

ПРИЛОЖЕНИЕ №4

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 имунохематология

КОДОВЕ ЗА ИЗПЪЛНИТЕЛИ НА ПИСП

код	Специалист
60	Обща стоматология
64	Общопрактикуващ стоматолог без придобита специалност

КОДОВЕ ЗА ИЗПЪЛНИТЕЛИ НА СИСП

код	специалист
61	Детска стоматология
62	Орална хирургия
68	Лицево-челюстна хирургия

ПРИЧИНА ЗА ОТПИСВАНЕ ОТ РЕГИСТЪРА НА
ДИСПАНСЕРИЗИРАНО ЗЗОЛ

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

ТИПОВЕ НАПРАВЛЕНИЯТА СЪГЛАСНО ПРИЛОЖЕНИЕ 16
(БЛ. 3, БЛ. 3А, БЛ. 4):

Ти п	По повод посещение на ЗЗОЛ:	Бл 3	Бл 3А	Бл 4
1	с остро заболяване или състояние извън останалите типове	Да	Да	Да
2	с хронично заболяване, неподлежащо на диспансерно наблюдение	Да	Да	Да
3	избор (преизбор) на специалист, извършващ диспансерно наблюдение	Да		
4	за диспансерно интердисциплинарно наблюдение	Да	Да	Да
6	за медицинска експертиза		Да	Да
7	профилактика на ЗЗОЛ над 18г. – рискови групи	Да	Да	Да
8	по искане на ТЕЛК (НЕЛК)			Да
9	избор на специалист АГ - програма „Майчино здравеопазване“	Да		Да
10	избор на специалист педиатър - „Детско здравеопазване“	Да		Да
11	преизбор на специалист по АГ - програма „Майчино здравеопазване“	Да		
12	преизбор на специалист педиатър - „Детско здравеопазване“	Да		
13	подготовка за ТЕЛК		Да	Да

КОДОВЕ НА СПЕЦИАЛНОСТИ НА ЛЕКАРИ

код	лекар специалист
00	Общопрактикуващ лекар
01	Акушерство и гинекология и репродуктивна медицина
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	Онкология
13	Ортопедия и травматология
14	Ушно-носно-гърлени болести
15	Очни болести
16	Медицинска паразитология
17	Детски болести
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 – детски болести
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	Клинична патология
44	Вирусология
45	Клинична имунология
48	Нуклеарна медицина
50	Детска хирургия
51	Детска клинична хематология
52	Детска гастроентерология
53	Детска нефрология
54	Детска неврология
55	Лицево-челюстна хирургия
56	Неонатология

ИМУНИЗАЦИИ на деца от 0 до 18-годишна възраст	Код
Имунизация против хепатит В	
Имунизация против хепатит тип В (II прием)	45
Имунизация против хепатит тип В (III прием)	46
Имунизация против полиомиелит	
Имунизация против полиомиелит (I прием)	17
Имунизация против полиомиелит (II прием)	18
Имунизация против полиомиелит (III прием)	19
Първа реимунизация против полиомиелит (IV прием)	20
Втора реимунизация против полиомиелит (V прием)	21
Трета реимунизация против полиомиелит (VI прием)	22
Имунизация против дифтерия, тетанус, коклюш (или имунизация срещу дифтерия и тетанус)	
Имунизация против дифтерия, тетанус и коклюш (I прием)	23
Имунизация против дифтерия, тетанус и коклюш (II прием)	24
Имунизация против дифтерия, тетанус и коклюш (III прием)	25
Първа реимунизация против дифтерия, тетанус и коклюш	26
Имунизация против дифтерия и тетанус (I прием)	27
Имунизация против дифтерия и тетанус (II прием)	28
Имунизация против дифтерия и тетанус (III прием)	29
Първа реимунизация против дифтерия и тетанус	30
Имунизация против дифтерия и тетанус	
Реимунизация против дифтерия и тетанус	31
Имунизация против тетанус и дифтерия	
Реимунизация против тетанус и дифтерия	34
Реимунизация против тетанус и дифтерия	35
Имунизация против морбили, паротит и рубеола	
Имунизация против морбили, паротит и рубеола	47
Реимунизация против морбили, паротит и рубеола	48
Имунизация против туберкулоза	
Проверка за белег след БЦЖ имунизацията. На децата без белег се прави проба Манту (5 МЕ ППД) и отрицателните се имунизират	06
Реимунизация против туберкулоза (след отрицателна проба Манту)	09
Реимунизация против туберкулоза (след отрицателна проба Манту)	12
Реимунизация против туберкулоза (след отрицателна проба Манту)	15
Проба Манту	
на 7-месечна възраст	04
на 7-годишна възраст	07
на 11-годишна възраст	10
на 17-годишна възраст	13

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 от извънболничната медицинска помощ (СИМП) при посещение на лице, потърсило лекарска помощ. “Амбулаторен лист” се попълва от изпълнителя на болнична помощ при извършване на високоспециализирани медицински дейности в болнични условия, в лечебни заведения за СИМП с легла за краткосрочно наблюдение и лечение и диспансери със стационар.

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

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 Република България, които нямат ЕГН, се попълва личен номер на чужденеца, маркира се с ‘X’ ЛНЧ и се въвежда дата на раждане

1.2 **РЗОК No., здравен район** – вписват се кодовете на РЗОК и здравния район на избрания общопрактикуващ лекар, съгласно здравната карта на Република България.

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

1.4 **Неблагоприятни условия** – маркира се с ‘X’, в случаите, когато ЗЗОЛ 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 районния център по здравеопазване (само за ОГП - РЦЗ на титуляра на ЛЗ).

