

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
«МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ЧАСТЬ №142
ФЕДЕРАЛЬНОГО МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОГО АГЕНТСТВА»
(ФГБУЗ МСЧ № 142 ФМБА России)**

ПРИКАЗ

г. Межгорье

11 января 2021 года

№ 7- П

**О регламенте регистрации,
заполнение медицинской документации
и алгоритме госпитализации пациентов
в ФГБУЗ МСЧ №142 ФМБА России**

Руководствуясь требованиями Федеральных законов от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (ст. 90), от 02.05.2006 № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации», от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», ГОСТ ISO 9000 «Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь», ГОСТ ISO 9001-2015 (ISO 9001:2015) «Системы менеджмента качества. Требования», приказом Минздрава СССР от 04.10.1980 № 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения», Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 05.05.2012 г. N 502н "Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации", Приказом Минздрава РФ от 10.05.2017 года №203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи», в целях реализации Проекта «Внедрение Практических рекомендаций (предложений) по организации и развитию системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ФГБУЗ МСЧ № 142 ФМБА России» (Приказ ФГБУЗ МСЧ №142 ФМБА России № 252-П от 09.12.2019г),

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить и ввести в действие:

1.1. Регламент регистрации и заполнения медицинской документации при обращении пациентов по разным направлениям в приемное отделение, в поликлинику (Приложение №1).

1.2. Алгоритм госпитализации плановых и экстренных пациентов в стационар, дневной стационар. Оказание медицинской помощи на дому (Приложение №2).

2. Заведующим структурных подразделений обеспечить реализацию положений Приказа всеми сотрудниками подразделений.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возлагаю на заместителя начальника по медицинской части; заместителя начальника по поликлиническому разделу работы - по принадлежности.

Начальник
ФГБУЗ МСЧ № 142 ФМБА России

Ф.Р. Ильченко

**Регламент
регистрации и заполнения медицинской документации
при обращении пациентов по разным направлениям
в приемное отделение, в поликлинику**

I Регистрации и заполнения медицинской документации на этапе госпитализации в стационар в плановом порядке, обращении за амбулаторно-поликлинической помощью.

1.1 При поступлении в приемное отделение или регистратуру поликлиники в ФГБУЗ пациент должен иметь направление специалиста на госпитализацию. Медицинский работник приемного отделения или регистратуры просит предъявить документы, удостоверяющие личность пациента (паспорт).

1.2 Медицинский работник сличает фотографию на представленном документе с личностью пациента.

1.3 Просит пациента назвать свои фамилию, имя, отчество, полную дату рождения, медицинский работник сравнивает услышанную информацию с представленными документами.

1.4 Только убедившись в соответствии предоставленных документальных данных и озвученных пациентом, медицинский работник заполняет первичную медицинскую документацию (Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (форма № 025/у); Медицинской карты стационарного больного (форма п 003у)) строго по документам, удостоверяющим личность пациента.

1.5 После заполнения медицинской документации.

2. В регистратуре поликлиники:

2.1 Медицинский персонал разъясняет пациенту, в какой кабинет ему надо обратиться.

2.2 Пациент самостоятельно идет к врачу – специалисту.

2.3 Регистратор доставляет медицинскую документацию в кабинет врача и передает медицинской сестре.

2.4 Медицинская документация на руки пациенту не отдается.

3. В приемном отделении:

3.1 При поступлении пациента на стационарное лечение медицинской сестрой оформляется карта стационарного больного (истории родов) по установленной МЗ форме 003 на специальном унифицированном бланке, состоящем из титульного листа (обложки) и вкладных листов. Ответственными за оформление титульного листа являются дежурный (лечащий) врач приемного отделения.

3.2 Записи должны быть четкими, легко читаемыми и производиться синими, черными или фиолетовыми чернилами.

3.3 Заполнение каждой графы и формы является обязательным.

3.4 Все необходимые исправления в тексте делаются немедленно. Исправление может быть записано в строку после перечеркивания подлежащих исправлению слов.

3.5 Исправленный или зачеркнутый текст подтверждается записью «Исправленному верить», подписью исправившего и датой исправления.

3.6 Замазывание исправленного текста не разрешается, так же как и внесение дополнительных записей без соответствующих оговорок.

