
ПРИЛОЖЕНИЕ № 2А

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
33	Клинична алергология и педиатрия
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.

Пациент <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">ЕГН (ЛНЧ) на пациента</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">РЗОК №</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">здравен район</div> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;">Идентификационен номер</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div><input type="checkbox"/> ЛНЧ</div> <div>дата на раждане <input style="width: 100px;" type="text"/></div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">код на държава</div> </div> <p style="text-align: center; font-size: small;">име, презиме и фамилия по лична карта</p> <p>Адрес: гр. (с.)..... <input type="checkbox"/> неблаг. условия</p> <p>Ул..... №.....</p> <p>Ж.к..... бл..... вх..... ет..... ап.....</p>	Лекар <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">регистрационен номер на лечебното заведение</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">НЗОК номер</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">УИН на лекаря</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">УИН на заместващия/нает лекар</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div><input type="checkbox"/> нает</div> <div><input type="checkbox"/> заместващ</div> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;">код специалност</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;">име и фамилия</div>
--	---

АМБУЛАТОРЕН ЛИСТ №. **дата** **час**

ПОПЪЛВА СЕ ОТ ЛЕКАР СПЕЦИАЛИСТ

КЪМ НАПРАВЛЕНИЕ (бл. 3, бл. 3А, бл. 6) вид бл. №. тип от дата

от

регистрационен номер на лечебното заведение УИН на лекаря код спец. заместващ нает УИН на заместващия/нает лекар

НЗОК номер

АМБУЛАТОРЕН ЛИСТ ОТ ПЪРВИЧНО ПОСЕЩЕНИЕ ПРИ СИМП №. дата

Посещение за:

консултация

профилактика

детско здравеопазване ЗОЛ над 18 г.

майчино здравеопазване г.с.:

вторичен профилактичен ЗОЛ с риск фактори за развитие на заболяване

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

направления за МДД

Направление №.	Кодове на назначени изследвания
<input style="width: 60px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>
<input style="width: 60px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>
<input style="width: 60px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>
<input style="width: 60px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>
<input style="width: 60px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>
<input style="width: 60px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>
<input style="width: 60px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>
<input style="width: 60px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>
<input style="width: 60px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>
<input style="width: 60px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>
<input style="width: 60px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>

талон за МЕ №.

направление за КП, КПр, АПр талон за ТЕЛК

болничен лист №..... дни МКБ

от до първичен продължение

рецепта рецептурна книжка №.

бързо известие етапна епикриза мед. бележка

Основна диагноза МКБ

Придружаващи заболявания и усложнения

МКБ

МКБ

МКБ

Анамнеза

Обективно състояние

Изследвания

Терапия

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

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

пациент лекар

(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 ИЛИ ЛЕКАР СПЕЦИАЛИСТ

“Амбулаторен лист” е предназначен за попълване от общопрактикуващия лекар и специалиста, оказващи извънболнична медицинска помощ при посещение на лице, потърсило лекарска помощ. Документът се попълва ясно и четливо с печатни букви

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 здравният район на избрания общопрактикуващ лекар
- 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:

2.1. **Регистрационен номер** на лечебното заведение – вписва се номерът, издаден от **регионална здравна инспекция** РЗИ № на ЛЗ, **в което работи титуляра и НЗОК номер (НЗОК номер се отнася за ЛЗ, които имат един 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; маркира се с “X” заместник или нает лекар.

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.

3. **Амбулаторен лист №** – пореден номер на амбулаторния лист за календарна година. Номерацията е последователна в рамките на календарна година за всеки лекар (ОПЛ или специалист). Номерът се изписва **“дясно подравнен”**.

4. **Дата, час** – дата и час на прегледа.

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 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 капитално заплащане или консултативни прегледи при специалист).

- Профилактика – в зависимост от вида на профилактичния преглед с “X” се маркира:

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 Вторичен профилактичен преглед на групи лица с риск от развитие на заболявания.

- Диспансерен преглед – маркира се с “X”, ако ЗОЛ е диспансеризиран 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.

Имунизация – 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;

- 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 – маркира се с “X”, когато на пациента е издадена рецепта и се вписва буквен код (“О” – обикновена, “Ж” – жълта, “З” – зелена), номер на рецептурна книжка, когато на пациента е назначена терапия по повод заболяване, за което е издадена и заверена от РЗОК рецептурна книжка.

- 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 диагнозата; 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. 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.

11. Лекарят, осъществил прегледа поставя подписа си и подпечатва с личния си печат и/или с печата на лечебното заведение всеки екземпляр на амбулаторния лист.

ПАЦИЕНТ

ЕГН (ЛНЧ) на пациента

РЗОК №

здравен район

Идентификационен номер

 ЛНЧ

дата на раждане

код на държава

/име, презиме, фамилия по лична карта/

Адрес: гр. (с.).....

Ул. №.

Ж.к. бл. вх. ет. ап.

ИЗПРАЩАЩ ЛЕКАР

Рег. номер на лечебното заведение

НЗОК номер

УИН на лекаря/ЛПК на лекаря по дентална

УИН на заместващ/нает лекар

 нает заместващ

код специалност

/име, фамилия/

Дата: лекар.....

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

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

10 първоначален избор на специалист педиатър - „Детско здравеопазване“

11 преизбор на специалист АГ - програма „Майчино здравеопазване“

12 преизбор на специалист педиатър - „Детско здравеопазване“

Приложени медицински документи:

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.

Документът се попълва ясно и четливо с печатни букви

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 на избрания общопрактикуващ лекар, 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 регионална здравна инспекция /РЗИ на ЛЗ в което работи титуляра и НЗОК номер (НЗОК номер се отнася за ЛЗ, които имат един 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".
- 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 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 регионална здравна инспекция /РЗИ на ЛЗ в което работи титуляра и НЗОК номер (НЗОК номер се отнася за ЛЗ, които имат един 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.

ПАЦИЕНТ

ЕГН (ЛНЧ) на пациента

РЗОК №

здравен район

Идентификационен номер

 ЛНЧ

дата на раждане --

код на държава

.....
/име, презиме, фамилия по лична карта/

Адрес: гр. (с.)

Ул.....№.....

Ж.к.бл.вх.....ет.ап.....

ИЗПРАЩАЩ ЛЕКАР

Рег. номер на лечебното заведение

НЗОК номер

УИН на лекаря/ЛПК на лекаря по дентална

УИН на заместващ/нает лекар

 нает заместващ

код специалност

/име, фамилия/

Дата: лекар.....

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

МЕДИЦИНСКО НАПРАВЛЕНИЕ ЗА

ВИСОКОСПЕЦИАЛИЗИРАНИ ДЕЙНОСТИ №

Амбулаторен лист: №

Диагнози:

МКБ -- --
основна диагноза

МКБ -- --
придр. заболяване

МКБ -- --
придр. заболяване

Код специалност

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:

ВСД --

- Тип 1 остро заболяване или състояние извън останалите типове
 2 хронично заболяване, неподлежащо на диспансерно наблюдение
 4 диспансерно наблюдение
 6 медицинска експериза
 7 профилактика на ЗОЛ над 18г. - рискови фактори за развитие на заболяване

Приложени медицински документи:

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.

Документът се попълва ясно и четливо с печатни букви.