2.2 **УИН** – вписва се УИН на лекаря титуляр /само за ОГП /

2.3 **УИН** – вписва се УИН на лекаря -заместник/ нает лекар, осъществил преглед;

маркира се с ‘X’ заместник или нает лекар само за ОГП/

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 No** – пореден номер на амбулаторния лист за календарна година. Номерацията е последователна в рамките на календарна година. 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 вида на направлението (3, 3А или 6)
- тип – посочва се типа на направлението по повод посещението на ЗЗОЛ
- Регистрационен номер на лечебно заведение,
- УИН на лекар – титуляр /само за ОГП/
- УИН на лекар - заместник /нает персонал/, в случаите, при които той е извършил прегледа /само за ОГП/
- Код на специалността;

5.2 При вторично посещение се попълва само номера и датата на амбулаторния лист от първичното посещение при специалиста.

6. **Посещение за** : маркира се с “X” вида на посещението:

-Консултация (посещение при ОГП за прегледи, включени в капитационно заплащане или консултативни прегледи при специалист

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

○ “Майчино здравеопазване” и се отбелязва срока на бременността в гестационна седмица;

○ “Детско здравеопазване”;

○ ЗЗОЛ над 18 год. Ако ЗЗОЛ, на когото е извършен профилактичен преглед, попада в рисковата група, то „рисковата група” се маркира с “X”.

- Диспансерен преглед - маркира се с “X”, ако ЗЗОЛ е диспансеризирано по основната диагноза.

- ВСД - маркира се с “X” при извършване на ВСД

○ болнична - маркира се с “X”, когато ВСД се изпълнява от ЛЗ, сключили договор за ВСД в болнична медицинска помощ, и СИМП с легла

○ извънболнична - маркира се с “X” когато ВСД се изпълнява от ЛЗ, сключили договор за ВСД в извънболнична медицинска помощ

- Рецепта на хоспитализирано ЗЗОЛ

- 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 ЗЗОЛ при ОГП за назначаване на ВСМДИ по искане на ТЕЛК

7. **Вид преглед** : маркира се с ‘X’ вида на прегледа

- Амбулаторен преглед: първичен или вторичен

- Домашен преглед: първичен или вторичен

При посещение по искане на ТЕЛК, при посещение за рецепта на хоспитализирано ЗЗОЛ и при посещение за ВСД - не се маркира вид преглед)

Имунизации – попълват кодовете на имунизацията. Попълва се код при направена проба за Манту.

8. Издадени документи

- Направление за консултация и съвместно лечение – вписват се кодове по приложени номенклатури за специалисти, към които е издадено медицинско направление; номер на направлението.

- Направление за ВСД - вписват се кодове на специалисти, към които е издадено медицинско направление за ВСД; номер на направлението; кодове на ВСД; “болнична” се маркира с “X”, когато се издава направление за ВСД, което ще се изпълни в болнични лечебни заведения или лечебни заведения от специализираната извънболнична помощ с легла за краткосрочно наблюдение и лечение (извън регулативните стандарти).

- Направление за МДД - вписват се номера на направлението за МДД и кодове на назначените медико-диагностични изследвания

- Талон за ТЕЛК – издава се от ОГП

- Талон за МЕ (медицинска експертиза) - вписва се номерът на талона

- Болничен лист No. - 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 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

9. Медицинска информация

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

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

9.3. Анамнеза, обективно състояние, изследвания, терапия - в свободен текст се вписват всички медицински данни, отнасящи се до състоянието на пациента.

9.4. Кодове на извършени ВСД, специализирани медицински дейности или назначени процедури за физикална и рехабилитационна медицина (в т.ч. кодове на процедури по хирургия и ортопедия и травматология по чл.147, ал.5 от НРД 2006)

10. Пациентът удостоверява с подписа си информираност за необходимите медицински дейности, назначената терапия и очакваните резултати. 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 всеки екземпляр на амбулаторния лист и с печата на лечебното заведение (за нает лекар при ОПЛ).

Пациент

ЕГН (ЛНЧ) на пациента РЗОК No. здравен район

ЛНЧ дата на раждане за лицата с ЛНЧ

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

Адрес: гр. (с.).....
Ул.....No.....
Ж.к.....бл.....вх.....ет.....ап.....

Стоматолог

регистрационен номер на лечебното заведение

код за ПИСП/СИСП ЛПК на стоматолога

.....
име и фамилия на стоматолога

АМБУЛАТОРЕН ЛИСТ No. **No. ЗОК**

(номер на здравноосигурителната книжка)

АЛЕРГИЯ!

Минали заболявания:

Настоящи заболявания:

ЗЪБЕН СТАТУС НА ПАЦИЕНТА (при снемане на статуса, наличните временни зъби да се отбелязват с кръгче)

- ЛЕГЕНДА:**
- C кариес
 - P пулпит
 - G периодонтит
 - R корен
 - O obtурация
 - E липсващ зъб
 - K коронка
 - X изкуствен зъб
 - Pa парадонтоза
 - I, II, III степен подвижност
 - F фрактура

			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65				
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75				

Дата	Диагноза	Код зъб	Дейност	Код дейност

Издадени медицински направления (бл. 3, бл. 3А, бл. 6)

напр. No дата: код СИМП/СИСП код ВСД

Издадени направления за МДД и назначени изследвания (МДИ, ВСМДИ)

напр. No дата: код код

напр. No дата: код код

Насочване за лечение към специалист стоматолог

код СИСП дата:

код СИСП и дата:

Код на СИСП: 61 детски стоматолог
62 орална хирургия
68 лицево-челюстна хирургия

Подписват се при първото посещение на пациента за месеца

Информиран съм за необходимите стоматологични дейности, назначена терапия и очаквани резултати

Пациент (родител, настойник).....
(подпис)

Стоматолог

(подпис и личен печат)

УКАЗАНИЯ ЗА ПОПЪЛВАНЕ НА АМБУЛАТОРЕН ЛИСТ ОТ СТОМАТОЛОГ

“Амбулаторен лист” е предназначен за попълване от стоматолог при посещение на лице, потърсило стоматологична помощ.