3.7 По требованиям к оформлению документов Госстандарта РФ в состав реквизита ПОДПИСЬ входят: наименование должности лица, подписавшего документ; личная подпись; расшифровка подписи (инициалы, фамилия).

3.8 Оформляется добровольное информационное согласие на медицинское вмешательство или отказа от него и др.

3.9 На титульном листе необходимо отмечать:

1) тип страхового медицинского полиса (постоянный или временный), серию, номер и срок действия страхового медицинского полиса,

2) серию, номер, дату и место выдачи паспорта или другого документа, удостоверяющего личность пациента (ки) (паспорта, свидетельства о рождении, свидетельства о регистрации иммигранта, удостоверения беженца), номер СНИЛС.

3) Для жителей других регионов РФ - тип, серия и номер полиса, наименование страховой медицинской организации и ее адрес (почтовый индекс, населенный пункт расположения, улицу и номер дома). При отсутствии полиса подробно записываются ВСЕ сведения о замещающем его документе (например, паспорт - серия, номер, где, кем и когда выдан и т.п.)

4) На втором листе титульного отмечаются анамнестические данные о заболевании вирусным гепатитом В, гемотрансфузиях, аллергии, приеме психотропных и наркологических средств, посещений «Сонатала» (для беременных).

В бланке «Медицинская карта стационарного больного. Медицинская карта больного дневного стационара», утвержденного приказом МЗ РТ, имеется графа «Социальный код личности». При наличии у пациента(ки) полиса обязательного медицинского страхования (ОМС), выданного в РТ, записывается из полиса ее социальный код личности. Если в полисе социальный код личности не указан, этим кодом является номер полиса (без указания серии РТ).

На второй стороне титульного листа бланка делаются записи об осмотре на педикулез и чесотку, санитарной обработке и вещах пациента(ки): оставлены на складе или возвращены домой.

5) Номер медицинской карты стационарного больного (истории родов) проставляется по «Журналу учета приема беременных, рожениц и родильниц», журналу учета приема больных и отказов в госпитализации».

Номер истории развития новорожденного проставляется через дробь к номеру истории родов.

По «Д» книжке беременной (Материнскому паспорту) в соответствующие графы вносятся результаты анализов на RW, гонорею, ВИЧ-инфекцию.

6) Фамилия имя отчество поступающего(ей) пациента(ки) пишется полностью; правильность написания проверяется по паспорту или иному документу.

7) Возраст - указывается число полных лет и дата рождения (число, месяц, год).

Оформляются графы национальность; дата и время поступления пациента(ки) в приемное отделение (число, месяц - прописью, год, часы, минуты).

8) Сведения о группе и резус принадлежности крови в соответствующие графы лицевой стороны титульного листа вписываются лечащим врачом с указанием даты исследования и своей подписью. Резус-принадлежность обозначают значком «+» или «-» и прописью. Категорически запрещается перенос на лицевую сторону бланка данных о группе и резус-принадлежности с обменной карты беременной, с паспорта или других документов, удостоверяющих личность, а также использование этих данных при гемотрансфузиях.

9) В графе адрес проставляется почтовый индекс и адрес по месту регистрации в паспорте, улица и номер дома. Если пациента (ка) фактически проживает в другом месте - указываются оба адреса.

10) В графу «образование» может быть вписано; без образования; полное (неполное) среднее, с указанием конкретного количества законченных классов; полное (неполное) среднее специальное; незаконченное высшее; высшее.

11) Указывается полное наименование места работы пациента(ки), для учащегося (учащейся) - место учебы; для инвалидов - группа инвалидности и ее причина (общее заболевание; с детства; трудовое увечье и ДР-)

После оформления граф о месте работы, профессии и должности пациента(ки) с ее согласия приводятся данные о муже или отце ребенка (ФИО, год рождения, место работы, профессия, должность).

