставя кодът на диализата по МКБ10 (**Z 49.1**), а на втория – кодът на основното заболяване - основен и допълнителен код, когато се изисква съобразно правилата за кодиране. Вписването на основния код започва от първото квадратче и до него се поставя допълнителния код, когато се изисква съобразно правилата за кодиране, обозначен с “*” в МКБ 10;
 - за **АПр № 02 и 03** - на първия ред се поставя кодът на перитонеалната диализа по МКБ10 (**Z 49.2**), а на втория – кодът на основното заболяване - основен и допълнителен код, когато се изисква съобразно правилата за кодиране. Вписването на основния код започва от първото квадратче и до него се поставя допълнителния код, когато се изисква съобразно правилата за кодиране, обозначен с “*” в МКБ 10;
 - за **АПр № 06** - на първия ред се поставя кодът за химиотерапията по повод на новообразуване по МКБ10 (**Z 51.1**), а на втория – кодът на основното заболяване - основен и допълнителен код, когато се изисква съобразно правилата за кодиране. Вписването на основния код започва от първото квадратче и до него се поставя допълнителния код, когато се изисква съобразно правилата за кодиране, обозначен с “*” в МКБ 10;
 - за **АПр № 08** - на първия ред се поставя кодът за „Последващо изследване след химиотерапия на злокачествено новообразуване“ по МКБ10 (**Z 08.2**), а на втория – кодът на основното заболяване - основен и допълнителен код, когато се изисква съобразно правилата за кодиране. Вписването на основния код започва от първото квадратче и до него се поставя допълнителния код, когато се изисква съобразно правилата за кодиране, обозначен с “*” в МКБ 10;
 - за **КПр № 02** – поставя се кодът на основната диагноза на детето, наложила интензивно лечение - основен и допълнителен код, когато се изисква съобразно правилата за кодиране. Вписването на основния код започва от първото квадратче и до него се поставя допълнителния код, когато се изисква съобразно правилата за кодиране, обозначен с “*” в МКБ 10. Тази процедура не може да бъде начато на лечение.
За новородени се попълва „Актова книга“, „ИАМН/РЗИ №. на ЛЗ на раждане“ и „г.с. на майката“.
 - за **АПр № 10** „Наблюдение при пациенти с невромускулни заболявания на неинвазивна вентилация“ – поставя се кодът на основната диагноза (от блока с кодове на болести на процедурата), наложила лечението - основен и допълнителен код, когато се изисква съобразно правилата за кодиране по МКБ 10. Вписването на основния код започва от първото квадратче и до него се поставя допълнителния код, ако е необходим такъв, обозначен със “*” в МКБ 10;
 - за **АПр № 27** „Специфични изследвания при хематологични заболявания“ се поставя кодът на хематологичното заболяване;
 - за **АПр № 32** „Амбулаторно наблюдение на лица с постоянен електрокардиостимулатор“ – поставя се кодът на основната диагноза Z45.0 Поставяне и регулиране на изкуствен регулатор на сърдечния ритъм.
- код на процедура по КСМПГ;
- ИЗ на детето (за новородено) – задължително се вписва номерът на последната ИЗ на детето по предходната клинична пътека, по която е лекувано (само за клинична процедура № 02);
- дата на първи преглед в ЛЗ – попълва се задължително от приемащия лекар . За амбулаторни процедури с №№ 01.1, 01.2, 02, 03 се попълва само при новорегистрираните пациенти; Не се попълва за клинична процедура № 02.
- дата за планово провеждане на процедурата – попълва се, ако приемът на пациента е планов. Не се попълва за АПр №№ 01.1, 01.2, 02 и 03 и КПр 01 и 02.
- No. от листа за планоу прием – уникален номер за лечебното заведение за календарна година.
- УИН, име, фамилия и подпис на приемащия за клинична/амбулаторна процедура лекар.

Част III. Данни, попълвани след всяка процедура и след изтичане на календарния месец

Блок “Извършени процедури”

- дата, час на започване и завършване на процедурата; фамилия на лекаря, извършил процедурата; апликация - дата и час на извършване (отнася се за подкожна или мускулна инжекция);
 - общ брой извършени процедури за календарния месец. За АПр № 06 общият брой на извършените клинични процедури се отразява съгласно алгоритъма на процедурата.
 - общ брой дни с проведена перитонеална диализа за месеца – за процедури с №№ 02 и 03 се попълва **само** този брой, без да е необходим подпис на лекаря срещу всяка процедура.

Забележка: 1.Амбулаторни процедури с №№ 01.1, 01.2, 02, 03 и 06 се отчитат с едно направление след изтичане на календарния месец.

2. Клинични процедури № 01 и № 02 се отчита с едно направление след края на месеца, в който е приключила последната процедура.

3. Амбулаторна процедура № 10 Видът и броят на процедурите, вписани в този документ съответства на изискванията на алгоритъма на процедура № 10.

Клинична процедура с № 10 се отчита след изтичане на календарния месец.

4. Амбулаторна процедура № 27 се отчита след получаване на резултатите от извършените изследвания.

5. Амбулаторна процедура № 32 „Амбулаторно наблюдение на лица с постоянен електрокардиостимулатор“ – Видът и броят на процедурите, вписани в този документ съответства на изискванията на алгоритъма на амбулаторна процедура № 32.

Блок “Валидиране на документа”

- ръководителят на лечебното заведение задължително се подписва и поставя печата на лечебното заведение
- завеждащият отделение и лекарят специалист, оказващ медицинската помощ (лекуващ лекар) по договор с НЗОК за съответната клинична/амбулаторна процедура и посочен в Приложение №1 към индивидуалния договор, сключен между лечебното заведение, изпълнител на болнична помощ и РЗОК, задължително вписват фамилията си и се подписват на документа, с което удостоверяват, че посочените в болничния отчет процедури са изпълнени.
- Лекуващият лекар задължително вписва и своя УИН.

Пациентът (родителят/настойникът) се подписва след последната процедура за месеца или при приключване на процедурите в съответното лечебно заведение, когато периодът е различен от един календарен месец.

Забележка:

В зависимост от броя на извършените диагностични и терапевтични процедури, според изискванията на алгоритъма, бланката може да бъде разпечатана на повече от една страница.

УКАЗАНИЕ ЗА ПОПЪЛВАНЕ НА МЕДИЦИНСКО НАПРАВЛЕНИЕ ПРОВЕЖДАНЕ НА КЛИНИЧНИ ПРОЦЕДУРИ/АМБУЛАТОРНИ ПРОЦЕДУРИ

Този документ се изготвя и издава от ЛЗ за всеки преминал през структурата пациент. Срок на валидност 30 дни от датата на издаване. Документът съдържа информация за вид и брой извършени процедури на пациента. В случаите, когато се извършват процедури в различни лечебни заведения всяко ЛЗ издава и отчита отделна бл. МЗ-НЗОК № 8А, с отразени брой процедури, които е извършило.

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

- част I – от лекар от специализирана извънболнична медицинска помощ; лекар от лечебно заведение, изпълнител на болнична помощ; лекар от комплексен онкологичен център (КОЦ) и диализен център; В случаите, когато пациентите се насочват в лечебното заведение от ЦСМП, лекарите не попълват бл.МЗ-НЗОК №8А, а предоставят фиш за спешна медицинска помощ по образец, посочен в Приложение №3 към Наредба №25/1999 г. на МЗ в лечебното заведение, което хоспитализира същия пациент.
- част II и III – от лечебното заведение, в което се извършва процедурата.

Документът се попълва в един екземпляр, който остава на съхранение в лечебното заведение към медицинската документация на съответния пациент.

Документът се попълва или се отпечатва чрез използван приложен софтуер.

Не се допуска отчитането на различни видове процедури с едно направление.

За всеки отделен вид процедура се изготвя нов документ бл. МЗ-НЗОК № 8А.

Част I. Данни, попълвани от лекар, издал направлението за процедури бл.МЗ-НЗОК 8А

Блок “Пациент”

Вписват се регистрационните данни на здравноосигуреното лице от лекаря, издал направлението, както следва:

- № РЗОК и №. здравен район по местоживеее – съгласно кодовете на здравните райони по области (на гърба на направлението);
- ЕГН(ЛНЧ) – за български граждани, осигуряващи се в България, се попълва ЕГН. За чуждестранни граждани, дългосрочно пребиваващи в Р България и осигуряващи се в България, се попълва личен номер на чужденец (ЛНЧ). За новородени, които нямат ЕГН, се попълват първите 6 квадратчета (първото и второто квадратче съдържат последните две цифри от годината на раждане, третото и четвъртото - месеца плюс 40, петото и шестото - деня на раждане);
- пол – попълва се мъж – “М” или жена – “Ж”;
- идентификационен номер на чужд осигурен (полето се попълва с дясно подравняване):
 - а) идентификационен номер на лица, осигурени в друга държава, членка на ЕС, Швейцария или в друга държава, страна по Споразумението за ЕИП (Норвегия, Исландия и Лихтенщайн), за които се прилага законодателството на България, съгласно правилата за координация на системите за социална сигурност по смисъла на § 1, т. 22 от ДР на ЗЗО; лица, за които се прилага законодателството на Р България по силата на двустранни спогодби за социално осигуряване, съобразно материалния и персоналният им обхват;
 - б) идентификационен номер на осигурени в Р България лица, издаден от НАП (ССН);
- име, презиме, фамилия;
- адрес – попълва се настоящият адрес на пациента;
- код на държава – попълват се уникални двузначни кодове на държави – Таблица „ISO-кодове на държавите от ЕС, ЕИП, Конфедерация Швейцария и други европейски държави”.

Задължителен за попълване само за лицата по т. а)!

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

Блок “Насочен за процедура от” – данни за насочващия за процедура. Насочващият лекар попълва всички полета.

При насочване от СИМП – вписва се цифра „2”.

При насочване от ЛЗ за болнична помощ – вписва се цифра „3”.

Когато пациентът се насочва от “ЦСМП”, се попълва само цифрата “4” в съответното поле, а другите остават празни.

Когато пациентът се насочва от КОЦ се вписва цифрата „5”

При насочване от диализен център (самостоятелна структура) – се вписва цифрата „6”

Блок “Насочва се за амбулаторна/клинична процедура”

- номер на амбулаторната процедура

25	Диагностична и терапевтична пункция и/или биопсия
26	Амбулаторни хирургични процедури
28	Паравертебрални блокади и блокади на отделни нерви
29	Поетапна вертикализация и обучение в ходене
30	Напасване на протеза на горен или долен крайник
33.1	Парентерална инфузия на лекарствени продукти по терапевтична схема
33.2	Парентерална инфузия на лекарствени продукти по терапевтична схема на медицински хранителни субстанции
35	Сцинтиграфски изследвания
36	Позитронно-емисионна томография с компютърна томография (ПЕТ/КТ) (PET/CT)
37	Еднофотонна емисионна компютърна томография с компютърна томография – SPECT/CT на хибриден скенер
44	Диагностика на злокачествени заболявания на гърдата

- номер на клинична процедура

03	Интензивно лечение, мониторинг и интензивни грижи с механична вентилация и/или парентерално хранене в КАИЛ/ОАИЛ
04	Интензивно лечение, мониторинг и интензивни грижи без механична вентилация и/или парентерално хранене
05	Лечение за новородени деца с вродени сърдечни малформации, претърпели сърдечна оперативна интервенция до навършване на 1- годишна възраст

- отбелязва с “х” се дали пациентът се изпраща за спешна или планова процедура;
- дата на насочване;
- насочващият лекар задължително се подписва и поставя печата на лечебното заведение и на двата екземпляра.

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

Блок “Лечебно заведение, изпълнител на процедурата”

- име на лечебното заведение;
- РЗОК №, здравен район по местонахождение на лечебното заведение – съгласно кодовете на здравните райони по области (на гърба), регистрационен номер на лечебното заведение, код от МЗ – задължителен за всички лечебни заведения;
- номер на клинична/амбулаторна процедура;
- отбелязва с “х” се дали процедурата е спешна или планова;
- отказ за извършване на процедура – лекарят задължително отбелязва обстоятелствата, наложили отказа и се подписва и на двата екземпляра. След попълване на тези данни, Направлението се връща на пациента.
- код на диагнозата по МКБ10:

- за КПр № 03 и КПр № 04 – поставя се кодът на основната диагноза, наложила интензивно лечение - вписват се кодовете на извършените медицински процедури за времето на болничния престой, като се посочва датата на извършване. Видът и броя на процедурите, вписани в този документ съответства на изискванията на алгоритъма на процедури № 03 и № 04 и на регистрираните по вид и брой процедури в реанимационния лист и/или в другата медицинска документация.

- за АПр 35, 36 и 37 вписват се кодовете на извършените медицински процедури, съгласно алгоритъма на тези процедури и датите на извършването им.