Документът е месечен и съдържа информация за извършените стоматологични дейности при всяко посещение от пациента за дадения календарен месец. Попълва се в три екземпляра.

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

1. Данни за пациента

1.1 **ЕГН(ЛНЧ)** – за български граждани се попълва единен граждански номер. За чуждестранните граждани, дългосрочно пребиваващи в Република България, се попълва личен номер на чужденеца и дата на раждане.

1.2. **РЗОК №, здравен район** – вписват се кодовете на областния център и здравния район по местоживееене, съгласно здравната карта на Република България.

1.3. **Име, презиме, фамилия, адрес** – вписват се имената на пациента и настоящ адрес.

2. Данни за стоматолога

2.1 **Регистрационен номер на лечебното заведение** - вписва се номерът, издаден от регионален център по здравеопазване на титуляра на лечебното заведение.

2.2 **ЛПК на стоматолога** - вписва се личния професионален код на стоматолога.

2.3 **Код за ПИСП/СИСП** – вписва се кодът на специалността, съгласно приложена номенклатура

2.4 **Име и фамилия** – вписват се имената на стоматолога.

3. **Амбулаторен лист №** – пореден номер на амбулаторен лист за календарната година. Номерацията е последователна. Номерът се изписва “**дясно подравнен**”.

4. **Номер на здравноосигурителната книжка** – вписва се осем-цифрения номер на здравноосигурителната книжка.

5. Медицинска информация

5.1 **Алергия, минали заболявания, настоящи заболявания** - вписват се всички медицински данни, отнасящи се до състоянието на пациента.

5.2 **Зъбен статус на пациента** – отразява се зъбният статус на пациента, при първото му посещение при стоматолог.

5.3 **Дата, диагноза, код зъб, дейност, код дейност**– вписва се само датата, когато окончателно е завършена стоматологичната дейност, а не отделните нейни етапи; поставената диагноза и кодът на зъба, за който се отнася; име и код на окончателно извършената стоматологична дейност по договорените с НРД дейности.

6. При първото си посещение през месеца пациентът удостоверява с подписа си информираност за необходимите стоматологични дейности, назначената терапия и очакваните резултати.

7. Насочване за лечение към специалист

7.1. Медицинско направление бл.МЗ-НЗОК № 3 - към специалист-психиатър – вписват се № на направление, дата на издаване, код на специалността за СИМП.

Медицинско направление бл. МЗ-НЗОК №3А - към специалист-анестезиолог – вписват се № на направление, дата на издаване, код на ВСД.

Талон за ЛКК бл. МЗ-НЗОК №6 - вписват се № на направление, дата на издаване, код СИСП .

7.2. Направление за МДД бл.МЗ-НЗОК №4 при необходимост от извършване на секторна рентгенография и/или ортопантомография – вписват се № на направление, дата на издаване, код на дейност,.

7.3.Направление за консултация бл. МЗ 119А - към специалист стоматолог - вписват се код на специалист,съгласно приложена номенклатура, дата на издаване.При насочване на пациент за лечение по пакет специализирана хирургична извънболнична стоматологична помощ се посочват кодове 62 и 68.

8. Стоматологът поставя подписа си и подпечатва с личния си печат всеки екземпляр от амбулаторния лист.

9. Кодовете на дейностите, за които НЗОК заплаща са както следват:

9.1. ПЪРВИЧНА И ДЕТСКА СПЕЦИАЛИЗИРАНА ИЗВЪНБОЛНИЧНА СТОМАТОЛОГИЧНА ПОМОЩ

Код	Дейности
101	Обстоен профилактичен преглед за установяване на орален статус и изготвяне на амбулаторен лист.
103	Обстоен профилактичен преглед за установяване на орален статус и изготвяне на амбулаторен лист – за бременни
301	Обтурация с амалгама или химичен композит.
508	Екстракция на временен зъб, вкл. анестезия.
509	Екстракция на постоянен зъб, вкл. анестезия.
332	Лечение на пулпит или периодонтит на временен зъб.
333	Лечение на пулпит или периодонтит на постоянен зъб.

9.2. СПЕЦИАЛИЗИРАНА ХИРУРГИЧНА ИЗВЪНБОЛНИЧНА СТОМАТОЛОГИЧНА ПОМОЩ

Код	Дейности
102	Специализиран обстоен преглед
520	Инцизия в съединителнотъканни ложи, вкл.анестезия
510	Екстракция на дълбоко фрактуриран или дълбоко разрушен зъб, вкл анестезия
544	Контролен преглед след някоя от горните две дейности.

9.3. КОДОВЕ, КОИТО СЕ ИЗПОЛЗВАТ ПРИ ЛЕЧЕНИЕ НА ЗЗОЛ ДО 18 ГОДИНИ С ПСИХИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ ПОД ОБЩА АНЕСТЕЗИЯ

Код	Дейности
901	Обща анестезия в амбулаторни условия (не повече от 90 мин.)
902	Обща анестезия в болнични условия (не повече от 360 мин.)
903	24 часово активно наблюдение при необходимост след общата анестезия

10. При интактно съзъбие чек-боксовете за зъбен статус не се попълват.