I. Данни попълвани от лекаря/лекарка 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 на избрания общопрактикуващ лекар, 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/лекарка по дентална медицина, издал направлението:**
 - 2.1. **Регистрационен номер** на лечебното заведение – вписва се номерът на ЛЗ, издаден регионална здравна инспекция РЗИ на ЛЗ в което работи титуляра и НЗОК номер (НЗОК номер се отнася за ЛЗ, които имат един 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/лекарка по дентална медицина, издал направлението, според приложената номенклатура на специалностите.
 - 2.6. Изпращащият лекар/лекарка 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".
- 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 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 регионална здравна инспекция РЗИ на ЛЗ в което работи титуляра и НЗОК номер (НЗОК номер се отнася за ЛЗ, които имат един 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/лекарка 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.

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

Документът се попълва ясно и четливо с печатни букви

1. Общи данни:

1.1. **Направление за медико-диагностична дейност №.** – пореден номер направление за медико-диагностична дейност. Номерацията е последователна за всеки лекар в рамките на календарна година. Номерът се изписва "дясно подравнен".

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 на избрания общопрактикуващ лекар, 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 регионална здравна инспекция (РЗИ на ЛЗ в което работи титуляра и НЗОК номер (НЗОК номер се отнася за ЛЗ, които имат един 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. 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.

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 (секторна рентгенография) се вписва номер на зъб.

--	--	--	--	--

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 регионална здравна инспекция (РЗИ на ЛЗ в което работи титуляра и НЗОК номер (НЗОК номер се отнася за ЛЗ, които имат един 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. Вписва се датата, на която пациентът с подписа си удостоверява, че е взет биологичен материал или е извършено образно изследване.

ТАЛОН ЗА МЕ № 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/лекар по дентална медицина

подготовка за ЛКК

Основна диагноза: МКБ

ЛКК

придружаващи заболявания: МКБ:

по искане на ЛКК

Към:

подготовка за ТЕЛК/НЕЛК

(кодове специалисти)

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

Бл. МЗ-НЗОК № 6

УКАЗАНИЯ ЗА ПОПЪЛВАНЕ НА ТАЛОН ЗА МЕ

“Талон за 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. 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 се попълва ясно и четливо с печатни букви

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

Съдържание на обща част от “Талон за МЕ”

1. Талон за МЕ №: пореден номер на талона. Номерацията е последователна в рамките на календарна година, “дясно подравнен”.

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 “Х” ЛНЧ и се въвежда дата на раждане.

3.2. **РЗОК №., здравен район** – вписват се кодовете на РЗОК и здравният район на избрания общопрактикуващ лекар, 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 регионална здравна инспекция (РЗИ на ЛЗ в което работи титуляра и НЗОК номер (НЗОК номер се отнася за ЛЗ, които имат един 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 “Х” 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 талона 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 “Х”.

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 пациента 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 регионална здравна инспекция (РЗИ на ЛЗ в което работи титуляра и НЗОК номер (НЗОК номер се отнася за ЛЗ, които имат един 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.

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 <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: center;"> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> РЗОК №. </div> <div style="text-align: center;"> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> здравен район </div> <div style="text-align: center;"> <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/> ЕГН (ЛНЧ) на пациента </div> <div style="text-align: center;"> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> Пол м/ж </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: center;"> <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> Идентификационен номер </div> <div style="text-align: center;"> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> код на държава </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> ЕГН </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> ЛНЧ </div> <div style="text-align: center;"> дата на раждане <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>.<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>.<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> ССН </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> гражданин на ЕС (или по двустранни спогодби) </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> име, презиме и фамилия по лична карта </div>	Лекар <div style="text-align: center; margin-top: 5px;"> <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> регистрационен номер на лечебното заведение </div> <hr style="border-top: 1px dotted black;"/> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;"> име на лечебното заведение </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;"> <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> УИН на лекаря </div> <hr style="border-top: 1px dotted black;"/> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: center;"> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> код специалност </div> <div style="text-align: center;"> <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> име и фамилия на лекаря </div> </div>
--	--

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

КЪМ НАПРАВЛЕНИЕ (бл. 10)	№. <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	от дата	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
от <input style="width: 80px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 80px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 80px; height: 20px;" type="text"/>
регистрационен номер на лечебното заведение	УИН на лекаря	код спец.	УИН на заместващия/нает лекар

АМБУЛАТОРЕН ЛИСТ ОТ ПОСЕЩЕНИЕ ПРИ ПИМП/СИМП №.

Извършени дейности:

извършена консултация със специалист
код специалност:

извършени специализирани и високоспециализирани медицински дейности

Наименование	код по МКБ-9 КМ	
.....	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
.....	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
.....	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
.....	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
.....	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>

извършени специализирани и високоспециализирани медико-диагностични изследвания

Наименование	код по МКБ-9 КМ	
.....	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
.....	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
.....	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
.....	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
.....	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
.....	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
.....	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
.....	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
.....	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
.....	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
.....	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
.....	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
.....	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
.....	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
.....	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>

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

Информиран 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

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. Документът се попълва ясно и четливо, със син или черен химикал. 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** по местоживеее – вписват се кодовете на РЗОК и здравният район на избрания общопрактикуващ лекар, 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 (СНН);
 - 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 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;
- 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 регионална здравна инспекция (РЗИ на ЛЗ в което работи титуляра и НЗОК номер (НЗОК номер се отнася за ЛЗ, които имат един 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.

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.

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 – 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.

ПАЦИЕНТ

ЕГН (ЛНЧ) на пациента

РЗОК №. здравен район

Идентификационен номер

 ЛНЧдата 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**

Рег. номер на лечебното заведение

УИН на лекуващ лекар

код специалност

Дата.....

Диагнози: МКБ

основна диагноза

МКБ

придр. заболяване

МКБ

придр. заболяване

Представяващ

Началник клиника/отделение:

Лекуващ лекар:

лечебното заведение:.....

подпис и печат на лечебното заведение

фамилия, подпис

фамилия, подпис

Изпраща се за:

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

Приложени медицински документи:

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.

Документът се попълва ясно и четливо с печатни букви, със син или черен химикал.

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 здравният район на избрания общопрактикуващ лекар.

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 районния център по здравеопазване (РЦЗ/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 клиника/отделение 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 клиника/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** – задължително се подписва и поставя печатът на лечебното заведение.

КАРТА ЗА ОЦЕНКА НА РИСКОВИТЕ ФАКТОРИ ЗА РАЗВИТИЕ НА ЗАБОЛЯВАНЕ

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

ЛИЧНА АНАМНЕЗА

- тютюнопушене (Z72.0)
 - брой цигари дневно
- заседнал начин на живот (<30 мин. физическа активност на ден) (Z72.3)
- аденом/и на дебелото черво
- полипи на дебелото черво (D12.6)
- колоректален карцином (C19)
- болест на Crohn (K50)
- улцерозен колит (K51)
- цьолиакия (K90.0)
- захарен диабет тип
 - тип 1 (E10) тип 2 (E11)
- предшестващи данни за дислипидемия (R94.8)
- ежедневна консумация на плодове и зеленчуци (поне 100 гр.)
- редовен прием на антихипертензивни медикаменти сега или в миналото
- повишена кръвна захар в миналото

Жени

- ≥ 3 износени бременности или първо раждане на възраст ≤ 17г.
- продължителна (повече от 5 години) употреба на естрогени (контрацептиви или хормонална заместителна терапия) (Z92.0)
- имunosупресирани (D80-D89)
- неваксинирани срещу HPV (за възрастовата група ≥ 18 и ≤ 25г.) + един от изброените рискови фактори
- лекуван друг карцином
- доброкачествена дисплазия на млечната жлеза (N60)
- ранно менархе (≤ 10-годишна възраст)
- първо раждане на възраст ≥ 35 г.