- код на процедура по КСМП;
- ИЗ – вписва се номера на ИЗ на привещащото отделение.
- за приведен от клинична пътека или от клинична процедура – вписва се номера на клиничната пътека/клинична процедура, по която пациентът е бил лекуван.
- за преведен в клинична пътека или клинична процедура - вписва се номера на клиничната пътека/клинична процедура, по която пациентът ще се лекува.
- дата на първи преглед в ЛЗ – попълва се задължително от приемащия лекар.
- дата за планово провеждане на процедурата – попълва се, ако приемът на пациента е планов – не се попълва за КПр № 03 и 04.
- за клинични процедури № 03 и № 04 се попълва дата и час на включване в модела за прием и дата и час на изключване от модела за прием
- No. от листа за планов прием – уникален номер за лечебното заведение за календарна година.
- УИИ, име, фамилия и подпис на приемащия за процедура лекар.

Част III. Данни, попълвани след всяка процедура и след изтичане на календарния месец

Блок “Извършени процедури”

- дата на извършване на медицинските процедури/манипулации; фамилия и подпис на лекаря, извършил процедурата; подпис на пациента (с изключение на КПр № 03 и № 04.);
- Общ брой извършени процедури за КПр № 03 и № 04;
- за всяка медицинска процедура/манипулация се попълва дата на започване и дата на завършване на процедурата.

Забележка: Клинична процедура № 03 се отчита с едно направление след излизане от модела за прием.

Клинична процедура № 04 се отчита с едно направление след излизане от модела за прием.

Амбулаторна процедура № 25 се отчита с едно направление след завършване на втората процедура, съгласно ДЛА.

Амбулаторна процедура № 26 се отчита с едно направление след завършване на третата процедура, съгласно ДЛА.

Амбулаторна процедура № 28 се отчита с едно направление след края на календарния месец.

Амбулаторна процедура № 29 се отчита с едно направление след края на календарния месец.

Амбулаторна процедура № 30 се отчита с едно направление след завършване на последната процедура, съгласно ДЛА.

Амбулаторна процедура № 33.1 и № 33.2 се отчита с едно направление след края на календарния месец.

Амбулаторна процедура № 35 се отчита с едно направление след края на календарния месец.

Амбулаторна процедура № 36 се отчита с едно направление след края на календарния месец.

Амбулаторна процедура № 37 се отчита с едно направление след края на календарния месец.

Амбулаторна процедура № 44 се отчита с едно направление след излизане на хистологичен резултат, съгласно ДЛА.

Блок “Валидиране на документа”

- ръководителят на лечебното заведение задължително се подписва и поставя печата на лечебното заведение
- завеждащият отделение и лекарят специалист, оказващ медицинската помощ (лекуващ лекар) по договор с НЗОК за съответната клинична/амбулаторна процедура и посочен в Приложение №1 към индивидуалния договор, сключен между лечебното заведение, изпълнител на болнична помощ и РЗОК, задължително вписват фамилията си и се подписват на документа, с което удостоверяват, че посочените в болничния отчет процедури са изпълнени.
- Лекуващият лекар задължително вписва и своя УИИ. Лекуващият лекар е лекарят, посочен в Приложение № 1 към индивидуалния договор, сключен между лечебното заведение, изпълнител на болнична помощ.
- При изпълнение на АПр в ЛЗ за извънболнична помощ с легла не се изисква подпис от завеждащ отделение.

Пациентът (родителят/настойникът) се подписва след последната процедура по КСМП в съответното лечебно заведение.

Забележка:

В зависимост от броя на извършените диагностични и терапевтични процедури, според изискванията на алгоритъма, бланката може да бъде разпечатана на повече от една страница.

ПАЦИЕНТ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Лекар	<input type="text"/>
	РЗОК №.	здравен район	ЕГН (ЛНЧ) на пациента		Пол м/ж		регистрационен номер на лечебното заведение
<input type="text"/>						<input type="text"/>	
Идентификационен номер						име на лечебното заведение	
<input type="checkbox"/>	ЕГН	<input type="checkbox"/>	ЛНЧ	дата на раждане	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/>	ССН	<input type="checkbox"/>	гражданин на ЕС (или по двустранни слогдби)		код на държава	УИН на лекаря	
име, презиме и фамилия по лична карта							
Адрес: гр. (с.)							
ул. №							
ж.к. бл. вх. ет. ап.							
<input type="text"/>						код специалност	име и фамилия на лекаря

ЛИСТ ЗА ДИСПАНСЕРНО НАБЛЮДЕНИЕ № **дата** **час**

АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА Източник на финансиране: 1 бюджет ; 2 НЗОК; 3 ДЗОФ; 4 пациент; 5 МЗ

Посещение за:

диспансерен преглед
 дата на поставяне на диагнозата: ..
 дата на диспансеризация: ..

Извършени дейности:

извършена консултация със специалист
 код специалност код специалност

извършени медицински процедури

Наименование	КСМП код
.....	<input type="text"/>
.....	<input type="text"/>
.....	<input type="text"/>
.....	<input type="text"/>
.....	<input type="text"/>
.....	<input type="text"/>
.....	<input type="text"/>
.....	<input type="text"/>
.....	<input type="text"/>
.....	<input type="text"/>
.....	<input type="text"/>
.....	<input type="text"/>
.....	<input type="text"/>
.....	<input type="text"/>
.....	<input type="text"/>
.....	<input type="text"/>
.....	<input type="text"/>
.....	<input type="text"/>
.....	<input type="text"/>
.....	<input type="text"/>
.....	<input type="text"/>
.....	<input type="text"/>
.....	<input type="text"/>
.....	<input type="text"/>
.....	<input type="text"/>
.....	<input type="text"/>

Основна диагноза МКБ 10	<input type="text"/>
МКБ 10	<input type="text"/>
МКБ 10	<input type="text"/>
Анамнеза	
Обективно състояние	
Терапия	

Информиран съм за необходимите медицински дейности, назначената терапия и очакваните резултати.

пациент лекар

(родител, настойник/приеман родител) (подпис) (подпис и личен печат)

УКАЗАНИЯ ЗА ПОПЪЛВАНЕ ЛИСТ ЗА ДИСПАНСЕРНО НАБЛЮДЕНИЕ

"Лист за диспансерно наблюдение" е предназначен за попълване от лекар –специалист, работещ в ЛЗ за болнична помощ, център за кожно - венерически заболявания (ЦКВЗ) или комплексен онкологичен център (КОЦ), за който не се изисква издаване на "Медицинско направление за провеждане на клинични процедури/амбулаторни процедури" и /или "Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури".

Документът се попълва в един екземпляр, който остава на съхранение в лечебното заведение към медицинската документация на съответния пациент.

Документът се попълва или се отпечатва чрез използван приложен софтуер.

1. Данни за пациента

Вписват се регистрационните данни на здравноосигуреното лице от лекаря, издал направлението, както следва:

№ РЗОК и №. здравен район по местоживее – съгласно кодовете на здравните райони по области (на гърба на направлението);

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

- пол – попълва се мъж – "М" или жена – "Ж";

- идентификационен номер на чужд осигурен (полето се попълва с дясно подравняване):

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

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

- име, презиме, фамилия;

- адрес – попълва се настоящият адрес на пациента;

- код на държава – попълват се уникални двузначни кодове на държави – Таблица „ISO-кодове на държавите от ЕС, ЕИП, Конфедерация Швейцария и други европейски държави”

- Задължителен за попълване само за лицата по т. а)!**

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

2. Данни за лекаря:

2.1. **Регистрационен номер** на лечебното заведение – вписва се номерът, издаден от ИАМН/районна здравна инспекция (РЗИ на титуляря на ЛЗ).

2.2. **УИН** – вписва се УИН на лекаря, извършващ прегледа.

2.3. **Код на специалност** – вписва се кодът на специалността на лекаря, извършил прегледа според приложената номенклатура на специалностите.

2.4. **Име и фамилия** – вписват се имената на лекаря, извършил прегледа.

3. **Лист за диспансерно наблюдение №** – пореден номер за календарната година. Номерацията е последователна в рамките на календарна година за всяко лечебно заведение. Номерът се изписва "дясно подравнен".

4. Данни, попълвани само от лекар специалист:

4.1. Дата, час – дата и час на прегледа

Дата на поставяне на диагнозата – документира се с данни от предоставената епикриза при започване на диспансерното наблюдение (I преглед)

- **за АПр № 7:** за дата на диспансеризация се попълва датата на начало на активното наблюдение на лицето. При лица, при които е започнало активно наблюдение преди 01.01.2012 г. датата на началото на активното наблюдение също се вписва със съответната година, обемът и честотата е според заложения алгоритъм в Наредба № 39, и съответната АПр. Датата на началото на активното наблюдение подлежи на контрол от страна на контролните органи на НЗОК/РЗОК;

- **за АПр № 9:** за начална дата на диспансеризация се попълва датата на начало на активното наблюдение на лицето. При лица, при които е започнало активно наблюдение преди 01.01.2015 г., датата на началото на активното наблюдение също се вписва със съответната година. Обемът и честотата на дейностите са съгласно алгоритъма на тази АПр. Датата на началото на активното наблюдение подлежи на контрол от страна на контролните органи на НЗОК/РЗОК;

- **за АПр № 39:** за начална дата на диспансеризация се попълва датата на начало на активното наблюдение на лицето;

- **за АПр № 40:** за начална дата на диспансеризация се попълва датата на начало на активното наблюдение на лицето;

- **за АПр № 41:** за начална дата на диспансеризация се попълва датата на начало на активното наблюдение на лицето;

- **за АПр № 42:** за начална дата на диспансеризация се попълва датата на начало на активното наблюдение на лицето. При лица, при които е започнало активно наблюдение преди 01.01.2017 г., датата на началото на активното наблюдение също се вписва със съответната година. Обемът и честотата на дейностите са съгласно алгоритъма на тази АПр. Датата на началото на активното наблюдение подлежи на контрол от страна на контролните органи на НЗОК/РЗОК;

4.2. Извършени диагностични и терапевтични процедури

5. При посещението на пациент за диспансерен преглед се регистрират:

- основна диагноза по МКБ-10;

- снемане на анамнеза;

- обективно състояние;

- назначената терапия;

- извършени консултации;

- извършени диагностични и терапевтични процедури

Основна диагноза

- на първия ред се поставя кодът по МКБ 10:

- (Z08.0) Последващо изследване след хирургично отстраняване на злокачествено новообразувание;

- (Z08.1) Последващо изследване след радиотерапия на злокачествено новообразувание;

- (Z08.2) Последващо изследване след химиотерапия на злокачествено новообразувание;

- (Z08.7) Последващо изследване след комбинирано лечение на злокачествено новообразувание;

- (Z09.7) Последващо изследване след комбинирано лечение по повод на други състояния – вродени хематологични заболявания, муковисцидоза, гноен хидраденит, идиопатична белодробна фиброза, туберозна склероза и тежкопротичащи възпалителни полиартропатии и спондилопатии

- на втория ред задължително се поставя кодът на основното заболяване. При наличие на двойно кодиране – код с кръстче и код със звездичка, те се вписват в квадратчетата на един хоризонтален ред.

- на третия ред се вписва придружаваща диагноза, ако съществува такава.

Анамнеза, обективно състояние, изследвания, терапия – в свободен текст се вписват всички медицински данни, отнасящи се до състоянието на пациента; терапия - вписват се данни от издадената рецепта: номер на рецептурната бланка; код НЗОК на предписаните лекарства, мед. изделия; МКБ 10 код на заболяването, за което са предписани; сигнатура; предписано количество и срока, за който са предписани продуктите.

Кодове на извършени процедури

6. Пациентът (родител, настойник/приемен родител) удостоверява с подписа си информираност за извършените медицински дейности, назначените изследвания и терапия, както и че към момента на прегледа не е хоспитализиран. При отказ на пациента от назначената терапия или от хоспитализация, лекарят в свободен текст описва отказа в полето "Терапия" и задължително изисква подпис на пациента или негов законен представител.

7. Лекарят, осъществил прегледа, поставя подписа си и подпечатва с личния си печат всеки екземпляр на листа за диспансерно наблюдение и с печата на лечебното заведение

Забележка:

Не се допуска отчитане на амбулаторна процедура № 07 за пациенти, които в съответния отчетен период са провеждали амбулаторни процедури с №№ 06 или 08 или лечение по клинични пътеки № 240, 241, 242, 243, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251 и 252 или оперативно лечение по повод на основната диагноза, за която лицето е диспансеризирано.

Не се допуска отчитане на амбулаторна процедура № 07 за пациенти в рамките на същия болничен престой, отчетен по клинични пътеки № 240, 241, 242, 243, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251 и 252 и АПр 6 и 8 или оперативно лечение по повод на основната диагноза, за която лицето е диспансеризирано в едно и също лечебно заведение.

Не се допуска отчитане на амбулаторна процедура № 9 „Диспансерно наблюдение при Муковисцидоза“ за пациенти, които в съответния отчетен период са били на лечение по клинична пътека № 112.

Амбулаторна процедура № 42 не може да бъде отчетена в рамките на болничен престой по клинична пътека № 90, както и в един и същи отчетен период по КП № 90

Забележка:

В зависимост от броя на извършените диагностични и терапевтични процедури, според изискванията на алгоритъма, бланката може да бъде разпечатана на повече от една страница.