12) Необходимо указать название лечебного учреждения, диагноз направившего пациента(ку) в (возможно самообращение), фамилию акушера-гинеколога,(терапевта, ВОП, педиатра) у которого пациента(ка) наблюдался (ась);

проставляется канал госпитализации:

- госпитализация пациентов, доставленных бригадой скорой медицинской помощью, шифруется как «СМП»;
 - плановая госпитализация шифруется как «планово»;
 - госпитализация по экстренным показаниям пациентов, поступивших без направления в медицинскую организацию, шифруется как «самообращение»;
 - пациенты, переведенные для лечения из других стационаров по договоренности с заместителем по медицинской части и заведующим отделением, шифруются как «прочие»;
 - пациенты, госпитализируемые на коммерческой основе, шифруются – «платно».
- Госпитализация пациентов осуществляется по ОМС, согласно страховым полисам.
- В истории родов, отмечается сколько раз женщин посещала женскую консультацию и какую именно.

Диагноз при поступлении.

3.10 Плановая госпитализация осуществляется при наличии у больного следующих документов:

- паспорта или иного документа, удостоверяющего личность,
- действующего полиса ОМС,
- направления из медицинской организации первичной медико-санитарной помощи,
- результатов диагностических исследований, которые могут быть проведены в амбулаторных условиях.

3.11 Объем минимального обследования на амбулаторном этапе

4. Для госпитализации в стационар для консервативного лечения:

- Общий анализ крови (не более 10 дней)
- Время свёртывания крови (не более 10 дней) по показаниям
- Длительность кровотечения (не более 10 дней) по показаниям
- Общий анализ мочи (не более 10 дней)
- Сахар крови (не более 10 дней)
- ЭКГ (не более 1 мес.)
- Заключение терапевта (не более 10 дней)
- ИФА на сифилис (не более 1 мес.)
- Флюорография (не более 12 мес.)
- Заключение специалистов (по показаниям) (не более 10 дней)

5. Объем минимального обследования на амбулаторном этапе для госпитализации в стационар для оперативного лечения:

- Общий анализ крови + тромбоциты (не более 10 дней)
- Общий анализ мочи (не более 10 дней)
- ПТИ, (не более 10 дней)
- Сахар крови (не более 10 дней)
- Общий билирубин и фракции (не более 10 дней)
- АСТ, АЛТ (не более 10 дней)
- Креатинин, мочевины (не более 10 дней)
- ЭКГ (не более 10 дней)
- Заключение терапевта (не более 10 дней)
- ИФА на сифилис (не более 1 мес)
- Флюорография (не более 12 мес.)
- Анализ крови на ВИЧ, на маркёры гепатитов В и С (не более 1 мес)
- Заключение специалистов (по показаниям) (не более 10 дней)
- До госпитальной подготовка к операции

5.1. Объем обследований, которые необходимо выполнить на амбулаторном этапе, может быть расширен врачом в зависимости от конкретной клинической ситуации.

После оформления медицинской документации пациент в сопровождении младшего медицинского персонала направляется в стационарное отделение, медицинская документация передается палатной медицинской сестре.

При обращении в поликлинику ФГБУЗ:

Начало предоставления государственной услуги – обращение в поликлинику, запись посредством электронной регистратуры.

Врачом на основании данных осмотра оформляется медицинская карта пациента, получающего помощь в амбулаторных условиях и медицинская документация, установленная нормативно-правовыми актами.

Назначаются диагностические исследования, анализы, лечебно-оздоровительный режим, лекарственная терапия и другие виды лечения, предусмотренные порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи, протоколами лечения по заболеваниям согласно Международной классификации болезней X пересмотра.

II Регистрация и заполнение медицинской документации при оказании медицинской помощи (диагностике, лечении, реабилитации) в стационаре и подразделениях поликлиники

1. При оказании медицинской помощи (диагностика, лечение, реабилитация) медицинский работник просит пациента назвать свою фамилию, имя, отчество, полную дату рождения. Медицинский работник сравнивает услышанную информацию с информацией и медицинскими документами. В случае если пациент находится в бессознательном состоянии, данные медицинской документации сличаются с данными, зафиксированными на идентификационном браслете (при применении в организации).

2. Уточните у сопровождающего лица, в какое отделение был направлен пациент, и сравните эту информацию с информацией в направлении.

3. Внесите сведения о пациенте в РМИАС. Система автоматически присвоит пациенту уникальный номер истории болезни (который при необходимости может быть использован далее в качестве дополнительного идентификационного признака).

4. Только убедившись в соответствии предоставленных документальных данных и озвученных пациентом (либо зафиксированных на идентификационном браслете) медицинский работник выполняет лечебно-диагностическую процедуру согласно листу назначения врача.