ПАЦИЕНТ	<input type="checkbox"/> ЛНЧ ЕГН (ЛНЧ) на пациента РЗОК No. здравен райсн	ИЗПРАЩАЩ ЛЕКАР Рег. номер на лечебното заведение УИИ на лекаря УИИ на заместващ/нает лекар (за ОПЛ)
дата на раждане /име, презиме, фамилия по лична карта/ Адрес: гр. (с.) Ул. No. Ж.к. бл. вх. ет. ап.	<input type="checkbox"/> заместващ <input type="checkbox"/> нает код специалност Дата: лекар	/име, фамилия/ /подпис и личен печат/

МЕДИЦИНСКО НАПРАВЛЕНИЕ No.	Код специалност
Амбулаторен лист: No.	ЛЕКАР
МКБ МКБ МКБ	Рег. номер на лечебното заведение УИИ на лекаря код специалност /име, фамилия/ Дата: лекар

Изпраща се за:	Тип
<input type="checkbox"/> 1 остро заболяване или състояние извън останалите типове <input type="checkbox"/> 2 хронично заболяване неподлежащо на диспансерно наблюдение <input type="checkbox"/> 3 избор (преизбор) на специалист, извършващ диспансерно наблюдение <input type="checkbox"/> 4 диспансерно интердисциплинарно наблюдение <input type="checkbox"/> 7 профилактика на ЗЗОЛ над 18г. - от рисковите групи <input type="checkbox"/> 9 първоначален избор на специалист АГ - програма „Майчино здравеопазване“ <input type="checkbox"/> 10 първоначален избор на специалист педиатър - „Детско здравеопазване“ <input type="checkbox"/> 11 преизбор на специалист АГ - програма „Майчино здравеопазване“ <input type="checkbox"/> 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 в **един екземпляр** от лекар, работещ в ЛЗ за извънболнична медицинска/стоматологична помощ. Лекарят, извършил консултацията или съвместното лечение, отчита документа, заедно с първия екземпляр от "Амбулаторен лист-бл. МЗ-НЗОК №1" 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/стоматолога, 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 Република България, който нямат ЕГН, се попълва личен номер на чужденеца, маркира се с 'X' ЛНЧ и се въвежда дата на раждане
- 1.2. РЗОК No., здравен район – вписват се кодовете на РЗОК и здравния район на избрания общопрактикуващ лекар, съгласно здравната карта на Република България.
- 1.3. Име, презиме, фамилия, адрес - вписват се имената на пациента и настоящият адрес

2. Данни за лекаря/стоматолога, издал направлението.

- 2.1. **Регистрационен номер** на лечебното заведение - вписва се номерът на ЛЗ , издаден от районния център по здравеопазване (при ОПЛ - РЦЗ на титуляра на ЛЗ).
- 2.2. **УИН** - вписва се УИН на лекаря **титуляр**/при ОПЛ /.
- 2.3. **УИН** - вписва се УИН на лекаря – заместник /нает персонал/, осъществил преглед /при ОПЛ/; 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/стоматолога, издал направлението, според приложената номенклатура на специалностите
- 2.6 Изпращащият лекар/стоматолог вписва датата на издаване на направлението, подписва се и задължително подпечатва документа с личния си печат и с печата на лечебното заведение (за нает персонал при ОПЛ).
- 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 No.** – –пореден номер на направлението за календарна година. Номерацията е последователна в рамките на календарна година. Номерът се изписва "дясно подравнен".
- 3.2. **Амбулаторен лист No.** – 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 с думи поводът за издаване на направлението и се маркира с "X" съответното поле. **тип 1**– по повод остро заболяване или състояние извън останалите типове; издава се от ОПЛ или специалист; **тип 2**–по повод хронично заболяване, неподлежащо на диспансерно наблюдение издава се от ОПЛ или специалист; **тип 3**–за избор (преизбор) на специалист, извършващ диспансерното наблюдение; издава се само от ОПЛ за извършване на преглед и вписване на ЗЗОЛ в диспансерната листа на специалиста; **тип 4**–за диспансерно интердисциплинарно наблюдение; издава се от специалист или ОПЛ само на лица включени в диспансерната им листа за консултация със специалист в хода на диспансерното наблюдение, съгласно предвиденото в Приложение 8 и 9; **тип 7**–за профилактика на ЗЗОЛ над 18 годишна възраст от рискови групи; издава се само от ОПЛ на лица включени в регистъра по чл.111, ал.1, т.6 от НРД; **тип 9**–за първоначален избор на специалист по АГ, извършващ профилактичното наблюдение по програма „Майчино 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 10**– за първоначален избор на специалист педиатър, извършващ профилактичното наблюдение по програма „Детско здравеопазване“; издава се само от ОПЛ; **тип 12**– за преизбор на специалист педиатър, 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 лечебното заведение, издаден от районния център по здравеопазване.
- 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/стоматологът, извършил прегледа вписва датата на извършването му, подписва се и задължително подпечатва документа с личния си печат.

ПАЦИЕНТ

ЕГН (ЛНЧ) на пациента

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

РЗОК No. здравен район

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 ЛНЧ

дата на раждане

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Име, презиме, фамилия по лична карта/

Адрес: гр. (с.)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ул.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

No.

Ж.к.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

бл. вх. ет. ап.

ИЗПРАЩАЩ ЛЕКАР

Reg. номер на лечебното заведение

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

УИИ на лекаря

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

УИИ на заместващ/аает лекар

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 заместващ
 аает

код специалност

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Име, фамилия/

лекар

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Дата:

/подпис и личен печат/

МЕДИЦИНСКО НАПРАВЛЕНИЕ ЗА

ВИСОКОСПЕЦИАЛИЗИРАНИ ДЕЙНОСТИ No.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Код специалност

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Амбулаторен лист: No.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Диагнози:

МКБ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

основна диагноза

МКБ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

придр. заболяване

МКБ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

придр. заболяване

Reg. номер на лечебното заведение

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

УИИ на лекаря

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

код специалност

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Име, фамилия/

лекар

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Дата:

/подпис и личен печат/

Изпраща се за:

ВСД

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

болнична

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Тип

- 1 остро заболяване или състояние извън останалите типове
- 2 хронично заболяване неподлежащо на дистансерно наблюдение
- 4 дистансерно наблюдение
- 6 медицинска експертиза
- 7 профилактика на ЗСОЛ над 18г. - от рискови групи
- 13 подготовка за ТЕЛК