**ФОРМУЛЯР ЗА ВОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК
ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА /АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНА ПРОЦЕДУРА**

<p>ПАЦИЕНТ <input style="width:20px; height:15px; border:1px solid black;" type="text"/> <input style="width:20px; height:15px; border:1px solid black;" type="text"/> <small>РЗОК №.</small> <small>здравен район</small></p> <p><input style="width:30px; height:15px; border:1px solid black;" type="text"/> <input style="width:30px; height:15px; border:1px solid black;" type="text"/> <input style="width:30px; height:15px; border:1px solid black;" type="text"/> <input style="width:30px; height:15px; border:1px solid black;" type="text"/> <input style="width:30px; height:15px; border:1px solid black;" type="text"/> <small>ЕГН (ЛНЧ) на пациента</small></p> <p><input style="width:15px; height:15px; border:1px solid black;" type="text"/> <small>Пол м/ж</small></p> <p>Идентификационен номер <input style="width:30px; height:15px; border:1px solid black;" type="text"/> <input type="checkbox"/> ЕГН <input type="checkbox"/> ЛНЧ <small>дата на раждане</small> <input style="width:15px; height:15px; border:1px solid black;" type="text"/> <input style="width:15px; height:15px; border:1px solid black;" type="text"/> <input style="width:15px; height:15px; border:1px solid black;" type="text"/> <input type="checkbox"/> ССН <input type="checkbox"/> гражданин на ЕС <small>код на държава</small> <input style="width:15px; height:15px; border:1px solid black;" type="text"/></p> <p align="center">..... <small>име, презиме и фамилия по лична карта</small></p> <p>Адрес: гр.(с) ул. №..... ж.к. бл..... вх..... тел.....</p>	<p>ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ:</p> <p><input type="checkbox"/> <small>договор с НЗОК</small> <input style="width:20px; height:15px; border:1px solid black;" type="text"/> <small>РЗОК №.</small> <small>здравен район</small></p> <p><input style="width:30px; height:15px; border:1px solid black;" type="text"/> <small>регистрационен номер на лечебното заведение</small></p> <p><input style="width:30px; height:15px; border:1px solid black;" type="text"/> <small>УИН на лекаря/ЛПК на лекаря, вложил МИ</small></p> <hr/> <p align="center">..... <small>име на лечебното заведение</small></p> <hr/> <p align="center">..... <small>име и фамилия на лекаря</small></p>
--	---

Клинична пътека №.

Амбулаторна процедура №.

Клинична процедура №.

Диагноза: МКБ10

дата на приемане:
ден
месец
година ИЗ:
номер
година

дата на операцията:
ден
месец
година Пациент:
(подпис)

КОД НЗОК	Код процедура по КСМП	Място за прилагане на стикер с фабрични номера	Търговец на едро с МИ	№ на фактурата за закупуване на МИ; № и дата на заприходяването в склада на болничната аптека; № и дата на разрешение за откриване на болнична аптека	Стойност за заплащане от НЗОК	Стойност доплатена от пациента	Цена на МИ по фактура на закупуване от ЛЗ
Обща стойност:							

дата на изписване:
ден
месец
година

Директор на лечебното заведение:
подпис и печат на лечебното заведение

Лекар, вложил МИ:
фамилия, подпис

УКАЗАНИЯ ЗА ПОПЪЛВАНЕ НА ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ /МИ/, СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА /АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНА ПРОЦЕДУРА

Първичният медицински документ "Формуляр за вложени медицински изделия /МИ/, стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на клиничната пътека/амбулаторна процедура/клинична процедура" е предназначен за отчитане на вложени МИ, които НЗОК заплаща извън цената на клиничната пътека/амбулаторната процедура/ клинична процедура.

Този документ се попълва за всеки пациент, преминал през стационара, на който е вложено МИ, което НЗОК заплаща извън цената на клиничната пътека/амбулаторната процедура/ клинична процедура.

Регистрационните и медицинските данни в документа, се попълват както следва:

- части I, II, III и IV – от лекаря вложил МИ в лечебното заведение за болнична помощ;
- част III – и от болничната аптека, отпуснала МИ.

Документът се попълва в два екземпляра. Първият екземпляр се прилага към Направление №7 и заедно със Спецификацията за медицински изделия, стойността на които се заплаща извън цената на клиничната пътека/амбулаторната процедура/клинична процедура, се представя в РЗОК. Вторият екземпляр се съхранява от лечебното заведение, като се прилага към ИЗ на пациента, става негова неразделна част и подлежи на контрол при провеждане на одит от страна на НЗОК.

Документът се попълва ясно и четливо или се отпечатва чрез използван приложен софтуер.

Част I. Данни, попълвани от лекаря вложил МИ в лечебното заведение за болнична помощ

Блок "Пациент" - вписват се регистрационните данни за болния от лекаря.

Този блок се попълва от лекаря, вложил МИ в лечебното заведение за болнична помощ, като:

- № РЗОК и № здравен район по настоящ адрес на пациента – съгласно кодовете на здравните райони по области.
- ЕГН(ЛНЧ) - за български граждани, осигуряващи се в България, се попълва ЕГН. За чуждестранни граждани, дългосрочно пребиваващи в Р България и осигуряващи се в България, се попълва личен номер на чужденец (ЛНЧ). За новородени, които нямат ЕГН, се попълват първите 6 квадратчета (първото и второто квадратче съдържат последните две цифри от годината на раждане, третото и четвъртото - месеца плюс 40, петото и шестото - деня на раждане);
- пол – попълва се мъж – "М" или жена – "Ж";
- идентификационен номер на чужд осигурен, като полето се попълва с дясно подравняване:
 - а) идентификационен номер на лица, осигурени в друга държава, членка на ЕС, Швейцария или в друга държава, страна по Споразумението за ЕИП (Норвегия, Исландия и Лихтенщайн), за които се прилага законодателството на България, съгласно правилата за координация на системите за социална сигурност по смисъла на § 1, т. 22 от ДР на ЗЗО; лица, за които се прилага законодателството на Р България по силата на двустранни спогодби за социално осигуряване, съобразно материалния и персоналният им обхват;
 - б) идентификационен номер на осигурени в Р България лица, издаден от НАП (СЧН);
- име, презиме, фамилия;
- адрес – попълва се настоящият адрес на пациента;
- телефон за контакти;
- идентификатор на държава – попълват се уникални двузначни кодове на държави – ISO 3166 кодове
- дата на раждане – попълва се деня, месеца и годината на раждането;
- **Блок "Лечебно заведение"** – данни за лекаря и лечебното заведение, където се влага МИ. Лекарят, вложил МИ в лечебното заведение за болнична помощ, попълва всички полета. Той трябва да е от Приложение № 1 към индивидуалния договор, сключен между лечебното заведение, изпълнител на болнична помощ и РЗОК по КП.

Част II. Данни, попълвани от лекаря, вложил МИ в лечебното заведение за болнична помощ

Блок "Клинична пътека/амбулаторна процедура"

- „Приет по клинична пътека/амбулаторна процедура/клинична процедура“ – изписва се името и № на клиничната пътека/амбулаторната процедура/ клиничната процедура, по която е приет пациентът.
- диагноза - наименование на диагнозата, която е повод за хоспитализация на пациента (изписва се на български език);
- кодове на диагнозата - основен и допълнителен код, когато се изисква съобразно правилата за кодиране, обозначен с "*" в МКБ 10;
- дата на приемане;
- ИЗ - номер и година;
- дата на операцията;
- подпис на пациент - пациентът удостоверява с подписа си, че е информиран за вида МИ, което ще му бъде вложено, както и за неговата цена.

Част III. Данни за МИ

Попълвани от аптеката на лечебното заведение

- „Код НЗОК“ – изписва кода на МИ от „Списъка с МИ, които НЗОК заплаща в условията на болничната медицинска помощ“, публикуван на интернет страницата на НЗОК;
- „Търговец на едро с МИ“ – изписва се името на фирмата, от която е закупено МИ;
- „№ на фактурата за закупуване на МИ“, № и дата на заприходяването в склада на болничната аптека “ и № и дата на разрешение за откриване на болнична аптека;
- „Стойност за заплащане от НЗОК“ – вписва се стойността, която НЗОК заплаща отразена в „Списъка с МИ, които НЗОК заплаща в условията на болничната медицинска помощ“, публикуван на интернет страницата на НЗОК;
- „Стойност доплатена от пациента“ – попълва се разликата между цената на МИ по фактурата за закупуване и стойността заплатена от НЗОК;
- „Цена на МИ по фактура на закупуване от ЛЗ– попълва се цената на МИ по фактурата за закупуване на МИ;

Попълвани от лекаря поставил МИ в лечебното заведение за болнична помощ

- „Код на процедура“ – вписва се кода на оперативната процедура по КСМП;
- „Стикер с фабрични номера“ - стикерът с фабричните номера и датата на производство на МИ се залепва на определеното място във формуляра. При влагане на МИ, състоящо се от няколко елемента - залепват се стикери за всеки вложен елемент. При влагане на комбинация от МИ, които НЗОК заплаща, залепват се стикери, съответстващи на броя и вида вложени МИ.

Част IV. Данни, попълвани при изписване на пациента, с поставено МИ

- дата на изписване – задължително се вписва датата на изписване от болницата/приключване на амбулаторната процедура;
- подпис на лекаря – лекарят, вложил МИ, посочен в Приложение № 1 към индивидуалния договор, сключен между лечебното заведение, изпълнител на болнична помощ и РЗОК по КП/АПр.
- ръководителят на лечебното заведение задължително се подписва и поставя печата на лечебното заведение.

ПАЦИЕНТ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>РЗОК №. здравен район ЕГН (ЛНЧ) на пациента Пол м/ж</small>	НАСОЧЕН ОТ: <input type="text"/> 2- СИМП, 3 – ЛЗБП, 5 КОЦ <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>договор с НЗОК РЗОК №. здравен район регистрационен номер на лечебното заведение</small>
Идентификационен номер <input type="text"/> <input type="checkbox"/> ЕГН <input type="checkbox"/> ЛНЧ дата на раждане <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="checkbox"/> ССН <input type="checkbox"/> гражданин на ЕС код на държава <input type="text"/> <small>(или по двустранни спогодби)</small>	<input type="text"/> <small>НЗОК номер</small> <input type="text"/> <small>УИН на лекаря/ЛПК на лекаря по дентална медицина</small>
и име, презиме и фамилия Адрес: гр.(с) ул. №..... ж.к. бл. вх. тел.	и име на лечебното заведение дата на насочване: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>ден месец година</small>

НАСОЧВА СЕ ЗА АМБ. ПРОЦЕДУРА №. <input type="text"/> <input type="text"/>	насочващ лекар: <small>име, фамилия и подпис на лекаря, печат на лечебното заведение</small>
--	---

ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА <small>име на лечебното заведение</small>	<input type="text"/> <input type="text"/> <small>здравен район регистрационен номер на лечебното заведение</small>
АМБ. ПРОЦЕДУРА <input type="text"/> <input type="text"/>	Източник на финансиране: <input type="checkbox"/> 1 бюджет ; 2 НЗОК; 3 ДЗОФ; 4 пациент; 5 МЗ

РЕШЕНИЕ НА ОБЩА КЛИНИЧНА ОНКОЛОГИЧНА КОМИСИЯ/ КЛИНИЧНА КОМИСИЯ ПО ХЕМАТОЛОГИЯ

№. / дата: ..

На обща клинична онкологична комисия/ Клинична комисия по хематология към лечебното заведение се разгледаха и обсъдиха проведените изследвания, приложената документация и терапевтичното поведение при пациента:

Диагноза: МКБ 10 ..

Дата на диагноза: ..