5. После выполнения лечебно-диагностической процедуры медицинский работник заполняет утвержденные формы медицинской документации.

Заместитель начальника по поликлиническому разделу работы

А.А. Гальчанский

Уполномоченный по качеству

С.В. Голомолзин

**Алгоритм
госпитализации плановых и экстренных пациентов
в стационар, дневной стационар.
Оказание медицинской помощи на дому**

1. Общие положения

1.2. Настоящий Алгоритм госпитализации в ФГБУЗ МСЧ №142 ФМБА России (далее - Алгоритм) регулирует вопросы госпитализации плановой и неотложной медицинской помощи в круглосуточном стационаре, дневной стационаре, стационаре на дому (при оказании медицинской помощи на дому (вызов на дом) а амбулаторно-поликлинических условиях) взрослым при заболеваниях, требующих диагностики или лечения населению ЗАТО Межгорье.

1.2. **Потребителем услуги** является гражданин Российской Федерации в части оказания медицинской помощи в плановом и экстренном порядке.

1.3. Единица услуги:

- Страховой случай – при получении медицинской помощи в стационаре;
- Вызов на дом - при оказании медицинской помощи на дому в амбулаторно-поликлинических условиях.

1.4. При направлении на стационарное лечение обеспечиваются:

- 1) Осмотр пациента лечащим врачом.
- 2) Оформление документации по установленным требованиям.
- 3) Предварительное обследование, согласно утвержденному перечню обязательного объема обследования пациентов, направляемых на плановую госпитализацию.
- 4) Комплекс мер по оказанию экстренной помощи:
 - Организация потивоэпидемических и иных мероприятий на этапах оказания медицинской помощи пациенту;
 - Организация транспортировки при экстренных и неотложных состояниях.

1.5. Перечень отдельных категорий граждан, имеющих право на внеочередное оказание медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи

<u>Категория лиц</u>	<u>Основания</u>
Ветераны и инвалиды Великой Отечественной войны, боевых действий при локальных конфликтах	Федеральный закон от 12 января 1995 г . № 5-ФЗ «О ветеранах»
Лица, награжденные знаком «Почетный донор»	Закон Российской Федерации от 9 июня 1993 г . № 5142-1 «О донорстве крови и ее компонентов»
Граждане, имеющие удостоверения лица, подвергшегося воздействию радиации при аварии на Чернобыльской АЭС	Закон Российской Федерации от 15 мая 1991 г . № 1244-1 (п.9 ст.14)
Герои социалистического труда и полные кавалеры ордена трудовой славы	Федеральный закон от 9 января 1997 г . № 5-ФЗ «О предоставлении социальных гарантий героям социалистического труда и полным кавалерам ордена трудовой славы»
Беременные женщины – при обслуживании в амбулаторно-поликлиническом учреждении	Постановление Правительства Республики Башкортостан от 5 августа 2009 г . «О стандартах качества предоставления государственных услуг в государственных организациях здравоохранения Республики Башкортостан»

2. Алгоритм госпитализации плановых и экстренных пациентов в круглосуточный стационар

2.1. Госпитализации плановых и экстренных пациентов в круглосуточный стационар

Основные виды госпитализации пациентов:

1) **Госпитализация в экстренной форме** – острые заболевания, обострения хронических болезней, состояния, требующие интенсивной терапии и круглосуточного медицинского наблюдения, иные состояния, угрожающие жизни и здоровью пациента или жизни и здоровью окружающих.

2) **Госпитализация в плановой форме** – проведение диагностики и лечения, требующие круглосуточного медицинского наблюдения.

3) **Самостоятельное обращение больного** – по экстренным показаниям

Госпитализация в стационар осуществляется по медицинским показаниям:

1) по направлению врача/фельдшера первичного звена

2) по направлению скорой медицинской помощи

3) при самостоятельном обращении больного по экстренным показаниям.

Сроки ожидания госпитализации

1) **Экстренная госпитализация** оказывается безотлагательно и незамедлительно.

Экстренная госпитализация проводится без учета наличия свободных мест в стационаре, пациент уведомляется под роспись об этом. При освобождении мест, пациентов переводят в палаты.