Мъже

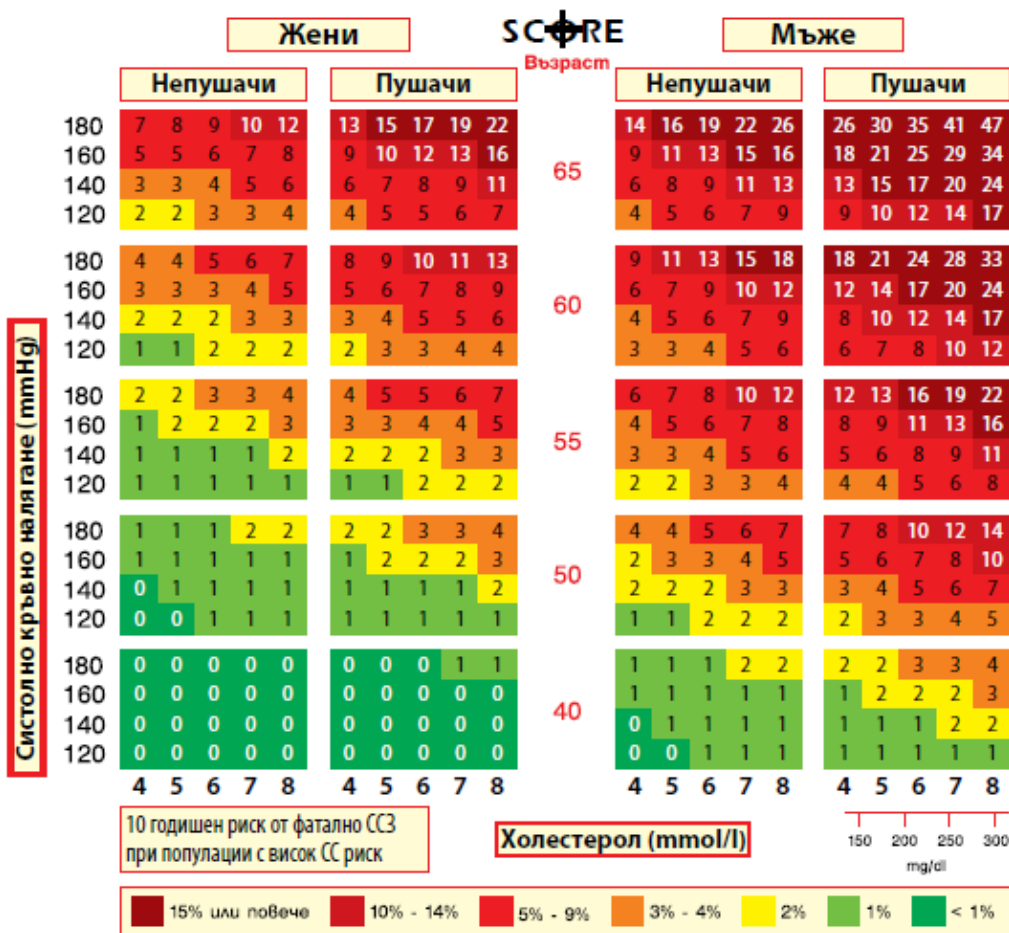
- PSA > 4.0 ng/ml при мъже над 40 г.

ФАМИЛНА АНАМНЕЗА

- диабет тип 2 или тип 1 (дядо, баба, леля, вуйчо или първи братовчед) (Z83.3)
- диабет тип 2 или тип 1 (родител, брат, сестра, собствено дете) (Z83.3)
- 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)
- майка или сестра с РМШ (Z80.4)
- рак на ректосигмоидалната област при един от родителите, братя, сестри, деца или двама от баба, дядо, леля, чичо, първи братовчед, племенник (Z80.0)
- рак на млечната жлеза при майка, сестра или дъщеря (Z80.3)
- карцином на простатата (баща, брат) при мъже над 40 години (Z80.4)

<p>ОБЕКТИВЕН СТАТУС</p> <p>Възраст <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>Пол <input type="text"/></p> <p>Ръст <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> см</p> <p>Тегло <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> кг</p> <p>Обиколка на талия <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> см</p> <p>Артериално налягане:</p> <p>систолично <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> mm Hg</p> <p>диастолично <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> mm Hg</p> <p>ИТМ <input type="text"/><input 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 type="text"/><input type="text"/>,<input type="text"/><input type="text"/> mmol/l</p> <p>HDL-холестерол <input type="text"/><input type="text"/>,<input type="text"/><input type="text"/> mmol/l</p> <p>Триглицериди <input type="text"/><input type="text"/>,<input type="text"/><input type="text"/> mmol/l</p> <p>Non-HDL-холестерол <input type="text"/><input type="text"/>,<input type="text"/><input type="text"/> mmol/l (изчислен)</p> <p>LDL-холестерол (изчислен) <input type="text"/><input type="text"/>,<input type="text"/><input type="text"/> mmol/l</p> <p>Кръвна захар (при FINDRISK ≥ 12г.) <input type="text"/><input type="text"/>,<input type="text"/><input type="text"/> mmol/l</p> <p>PSA <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/>,<input type="text"/><input type="text"/> ng/ml</p>
<p>ОЦЕНКА НА 10-ГОДИШЕН СЪРДЕЧНО-СЪДОВ РИСК РИСК (SCORE)</p> <p><input type="text"/><input 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 type="text"/><input type="text"/> (нисък, умерен, висок, много висок)</p>

ФИГУРА 1. SCORE ДИАГРАМА:



РЕЦЕПТУРНА БЛАНКА - НЗОК

рецепта №

изпълнила аптека №

РЗОК №

протокол №

ден месец година

код специалност

Лекар/лекар по
дентална медицина

телефон

регистрационен номер на лечебното заведение

име

фамилия

УИН на лекар/ЛПЪ на лекаря по дентална медицина

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

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

печат на
аптеката

получил:

подпис

ден месец година

подпис

Бл.М3-НЗОК №5

Указания за работа с документи за предписване и отпускане на лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели

ИМП предписва продукти за лечение на хронични заболявания на рецептурна бланка бл. МЗ-НЗОК №5 или №5А по своя преценка, в зависимост от състоянието на конкретния ЗОЛ. Поредният № на рецептата се генерира от софтуера на предписващия, независимо от избрания образец на рецептурна бланка. Номерацията на издадените рецептурни бланки (за комбинацията РЦЗ, УИН и специалност) за всяка календарна година започва от № 1. На една бланка не се предписват различни продукти (лекарства, медицински изделия или диетични храни за специални медицински цели), както и напълно и частично заплащани лекарствени продукти.

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

“Рецептурна бланка – бл.МЗ-НЗОК №5” е документ 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. 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, адрес, № РЗОК (където е активния избор на ОПЛ), 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.

В полетата "бременна" и "кърмачка", означени с , се прави избор със знак "X".

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, в случаите на хронично заболяване.
- 3.3. Код на лекарствен продукт** – от списъците с лекарства, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, 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, 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, медицинското изделие или диетична храна; 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, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, заплащани от НЗОК.
- 4. Протокол №** – изписва 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** – изписва се № на амбулаторния лист
- 6. 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.**
- 13. УИН** на магистър-фармацевта, изпълняващ рецептата.

Рецептата не се изпълнява в случай, че:

- 14.** не съдържа всички данни по точки 1 до 7;
- 15.** срокът на валидност е изтекъл;
- 16.** има несъответствие между предписания брой опаковки и определената доза на прием и другите общи изисквания по предписване на лекарства, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели;
- 17.** предписаният лекарствен продукт, медицинско изделие или диетична храна не са включени в списъците на НЗОК
- 18.** не се представи заверена от РЗОК “Рецептурна книжка на хронично болния”, документ за самоличност, оригинален протокол и копие от него;
- 19.** съдържа несъответстващи НЗОК-кодове; превишени дози, срещу които няма подпис на лекаря; заличени и/или задраскани данни; несъответстващи МКБ-кодове и други несъответствия съгласно изискванията по предписанията, определени в НРД.