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 в един екземпляр от лекар, работещ в ЛЗ за извънболнична медицинска/стоматологична помощ. Изпълнителят на СИМП, ЛЗ за БП, диспансери със стационар и СИМП с легла за краткосрочно наблюдение и лечение, извършили ВСД, отчита документа заедно с първите екземпляри от "Амбулаторен лист- бл. МЗ-НЗОК №1" 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/стоматолога, 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 Република България, който нямат ЕГН, се попълва личен номер на чужденеца, маркира се с 'X' ЛНЧ и се въвежда дата на раждане
- 1.2. РЗОК No., здравен район – вписват се кодовете на РЗОК и здравния район на избрания общопрактикуващ лекар, съгласно здравната карта на Република България.
- 1.3. Име, презиме, фамилия, адрес - вписват се имената на пациента и настоящият адрес

2. Данни за лекаря/стоматолога, издал направлението.

- 2.1. **Регистрационен номер** на лечебното заведение - вписва се номерът на ЛЗ , издаден от районния център по здравеопазване (при ОПЛ - РЦЗ на титуляра на ЛЗ).
- 2.2 **УИН** - вписва се УИН на лекаря титуляр на ЛЗ /при ОПЛ-/.
- 2.3 **УИН**- вписва се УИН на лекаря – заместник /нает персонал/, осъществил преглед /при ОПЛ/; 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/стоматолога, издал направлението, според приложената номенклатура на специалностите
- 2.6 Изпращащият лекар/стоматолог вписва датата на издаване на направлението, подписва се и задължително подпечатва документа с личния си печат и с печата на лечебното заведение (за нает персонал при ОПЛ).
- 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 No.** – –пореден номер на направлението за календарна година. Номерацията е последователна в рамките на календарна година. Номерът се изписва "дясно подравнен".
- 3.2. **Амбулаторен лист No.** – вписва се номерът на амбулаторния лист, на базата на който лекарят, извършил прегледа, е издал направлението.

5. 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 наименованието на ВСД (изписва се на български език), която е повод за посещението и код по МКБ и се маркира с "X" съответно: **тип 1**–по повод остро заболяване или състояние извън останалите типове; **тип 2**–по повод хронично заболяване, неподлежащо на диспансерно наблюдение; **тип 4**–за диспансерно наблюдение; издава се от специалист само на лица включени в диспансерната им листа за ВСМД в хода на диспансерното наблюдение, съгласно предвиденото в Приложение 9; **тип 6**–за медицинска експертиза; **тип 7**–за профилактика на ЗЗОЛ над 18 годишна възраст от рискови групи; **тип 13**–подготовка за ТЕЛК
"болнична" се маркира с " X", когато се издава направление за ВСД, което ще се изпълни в болнични лечебни заведения, лечебни заведения от специализираната извънболнична помощ с легла за краткосрочно наблюдение и лечение или диспансери със стационар.

- 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 лечебното заведение, издаден от районния център по здравеопазване.
- 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/стоматологът, извършил прегледа вписва датата на извършването му, подписва се и задължително подпечатва документа с личния си печат.

НАПРАВЛЕНИЕ ЗА МЕДИКО- ДИАГНОСТИЧНА ДЕЙНОСТ

№. [][][][][][] амбулаторен лист №. [][][][][][]

Пациент

[][][][][][][][][][][][][][][][][] ЕГН (ЛНЧ) на пациента
 [][][] РЗОК No. [][][] здравен район

ЛНЧ дата на раждане [][][]-[][][]-[][][][][][]

име, презиме и фамилия по лична карта

Адрес: гр. (с.)

Ул. No.

Ж.к. бл. вх. ет. ап.

Изпращащ лекар/стоматолог

[][][][][][][][][][][][][][][][][]
 регистрационен номер на лечебното заведение

[][][][][][][][][][][][][][][][][]
 УИН на лекаря/стоматолога

заместващ нает
 УИН на заместващия/нает лекар/стоматолог (за ОПЛ)

Изпраща се за: МКБ [][][]-[][][]-[][][]-[][][] Тип [][][]

Кодове на [][][]-[][][] [][][]-[][][] [][][]-[][][]

назначени МДД: [][][]-[][][] [][][]-[][][] [][][]-[][][]

[][][] код специалност [][][][][][][][][][][][][][][][][] име и фамилия

Дата: лекар/стоматолог

подпис и личен печат

Извършващ лекар/стоматолог

[][][][][][][][][][][][][][][][][]
 регистрационен номер на лечебното заведение

[][][][][][][][][][][][][][][][][]
 УИН на лекаря/стоматолога

[][][] код специалност

име и фамилия

Кодове на извършени МДД [][][]-[][][] [][][]-[][][] [][][]-[][][]

[][][]-[][][] [][][]-[][][] [][][]-[][][]

Дата: лекар/стоматолог

подпис и личен печат

Декларирам, че назначените ми медико-диагностични изследвания са извършени. Пациент:

Бл. МЗ-НЗОК No. 4

УКАЗАНИЯ ЗА ПОПЪЛВАНЕ НА НАПРАВЛЕНИЕ ЗА МЕДИКО-ДИАГНОСТИЧНА ДЕЙНОСТ

Първичният медицински документ "Направление за медико-диагностична дейност"- бл. МЗ-НЗОК №4 се съставя в **един екземпляр** от стоматолог от ЛЗ за стоматологична помощ и **в два екземпляра** от лекар в ЛЗ за извънболничната медицинска помощ и се изпращат в ЛЗ, извършващо МДД, чрез пациента. Първият екземпляр се отчита в РЗОК, а втория екземпляр с прикрепени резултати се изпраща чрез пациента или по служебен път на лекаря, назначил изследванията за формиране на здравно досие на ЗЗОЛ. Изпълнителите, извършили лабораторните изследвания, отчитат документа заедно с отчетните документи в РЗОК.