2) **Плановая госпитализация** осуществляется в сроки, установленные Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи — до 30 дней с момента выдачи направления лечащим врачом (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи).

В отделениях стационара пациент обязан соблюдать правила внутреннего распорядка.

2.2. Госпитализация в экстренной форме

Показания для экстренной госпитализации:

– оказание неотложной медицинской помощи больным при острых заболеваниях, травмах и других неотложных состояниях;

– состояния больного, требующие неотложных лечебно-диагностических мероприятий или круглосуточного медицинского наблюдения.

Госпитализация по экстренным показаниям оказывается безотлагательно, круглосуточно, беспрепятственно.

2.3. Госпитализация в плановой форме — госпитализация по направлению лечащего врача поликлиники, осуществляющаяся в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

Показания к плановой госпитализации в стационар:

– необходимость коррекции лечения или невозможность проведения лечебных мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях;

– невозможность проведения диагностических или лечебных манипуляций в амбулаторно-поликлинических условиях;

– состояния пациента, требующие круглосуточного наблюдения в связи с возможностью развития осложнений основного заболевания, угрожающих жизни пациента;

– необходимость постоянного врачебного наблюдения не менее 3-х раз в сутки;

– необходимость круглосуточного выполнения лечебных процедур;

– неэффективность амбулаторного лечения у часто и длительно болеющих пациентов;

– необходимость проведения различных видов экспертиз, требующие динамического наблюдения лечения и комплексного обследования в условиях стационара;

– необходимость оказания оперативного лечения.

Плановой госпитализации в круглосуточный стационар подлежат лица, состояние здоровья которых не позволяет получать лечение в дневных стационарах, имеющие существенные ограничения в самостоятельном передвижении.

При плановой госпитализации допускается наличие очередности.

При поступлении в плановом порядке пациент должен иметь следующие документы:

- направление от врача на госпитализацию в круглосуточном стационаре
- документ, удостоверяющий личность;
- действующий полис обязательного медицинского страхования;
- выписку из амбулаторной карты пациента, получающего помощь в амбулаторных условиях с указанием результатов общего анализа крови, общего анализа мочи, группы крови и резус-фактора, электрокардиограммы, эхокардиографии;
- данные об исследовании на ВИЧ-инфекцию, вирусные гепатиты в случае поступления на оперативное лечение или для проведения инвазивных лечебно-диагностических процедур;
- заключение врача- гинеколога;
- данные о проведении флюорографического обследования (действительны в течение 1 года);

При поступлении в плановом порядке пациент должен иметь сменную одежду и обувь.

В приемном отделении прием и осмотр осуществляют врач приемного отделения (дежурный врач) и средний медицинский персонал. При необходимости проводится первичная санитарная обработка.

Дежурный врач осматривает пациента, оформляет в установленном порядке медицинскую карту стационарного больного и направляет в отделение по профилю заболевания.

В случае отказа пациента от госпитализации врачом оформляется соответствующая запись в «Журнале учета приема больных и отказов в госпитализации», делается запись о причинах отказа в госпитализации и принятых мерах с передачей на следующий этап наблюдения, с письменным ознакомлением больного.

План мероприятий по лечению (пациента в круглосуточном стационаре определяет врач для каждого пациента индивидуально).

В отделениях стационара пациент обязан соблюдать правила внутреннего распорядка.

В случае конфликтных ситуаций пациент имеет право обратиться в администрацию ФГБУЗ МСЧ №142 ФМБА России

3. Алгоритм госпитализации в дневной стационар

3.1. Условия оказания медицинской помощи в дневном стационаре:

1) показанием для направления пациента в дневной стационар является необходимость проведения активных лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, которые невозможно провести в амбулаторных условиях, а также не требующих круглосуточного медицинского наблюдения, в том числе после выписки из стационара круглосуточного пребывания.

2) Длительность ежедневного проведения вышеперечисленных мероприятий в дневном стационаре составляет не менее 3 часов.

3) Список документов, необходимых для плановой госпитализации: в дневной стационар:

- паспорт гражданина РФ.
- полис обязательного медицинского страхования Российской Федерации.
- направление лечащего врача.