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 БЛАНКА - НЗОК
Отрязък С

рецепта № аптека № РЗОК №
 протокол №
 ден месец година специалност код
Лекар/лекар по дентална медицина _____
 телефон _____
 регистрация номер на лечебното заведение _____

 име фамилия УИН на лекаря/ЛПК 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. MKБ <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> . <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>						
генерично заместване <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не						
код на лекарствен продукт Rp. MKБ <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> . <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>						
генерично заместване <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не						
код на лекарствен продукт Rp. MKБ <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> . <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>						
генерично заместване <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не						
Амбулаторен лист № <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>			Рецепта № <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>			

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.
 ЕН/ЛНЧ на пациента бременна кърмачка

идентификационен номер на получателя Код на държава _____

 ЕН/ЛНЧ на получателя получил: _____
 подпис

Дата отпускане настоящ отрязък _____
 ден месец година печат на аптеката
 Дата отпускане отрязък В _____
 ден месец година
отпуснал: _____
 магистър-фармацевт УИН _____
 Бл.МЗ-НЗОК 5А

РЕЦЕПТУРНА БЛАНКА - НЗОК
Отрязък В

рецепта № аптека № РЗОК №
 протокол №
 ден месец година специалност код
Лекар/лекар по дентална медицина _____
 телефон _____
 регистрация номер на лечебното заведение _____

 име фамилия УИН на лекаря/ЛПК 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. MKБ <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> . <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>						
генерично заместване <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не						
код на лекарствен продукт Rp. MKБ <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> . <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>						
генерично заместване <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не						
код на лекарствен продукт Rp. MKБ <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> . <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>						
генерично заместване <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не						
Амбулаторен лист № <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>			Рецепта № <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>			

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.
 ЕН/ЛНЧ на пациента бременна кърмачка

идентификационен номер на получателя Код на държава _____

 ЕН/ЛНЧ на получателя получил: _____
 подпис

Дата отпускане настоящ отрязък _____
 ден месец година печат на аптеката
 Дата отпускане отрязък А _____
 ден месец година
отпуснал: _____
 магистър-фармацевт УИН _____
 Бл.МЗ-НЗОК 5А

РЕЦЕПТУРНА БЛАНКА - НЗОК
Отрязък А

рецепта № аптека № РЗОК №
 протокол №
 ден месец година специалност код
Лекар/лекар по дентална медицина _____
 телефон _____
 регистрация номер на лечебното заведение _____

 име фамилия УИН на лекаря/ЛПК 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. MKБ <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> . <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>						
генерично заместване <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не						
код на лекарствен продукт Rp. MKБ <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> . <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>						
генерично заместване <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не						
код на лекарствен продукт Rp. MKБ <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> . <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>						
генерично заместване <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не						
Амбулаторен лист № <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>			Рецепта № <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>			

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.
 ЕН/ЛНЧ на пациента бременна кърмачка

идентификационен номер на получателя Код на държава _____

 ЕН/ЛНЧ на получателя получил: _____
 подпис

Дата отпускане настоящ отрязък _____
 ден месец година _____

отпуснал: _____
 магистър-фармацевт УИН _____
 Бл.МЗ-НЗОК 5А

ИМП предписва продукти за лечение на хронични заболявания на рецептурна бланка бл. МЗ-НЗОК №5 или №5А по своя преценка, в зависимост от състоянието на конкретния ЗОЛ. Поредният № на рецептата се генерира от софтуера на предписващия, независимо от избрания образец на рецептурна бланка. Номерацията на издадените рецептурни бланки (за комбинацията РЦЗ, УИН и специалност) за всяка календарна година започва от № 1. На една бланка или отрязък не се предписват различни продукти (лекарства, медицински изделия или диетични храни за специални медицински цели), както и напълно и частично заплащани лекарствени продукти.

УКАЗАНИЯ ЗА РАБОТА С "РЕЦЕПТУРНА БЛАНКА-НЗОК" – БЛАНКА ОБРАЗЕЦ „МЗ-НЗОК № 5А“

"Рецептурна бланка – МЗ-НЗОК №5А" е документ за предписване и отпускане на напълно или частично платени от НЗОК лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за лечение на хронични заболявания. Рецептурната бланка се състои от три отрязъка – А, В и С. На един отрязък предписаното количество е за до 30 дни, освен когато липсва подходяща опаковка в списъците на НЗОК. На една рецептурна бланка предписаното количество може да е за не повече от 100 дни, предписано на до три отрязъка.

На рецептурната бланка не могат да бъдат предписвани едновременно:

- лекарствени продукти, назначени с повече от един протокол;
- лекарствени продукти, назначени по протокол и такива, назначавани без протокол.

На рецептурната бланка могат да се предписват само до 3 лекарствени продукта (НЗОК-кода) за до 3 заболявания (МКБ-кодове), в случаите на назначаване без протокол. Не се допуска включване в отрязъци „В“ и „С“ на допълнителни МКБ-кодове, различни от тези, вписани в отрязък „А“.

Попълва се в два екземпляра от ИМП.

И двата екземпляра се предават на пациента.

В случай, че ИМП 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 ИМП, издал рецептата.

Документът се попълва ясно и четливо.

Данни, попълвани от ИМП, издал рецептата – попълват се върху всеки отрязък с предписание

1. **Лични данни на ИМП** – Код на специалност, регистрационен номер на лечебното заведение, УИН, име и фамилия, телефон, подпис, печат и/или печат на лечебното заведение.

2. **Данни за пациента** – Име, презиме, фамилия, възраст, адрес, № РЗОК (където е активния избор на ОПЛ), 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.

В полетата "бременна" и "кърмачка", означени с , се прави избор със знак "X".

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, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, 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, 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, медицинското изделие или диетична храна; 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, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, заплащани от НЗОК.

4. **Протокол №** – изписва 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** – изписва се № на амбулаторния лист.

6. **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. **Дата на изпълнение** на всеки отрязък се посочва върху него и върху следващия отрязък.

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

12. Изпълняващият рецептата **се подписва и поставя печат** на аптеката и я предоставя **за подпис на приносителя.**

13. **УИН** на магистър-фармацевта, изпълняващ рецептата.

Рецептата не се изпълнява в случай, че:

14. не съдържа всички данни по точки 1 до 7;

15. срокът на валидност е изтекъл;

16. има несъответствие между предписания брой опаковки и определената доза на прием и другите общи изисквания по предписване на лекарствен, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели;

17. предписаният лекарствен продукт, медицинско изделие или диетична храна не са включени в списъците на НЗОК

18. не се представи заверена от РЗОК "Рецептурна книжка на хронично болния", документ за самоличност, оригинален протокол и копие от него;

19. съдържа несъответстващи НЗОК-кодове; превишени дози, срещу които няма подпис на лекаря; заличени и/или задраскани данни; несъответстващи МКБ-кодове и други несъответствия съгласно изискванията по предписанията, определени в НРД.

Образецът може да се разпечатва от лекаря/лекаря по дентална медицина или да се печата в печатница на бял лист А4 (Landscape) в 2 екземпляра, като отделните отрязъци са отделени с разделителна линия.