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

1. Общи данни

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

1.2. **Амбулаторен лист No.** – 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, който нямат ЕГН, се попълва личен номер на чужденеца, маркира се с 'X' ЛНЧ и се въвежда дата на раждане

2.2. **РЗОК No., 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.

3. Данни за лекаря, издаващ направлението.

3.1. **Регистрационен номер на лечебното заведение** - вписва се номерът на лечебното заведение, издаден от районния център по здравеопазване или МЗ – на лекаря титуляр /за ОПЛ/.

Подвижна структура към ЛЗ за СИМП/ПИСП или СИСП- маркира се с 'X' при условие, че медицинската дейност се извършва от лекар в подвижна структура на ЛЗ за СИМП/ПИСП или СИСП

3.2. **Код специалност** - вписва се кодът на специалността на лекаря, назначил МДД, според приложената номенклатура на специалностите.

3.3. **УИН** – вписва се УИН на лекаря титуляр/само за ОПЛ /.

3.4. **УИН** – вписва се УИН на лекаря – заместник /нает персонал/, осъществил преглед /само за ОПЛ/; маркира се с "x" заместник или нает персонал.

3.5. **Име и фамилия** – имената на лекаря, назначил МДД.

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.

4.3. Посочва се типа на направлението, съгласно приложена номенклатура, както следва **тип 1**– по повод остро заболяване или състояние извън останалите типове; издава се от ОПЛ или специалист; **тип 2**–по повод хронично заболяване, неподлежащо на диспансерно наблюдение; издава се от ОПЛ или специалист; **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, съгласно Приложения 8 и 9; **тип 6**–за медицинска експертиза; издава се от ОПЛ или специалист за МДД, необходими в хода експертизата; **тип 7**–за профилактика на ЗЗОЛ над 18 годишна възраст; издава се от ОПЛ, в хода на профилактиката, съгласно изискванията на Приложение №6 или от специалист в хода на профилактиката на лица от рискови групи, съгласно Приложение 7; **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, съгласно Приложение №6 и7; **тип 10**–по програма „Детско здравеопазване“; издава се от изпълнителя на програмата - ОПЛ или специалист педиатър, съгласно Приложение №6 и 7; **тип 13**–подготовка за ТЕЛК; издава се от ОПЛ или специалист;

5. Изпращащият лекар/стоматолог вписва датата на издаване на направлението, подписва се и задължително подпечатва документа с личния си печат и печата на ЛЗ/ за нает персонал при ОПЛ/

6. Данни на лекаря, извършил изследванията:

6.1. **Регистрационен номер на лечебното заведение** вписва се номерът, издаден от районния център по здравеопазване или МЗ.

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, извършил МДД.

6.4. **Име и фамилия** – имената на лекаря, извършил МДД.

6.5. Вписват се кодовете на извършените МДД.

6.6. Извършващият лекар/стоматолог вписва датата на извършване на изследванията, подписва се и задължително подпечатва документа с личния си печат.

7. Пациентът декларира извършването на медико-диагностичните изследвания и поставя подписа си.

РЕЦЕПТУРНА БЛАНКА – НЗОК

А 8888888

рецепта № изпълнила аптека №

протокол №
ден месец година

РЗОК №
по изготвянето на рецептата

лекар/стоматолог:
им

разпространен номер на аптека/аптека

<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <small>ден месец година</small>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <small>ден месец година</small>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <small>ден месец година</small>	едрична МНБ	сумма на изплатване от пациента	от РЗОК
код на лекарствен продукт <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> отворена опаковка <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не	Rp.	МНБ <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>		<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>
код на лекарствен продукт <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> отворена опаковка <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не	Rp.	МНБ <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>		<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>
код на лекарствен продукт <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> отворена опаковка <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не	Rp.	МНБ <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>		<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>
интервал от път № <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=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <small>ден месец година</small>					

лекар/стоматолог:
им и личен печат

Всичко:

пациент:
им и фамилия

Взросел
 Френска
 Не разпозна

адрес:
адрес/поща ДТН (ДТН) на пациента

отпуснал:
ден месец година



получил:
ден месец година

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

УКАЗАНИЯ ЗА РАБОТА С "РЕЦЕПТУРНА БЛАНКА-НЗОК" – БЛ. МЗ-НЗОК N. 5

"Рецептурна бланка – МЗ-НЗОК" е документ за предписване и отпускане на напълно или частично платени от НЗОК лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели. Попълва се в три екземпляра от изпълнителя на медицинска или стоматологична помощ.

Първият и вторият екземпляр се предават на пациента, а третият екземпляр остава в изпълнителя на медицинска или стоматологична помощ, издал рецептата.

В случай, че лекарят или стоматологът 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 стоматолога, издал рецептата.

Документът се попълва ясно и четливо.

Данни, попълвани от лекар или стоматолог, издал рецептата

1. Лични данни на лекар/стоматолог – Регистрационен номер на лечебното заведение, ЕГН, име и фамилия, телефон, подпис, печат.
2. Данни за пациента – Име, презиме, фамилия, възраст, адрес, ЕГН(ЛНЧ), № РЗОК по местоживееене. 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.
 - 3.2. **№ на рецептурна книжка** – записва се № на рецептурната 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 и датата, на която е бил извършен прегледа.
6. Задължително се поставят **подпис и личен печат** върху двата екземпляра, постъпващи в аптеката.