Хистология:

ECOG: От 0 до 4 Стадий TNM:

За хематология: Стадий (където е приложимо):
(A,B, E, bulky)

Прогностична група (където е приложимо):

много нисък риск нисък риск междинен риск междинен – 1 риск междинен – 2 риск висок риск много висок риск

Имунофенотип/ имунохистохимия:

Генетика:

Придружаващи заболявания:

ЗА ОБЩА ОНКОЛОГИЧНА КОМИСИЯ:

Оценка на терапевтичния отговор:

- начално лечение
- пълен отговор
- частична ремисия
- стабилна болест или стационаране (без ремисия, но без прогресия)
- прогресия на болестта
- рецидив
- непоносимост към прилаганото лечение

Общата онкологична комисия взе решение за следната терапевтична стратегия:

- оперативно лечение
- химиотерапия
- прицелна терапия
- ендокринна терапия
- лъчелечение
- съчетана лъчехимиотерапия
- диспансерно наблюдение
- симптоматично и палиативно лечение
- трансплантация на хемопоеични стволови клетки
- не се налага лечение и диспансерно наблюдение

ЗА КЛИНИЧНА КОМИСИЯ ПО ХЕМАТОЛОГИЯ

Провеждана противотуморна терапия за основното заболяване:

- да
- не (начално лечение)
- не е известно

Оценка на терапевтичния отговор към момента на настоящото решение (при последна проведена терапия):

- пълен терапевтичен отговор (имунологично/молекулярно доказан)
- пълен терапевтичен отговор
- много добър частичен терапевтичен отговор
- частичен терапевтичен отговор
- клинично подобрение
- стабилна болест или стационаране (без ремисия, но без прогресия)
- прогресия на болестта
- рецидив
- непоносимост към прилаганото лечение
- неуточнен

На базата на предоставените данни за проведени изследвания, приложената документация и обективно състояние на пациента, Клиничната комисия по хематология взе решение за:

- химиотерапия
- прицелна терапия
- растежни фактори
- имунотерапия/имуносупресия
- лъчелечение
- оперативно лечение
- диспансерно наблюдение
- симптоматично и палиативно лечение
- трансплантация на хемопоеични стволови клетки
- не се налага лечение и диспансерно наблюдение
- друго

В случаите, в които е взето решение за химиотерапия/прицелна терапия/растежни фактори/имунотерапия-имуносупресия/симптоматична терапия, като неразделна част на настоящото Решение се прилага Протокол за лекарствено лечение.

Обща онкологична комисия или Клинична комисия по хематология

	специалност	УИН на лекар	Имена на лекар, подпис
Председател:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Членове:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Пациентът (родителят/настойникът) се подписва при получаване на протокола

Пациент (родител/настойник)
(подпис)

УКАЗАНИЯ ЗА ПОПЪЛВАНЕ НА “РЕШЕНИЕ НА ОБЩА КЛИНИЧНА ОНКОЛОГИЧНА КОМИСИЯ/ КЛИНИЧНА КОМИСИЯ ПО ХЕМАТОЛОГИЯ”

“РЕШЕНИЕ НА ОБЩА КЛИНИЧНА ОНКОЛОГИЧНА КОМИСИЯ/ КЛИНИЧНА КОМИСИЯ ПО ХЕМАТОЛОГИЯ” е предназначено за попълване от:

- Клинична комисия по хематология;
- Обща онкологична комисия;
- Обща онкологична комисия/Клинична комисия по хематология за лица под 18 години.

Документът се попълва в три екземпляра. Първият остава на съхранение в лечебното заведение към архива на комисията, вторият екземпляр се предава на пациента и третият се прилага към медицинската документация на пациента.

Документът се попълва ясно и четливо или се отпечатва чрез използван приложен софтуер.

Документът се попълва и разпечатва само в частта, отнасяща се за съответната комисия.

1. Данни за пациента

Вписват се регистрационните данни на здравноосигуреното лице от лекаря, издал направлението, както следва:

- № РЗОК и № здравен район по настоящ адрес – съгласно кодовете на здравните райони по области (на гърба на направлението);
- ЕГН(ЛНЧ) – за български граждани се попълва ЕГН. За чуждестранни граждани, дългосрочно пребиваващи в Р България и осигуряващи се в България, се попълва личен номер на чужденец (ЛНЧ). За новородени, които нямат ЕГН, се попълват първите 6 квадратчета (първото и второто квадратче съдържат последните две цифри от годината на раждане, третото и четвъртото - месеца плюс 40, петото и шестото - деня на раждане);
- пол – попълва се мъж – “М” или жена – “Ж”;
- идентификационен номер на чужд осигурен (полето се попълва с дясно подравняване):
 - а) идентификационен номер на лица, осигурени в друга държава, членка на ЕС, Швейцария или в друга държава, страна по Споразумението за ЕИП (Норвегия, Исландия и Лихтенщайн), за които се прилага законодателството на Р България, съгласно правилата за координация на системите за социална сигурност по смисъла на § 1, т. 22 от ДР на ЗЗО; лица, за които се прилага законодателството на Р България по силата на двустранни спогодби за социално осигуряване, съобразно материалния и персоналният им обхват;
 - б) идентификационен номер на осигурени в Република България лица, издаден от НАП (ССН);
- име, презиме, фамилия;
- адрес – попълва се настоящият адрес на пациента;
 - код на държава – попълват се уникални двузначни кодове на държави – Таблица „ISO-кодове на държавите от ЕС, ЕИП, Конфедерация Швейцария и други европейски държави”
 - **Задължителен за попълване само за лицата по т. а)!**
- дата на раждане – попълва се деня, месеца и годината на раждането;

2. Данни за насочващ лекар / насочващо лечебно заведение, в което е открито или лекувано онкологичното/хематологичното заболяване:

- 2.1. **Регистрационен номер** на лечебното заведение – вписва се номерът, издаден от ИАМН/(РЗИ на титуляря на ЛЗ).
- 2.2. **УИН** – вписва се УИН на лекаря.
- 2.3. **Код на специалност** – вписва се кодът на специалността на лекаря.
- 2.4. **Име и фамилия** – вписват се имената на лекаря.

3. Решение на обща клинична онкологична комисия/ клинична комисия по хематология – пореден номер за календарната година. Номерацията е последователна в рамките на календарна година за всяко лечебно заведение. Номерът се изписва “дясно подравнен”.

4. Данни, попълвани от обща клинична онкологична комисия/ клинична комисия по хематология:

- **име на пациента;**
- **диагноза по МКБ-10** – поставя се кодът на основната диагноза. Вписването на основния код започва от първото квадратче и до него се поставя допълнителния код, ако е необходим такъв, обозначен със “*” в МКБ 10;
- **ЕСОГ;**
- Хистология – вписва се съответния морфологичен МКБ код.
- Имунофенотип/имунохистохимия;
- Генетика;
- Стадиране/прогностична група.

5. При оценка на терапевтичния отговор се попълва със знак „X” съответния чекбокс;

6. Отразяват се придружаващите заболявания се кодират с код по МКБ 10.

7. При попълване на „Комисията взе решение за:“ се попълва със знак „X” съответния чекбокс;

8. **В блок „Обща клинична онкологична комисия/ клинична комисия по хематология“ се попълват** лекарите, изготвили Решението, включени в Приложение № 1 към индивидуалния договор, сключен между лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ по АПр № 05 и НЗОК/РЗОК, вписват кодове на специалност, УИН, имена и поставят подписите си. Броят на лекарите и техните специалности са в съответствие с алгоритъма на АПр № 05.

Поставя се печат на лечебното заведение.

Забележка: Секции „За обща онкологична комисия“ и „За клинична комисия по хематология“ се попълват и разпечатват само от съответните комисии (обща онкологична комисия или клинична комисия по хематология).

таргетна

АТС	Международно непатентно наименование /INN/	Ден/дни	Стандартна доза	Индивидуална доза (mg/mcg/IU/MIU/MU)	Доза за цикъл (mg/mcg/IU/MIU/MU)	Обща доза за протокола (mg/mcg/IU/MIU/MU)
.....						

имунотерапия

АТС	Международно непатентно наименование /INN/	Ден/дни	Стандартна доза	Индивидуална доза (mg/mcg/IU/MIU/MU)	Доза за цикъл (mg/mcg/IU/MIU/MU)	Обща доза за протокола (mg/mcg/IU/MIU/MU)
.....						

Брой цикли (повторения): Оценка след цикъл №

Интервал: Брой дни:

Съпътстваща терапия:

остеомодулатори

АТС	Международно непатентно наименование /INN/	Доза (еднократна)	Обща доза за протокола (mg/mcg/IU/MIU/MU)
.....			

колониестимулиращи фактори

АТС	Международно непатентно наименование /INN/	Доза (еднократна)	Обща доза за протокола (mg/mcg/IU/MIU/MU)
.....			

кортикостероиди

АТС	Международно непатентно наименование /INN/	Доза (еднократна)	Обща доза за протокола (mg/mcg/IU/MIU/MU)
.....			

Оценка на терапевтичния отговор:

начално лечение

пълен отговор

частична ремисия

стабилна болест или стационаране (без ремисия, но без прогресия)

прогресия на болестта

рецидив

непоносимост към прилаганото лечение

промяна продължаване

Протоколът е валиден до 180 дни, считано от началото на лечението по схемата.

Онкологична комисия по химиотерапия:

	специалност	УИН на лекар	Имена на лекар, подпис
Председател:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Членове:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Пациентът (родителят/настойникът) се подписва при получаване на протокола

Пациент (родител/настойник).....

(подпис)

УКАЗАНИЯ ЗА ПОПЪЛВАНЕ ЛИСТ ЗА "ПРОТОКОЛ ОТ КЛИНИЧНА ОНКОЛОГИЧНА КОМИСИЯ ПО ХИМИОТЕРАПИЯ"

Медицински документ „ПРОТОКОЛ ОТ КЛИНИЧНА ОНКОЛОГИЧНА КОМИСИЯ ПО ХИМИОТЕРАПИЯ“, след решение на ОБЩА ОНКОЛОГИЧНА КОМИСИЯ за лекарствено лечение/едновременно лъчехимиолечение, се попълва от Клинична онкологична комисия по химиотерапия, състояща се от:

- трима лекари с призната специалност „Медицинска онкология“, един от които е председател и работят в лечебното заведение, в което се лекува ЗОЛ - за възраст над 18 г.;
- двама лекари с призната специалност по „Педиатрия“ и „Клинична хематология“ или двама лекари с призната специалност по „Детска клинична хематология и онкология“, в което се лекува ЗОЛ - за лица под 18 г.,

Документът се попълва в два екземпляра. Първият екземпляр се прилага към медицинската документация на пациента, вторият екземпляр остава в архива на комисията.

Медицински документ "ПРОТОКОЛ ОТ КЛИНИЧНА ОНКОЛОГИЧНА КОМИСИЯ ПО ХИМИОТЕРАПИЯ" (КОКХ) е предназначен за провеждане на лечение по КП и АПр в областта на „Медицинска онкология“, „Лъчетерапия“, „Детска клинична хематология и онкология“.

Този документ се попълва за всеки преминал през стационара пациент, включително и за всяко дете, нуждаещи се от лечение на солидни тумори -

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

ЧАСТ I ДАННИ ЗА ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ (ЛЗ), ИЗГОТВЯЩО ПРОТОКОЛА, И ЗОЛ

Попълва се името на ЛЗ, което е издало "Протокол от клинична онкологична комисия по химиотерапия" и в което се провежда лечението (химиотерапията).

Заб.* ЛЗ, което е издало "Протокол от клинична онкологична комисия по химиотерапия" и в което се провежда лечението (химиотерапията) може да е различно от ЛЗ, което е издало „Решение на обща клинична онкологична комисия“.

Датата на издаване на "Протокол от клинична онкологична комисия по химиотерапия" може да е същата или да следва датата на издаване на „Решение на обща клинична онкологична комисия“, но не може да я предшества.

Здравен район по местоживеене – съгласно кодовете на здравните райони по области (Приложение № 1 „Кодове на здравните райони по области“).

Регистрационен номер на лечебното заведение – изписва се регистрационният номер в РЗИ

1. „Данни за клиничната комисия по химиотерапия“:

№ и дата на издаване на протокола – изписва се пореден уникален номер за календарната година.

Решение на общата клинична онкологична комисия за химиотерапия, прицелна /таргетна/, съчетана лъчехимиотерапия и ендокринна /хормонална/ – изписва се номерът и датата на решението.

Лечебно заведение – изписва се ЛЗ което изготвя протокола;

Здравен район – изписва се здравния район, където се издава протокола, съгласно кодовете на здравните райони по области (Приложение № 1 „Кодове на здравните райони по области“).

Регистрационен номер на лечебното заведение – изписва се регистрационният номер на ЛЗ, издаващо протокола и в което се провежда лечението (химиотерапията)

2. „Данни за пациента“:

2.1. РЗОК – вписва номер на РЗОК по постоянен адрес на пациента, съгласно Приложение № 2 „Кодове на РЗОК“

2.2. Здравен район по настоящ адрес на пациента – съгласно „Кодове на здравните райони по области“).

2.3. ЕГН на пациент – изписва ЕГН по лична карта.

2.4. Реквизитът „Пол“ – изписва се полът буква „м“ или „ж“;

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

2.6. идентификационен номер на чужд гражданин (полето се попълва с дясно подравняване):

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

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

2.7. Дата на раждане - изписва се рождената данта на пациента по лична карта.

2.8. Име, през име и фамилия – изписват се трите имена на пациента на кирилица.

ЧАСТ III ДАННИ ДИАГНОЗАТА, ВИДА ЛЕЧЕНИЕ И ЛЕКАРСТВЕНИТЕ ПРОДУКТИ

3. Данни за диагнозата“:

3.1. Диагноза – вписва се наименованието на „Водещата онкологична диагноза“, по МКБ 10

3.2. МКБ – вписва кода по МКБ 10.

3.3. Дата на диагноза – вписва се датата на поставяне на диагнозата по т. 3.1. Тя може да различна от датата на съставяне на протокола.