ПРЕДЛОЖЕНИЕ ЗА СРОКОВЕ ЗА КОНТРОЛНИ ПРЕГЛЕДИ

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

УКАЗАНИЕ ЗА РАБОТА С “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 задължително здравноосигурени лица (ЗОЛ).
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.

При издаване на протокол на чужденец специалистът задължително попълва и полетата, отнасящи се до:

- **Идентификационен номер на чужденеца – вписва се персонален идентификационен номер на чужденеца.**
 - **Код на държавата – вписва се кодът на държавата.**
3. Валидността на протокола е до **180 календарни дни**, от датата на заверяването му в РЗОК.
 4. В един протокол се предписва само едно лекарство в до 3 (три) дозови форми.
 5. В протокола задължително се вписват: клинична диагноза **с четирицифрен 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 ЗОЛ за съхранение.
 9. Въз основа на протокола се издава рецептурна бланка обр. МЗ-НЗОК № 5 или обр. МЗ-НЗОК № 5 А от ОПЛ, при който е записан ЗОЛ 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. Оригиналът на протокола, заверен от РЗОК, придружен от рецептурна бланка обр. «МЗ-НЗОК», заверена от РЗОК рецептурна книжка на хронично болния, документ за самоличност, както и копие от протокола се представят в аптека, сключила договор с РЗОК и определена за извършване на дейността, за изпълнение на предписанието. След отпускане на предписания продукт, оригиналът на протокола се връща на приносителя му.
 13. Рецептурна бланка за лекарствени продукти, предписвани по протокол, се издава само в срока на валидност на протокола.
 14. С цел осигуряване непрекъснатост на лечението на ЗОЛ, след изпълнение на рецептата по предпоследния /съгласно утвърдените в протокола/ прием, ИМП и ЗОЛ могат да започнат подготовка на необходимите документи за издаване на нов протокол. В този случай рецептата за последния прием може да се издаде преди изтичане на 30 дневния период от предходното отпускане на лекарството, 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 рецептата, подпис **и УИН** на изпълнителя и поставя печата на аптеката. В рецептурната бланка за дата на издаване на протокола се вписва № и датата на заверката му в РЗОК. В случая по т. 15. аптеката изпълнява рецептата след изтичане на 30 дневния срок, от предходното изпълнение, отбелязано в рецептурната книжка на ЗОЛ
 16. ОПЛ е длъжен да разясни на ЗОЛ случаите, при които протоколът може да бъде анулиран.
 17. **Не се допуска издаването на рецептурна бланка 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	<p>На един протокол-могат да бъдат предписвани до три инсулинови продукта, съгласно изискванията</p> <p>При назначаване на терапия по МКБ-кодове <i>E10.2, E10.3, E10.4, E10.5, E10.9, E11.2, E11.3, E11.4, E11.5 и E11.9</i> на ЗОЛ могат да бъдат предписани общо до 3 лекарствени продукта.</p> <p>В Рецептурната 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.</p>
2. Шизофрения	<p>При назначаване на терапия по рубрики “Шизофрения” /включваща кодове <i>F20.0, F20.1, F20.5 и F20.6/</i>, “Шизоафективни разстройства” /включваща кодове <i>F25.0, F25.1 и F25.2/</i>, “Маниен епизод“ /включваща кодове <i>F30.0 и F30.1/</i>, “Биполарно афективно разстройство” /включваща кодове <i>F31.0, F31.1, F31.2, F31.3, F31.4, F31.5, F31.6 и F31.7/</i>, “Рекурентно депресивно разстройство” /включваща кодове <i>F33.0, F33.1, F33.2, F33.3 и F33.4/</i>, “Други тревожни разстройства” /включваща кодове <i>F41.0 и F41.1/</i>, “Обсесивно-компулсивно разстройство” /включваща кодове <i>F42.0, F42.1, F42.2 и F42.8/</i> на ЗОЛ могат да бъдат предписани общо до 3 лекарствени продукта само за активния, вписан в Рецептурната книжка МКБ-код.</p>
3. Шизоафективни разстройства	
4. Маниен епизод	
5. Биполарно афективно разстройство	
6. Рекурентно депресивно разстройство	
7. Други тревожни разстройства	
8. Obsесивно-компулсивно разстройство	

НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА

РЕЦЕПТУРНА КНИЖКА

НА ХРОНИЧНО БОЛНИЯ

Пациент

ЛНЧ	ЕГН (ЛНЧ) на пациента	РЗОК №.	здравен район
Идентификационен номер/ССН			
Идентификационен номер		ССН	код държава

име, презиме и фамилия по лична карта

Адрес: гр. (с.)

Ул. №

Ж.к. бл. вх. ет. ап.

Заболвания

МКБ
Име диагноза, подпис и печат на ОПЛ, вписал диагнозата

Заверена от:
подделение на РЗОК РЗОК

Дата:
Ден месец година

Подпис на длъжностното лице и печат на РЗОК/подделение на РЗОК

Прекратена от:
подделение на РЗОК РЗОК ОПЛ

Дата:
Ден месец година

Подпис на длъжностното лице и печат на РЗОК/подделение на РЗОК

МКБ
Име диагноза, подпис и печат на ОПЛ, вписал диагнозата

Заверена от:
подделение на РЗОК РЗОК

Дата:
Ден месец година

Подпис на длъжностното лице и печат на РЗОК/подделение на РЗОК

Прекратена от:
подделение на РЗОК РЗОК ОПЛ

Дата:
Ден месец година

Подпис на длъжностното лице и печат на РЗОК/подделение на РЗОК

Настоящ ОПЛ

регистрационен номер на лечебното заведение	УИН на общопрактикуващия лекар
временен избор	име, презиме и фамилия по лична карта
УИН на заместващ лекар	
ден месец година на избора	ден месец година на напускане
подпис и личен печат на ОПЛ	
регистрационен номер на лечебното заведение	УИН на общопрактикуващия лекар
временен избор	име, презиме и фамилия по лична карта
УИН на заместващ лекар	
ден месец година на избора	ден месец година на напускане
подпис и личен печат на ОПЛ	
регистрационен номер на лечебното заведение	УИН на общопрактикуващия лекар
временен избор	име, презиме и фамилия по лична карта
УИН на заместващ лекар	
ден месец година на избора	ден месец година на напускане
подпис и личен печат на ОПЛ	
регистрационен номер на лечебното заведение	УИН на общопрактикуващия лекар
временен избор	име, презиме и фамилия по лична карта
УИН на заместващ лекар	
ден месец година на избора	ден месец година на напускане
подпис и личен печат на ОПЛ	
регистрационен номер на лечебното заведение	УИН на общопрактикуващия лекар
временен избор	име, презиме и фамилия по лична карта
УИН на заместващ лекар	
ден месец година на избора	ден месец година на напускане
подпис и личен печат на ОПЛ	

УКАЗАНИЕ ЗА РАБОТА С “РЕЦЕПТУРНА КНИЖКА НА ХРОНИЧНО БОЛНИЯ”

Издаване на рецептурна книжка:

1. Рецептурната книжка на хронично болния се издава на задължително здравноосигурени лица (ЗОЛ), определени като хронично болни от заболявания по “Списък на заболяванията, за които се издава рецептурна книжка на хронично болния”, приет по реда на Наредба съгласно чл. 45, ал.3 от ЗЗО.
2. Здравноосигурено лице може да притежава само една валидна рецептурна книжка на хронично болния. При необходимост от издаване на нова рецептурна книжка, старата се прекратява от РЗОК.
3. Книжката се издава от общопрактикуващ лекар (ОПЛ) или негов заместник (за срока на заместване), при който здравноосигуреното лице е осъществило постоянен или временен избор.
4. Нова рецептурна книжка се преиздава само след като ЗОЛ е получил изписаните по старата рецептурна книжка лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели.
5. Право да вписва диагнози в рецептурната книжка има само общопрактикуващ лекар (ОПЛ) или негов заместник (за срока на заместване), при който здравноосигуреното лице е осъществило постоянен или временен избор.
6. Право да вписва лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели в рецептурната книжка има само ОПЛ (вписан в книжката) или негов заместник (за срока на заместване), при който ЗОЛ е осъществило постоянен или временен избор, и специалист по профила на заболяванията, работещ в изпълнение на договор с НЗОК в извънболничната помощ.
7. Книжката е валидна след заверяване от РЗОК или поделенията на РЗОК.