Данни, попълвани от аптеката

7. Рецепта №
8. ЕГН /ЛНЧ на получателя
9. Изпълнила аптека №
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:

1. не съдържа всички данни по точки 1 до 6;
2. срокът на валидност е изтекъл;
3. 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;
4. предписаният лекарствен продукт, медицинско изделие или диетична храна не са включени в списъците на НЗОК или не се изписва по реда на чл.56, ал. 2 от ЗЗО;
5. не се представи "Рецептурна книжка на хронично болния", документ за самоличност, оригинален протокол и ксерокс копие от него;
6. 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.

ТАЛОН ЗА МЕ No. [] [] [] [] [] [] амбулаторен лист No. [] [] [] [] [] []

Пациент []
ЕГН (ЛНЧ) на пациента РЗОК No. здравен район
 ЛНЧ дата на раждане [] [] . [] [] . [] [] [] [] [] []
име, презиме и фамилия по лична карта

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

лекар /
стоматолог []
регистрационен номер на лечебното заведение УИН лекаря/стоматолога
 заместващ нает [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
УИН на заместващия/нает лекар/стоматолог

име и фамилия на лекаря/стоматолога
 подготовка за ЛКК Основна диагноза МКБ [] [] [] [] . [] [] [] [] [] [] [] []
 ЛКК придружаващи заболявания МКБ: [] [] [] [] . [] [] [] [] [] [] [] []
 по искане на ЛКК Към: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
 подготовка за ТЕЛК/НЕЛК (кодове специалисти)

Дата: лекар/стоматолог
подпис и личен печат

талон за МЕ No. [] [] [] [] [] [] дата: [] [] . [] [] . [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
регистрационен номер на лечебното заведение УИН лекаря/стоматолога код специалност

Специалист
име и фамилия
амб. лист No. []
дата: [] [] . [] [] . []
МКБ [] [] [] [] . [] [] [] [] [] [] [] []
дата: лекар/стоматолог-специалист
подпис и личен печат

талон за МЕ No. [] [] [] [] [] [] дата: [] [] . [] [] . [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
регистрационен номер на лечебното заведение УИН лекаря/стоматолога код специалност

Специалист
име и фамилия
амб. лист No. []
дата: [] [] . [] [] . []
МКБ [] [] [] [] . [] [] [] [] [] [] [] []
дата: лекар/стоматолог-специалист
подпис и личен печат

талон за МЕ No. [] [] [] [] [] [] дата: [] [] . [] [] . [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
регистрационен номер на лечебното заведение УИН лекаря/стоматолога код специалност

Специалист
име и фамилия
амб. лист No. []
дата: [] [] . [] [] . []
МКБ [] [] [] [] . [] [] [] [] [] [] [] []
дата: лекар/стоматолог-специалист
подпис и личен печат

талон за МЕ No. [] [] [] [] [] [] дата: [] [] . [] [] . [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
регистрационен номер на лечебното заведение УИН лекаря/стоматолога код специалност

Специалист
име и фамилия
амб. лист No. []
дата: [] [] . [] [] . []
МКБ [] [] [] [] . [] [] [] [] [] [] [] []
дата: лекар/стоматолог-специалист
подпис и личен печат

талон за МЕ No. [] [] [] [] [] [] дата: [] [] . [] [] . [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
регистрационен номер на лечебното заведение УИН лекаря/стоматолога код специалност

Специалист
име и фамилия
амб. лист No. []
дата: [] [] . [] [] . []
МКБ [] [] [] [] . [] [] [] [] [] [] [] []
дата: лекар/стоматолог-специалист
подпис и личен печат

УКАЗАНИЯ ЗА ПОПЪЛВАНЕ НА ТАЛОН ЗА МЕ

“Талон за МЕ”- бл. МЗ-НЗОК №6 се издава в един екземпляр от лекари и стоматолози, работещи в ЛЗ за извънболничната медицинска или стоматологична помощ. Използва се в случаите, когато ЗЗОЛ се насочва за преглед по повод извършване на експертиза на работоспособността към лекар/стоматолог в извънболничната помощ.

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

Документът задължително се подпечатва с личния печат на изпращащия лекар/стоматолог.

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, който нямат ЕГН, се попълва личен номер на чужденеца, маркира се с ‘X’ ЛНЧ и се въвежда дата на раждане

3.2. РЗОК No., здравен район – вписват се кодовете на РЗОК и здравния район на избрания общопрактикуващ лекар, съгласно здравната карта на Република България.

3.3. Име, презиме, фамилия, адрес - вписват се имената на пациента и настоящият адрес

4. Данни за изпращащия лекар/стоматолог

4.1. Регистрационен номер на лечебното заведение - вписва се номерът, издаден от регионален център по здравеопазване на титуляра на ЛЗ, (само за ОПЛ).

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, издал “Талон за МЕ”

4.3. УИН – вписва се УИН на лекаря-заместник /нает персонал, осъществил преглед; маркира се с ‘X’ заместник или нает персонал /само за ОПЛ/

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 ЛКК - “подготовка за ЛКК”, “от ЛКК” или “по искане на ЛКК” като се маркира с ‘X’.

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

5.1. Придружаващите заболявания - вписват се кодове по МКБ на заболяванията

6. Насочва се към – вписват се кодовете на специалистите, към които се насочва 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 с печата на ЛЗ /за нает персонал при ОПЛ/

Съдържание на отрязък от “Талон за МЕ”:

Данни за лекар/стоматолог-специалист извършил преглед на база получен ”Талон за ЛКК”:

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, издаден от районния център по здравеопазване.

3. УИН - вписва се УИН на лекаря/стоматолог-специалист, извършил прегледа.

4. Име и фамилия – име и фамилия на лекаря/стоматолог-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

Движение на общата част от “Талон за МЕ”:

1. При преглед за подготовка за ЛКК: общата част от “Талон за МЕ”, заедно с третите екземпляри на амбулаторните листове се връща чрез ЗЗОЛ на лекаря/стоматолога, поискал прегледите, като се прилага към здравното досие на ЗЗОЛ.