3.4. Разширена диагноза – изписва се с текст

3.5. Стадий – (по номенклатура публикуваната на портала на НЗОК на адрес <https://www.nhif.bg/page/40>:

Номенклатури на „Стадии на онкозаболяване“)

3.6. TNM – изписва се стадирането на пациента по TNM системата:

СТАДИРАНЕ ПО СИСТЕМАТА „TNM“:

T / големина на тумора / 0-4 описва размера и/или степента на инвазия в близките структури. По-големият T номер означава по-голям размер на тумора и/или че той може да е проникнал/нарастнал в околните структури. Определя се мястото, големината и разпространението на примерния тумор.

To – не се установява туморна формация

T1 – тумора се установява само с диагностични методи, но не може да се опипа

T2 – опипва се, но само в засегнатия орган

T4 – има засегнати съседни органи

N – категорията показва дали ракът е засегнал близки или по-далечни лимфни възли. Буквата N е съкращение на латинската дума Nodus / възел /

Nx – означава, че не може да се намери засягане на близките лимфни възли или не може да се установи дали са засегнати.

No- означава, че в близките лимфни възли нямат рак.

Числата N1–N3 обозначават размера, разположението и/или броя на засегнатите лимфни възли. По-големият N номер означава повече засегнати лимфни възли.

M – категорията показва наличието на далечни метастази, т.е. разпространението на рака в други части на тялото.

Mx – означава, че не могат да бъдат измерени или намерени метастази.

Mo – означава, че няма далечни метастази.

M1 – означава, че има далечни метастази

3.7. ECOG скала:

Реквизитът „Скала ECOG“ се попълва задължително, отразява общото състояние на пациента от приложената скала, както и от придружаващите заболявания и усложнения на основното заболяване. Терапевтичният подход се съобразява и с общото състояние на пациента от приложената скала. Реквизитът се попълва с число и думи, съответстващи на статуса на пациента, според скалата:

СКАЛА НА ECOG ЗА PERFORMANCE STATUS:

0 - нормална физическа активност

1 - с наличие на симптоматика, но амбулаторен; може да извършва лека работа у дома или в офис

2 - амбулаторен и в състояние да се самообслужва, но не може да работи; под 50% от времето е на легло;

3 - ограничени възможности за самообслужване, повече от 50% от времето е на легло;

4 – напълно инвалидизиран, изобщо не може да се обслужва сам, непрекъснато е на легло;

3.8. **Хистологичен резултат** – изписва се по номенклатура.

3.9. Реквизит „Хистология“код

3.10. Реквизит „Предиктивни, имунохистохимични и с генетични маркери“ – публикуваната на портала на НЗОК на адрес <https://www.nhif.bg/page/40>: Номенклатури на „Предиктивни имунохистохимични, хормонални и генетични маркери“

3.11. Реквизит Ръст – Вписва измерения по време на прегледа ръст в см; „Тегло“ – Вписва измереното по време на прегледа тегло в кг.; „Телесна повърхност“ - Вписва измерената телесна повърхност по време на прегледа в кв.м.; „Целева стойност AUC“.

** Заб. Попълването на „Целева стойност AUC“ не е задължително; попълва се, само ако е приложимо.

3.12. **Придружаващи заболявания** – изписва се кода по МКБ10

ЧАСТ IV РЕШЕНИЕ

4.1. **Ще се проведе лекарствено лечение по схема** – попълва се описателно точната схема, съгласно фармакотерапевтичното ръководство (ФТР), назначена съответно от Клинична онкологична комисия по химиотерапия, включваща следната информация за всеки лекарствен продукт: АТС; Международно непатентно наименование /INN/; дните, в които се прилага в един цикъл (напр. 7-ми, 14-ти и 21-ви) всеки отделен продукт, като се определя и „Тип терапия (напр. химиотерапия, хормонотерапия, таргента и т.н.);

4.2. **Тип терапия** – попълва се съответния реквизит с „X“. Не може да се посочва повече от един тип.

4.3. **Лечебна терапия (палиативна)** - попълва се съответния реквизит с „X“. Не може да се посочва повече от един тип.

4.4. Вид терапия

- **Химиотерапия** - попълва се съответния реквизит с „X“

- **Хормонотерапия** - попълва се съответния реквизит с „X“

- **Таргетна** - попълва се съответния реквизит с „X“

- **Имунотерапия** - попълва се съответния реквизит с „X“

При попълване на таблиците за всеки лекарствен продукт (при съответния вид терапия - химиотерапия, хормонотерапия, таргента и т.н.) в колона „Ден/дни“ на протоколите се попълва общият (сумарният) брой дни на приложение на индивидуалната доза за цикъл като цяло число. Например - при терапевтичната схема- „7-ми, 14-ти и 21-ви ден“ в колона „Ден/дни“ се попълва „3“.

В колона „Стандартна доза/ целева стойност AUC“ / “Стандартна доза“, в съответните протоколи да се попълва дозата по КХП/ФТР.

В колона „Индивидуална доза“ се попълва дозата за един ден, изчислена в съответните мерни единици, която се получава като произведение от телесното тегло/телесна повърхност, посочена в протокола, по стойността в колона „Стандартна доза/ целева стойност AUC“ / “Стандартна доза“, в съответните протоколи;

Когато в терапевтичната схема за определен ЛП се включва различна доза при фазите индукция, натоварваща, стандартна доза и др., в таблицата на отделен ред се отбелязва количеството на конкретния ЛП за всяка от фазите (т. е. на два отделни реда в различна дозировка);

За някои ЛП с трикратно или по-често приложение дневно – индивидуалната доза е сборна от всички приложения за деня;

В колона „Доза за цикъл“ стойността следва да се получи като се умножи индивидуалната дневна доза по броят дни, посочени в колона „Ден/дни“.

В колона „Обща доза за протокола“ / „Обща доза“ за съответните протоколи, стойността следва да се получи като се умножи общата доза за цикъл по брой цикли за целия период на валидност на протокола.

В случай, че се налага промяна на индивидуалната доза, напр. при увеличаване на телесното тегло/телесна повърхност, се издава нов протокол преди изтичане на действащия.

4.5. **Брой цикли (повторения)** – вписва се броят цикли на терапия, съгласно ФТР и кратката характеристика на продукта (КХП).

4.6. **Оценка след цикъл №** - изписва се с арабски цифри поредният номер на цикъла. Броят цикли не може да бъде по-голям от посочения в т.4.5. и е съобразен с ФТР и КХП.

4.7. **Интервал:** Брой дни за един цикъл.

4.8. **Съпътстваща терапия** – не може да се изписва самостоятелно без назначена „лечебна терапия“, с изключение на заболяванията с диагнози от рубрики С50 и С61, само в случаите, когато ЗОЛ получава лечебната терапия по протокол в условията на извънболничната помощ.

ЧАСТ V ОЦЕНКА НА ТЕРАПЕВТИЧНИЯ ОТГОВОР

При първи протокол се отбелязва „начално лечение“.

При следващи протоколи се избира само един отговор: „промяна“ или „продължение“ на база оценката на ефекта от проведеното лечение по предходен протокол.

ЧАСТ VI ОНКОЛОГИЧНА КОМИСИЯ ПО ХИМИОТЕРАПИЯ

Попълват се данните на членовете на Клиничната онкологична комисия по химиотерапия: УИН на лекарите и за специалност – код от Приложение № 2 А „Първични медицински документи“, част „Кодове на специалности на лекари“. Съставът на КОКХ

- трима лекари с призната специалност „Медицинска онкология“, един от които е председател и работят в лечебното заведение, в което се лекува ЗОЛ - за възраст над 18 г.;

- двама лекари с призната специалност по „Педиатрия“ и „Клинична хематология“ или двама лекари с призната специалност по „Детска клинична хематология и онкология“, в което се лекува ЗОЛ - за лица под 18 г.,

Пациент (родител/настойник): вписва се името и се поставя подписът на пациента или родителя/настойника.

име на лечебното заведение

ПРОТОКОЛ ЗА ЛЕКАРСТВЕНО ЛЕЧЕНИЕ ПО ХЕМАТОЛОГИЯ

Към Решение № / дата: на Клинична комисия по хематология

Комисия, назначена със Заповед № определя следното лекарство лечение на базата на взетото решение при пациента:

ПАЦИЕНТ

РЗОК №. ЕГН ЛНЧ ССН гражданин на ЕС (или по двустранни спогодби)

здравен район ЕГН (ЛНЧ) на пациента Пол м/ж

Идентификационен номер на пациента код на държава дата на раждане:

.....
име, презиме и фамилия

Ръст (см) Тегло (кг) Телесна повърхност (кв. м)

Диагноза: МКБ 10:

Предиктивен маркер (където е приложимо), (по номенклатура):

№	Име маркер	(+/-)
.....
.....

При лечение за химиотерапия/прицелна терапия/имунотерапия/растежни фактори/симптоматично лечение:

Линия на терапия: първа линия втора линия трета линия четвърта линия пета и следваща линия

Схема (наименование):

Тип терапия	АТС	Международно непатентно наименование /INN/	Ден/дни	Стандартна доза	Индивидуална доза (mg/mcg/IU/MIU/MU)	Доза за цикъл (mg/mcg/IU/MIU/MU)	Обща доза (mg/mcg/IU/MIU/MU)
.....

Брой цикли (повторения): Оценка след цикъл №

Протоколът е валиден до 180 дни, считано от началото на лечението по схемата.

Комисия в състав:

	специалност	УИН на лекар	Имена на лекар, подпис
Председател:
Членове:

Пациентът (родителят/настойникът) се подписва при получаване на протокола

Пациент (родител/настойник)

(подпис)

УКАЗАНИЯ ЗА ПОПЪЛВАНЕ ЛИСТ ЗА “ПРОТОКОЛ ЗА ЛЕКАРСТВЕНО ЛЕЧЕНИЕ ПО ХЕМАТОЛОГИЯ”

Медицински документ „ПРОТОКОЛ ЗА ЛЕКАРСТВЕНО ЛЕЧЕНИЕ ПО ХЕМАТОЛОГИЯ“ е предназначен за попълване след взето решение на Клиничната комисия по хематология за лекарствено лечение за лекарствено лечение с химиотерапия, прицелна терапия, растежни фактори и имунотерапия/имуносупресия и симптоматична терапия и е неразделна част него.

Документът се попълва в два екземпляра. Първият екземпляр се прилага към медицинската документация на пациента, вторият екземпляр се предоставя на лекуващия лекар.

Медицинският документ “ ПРОТОКОЛ ЗА ЛЕКАРСТВЕНО ЛЕЧЕНИЕ ПО ХЕМАТОЛОГИЯ” е предназначен за провеждане на лекарствено лечение по КП и АПР в областта на „Клиничната хематология“ и „Детска клинична хематология и онкология“.

Този документ се издава за всеки подлежащ на лекарствено лечение пациент със злокачествено хематологично заболяване, с лекарствени продукти, заплащани напълно от НЗОК, отделно от цената на КП/АПР.

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

ЧАСТ I ДАННИ ЗА ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ (ЛЗ) , ИЗГОТВЯЩО ПРОТОКОЛА, И ЗОЛ

1. Попълва се името на ЛЗ, което издава „Решение на клинична комисия по хематология“ и “Протокол за лекарствено лечение по хематология” КЪМ НЕГО

Заб.* ЛЗ, което е издало “Протокол за лекарствено лечение по хематология” не може да е различно от ЛЗ, което е издало „Решение на клинична комисия по хематология“. Датата на издаване на “Протокол за лекарствено лечение по хематология” може да е същата или да следва датата на издаване „Решение на клинична комисия по хематология“, но не може да я предшества.

1. „Данни за клиничната комисия по химиотерапия хематология“:

Към Решение № .../ дата на ККХ – вписва се поредният номер на решението и датата, на която взето решението.

Комисията е назначена със Заповед № ... - вписва се номерът на заповедта, издадена от ръководителя на лечебното заведение, с която създава комисията, определяща лекарствено лечение на базата на взетото издава „Решение на клинична комисия по хематология“ при пациента. Тя се състои най-малко от:

- трима лекари с призната специалност по клинична хематология - при лица над 18 г.;

- двама лекари с призната специалност по „Педиатрия“ и „Клинична хематология“ или двама лекари с призната специалност по „Детска клинична хематология и онкология“ - за лица под 18 г.

2 „Данни за пациента“:

2.1. РЗОК – вписва номер на РЗОК по постоянен адрес на пациента, съгласно Приложение № 2 „Кодове на РЗОК“.

2.2. Здравен район по настоящ адрес на пациента – съгласно кодовете на здравните райони по области (Приложение № 1 „Кодове на здравните райони по области“).

2.3. ЕГН на пациент – изписва ЕГН по лична карта.

2.4. Реквизитът „Пол“ – изписва се полът буква “м” или „ж“;

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

2.6. идентификационен номер на чужд гражданин (полето се попълва с дясно подравняване):

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

б) идентификационен номер на осигурени в Република България лица, издаден от НАП (ССН).

2.7. Дата на раждане - изписва се рождената данта на пациента по лична карта.