Задължително здравноосигуреното лице е длъжно:

1. Да закупи и съхранява рецептурната книжка.
 2. В случай на нов постоянен или временен избор на ОПЛ да представи рецептурната книжка за попълване.
 3. Да завери в РЗОК, където е избрания ОПЛ издадената и попълнена от ОПЛ рецептурна книжка в следните случаи:
 - при издаване на нова рецептурна книжка;
 - при включване или изключване на диагноза от рецептурната книжка.
 4. Да представя на ОПЛ, заместника му или специалиста заверената от РЗОК рецептурна книжка при предписване на лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели.
 5. За получаване на лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, да представя в аптека, сключила договор с РЗОК: рецептурната книжка, два екземпляра от рецептурна бланка и документ за самоличност (за малолетните и поставените под пълно или ограничено запрещение се представя документ за самоличност на родител, настойник или попечител). В случай, че предписаният продукт, се отпуска по протокол, трябва да се представи оригинал на заверения протокол, въз основа на който се издава рецептурната бланка, както и копие от него.
 6. В случай на нов постоянен или временен избор на ОПЛ, ако не е възникнала необходимост от издаване на нова книжка или включване/изключване на диагнози, рецептурната книжка не се презаверява в РЗОК, където е новоизбрания ОПЛ.
 7. Да уведоми незабавно поделенията на РЗОК или в РЗОК, където е направен избор на ОПЛ при изгубване, кражба или унищожаване на рецептурната книжка, за заличаването на номера ѝ в регистъра на рецептурните книжки.
- В случаите по т. 7, както и при запълване на рецептурната книжка, се издава нова по описания ред.

ОПЛ или негов заместник (за срока на заместване), при който ЗОЛ е осъществило постоянен или временен избор е длъжен:

1. При издаване на нова рецептурна книжка да попълни данните на хроничноболния, РЦЗ/РЗИ номер на практиката, личните си данни (УИН и име), дата на постоянен или временен избор на ОПЛ, дата на напускане (при временен избор на ОПЛ), заболяванията, за които се издава книжката. Когато рецептурната книжка се издава от заместник на ОПЛ, се попълва УИН на титуляр, УИН на заместника, РЦЗ/РЗИ на практиката на титуляра. Издаващият рецептурната книжка лекар полага подпис и поставя личен печат и/или печата на лечебното заведение.
2. При смяна на избора на ОПЛ (постоянен или временен), новоизбраният ОПЛ попълва РЦЗ/РЗИ номер на практиката, личните си данни (УИН и име), дата на постоянен или временен избор на ОПЛ, дата на напускане (при временен избор на ОПЛ).
3. При издаване на рецептурна книжка на чужденец, ОПЛ задължително попълва и полетата, отнасящи се до:
 - Идентификационен номер на чужденеца – вписва се персонален идентификационен номер на чужденеца.
 - Код на държавата – вписва се кодът на държавата.
 - Отбелязва се дали идентификационният номер е на гражданин на ЕС или е ССН.

4. При добавяне на МКБ-код в рецептурната книжка ОПЛ да вписва МКБ код, име на диагноза и поставя подпис и печат на лечебното заведение.

5. При прекратяване на МКБ код (пример несъвместимост на диагнози по Приложение 6), ОПЛ да попълва секцията „Прекратена от:” като вписва дата на прекратяване на МКБ и маркира чек бокс „ОПЛ”.

6. Да вписва в книжката **на отделен ред всеки** лекарствен продукт, медицинско изделие и диетична храна за специални медицински цели, изписани на рецептурна бланка “МЗ-НЗОК № 5” , по реда на чл. 56, ал.1 и ал.2 от ЗЗО.

7. В случаите на издадена рецептурна бланка „МЗ-НЗОК №5А” в рецептурната книжка се вписват предписаните продукти за всеки един отрязък поотделно. На **отделен ред се записва всеки** лекарствен продукт, медицинско изделие и диетична храна за специални медицински цели.

8. Да предписва на рецептурна бланка лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели само за диагнози (МКБ-код), за които рецептурната книжка на хронично болния е заверена в РЗОК (дата, подпис, печат) и МКБ–кодът не е прекратен.

Специалистът със специалност по профила на заболяванията, вписани в книжката е длъжен:

1. Да вписва в книжката **на отделен ред всеки** лекарствен продукт, медицинско изделие и диетична храна за специални медицински цели, изписани на рецептурна бланка “МЗ-НЗОК № 5” , по реда на чл. 56, ал.1 и ал.2 от ЗЗО.

2. В случаите на издадена рецептурна бланка „МЗ-НЗОК №5А” в рецептурната книжка се вписват предписаните продукти за всеки един отрязък поотделно. На **отделен ред се записва всеки** лекарствен продукт, медицинско изделие и диетична храна за специални медицински цели.

3. Да предписва на рецептурна бланка лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели само за диагнози (МКБ-код), за които рецептурната книжка на хронично болния е заверена в съответната РЗОК (дата, подпис, личен печат и/или печат на лечебното заведение) и МКБ–кодът не е прекратен.

Лицето, отпускащо лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, вписани в рецептурната книжка е длъжно:

1. Да свери данните от рецептурната книжка, рецептурните бланки – образци “МЗ-НЗОК” и документа за самоличност. При установено несъответствие рецептата не се изпълнява.

2. Да отпуска лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели само за диагнози (МКБ-код), за които рецептурната книжка на хронично болния е заверена (дата, подпис, печат) и МКБ–кодът не е прекратен.

ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

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

За неспазване на изброените по-горе задължения се носи имуществена и административна отговорност.

При смърт на ЗОЛ РК се заличава автоматично от регистъра след получаване на информация за смъртта на ЗОЛ.

Рецептурна книжка се заверява само на ЗОЛ с непрекъснати здравноосигурителни права.