3.2. Сроки госпитализации в дневном стационаре допускается очередность на госпитализацию в дневные стационары в пределах до 30 дней в соответствии с положениями Территориальной программы;

3.3. В дневном стационаре в условиях медицинской организации пациенту предоставляются:

- в дневном стационаре при амбулаторно-поликлиническом учреждении — место (койка), в дневном стационаре при круглосуточном стационаре — койка на период проведения лечебно-диагностических или реабилитационных мероприятий;
- ежедневное наблюдение лечащего врача;
- диагностика и лечение заболевания в соответствии с клиническими рекомендациями и стандартами;
- медикаментозная терапия, в том числе с использованием парентеральных путей введения (внутривенные, внутримышечные, подкожные инъекции и иное);
- лечебные манипуляции и процедуры по показаниям;

3.4. Медицинская помощь по экстренным показаниям в дневном стационаре не оказывается. Медицинская помощь в дневном стационаре оказывается в рамках обязательного медицинского страхования.

3.5. Порядок госпитализации в дневной стационар

Госпитализация производится в плановом порядке.

Пациент должен при себе иметь направление от врача на госпитализацию в дневной стационар, сменную одежду и обувь.

В случае отказа в (от) госпитализации врач дневного стационара в «Журнале учета приема больных и отказов в госпитализации» делает запись о причинах отказа в госпитализации и принятых мерах с письменным ознакомлением больного.

План мероприятий по лечению (дату начала лечения, длительность курса лечения, методы обследования, время прихода и длительность пребывания в дневном стационаре и др.) больного в дневном стационаре определяет врач дневного стационара для каждого больного индивидуально.

Перед выпиской из дневного стационара производится заключительный осмотр больного врачом дневного стационара, а при необходимости врачом-специалистом поликлиники, направившим больного в дневной стационар.

Карта больного дневного стационара после выбытия пациента из дневного стационара оформляется и хранится в архиве ФГБУЗ МСЧ№142 ФМБА России.

В случае конфликтных ситуаций пациент имеет право обратиться в администрацию поликлиники, согласно графику приема граждан, заместителем начальника по поликлиническим вопросам.

3.6. Общие противопоказания для госпитализации в дневной стационар

В дневном стационаре противопоказано пребывание пациентов:

- нуждающихся в круглосуточном врачебном наблюдении и медицинском уходе, парентеральном круглосуточном введении медикаментов; требующих постельного режима;
- имеющих тяжелое сопутствующее заболевание, осложнение основного заболевания, развившегося в ходе лечения в дневном стационаре;
- с частыми обострениями в ночное время до стабилизации состояния;
- с резко ограниченными возможностями самостоятельного передвижения;
- в состояниях, которые требуют строгого соблюдения диетического режима, и выполнить которые в условиях поликлиники невозможно;
- в состояниях, которые могут ухудшиться при нахождении на холодном воздухе, жаре по дороге в дневной стационар и домой.

4. Алгоритм предоставления медицинской помощи на дому (стационар на дому при амбулаторно-поликлиническом наблюдении)

Показания для вызова участкового врача-терапевта являются:

- остро возникшие заболевания и внезапные ухудшения состояния здоровья, требующие медицинской помощи и консультации врача на дому;
- состояния, представляющие угрозу для окружающих (наличие контакта с инфекционными больными, подозрение на острое инфекционное заболевание, наличие инфекционного заболевания до окончания инкубационного периода);
- наличие показаний для соблюдения домашнего режима рекомендованного лечащим врачом при установленном заболевании;
- тяжелые хронические заболевания, требующие медицинской помощи и консультации врача на дому;
- невозможность передвижения пациента.

Пациент на дому получает необходимый объем диагностических, лечебных манипуляций, противоэпидемических и карантинных мероприятий, консультацию врачей специализированного приема. Вызовы обслуживаются в день обращения.

Лечащий врач при наличии показаний организует лечение на дому, обеспечивая:

- ежедневное наблюдение медицинского работника;
 - диагностику и лечение заболевания в соответствии с клиническими рекомендациями и стандартами;
 - транспорт для доставки в медицинскую организацию с целью проведения необходимых диагностических исследований, проведение которых на дому невозможно, с учетом состояния здоровья пациента.
- Врачи специализированного приема консультируют пациентов на дому по направлению участковых врачей.