2.8. Име, през име и фамилия – изписват се трите имена на пациента на кирилица.

2.9. Реквизит Ръст – Вписва измерения по време на прегледа ръст в см;

2.10. „Тегло“ – Вписва измереното по време на прегледа тегло в кг.

2.11. „Телесна повърхност“ - Вписва измерената телесна повърхност по време на прегледа в кв.м.

3.4. Диагноза – изписва се текста на кирилица и кодира по МКБ 10.

3.5. Предикативен маркер – отразява се с „X“ съответният маркер – където е приложимо.

Реквизит „Предиктивни, имунохистохимични и с генетични маркери“ – публикуваната на портала на НЗОК на адрес <https://www.nhif.bg/page/40>: Номенклатури на „Предиктивни имунохистохимични, хормонални и генетични маркери“

3.6. При лечение за : химиотерапия/прицелна терапия/имуноотерапия/растежни фактори/симптоматично лечение – попълва се с „X“ една от видовете линии на терапия.

ЧАСТ IV СХЕМА (НАИМЕНОВАНИЕ) - Вписва се схемата на лечение с текст на кирилица.

ЧАСТ V ТЕРАПИЯ

5.1. Тип терапия

5.2. Брой цикли – вписва се броят цикли на терапия. Съгласно фармакотерапевтичното ръководство (ФТР) и кратката характеристика на продукта (КХП).

5.3. Оценка след цикъл № - изписва се с арабски цифри поредният номер на цикъла. Броят цикли не може да бъде по-голям от посочения в т.5.2. и е съобразен с ФТР и КХП

ЧАСТ VI КОМИСИЯ В СЪСТАВ:

6.1. Председател и членове - попълват се данните на членовете на Клиничната комисия по хематология: УИН на лекарите и за специалност – код от Приложение № 2 А „Първични медицински документи“, част „Кодове на специалности на лекари“.

6.2. Пациент (родител/настойник): вписва се името и се поставя подписът на пациента или родител/настойника.

УКАЗАНИЯ ЗА ПОПЪЛВАНЕ ЛИСТ ЗА “РЕШЕНИЕ НА СПЕЦИАЛИЗИРАНА КОМИСИЯ”

Този документ се изготвя и издава от специализирани комисии по специалности в ЛЗБП и ЦПЗ – изпълнители на медицинска помощ по договор с НЗОК/РЗОК.

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

Част I – от лекар специалист от СИМП, ЛЗБП, ЦПЗ – изпълнители на медицинска помощ по договор с НЗОК/РЗОК.

Документът за насочване на ЗОЛ към специализирана комисия се попълва в **един** екземпляр.

Част II – от лечебното заведение, изпълнител на Амбулаторна процедура № 38 по договор с НЗОК/РЗОК.

Документът се изготвя и издава в **два** екземпляра. Първият екземпляр и документа за насочване на ЗОЛ към специализирана комисия- остават на съхранение в специализираната комисия към медицинската документация на съответния пациент, а - вторият екземпляр се предава на пациента.

Част I. Данни, попълвани от лекар, насочил ЗОЛ за Амбулаторна процедура № 38.

Блок “Пациент”

Вписват се регистрационните данни на ЗОЛ от лекаря, издал направлението, както следва:

- № РЗОК и № здравен район по настоящ адрес – съгласно кодовете на здравните райони по области (на гърба на направлението);
 - ЕГН(ЛНЧ) – за български граждани, осигуряващи се в България, се попълва ЕГН. За чуждестранни граждани, дългосрочно пребиваващи в Р България и осигуряващи се в България, се попълва личен номер на чужденец (ЛНЧ). За новородени, които нямат ЕГН, се попълват първите 6 квадратчета (първото и второто квадратче съдържат последните две цифри от годината на раждане, третото и четвъртото - месеца плюс 40, петото и шестото - деня на раждане);
 - пол – попълва се мъж – “М” или жена – “Ж”;
 - идентификационен номер на чужд - осигурен (полето се попълва с дясно подравняване):
 - а) идентификационен номер на лица, осигурени в друга държава, членка на ЕС, Швейцария или в друга държава, страна по Споразумението за ЕИП (Норвегия, Исландия и Лихтенщайн), за които се прилага законодателството на Р България, съгласно правилата за координация на системите за социална сигурност по смисъла на § 1, т. 22 от ДР на ЗЗО; лица, за които се прилага законодателството на Р България по силата на двустранни спогодби за социално осигуряване, съобразно материалния и персоналният им обхват;
 - б) идентификационен номер на осигурени в Република България лица, издаден от НАП (ССН);
 - име, презиме, фамилия;
 - адрес – попълва се настоящият адрес на ЗОЛ;
 - код на държава – попълват се уникални двузначни кодове на държави – Таблица „ISO-кодове на държавите от ЕС, ЕИП, Конфедерация Швейцария и други европейски държави”.
- Задължителен за попълване само за лицата по т. а)!**
- дата на раждане – попълва се деня, месеца и годината на раждането;

Блок “Насочен от” – данни за насочващия лекар – попълват се всички полета.

При насочване от СИМП – вписва се цифра „2”.

При насочване от ЛЗБП – вписва се цифра „3”.

При насочване от ЦПЗ - вписва се цифра „7”.

Блок “Насочва се за амбулаторна процедура 38”

Насочващият лекар вписва име и фамилия, подписва се и слага печат на ЛЗ

Част II. Данни, попълвани от лечебното заведение, изпълнител на Амбулаторна процедура № 38

- 1. Име на лечебното заведение, здравен район по местонахождение на ЛЗ, регистрационен номер на лечебното заведение.**
- 2. Решение на специализирана комисия по специалност** – отбелязва се кода на съответната специалност.
- 3. № и дата на прегледа** – пореден номер за календарната година. Номерацията е последователна в рамките на календарна година за всяко лечебно заведение. Номерът се изписва “**дясно подравнен**”.
- 4. При посещението на ЗОЛ за издаване на РЕШЕНИЕ НА СПЕЦИАЛИЗИРАНА КОМИСИЯ по АПр № 38 се регистрират:**
 - 4.1. Ръст (сантиметри) и тегло (килограми) на ЗОЛ.**
 - 4.2. Диагноза по МКБ 10** – поставя се кодът на основната диагноза, за която ЗОЛ получава скъпоструващо лечение; вписват се основен и допълнителен код на диагнозата, съобразно правилата за кодиране по МКБ 10. Вписването на основния код започва от първото квадратче и до него се поставя допълнителния код, ако е необходим такъв, обозначен със “*” в МКБ 10.
 - 4.3. Придружаващи заболявания.**
 - 4.4. Анамнеза** - сигурна диагноза, потвърдена с придружаваща медицинска документация, съгласно Изискванията на НЗОК; дебют на заболяването; еволюция и ход на заболяването; провеждана предходна терапия – ЛП, дози, срокове на приложение, ефект; активност на заболяването към момента на кандидатстване.
 - 4.5. Обективно състояние** - соматичен и локален статус.

4.6. Терапевтичен подход - мотиви за необходимостта от започване/продължаване/смяна на лечение със скъпоструващи лекарствени продукти; коментар на следените параклинични изследвания; определяне на схема на лечение с конкретен лекарствен продукт; отразяване на терапевтичен отговор на провежданото лечение; развитие на нежелани лекарствени реакции; наличие или липса на изключващи критерии.

5. При попълване на „Комисията взе решение за:“ се попълва със знак „X“ съответния чекбокс.

6. Председателят и членовете на специализираната комисия фигурират в Приложение № 1 на лечебното заведение – изпълнител на АПр № 38 по договор с НЗОК/РЗОК. След изготвяне на Решението, лекарите вписват кодове на специалност, УИН, имена и поставят подписите си.

7. Поставя се печат на лечебното заведение.

Забележка:

В зависимост от обема информация в текстовите полета, бланката може да бъде разпечатена на повече от една страница.

Лечебно заведение РЗОК No. здравен район регистрационен номер на лечебното заведение Гр.	ОТДЕЛЕНИЕ:	СТАЯ №
	ПРИЕМАЩ ЛЕКАР:	ЛЕГЛО №
ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО №		СЛУЖЕБНО НАЗНАЧЕН ЛЕКУВАЩ ЛЕКАР:

ВАЖНО! Алергичен към:	КРЪВНА ГРУПА Rh	Диета: Хранителен режим
--------------------------	--------------------	----------------------------

Пациент

РЗОК No. здравен район ЕГН (ЛНЧ) на пациента Пол М/Ж

Идентификационен номер код на държава

ЕГН ЛНЧ дата на раждане

ССН гражданин на ЕС (или по двустранни спогодби)

Име презиме и фамилия по лична карта

Образование.....

Месторабота.....

Професия (длъжност).....

Местоживеене гр.(с) Обл.

Адрес:ул. № ж.к. бл. вх. ап. тел.

Семейно положение.....

Гражданство.....

Адрес на близките:..... телефон.....

Лице за контакт:..... Подпис на пациента:.....

НАСОЧЕН КЪМ СТАЦИОНАРА ОТ:

ПРИЧИНА ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

1- ОПЛ, 2- специалист, 3- болница, 4- спешна помощ, 5- друго

Лечение Изследване Експертиза Социални индикации Друго:.....

УИН на лекаря/ЛПК на лекаря по дентална медицина

ДИАГНОЗА

Изпращащо заведение..... МКБ 10

Приеман кабинет..... МКБ 10

Клинична:

А) предварителна..... МКБ 10

Б) окончателна..... МКБ 10

Усложнения:..... МКБ 10

Придружаващи заболявания..... МКБ 10

ИЗПАТЕН "ПО СПЕШНОСТ"

степен на тежест на състоянието до 6 часа спешен прием от 6 до 24 часа планов прием след 24 часа

Постъпил: ден месец година час минути

Изписан: ден месец година час минути

Преведен: ден месец година час минути

Източник на финансиране: 1 бюджет ; 2 НЗОК; 3 ДЗОФ; 4 пациент; 5 МЗ

Пролежани дни: дни

ИЗХОД ОТ ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА

Болният е: оздравял с подобрение без промяна с влошаване

починал: аутопсиран:

ден месец година час минути ден месец година час минути

РАБОТОСПОСОБНОСТ:

възстановена трайно намалена: насочен към ТЕЛК

временно изгубена – отпуск: частично

Болничен лист № дни пълно

до постъпването дни при изписването дни

УКАЗАНИЯ ЗА ПОПЪЛВАНЕ НА ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО СТР.1

Медицинският документ "История на заболяването" е съпътстваща лечебно-диагностичният процес документация за всеки пациент постъпил в лечебно заведение за болнична помощ.

Този документ се попълва за всеки преминал през стационара пациент, включително и за всяко новородено дете, освен в случаите определени в НРД.

„Историята на заболяването“ (а при раждащи жени и новородени „История на бременността“ и „История на новороденото“) представлява утвърден от МЗ образец (бл. МЗ-100), който се състои от няколко важни части:

Състои се от: Паспортна част, Анамнеза; Обективен статус; Decursus morbi (развитие на болестта); Изход от лечението/препоръки.

Документът се попълва, при приемането на пациента за хоспитализация в лечебното заведение. След напускане на лечебното заведение Историята на заболяване се архивира и съхранява съгласно законно установеният срок.

Част I.

Блок "История на заболяването"

- При електронно издаване на "История на заболяването" от лекар, работещ в лечебно заведение за болнична помощ; лечебно заведение за болнична помощ за КП по физикална и рехабилитационна медицина; КОЦ и ЦКВЗ; друго лечебно заведение за медицинска помощ и ЛЗ за извънболнична помощ с легла., същото се регистрира в Националната здравно-информационна система (НЗИС), от където получава национален референтен номер (НРН).
- При електронно издадена „История на заболяването“, номерът на „История на заболяването“ се нарича национален референтен номер (НРН), издаден от Националната здравно-информационна система (НЗИС).
- Вписва се името на лечебното заведение в което постъпва пациента, № РЗОК и № здравен район – съгласно кодовете на здравните райони по области и регистрационният номер на лечебното заведение;
- Името на отделението, в което се приема пациента, стая №, легло №, както и името на лекуващият лекар.

Блок "Важно" - вписват се наличие на алергии (към медикаменти, храни и др.) по данни на пациента, попълва се и кръвната група, след нейното определяне. Диета и хранителен режим се попълва ако пациента има такава.