РЕЦЕПТУРНА БЛАНКА - НЗОК

рецепта №

изпълнила аптека №

Лекар/лекар по
дентална медицина

регистрационен номер на лечебното заведение

УИН на лекаря/ЛПК на лекаря по дентална медицина

телефон
.....
 името фамилия

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

Амбулаторен лист № Рецепта №

Лекар/лекар по
дентална медицина

.....
подпис и личен печат Всичко :

пациент: РЗОК ЕГН /ЛНЧ на пациента възраст
.....
име фамилия

удостоверение на : / дата / решение ТЕЛК № / дата
военноинвалид / военнопострадал

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



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 (където е активния избор на ОПЛ), 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 чужденца 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)	Колличество (брой, таблетка, капсула, флакон)	Рег. № на практиката, ЕГН на лекаря	Подпис и печат	Дата на отпускане	Партиден № на лекарствения продукт	Отпуснат: (людене и гетаре)	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

РЕЦЕПТУРНА БЛАНКА - НЗОК

 рецепта №

 изпълнила аптека №
**Лекар/лекар по
дентална медицина**

телефон

регистрационен номер на лечебното заведение

код специалност

име

фамилия

УИН на лекаря/ЛПК на лекаря по дентална медицина

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

РЗОК

ЕГН на пациента

възраст

ветеран

име

фамилия

удостоверение на ветеран

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

Бл. МЗ-НЗОК №5В

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 (където е активния избор на ОПЛ), 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 преиздава 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 (или по двустранни спогодби) 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; 05 ЦКВЗ; 06 КОЦ; 07 лекар по дентална медицина
УИН на лекаря/ЛПК на лекаря по дентална медицина
УИН на заместващия (наетия) лекар/ЛПК на денталния лекар
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 №. изпращач 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: 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: бюджет НЗОК ДЗОФ пациент

ПРЕМИНАЛ ПРЕЗ ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ
деца под 1 г. при приемане в болницата възраст (дни) тегло при прием (грама) за новородено: тегло при раждане (грама) ИЗ на майката: номер година г.с.
Актова книга №. РЗИ №. на ЛЗ на раждане:
ОСНОВНА ДИАГНОЗА: МКБ 10
Придружаващи заболявания и усложнения: МКБ 10
ДИАГНОСТИЧНА / ТЕРАПЕВТИЧНА или ОПЕРАТИВНА ПРОЦЕДУРА: Австралийска класификация
Хист. резултат: МКБ
отказ от лечение от ЗОЛ обосновка на отказа: подпис:
Статус: 1. изписан 2. преведен в болница РЗИ диагноза за превеждане: МКБ 10 3. починал причина за смъртта: МКБ 10 освободен от аутопсия
Пролежани леглодни: болн. лист №. бр. дни състояние при изписването 1 здрав; 2 с подобрение; 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.

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.

Документът се попълва в два екземпляра. Първият остава на съхранение в приемащото лечебното заведение, а вторият се съхранява в архива на изпращащото лечебно заведение.

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

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 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 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 (СН);
- 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 - наименованието 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;
- пореден номер на направлението за календарната година. Номерацията е последователна за календарната година за всеки лекар (ОПЛ или специалист от извънболничната медицинска помощ). За лечебно заведение за болнична медицинска помощ номерацията е последователна за календарната година за лечебното заведение. При насочване от „спешна помощ“ се попълва „444444“.
- изпращащият лекар задължително се подписва и поставя печата на лечебното заведение и на двата екземпляра
- номер на амбулаторни процедури, които се отчитат с тази бланка

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

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

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

- **"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 планоно/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 планоно;
 - дежурният лекар - когато пациентът постъпва по спешност или след работното време на ДКБ;
- дата за планиран прием – попълва се, ако приемът на пациента е планоно;
- No. от листа за планоно 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 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 горне/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.

- 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;
 - ЛЗ не е сключило договор за съответната пътека/ амбулаторна процедура;
- деца под една година – попълва се възрастта в дни на децата при постъпването им в болницата и теглото им в грама при прием; попълват се всички квадратчета; ако възрастта е двуцифрено число, отпред се слага "0", например за 86 дни се вписва 086; при новородени се оставя празно;
- за новородено – попълват се теглото в грамове на детето при раждането му; задължително се вписва и номерът на история на заболяване на майката; Полетата "Деца под една година", "За новородено" и "ИЗ на майката" не се попълват при пациенти над една година.
- За новородени се попълва „Актова книга“, „РЗИ №. на ЛЗ на раждане“ и „г.с.“ на майката.
- основна (водеща, окончателна) диагноза - състоянието, което след направените изследвания се явява основна причина за приемане на пациента в ЛЗ за полагане на медицински грижи (изписва се на български език). Вписва се и кода по МКБ 10, съобразно правилата за кодиране, като вписването на кода започва от първото квадратче и до него се поставя допълнителния код, когато се изисква съобразно правилата за кодиране, обозначен с * в МКБ 10.
- при отчитане на клиничните пътеки / амбулаторните процедури , в алгоритъма на които се изисква отчитане с два, указани в КП/АПр кода, за основна диагноза на заболяването, в първия ред квадратчетата задължително се вписва кодът, посочен в съответния алгоритъм, а на втория ред квадратчетата се вписва задължително кодът, посочен в съответния алгоритъм;
- придружаващи заболявания и усложнения – на трите реда се вписват съответните състояния съобразно правилата за кодиране, като се поставя и допълнителен код, когато се изисква съобразно правилата за кодиране, обозначен с * в МКБ10;
- диагностична/терапевтична или оперативна процедура– код по МКБ 9 КМ;
- хистологичен резултат – описва се с думи хистологичния резултат, а с код по МКБ 9 КМ от рубрики 90 и 91 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 "освобден 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 <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"/>	НАСОЧЕН ОТ: <input type="text"/> 2- СИМП, 3 – ЛЗБП, 4 - спешна помощ; 5 КОЦ; 6-ДЦ
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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	здравен район <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"/>
ЕГН (ЛНЧ) на пациента <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"/>	Пол м/ж <input type="text"/>
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="text"/> <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> ССН <input type="checkbox"/> гражданин на ЕС <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
(или по двустранни спогодби) код на държава	
име, презиме и фамилия по лична карта Адрес: гр. (с.) ул. №. ж.к. бл. вх. ет. ап.	
здравен район <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"/>	
регистрационен номер на лечебното заведение	
НЗОК номер <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"/>	
УИН на лекаря <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"/>	
УИН на заместващия лекар <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"/>	
име на лечебното заведение име и фамилия на лекаря	

НАСОЧВА СЕ ЗА КЛ. ПРОЦЕДУРА <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		АМБ. ПРОЦЕДУРА <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> спешен	<input type="checkbox"/> планов
дата на насочване: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			насочващ лекар: подпис и печат на лечебното заведение		
ден	месец	година			

ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДИЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА КЛ. ПРОЦЕДУРА / АМБ. ПРОЦЕДУРА					
име на лечебното заведение					
здравен район <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		регистрационен номер на лечебното заведение			
ПО КЛ. ПРОЦЕДУРА <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		АМБ. ПРОЦЕДУРА <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> спешен	<input type="checkbox"/> планов
<input type="checkbox"/> Отказ за извършване на КПр /АПр лекар: подпис и печат на лечебното заведение					
Диагноза: МКБ 10 <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"/>					
..... МКБ 10 <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"/>					
Код на процедура по МКБ 9КМ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Код на процедура по АКМП: <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"/>			
първи преглед: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		планов прием: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		приемащ лекар: <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"/>	
ден	месец	година	ден	месец	година
			Актова книга №. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> РЗИ №. на ЛЗ на раждане <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
			ИЗ на детето (за новородено): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> номер <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> година г.с. на майката: <input type="text"/> <input type="text"/>		
№. 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"/>
<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"/>
<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"/>
<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 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Общ брой дни (за перитонеална диализа) <input type="text"/> <input type="text"/>	Преведен към КП <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
--	--	---

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: подпис и печат на лечебното заведение	Началник на клиника/отделение: фамилия, подпис	Лекуващ лекар: фамилия, подпис <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"/>
		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 ясно и четливо или се отпечатва 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 местоживеее – 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 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 (СНН);
- 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

1	Хроничнохемодиализа
2	Перитонеална диализа с апарат
3	Перитонеална диализа без апарат
6	Системно лекарствено лечение при злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания
8	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

- номер на клинична процедура

01	Диализно лечение при остри състояния
02	Интензивно лечение на новородени деца с асистирано дишане

- 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** 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 начало на лечение.
- За новородени се попълва „Актова книга“, „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 МКБ 9 КМ;
- 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, 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, 02 и 03 и КПр 01 и 02.
- No. от листа за планов 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, 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.