Блок "Пациент" - Паспортна част

Този блок се попълва от медицинската сестра от приемното отделение или регистратора, като данните се взимат от документ за самоличност:

- № РЗОК и № здравен район по настоящ адрес – съгласно кодовете на здравните райони по области;
- ЕГН (ЛНЧ) - за български граждани се попълва ЕГН. За чуждестранни граждани, дългосрочно пребиваващи в Р България, се попълва личен номер на чужденец (ЛНЧ). За новородени, които нямат ЕГН, се попълват първите 6 квадратчета (първото и второто квадратче съдържат последните две цифри от годината на раждане, третото и четвъртото - месеца плюс 40, петото и шестото - деня на раждане);
- пол – попълва се мъж – "М" или жена – "Ж";
- идентификационен номер на чужд гражданин, като полето се попълва с дясно подравняване:
- а) идентификационен номер на лица, осигурени в друга държава, членка на ЕС, Швейцария или в друга държава, страна по Споразумението за ЕИП (Норвегия, Исландия и Лихтенщайн), за които се прилага законодателството на България, съгласно правилата за координация на системите за социална сигурност по смисъла на § 1, т. 22 от ПЗР на ЗЗО; лица, за които се прилага законодателството на Р България по силата на двустранни спогодби за социално осигуряване, съобразно материалния и персоналният им обхват;
- б) идентификационен номер на осигурени в Р България лица, издаден от НАП (СЧН);
- идентификатор на държава – попълват се уникални двузначни кодове на държави – ISO 3166 кодове;
- дата на раждане – попълва се деня, месеца и годината на раждането;
- възраст, навършени години;
- име, презиме, фамилия по лична карта;
- образование;
- месторабота;
- професия (длъжност);
- местоживееене;
- адрес – попълва се настоящият адрес на пациента;
- телефон за контакти;
- семейно положение;
- гражданство;
- адрес на близките – попълва се името, телефон за контакт и/или адрес;
- лице за контакт – попълва се името, телефон за контакт;
- подпис на пациента, че е съгласен да се контактува с лицето посочено за контакт.

Блок "Насочен към стационара"

Отбелязва се с "X" един от възможните варианти. Както и регистрационният номер на изпращащият лекар, който е посочен в „Направлението за хоспитализация“. Отбелязва се с "X" и причината за хоспитализация.

Блок "Диагноза"

В този блок се попълват диагнозите:

- „Изпращащо заведение“ – попълва се диагнозата, с която пациента е изпратен за хоспитализация, посочва се и МКБ кодът;
- Приеман кабинет – попълва се диагнозата, определена от лекаря, който е приел пациента в консултативен кабинет отбелязва се и МКБ кода;
- Клинична;
- А) предварителна – съвпада с приемната;
- Б) окончателна – попълва се при изписване на пациента, съвпада с тази отразена в Епикризата, вписва се и МКБ кодът;
- Усложнения – отбелязват се, ако има такива, както и МКБ кода;
- Придружаващи заболявания – отбелязва се наличието на придружаващи заболявания, както и МКБ кодовете;

Диагнозите се изписват без съкращения.

Блок "Изпратен по Спешност"

Попълват се всички полета.

- „Вида прием“ – задължително се отбелязва спешен или планов прием;
- Степен на тежест на състоянието към момента на хоспитализация – попълват се следните класификации:

СТЕПЕНИ НА ТЕЖЕСТ НА СЪСТОЯНИЕТО (ПАЦИЕНТИ НАД 3 ГОДИНИ)

I СТЕПЕН

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

II СТЕПЕН

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

III СТЕПЕН

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

IV СТЕПЕН

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

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

I СТЕПЕН

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

II СТЕПЕН

Към грижите за първа степен поради нарушено състояние се добавят: допълнително миене и почистване, хранене до 6 пъти в денонощие, преповиване до 6 пъти в денонощие или присъствие при изхождане по нужда, раздвижване или приспиване по обичаен начин. Контрол на температура, дишане, пулс, бъбречна функция и дефекация до 4-6 пъти в денонощие. Поддържане на инфузионно лечение до два пъти в денонощие.

III СТЕПЕН

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

IV СТЕПЕН

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

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

СТЕПЕНИ НА ТЕЖЕСТ НА СЪСТОЯНИЕТО (НОВОРОДЕНИ И КЪРМАЧЕТА)

I СТЕПЕН

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

II СТЕПЕН

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

III СТЕПЕН

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

IV СТЕПЕН

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

- Изминало време в часове от началото на заболяването до постъпването в болнично лечебно заведение – отбелязва се с "X" в съответното квадратче само при спешните случаи на хоспитализация.

- „Постъпил“ - дата на приемане и час на приемане – в случай на спешен прием тази дата съвпада с датата на първия преглед в болницата; в случай на планов прием тази дата съвпада с датата за планиран прием; като час на приемане задължително се вписват часът и минутите на прием на пациента в болницата. При новородено полетата „Дата на приемане“ и „Час на приемане“ съвпадат с раждането.

- „Изписан“ - дата и час на изписване;

- „Преведен“ – час и дата (изписването/превеждането към друго лечебно заведение се документира: в ИЗ, в част IV на „Направление за хоспитализация“ и в епикризата);

- Отбелязва се кой финансира лечението – бюджет, НЗОК, доброволен ЗОФ или пациентът;

- Посочват се и пролежаните дни в ЛЗ.

Блок „Изход от хоспитализацията“

В този блок се отбелязва с "X" в съответното квадратче, изхода от хоспитализацията:

- Оздравял;

- С подобрение;

- Без промяна;

- С влошаване;

- Починал – посочва се дата, месец, година, час и минути;

- Аутопсиран - посочва се дата, месец, година, час и минути.

Блок „Трудоспособност“

В този блок се отбелязва с "X" в съответното квадратче, трудоспособността (като, ако пациента е пенсионер, не се попълва):

- Възстановена;

- Временно изгубена – когато се издава болничен лист се вписва номера му, както и дните до постъпването и при изписването;

- Изгубена трудоспособност – отбелязва се частично или пълно

- Насочен към ТЕЛК.

Блок „След изписването болният е насочен за лечение“

В този блок се отбелязва с "X" в съответното квадратче, насочен ли е пациента за лечение:

- Амбулаторно;

- Болнично;

- Санаториално;

- Друго.

Блок “Валидиране на документа”

- Лекуващият лекар задължително написват фамилията си и се подписват на документа с което удостоверяват, че посочените в медицинската документация данни са верни;

- Завеждащият отделение удостоверява верността на документацията с фамилията и подписа си.

Стр. 2

Анамнеза

Вписва се от кого е снета анамнезата – от пациента, от близки на пациента, други;

Вписва се името на лекаря снет анамнезата, дата, час и подпис;

Анамнезата се вписва в свободен текст.

Стр. 3.

Общ статус

Вписва се името на лекаря снет статуса, дата, час и подпис.

Описва се в свободен текст:

1. Общо състояние на пациента (вид, положение, подвижност и други):
 - a. Дихателна система;
 - b. Сърдечно-съдова система;
 - c. Други системи.
2. Специфичен статус;
3. Допълнителни данни, взети от други документи от предшестващо лечение, прегледи и изследвания.

Стр.4

Диагностично-лечебен план:

Вписва се в свободен текст

1. Вероятна диагноза (добавят се данни от оценъчни скали, ако има такива по съответните медицински стандарти и правила за добра практика);
2. Диференциални диагнози;
3. Необходими изследвания, консултации и други;
4. Проблеми за изясняване (диагностични, лечебни, експертни и други);
5. Симптоми и синдроми, налагащи динамично следене в декурзуса;
6. Прогноза;
7. Срок на лечение (ориентиран);
8. Име на лекуващия лекар съставил диагностично-лечебния план и подпис;
9. Име на началник клиника (отделение) и подпис;
10. Дата и час на определяне на ДЛП.

Стр. 5, 6 и 7

Лист за лабораторни изследвания

Вписват се получените данни или се прибавят съответните медицински документи, свързани с тези изследвания, които съдържат дата на изследването и съответните резултати:

1. Кръвна картина;
2. Урина;
3. Хемостаза;
4. Други изследвания:
 - a. Стомашен сок;
 - b. Жлъчка;
 - c. Изпражнения;
 - d. Пунктати;
 - e. Гръбначно-мозъчна течност;
 - f. Храчки;
 - g. Псевдо-хоммокултурни пунктати, прачки и други;
 - h. Кръвна захар;
 - i. Протеинограма;
 - j. Мастна обмяна;
 - k. Чернодробен клирънс;
 - l. Бъбречен клирънс;
 - m. Други биохимични изследвания
 - n. Минерална обмяна;
 - o. Ензимна (в международни единици);
 - p. Хормони;
 - q. Биологични проби;
 - r. Кръвноразносахарен профил;
 - s. Обременяване с глюкоза;
 - t. Алергологични проби;
 - u. Други изследвания.

Стр. 8

Образни изследвания

Вписват се получените данни или се прибавят съответните медицински документи, свързани с тези изследвания, които съдържат дата на изследването и съответните резултати (разчитания) и от кого са разчетени.

Стр. 9

Процедури:

1. Вписва се вида на процедурата по кодове на КСМП.

Процедури: КСМП □□□□□-□□
..... КСМП □□□□□-□□
..... КСМП □□□□□-□□
..... КСМП □□□□□-□□
..... КСМП □□□□□-□□

- 2. От кого е назначена и подпис на назначилия лекар, дата;
- 3. От кого е извършена, дата и подпис на извършилия процедурата;
- 4. Ползван консуматив по вид.

Могат да се прибавят съответните медицински документи, свързани с тези процедури, които съдържат дата на поцедурата и данни за лекаря, който я е извършил с подпис.

Стр. 10 и следващи (колкото са необходими)

Ход на болестта (декурзус):

Описва се в свободен текст, но съдържа следните атрибути:

- 1. Дата и час;
- 2. Наблюдение върху състоянието на болния;
- 3. Специфични симптоми и синдроми изискващи допълнително наблюдение и отчитане;
- 4. Лечение и препоръки (провежданото лечение се номерира последователно и е с дата на изписване на лекарственото средство.

Сигнатурата се означава в температурния лист;

- 5. Режим, храна, бельо, къпане и други.

След всяко вписване трябва да има име на лекаря и подпис.

Последна страница

Съдържа следните атрибути

- 1. Изход от лечението (обобщено) – описва се със свободен текст
- 2. Препоръки – описват се в свободен текст
- 3. Издадена епикриза – дата и част на връчване на пациента
- 4. Планирани консултативни прегледи от лекуващия лекар – вписват се датата, часа и консултацията, които се отразяват и в епикризата.

Подписва се от лекуващия лекар и от Началник клиника(отделение)

Забележка: Всички допълнителни медицински и други съотносими документи (информирано съгласие и други) се добавят към „История на заболяването“ и са неотделима част от самото ИЗ. При приключването на ИЗ се прави опис на всички добавени документи, който се заверява от лекуващия лекар и началник клиника (отделение) със съответния подпис и дата.

Лечебно заведение РЗОК No. здравен район регистрационен номер на лечебното заведение	ОТДЕЛЕНИЕ:	СТАЯ №
	СЛУЖЕБНО ОПРЕДЕЛЕН ЛЕКУВАЩ ЛЕКАР:	ЛЕГЛО №

ИСТОРИЯ НА БРЕМЕННОСТТА И РАЖДАНЕТО	№
	№

ВАЖНО! Алергичен към:	КРЪВНА ГРУПА Rh	Диета: Хранителен режим
---------------------------------	---------------------------	-----------------------------------

Пациент

РЗОК No. здравен район ЕГН (ЛНЧ) на пациента

Идентификационен номер

код на държава

дата на раждане

Възраст

Име лична карта №

презиме и фамилия по лична карта

Образование.....

Месторабота.....

Професия (длъжност).....

Местоживеене гр.(с) Обл.

Адрес:УЛ..... №..... ж.к..... бл..... вх..... ап..... тел.....

Семейно положение.....

Гражданство.....

Адрес на близките:..... телефон.....

Лице за контакт:..... Подпис на пациента:.....

НАСОЧЕНА КЪМ СТАЦИОНАРА ОТ: 1- ОПЛ, 2- специалист, 3 - болница, 4 - спешна помощ, 5 – друго

УИН на лекаря/

Била под наблюдение на ЖК: Да Не Къде:..... Да се настани в отделение (клиника):.....

ДИАГНОЗА

На приемащ лекар (пълна) МКБ 10

Приемащ лекар (фамилия, подпис):.....

Клинична

А) предварителна МКБ 10

Б) окончателна МКБ 10

Усложнения на бременността:..... МКБ 10

Придружаващи заболявания:..... МКБ 10

Операции: (оператор)..... час минути ден месец година	Следоперативни усложнения.....
ПРОЛЕЖАНИ ДНИ - ВСИЧКО: ДНИ	Даден отпуск – всичко: ДНИ
От тях: след раждането: ДНИ	От тях: домашен: ДНИ
предоперативни ДНИ следоперативни ДНИ	Болничен лист №
Последна редовна менструация ден месец година	Очаквано раждане ден месец година

Наследственост от страна на:

Майката..... КРЪВНА ГРУПА..... Rh.....

Коя по ред бременност Усложнения на бременността.....

Кое по ред раждане Продължителност – общо I период II период

Механизъм на раждането: МКБ 10

Усложнения: МКБ 10

Оперативни процедури: КСМП

УКАЗАНИЯ ЗА ПОПЪЛВАНЕ НА ИСТОРИЯ НА БРЕМЕННОСТТА И РАЖДАНЕТО СТР. 1

Медицинският документ " История на бременността и раждането " е съпътстваща лечебно-диагностичният процес документация за всяка пациентка постъпила в лечебно заведение за болнична помощ по повод състояния свързани с бременността и раждането.