МЕДИЦИНСКО НАПРАВЛЕНИЕ ЗА ПРОВЕЖДАНЕ НА КЛИНИЧНИ ПРОЦЕДУРИ / 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

(или по двустранни слогодби)

.....
име, презиме и фамилия по лична карта

Адрес: гр. (с.)
ул. №.
ж.к. бл. вх. ет. ап.

НАСОЧЕН ОТ: 2- СИМП, 3 – ЛЗБП, 4 - спешна помощ; 5 КОЦ, 6-ДЦ

здравен район регистрационен номер на лечебното заведение

НЗОК номер

УИН на лекаря

УИН на заместващия лекар

.....
име на лечебното заведение

.....
име и фамилия на лекаря

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

дата на насочване: насочващ лекар:
ден месец година

.....
подпис и печат на лечебното заведение

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

.....
здравен район регистрационен номер на лечебното заведение

.....
име на лечебното заведение

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

Приведен от клинична пътека Из на пациента от привещащата клиника/отделение :

Приведен от кл. процедура № номер година

Преведен в клинична пътека Преведен в кл. процедура №

първи преглед:

ден месец година ден месец година

№.
листа за планов прием

.....
приемащ лекар:

.....
име и фамилия на лекаря, подпис

Час на включване ден месец година Час на изключване ден месец година

От дата дейност (дд.мм.гггг)	До дата дейност (дд.мм.гггг)	Дейност 9KM	АКМП
<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>
<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>
<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>
<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>
<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>
<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>
<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>
<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>
<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>
<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>
<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>
<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>
<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>
<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>
<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>
<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>
<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>
<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>
<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>
<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>
<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>
<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>
<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>
<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>
<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>
<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 25px;" type="text"/>

Общ брой извършени КПр / АПр

Пациентът (родителят/настояникът) се подписва след последната КПр/АПр за месеца или при приключване на КПр/АПр в съответното ЛЗ.
Пациент (родител/настояник) (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 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 ясно и четливо 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 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);
- 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	Парентерална инфузия на лекарствени продукти по терапевтична схема
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

- номер на клинична процедура

03	Интензивно лечение, мониторинг и интензивни грижи с механична вентилация и/или парентерално хранене
04	Интензивно лечение, мониторинг и интензивни грижи без механична вентилация и/или парентерално хранене

- 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 МКБ 9 КМ;

▪ ИЗ – вписва се номера на ИЗ на привещащото отделение.

▪ за приведен от клинична пътека или от кличина 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.

▪ УИН, 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 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.

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. 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 МКБ 9 КМ 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.

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).

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

Документът се попълва ясно и четливо 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 местоживеене – 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 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 (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 районна здравна инспекция (РЗИ на титуляра 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 заложените 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/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.

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 АП 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.

Приложение № 1

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 Ляковец, 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 Вятково, 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 Копривщица, 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

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

<p>ПАЦИЕНТ</p> <p>РЗОК №. здравен район ЕГН (ЛНЧ) на пациента Пол м/ж</p> <p>Идентификационен номер</p> <p><input type="checkbox"/> ЕГН <input type="checkbox"/> ЛНЧ дата на раждане <input type="checkbox"/> код на държава</p> <p><input type="checkbox"/> ССН <input type="checkbox"/> гражданин на ЕС (или по двустранни спогодби)</p> <p>име, презиме и фамилия по лична карта</p> <p>Адрес: гр.(с) ул..... №.....</p> <p>ж.к. бл..... вх..... тел.....</p>	<p>ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ:</p> <p><input type="checkbox"/> договор с НЗОК РЗОК №. здравен район регистрационен номер на лечебното заведение</p> <p>УИН на лекаря/ЛПК на лекаря, вложил МИ</p> <p>.....</p> <p align="center">име на лечебното заведение</p> <p>.....</p> <p align="center">име и фамилия на лекаря</p>
---	---

Клинична пътека №.

Амбулаторна процедура №.

Диагноза: МКБ10

дата на приемане: ИЗ:

ден месец година номер година

дата на операцията:

ден месец година

Пациент:
(подпис)

КОД НЗОК	Код процедура/Код австралийска спецификация	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; Сигнатура 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

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

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, 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 местоживееене – 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, 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 (СН);
- 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“ – изписва се името и № на клиничната пътека/амбулаторната 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 № и дата на заприходването в склада на болничната 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 МКБ 9 КМ;
- „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.

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 стационариране (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 местоживееене – 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 на 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);
- 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 регионалната здравна инспекция (РЗИ на титуляра 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).

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 [] []
(или по двустранни спогодби)
име, презиме и фамилия по лична карта
Адрес: гр.(с) ул. №.....
ж.к. бл. вх. тел.

НАСОЧЕН ОТ: 2- СИМП, 3 – ЛЗБП; 7 - ЦПЗ
 договор с НЗОК [] [] РЗОК №. [] [] здравен район [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
регистрационен номер на лечебното заведение [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
НЗОК номер [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
Код спец. [] [] УИН на лекаря [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
дата на насочване: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
ден месец година

НАСОЧВА СЕ ЗА АМБ. ПРОЦЕДУРА №. [] [] насочващ лекар:
име, фамилия и подпис на лекаря, печат на лечебното заведение

ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
име на лечебното заведение здравен район регистрационен номер на лечебното заведение
АМБ. ПРОЦЕДУРА [] []

РЕШЕНИЕ НА СПЕЦИАЛИЗИРАНА КОМИСИЯ ПО СПЕЦИАЛНОСТ [] []

№. / дата: [] [] . [] [] . [] [] [] []

За определяне на план на лечение на терапевтичния отговор при пациенти, получаващи скъпоструващи лекарствени продукти по реда на чл. 78, т. 2 от 330

Ръст Тегло

Диагноза: МКБ 10 [] [] [] [] . [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
Придружаващи заболявания: МКБ 10 [] [] [] [] . [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
..... МКБ 10 [] [] [] [] . [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Анамнеза:
.....
.....

Обективно състояние:

Терапевтичен подход:

- Комисията взе решение за:**
- започване на лечение с ЛП по реда на чл.78, т.2 от 330
 - продължаване на лечението с ЛП по реда на чл.78, т.2 от 330
 - смяна на ЛП
 - издаване на протокол за предписване на лекарства, заплащани от НЗОК

Специализирана комисия:

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

Печат на лечебното заведение:

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.

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

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 местоживеене – 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 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);
- 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 допълнителният 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 разпечатана на повече от една страница.

**За Националната здравно-
осигурителна каса:
Председател на НС на НЗОК:
Жени Начева**

**Членове на Надзорния съвет на НЗОК:
д-р Бойко Пенков**

Галя Димитрова

Росица Велкова

Д-р Иван Кокалов

Теодор Василев

Боян Бойчев

Оля Василева

Андрей Дамянов

**За управител на НЗОК:
Подуправител на НЗОК: д-р Йорданка Пенкова**

Съгласувал:

**Министър на здравеопазването
Кирил Ананиев**

За Българския лекарски съюз:

**Председател на УС на БЛС:
д-р Венцислав Грозев**

проф. д-р Огнян Хаджийски

проф. д-р Николай Габровски

проф. д-р Борислав Китов

д-р Галинка Павлова

д-р Юлиан Йорданов

д-р Стоян Борисов

д-р Дафина Тачова

д-р Ивелин Йоцов

д-р Иван Маджаров