История на бременността и раждането представлява утвърден от МЗ образец (бл. МЗ-100), който се състои от няколко важни части:

Състои се от : Паспортна част, Анамнеза; Обективен статус; Decursus morbi (развитие на болестта); Изход от лечението/препоръки.

Документът се попълва при приемането на пациента за хоспитализация в лечебното заведение. След напускане на лечебното заведение История на бременността и раждането се архивира и съхранява съгласно законно установеният срок.

Част I.

Блок " История на бременността и раждането ":

- При електронно издаване на " История на бременността и раждането " от лекар, работещ в лечебно заведение за болнична помощ; същото се регистрира в Националната здравно-информационна система (НЗИС), от където получава национален референтен номер (НРН).
- При електронно издадена „История на бременността и раждането“, номерът на „История на бременността и раждането“ се нарича национален референтен номер (НРН), издаден от Националната здравно-информационна система (НЗИС).
- Вписва се името на лечебното заведение в което постъпва пациента, № РЗОК и № здравен район – съгласно кодовете на здравните райони по области и регистрационният номер на лечебното заведение;
- Името на отделението (клиниката), в което се приема пациентката, стая №, легло №, както и името на лекуващият лекар.

Блок "Важно" - Вписват се наличие на алергии (към медикаменти, храни и др.)по данни на пациента, попълва се и кръвната група, след нейното определяне. Диета и хранителен режим се попълва, ако пациентката има такава.

Блок "Пациент" – Паспортна част:

Този блок се попълва се от медицинската сестра от приемното отделение или регистратора, като данните се взимат от документ за самоличност:

- № РЗОК и № здравен район по настоящ адрес – съгласно кодовете на здравните райони по области;
- ЕГН (ЛНЧ) - за български граждани се попълва ЕГН. За чуждестранни граждани, дългосрочно пребиваващи в Р България, се попълва личен номер на чужденец (ЛНЧ);
- идентификационен номер на чужд гражданин, като полето се попълва с дясно подравняване:
- а) идентификационен номер на лица, осигурени в друга държава, членка на ЕС, Швейцария или в друга държава, страна по Споразумението за ЕИП (Норвегия, Исландия и Лихтенщайн), за които се прилага законодателството на България, съгласно правилата за координация на системите за социална сигурност по смисъла на § 1, т. 22 от ПЗР на ЗЗО; лица, за които се прилага законодателството на Р България по силата на двустранни спогодби за социално осигуряване, съобразно материалния и персоналният им обхват;
- б) идентификационен номер на осигурени в Р България лица, издаден от НАП (ССН);
- идентификатор на държава – попълват се уникални двузначни кодове на държави – ISO 3166 кодове;
- дата на раждане – попълва се деня, месеца и годината на раждането.
- възраст, навършени години;
- име, презиме, фамилия по лична карта;
- образование;
- месторабота;
- професия (длъжност);
- местоживеене;
- адрес – попълва се настоящият адрес на пациента;
- телефон за контакти;
- семейно положение;
- гражданство;
- адрес на близките – попълва се името, телефон за контакт и/или адрес;
- лице за контакт – попълва се името, телефон за контакт;
- подпис на пациента, че е съгласен да се контактува с лицето посочено за контакт.

Блок "Насочена към стационара"

Отбелязва се с "Х" един от възможните варианти. Както и регистрационният номер на изпращащият лекар, който е посочен в „Направлението за хоспитализация“. Отбелязва се с "Ж" водена ли е ЖК, като се посочва и къде е водена. Посочва се в кое отделение се настанява пациентката.

Блок "Диагноза"

В този блок се попълват диагнозите:

- „Приемащ лекар“ – попълва се диагнозата , определена от лекаря, който е приел пациентката в консултативен кабинет отбелязва се и МКБ кода; приемащият лекар се подписва;
- Клинична:
- А) предварителна – съвпада с приемната;
- Б) окончателна – попълва се при изписване на пациентката, съвпада с тази отразена в Епикризата, вписва се и МКБ кодът
- Усложнения – отбелязват се, ако има такива, както и МКБ кода;
- Придружаващи заболявания – отбелязва се наличието на придружаващи заболявания, както и МКБ кодовете.

Блок "Операции"

Попълват се всички полета.

- „Вида операция“ – отбелязва се час, минути, ден, месец, година, както и името на оператора;

Блок "Пролежани дни"

- Посочват се всичко пролежани дни;
- След раждане;
- Предоперативни;
- Следоперативни;
- Даден отпуск – всичко;
- От тях домашен в дни;
- Посочва се и № на болничният лист.

Блок "Наследственост от страна на:"

В този блок се попълват всички полета както и диагнозите:

- „Майката“ – в случай на наличие на наследствено заболяване се попълва се диагнозата, като се отбелязва и кръвната група на майката;
- Посочва се коя по ред бременност е;
- Усложнения по време на бременността, при наличие на такива;
- Посочва се кое по ред раждане е;
- Продължителността на раждането в часове, както и през I и II период;
- Посочва се Механизъмът на раждане;
- Усложнения – отбелязват се, ако има такива, както и МКБ кода;
- Оперативни процедури – отбелязва се, при необходимост, както и кодовете на процедурите по КСМП.

Блок “Последна редовна менструация”

- Посочва се ден, месец, година;
- Отбелязва се и очаквано раждане, ден месец, година;

Блок “ Движение на пациентката ”

Посочват се: час, минути, ден, месец, година;

- Постъпила
- Изписана
- Прегледана в: посочва се и къде е направен прегледа;
- Починала;
- Аутопсирана.

Блок “Изход от бременността”

- Отбелязва се отбелязва с “X” в съответното квадратче;
- При живо раждане се отбелязва и час, минути, ден, месец, година.

Блок “Новородено”

Посочват се: час, минути, ден, месец, година:

- Изписано
- Преведено; трябва да се впише РЗИ номер и евентуално името на другото ЛЗ;
- Починало; отбелязва се и къде;
- Диагноза – отбелязва се диагнозата и МКБ кодът;
- Аутопсирано отбелязва се с „X“, ако е да е посочват и час, минути, ден, месец, година на аутопсия;

Блок “Валидиране на документа”

- Завеждащият отделение(клиника) удостоверява верността на документацията с фамилията и подписа си.

УКАЗАНИЯ ЗА ПОПЪЛВАНЕ НА ИСТОРИЯ НА НОВОРОДЕНОТО СТР. 1

Медицинският документ " История на новороденото " е съпътстваща лечебно-диагностичният процес документация за всяко новородено родено/постъпило в лечебно заведение за болнична помощ по повод състояния свързани с наблюдение и проследяване на здрави новородени деца и лечение на недоносени, диагностициране и лечение на заболявания на новороденото.

"История на новороденото " представлява утвърден от МЗ образец (бл. МЗ-100), който се състои от няколко важни части:

Състои се от: Паспортна част, Анамнеза, Обективен статус, Decursus morbi (развитие на болестта), Изход от лечението/препоръки.

Документът се попълва, при раждането и приемането на новороденото за хоспитализация в лечебното заведение. След напускане на лечебното заведение " История на новороденото " се архивира и съхранява съгласно законно установеният срок.

Част I.

Блок " История на новороденото"

- При електронно издаване на " История на новороденото " от лекар, работещ в лечебно заведение за болнична помощ; същото се регистрира в Националната здравно-информационна система (НЗИС), от където получава национален референтен номер (НРН).

- При електронно издадена „История на новороденото“, номерът на „История на новороденото“ се нарича национален референтен номер (НРН), издаден от Националната здравно-информационна система (НЗИС)

- Записва се и ЕГН, като за новородени, които нямат ЕГН, се попълват първите 6 квадратчета (първото и второто квадратче съдържат последните две цифри от годината на раждане, третото и четвъртото - месеца плюс 40, петото и шестото - деня на раждане). За новородени, които нямат ЕГН, се попълва и „№ в актовата книга на ражданията“.

- Вписва се името на лечебното заведение, № РЗОК и № здравен район – съгласно кодовете на здравните райони по области и регистрационният номер на лечебното заведение;

- Името на отделението (клиниката), в което се приема новороденото дете, стая №, легло №, както и името на лекуващият лекар.

Блок "Важно" - Вписват се наличие на алергии (към медикаменти, храни и др.)в случай, че се установят по време на престоя в ЛЗ, попълва се и кръвната група, след нейното определяне.

Блок "Майка" - Паспортна част

Този блок се попълва се от медицинската сестра/акушерка от отделението по неонатология или регистратора, като данните се взимат от документ за самоличност:

- Име, бащино име, фамилия по лична карта;
- възраст, навършени години;
- народност;
- семейно положение;
- професия (длъжност);
- ИЗ № на майката.

Блок "Дете"

Този блок се попълва се от медицинската сестра/акушерка от отделението по неонатология:

- Дете № записва се номерът на детето, което е дадено при раждането;
- Име – записва се името което е дадено на детето;
- Посочва се къде е извършено раждането в даденото или извън даденото ЛЗ, когато раждането не е извършено в същото ЛЗ се посочва къде;

Попълват се всички полета.

- „Родено/постъпило“ – отбелязва се час, минути, ден, месец, година;
- „Изписано“ - отбелязва се час, минути, ден, месец, година;
- „Починало“ - отбелязва се час, минути, ден, месец, година;
- „Преведено“ - отбелязва се час, минути, ден, месец, година;
- „Къде“ – отбелязва се регистрационният номер на лечебното заведение в което е преведено новороденото.
- Скринингови изследвания:
 - Фенилкетонурия
 - 17- хидроксипрогестерон
 - Тиреоидни хормони
- Проведени ваксинации:
 - БЦЖ : Дата и № на ваксината:.....
 - Енжерикс В: Дата и № на ваксината:.....

Блок "Наследственост от страна на:"

В този блок се попълват всички полета както и диагностите:

- „Майката“ – в случай на наличие на наследствено заболяване се попълва диагнозата, като се отбелязва и кръвната група на майката;
- Посочва се коя по ред бременност е;
- Усложнения по време на бременността, при наличие на такива;
- Посочва се кое по ред раждане е;
- Продължителността на раждането в часове, както и през I и II период;
- Посочва се Механизъмът на раждане;
- Усложнения – отбелязват се, ако има такива, както и МКБ кода;
- Оперативни процедури – отбелязва се, при необходимост, както и кодовете на процедурите по КСМП.

Блок „Диагноза при изписване“ – вписва се диагнозата при изписване, както и МКБ кода.

Блок "Дани за детето при раждането"

Попълват се всички полета:

- Травми, настъпили по време на раждане, както и МКБ кодовете;
- Вродени аномалии установяване на наличие на фетални аномалии и тяхната съвместимост с живота, отбелязване на МКБ кодовете;
- Отбелязва се полът;
- Отражава се дали новороденото е живо или мъртвородено, отбелязва се и дали бременността е едноплодна или многоплодна;
- Изплакало, отбелязва се минутата/тите на изплакване след раждане;
- Тегло;
- Ръст;

- Обиколка на главата, гърди, седалище в см.;
- Гестационна възраст в седмици;
- Посочва се дали детето е доносно, преносено или недоносно; Степен
- Оценява се адаптацията на новороденото непосредствено след раждането по АПГАР
- При наличие на реанимационни мероприятия се отбелязва;
- Вписват се и други при необходимост;
- Посочва се УИН на лекарят водил раждането и подпис;
- Акушер – фамилия и подпис;
- Извършил връзване на пъпчето и Креде – фамилия и подпис;
- Дата – ден, месец, година;
- Предал детето – фамилия и подпис;
- Приел детето – фамилия и подпис.

СТЕПЕНИ НА ТЕЖЕСТ НА СЪСТОЯНИЕТО (НОВОРОДЕНИ И КЪРМАЧЕТА)

I СТЕПЕН

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

II СТЕПЕН

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

III СТЕПЕН

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

IV СТЕПЕН

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

За Националната здравно-осигурителна каса:

Председател на НС на НЗОК:

доц. Васил Пандов

Членове на НС на НЗОК:

Виолета Лорер

Естел Василева

Румен Спецов

д-р Иван Кокалов

Теодор Василев

Боян Бойчев

адв. Свилена Димитрова

адв. Христина Николова

За Българския лекарски съюз:

Председател на УС на БЛС:

д-р Иван Маджаров

д-р Николай Брънзалов

проф. д-р Христо Шивачев

д-р Ваня Добрева-Павлова

д-р Николай Колев

д-р Гергана Николова-Ширкова

д-р Валери Веселинов

д-р Росен Айков

доц. Стоян Сопотенски

д-р Йордан Гечев

д-р Иво Парунов

д-р Жанина Калинкова

проф.д-р Милена Станева

проф.д-р Огнян Хаджийски

д-р Валентин Пеев

Управител на НЗОК:

проф. д-р Петко Салчев

Съгласувал:

Министър на здравеопазването:

проф. Асена Сербезова, дф