2. ЛКК преглед : общата част от “Талон за МЕ” остава в председателя на ЛКК, като заедно с първия екземпляр на амбулаторния лист, се прилага към месечния отчет на ЛКК.

3. При преглед по искане на ЛКК: общата част от “Талон за МЕ”, заедно с третите екземпляри на амбулаторните листове се връща чрез ЗЗОЛ на председателя на ЛКК.

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” заедно с първия екземпляр на попълнен амбулаторен лист.

2. ЛКК преглед : Всеки лекар от ЛКК попълва отрязък от “Талон за МЕ”, които заедно с общата част от “Талона за ЛКК” и с първия екземпляр на амбулаторния лист, изготвен от председателя, се прилага към 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” заедно с първия екземпляр на попълнен амбулаторен лист.

<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td></tr> </table> <p>ЕГН (ЛНЧ) на пациента</p>																	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td></tr> </table> <p>РЗОК No.</p>																	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td></tr> </table> <p>здравен район</p>																	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td></tr> </table> <p>рег. номер на лечебното заведение</p>																	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td></tr> </table> <p>договор с РЗОК</p>																	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td></tr> </table> <p>ЕГН на лекаря – специалист /УИИ</p>																
<p>(име, презиме, фамилия по документ за самоличност)</p>							<p>(име и фамилия на лекаря)</p>																																																																																														
<p>Адрес: гр. (с.)</p>							<p>(наименование на лечебното заведение и адрес)</p>																																																																																														
<p>Ул..... No.....</p>							<p>.....</p>																																																																																														
<p>Ж.к. бл. вх. ет. ап.</p>							<p>.....</p>																																																																																														
<p>Възраст пол рец. книжка No.</p>							<p>.....</p>																																																																																														

ПРОТОКОЛ ЗА ПРЕДПИСВАНЕ НА ЛЕКАРСТВА, ЗАПЛАЩАНИ ОТ НЗОК/РЗОК

No.

дата на издаване

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

за срок:

броя месеци

Предложение на експертна комисия или специалист по профила на заболяването

КЛИНИЧНА ДИАГНОЗА

МКБ

--	--	--	--

УТОЧНЕНА ТЕРАПИЯ (вид, схема и срок на лечение)

Код НЗОК

--	--	--	--	--	--

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

дневна/седмична доза:

месечна доза: за срок от месеца

Код НЗОК

--	--	--	--	--	--

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

Дневна/седмична доза:

месечна доза: за срок от месеца

Код НЗОК

--	--	--	--	--	--

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

Дневна/седмична доза:

месечна доза: за срок от месеца

Общо количество за срока на действие на протокола:

ПРЕДЛОЖЕНИЕ ЗА СРОКОВЕ ЗА КОНТРОЛНИ ПРЕГЛЕДИ

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

Лекуващ лекар:
(подпис и личен печат)

РЕШЕНИЕ НА КОМИСИЯ ЗА ЕКСПЕРТИЗА КЪМ ЦУ НА НЗОК И РЗОК

ПРОТОКОЛ

No.

комисия No.

--	--

дата на издаване
(вписва се от РЗОК)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

за срок:

броя месеци

УТОЧНЕНА ТЕРАПИЯ (вид, схема и срок на лечение)

Код НЗОК

--	--	--	--	--	--

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

дневна/седмична доза:

месечна доза: за срок от месеца

Код НЗОК

--	--	--	--	--	--

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

Дневна/седмична доза:

месечна доза: за срок от месеца

Код НЗОК

--	--	--	--	--	--

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

Дневна/седмична доза:

месечна доза: за срок от месеца

Общо количество за срока на действие на протокола:

ПРЕДЛОЖЕНИЕ ЗА СРОКОВЕ ЗА КОНТРОЛНИ ПРЕГЛЕДИ

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

Становище:

.....

.....

.....

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

Външен експерт:
(фамилия и подпис)

Заверка от РЗОК при получена заповед от НЗОК:

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

Членове: 1.
(подпис)

2.
(подпис)

3.
(подпис)

4.
(подпис)

АПТЕКА рег. No. в РЗОК <input type="text"/>	<input type="text"/>
ОТПУСНАТО: код НЗОК <input type="text"/>	дата на отпускане
.....	Отпуснал:
ОТПУСНАТО: код НЗОК <input type="text"/>
.....	Отпуснал:
ОТПУСНАТО: код НЗОК <input type="text"/>
(код, търговско наименование на продукта; лекарствена форма, количество на лекарственото вещество, брой в една опаковка)	(подпис и печат на аптеката)
АПТЕКА рег. No. в РЗОК <input type="text"/>	<input type="text"/>
ОТПУСНАТО: код НЗОК <input type="text"/>	дата на отпускане
.....	Отпуснал:
ОТПУСНАТО: код НЗОК <input type="text"/>
.....	Отпуснал:
ОТПУСНАТО: код НЗОК <input type="text"/>
(код, търговско наименование на продукта; лекарствена форма, количество на лекарственото вещество, брой в една опаковка)	(подпис и печат на аптеката)
АПТЕКА рег. No. в РЗОК <input type="text"/>	<input type="text"/>
ОТПУСНАТО: код НЗОК <input type="text"/>	дата на отпускане
.....	Отпуснал:
ОТПУСНАТО: код НЗОК <input type="text"/>
.....	Отпуснал:
ОТПУСНАТО: код НЗОК <input type="text"/>
(код, търговско наименование на продукта; лекарствена форма, количество на лекарственото вещество, брой в една опаковка)	(подпис и печат на аптеката)
АПТЕКА рег. No. в РЗОК <input type="text"/>	<input type="text"/>
ОТПУСНАТО: код НЗОК <input type="text"/>	дата на отпускане
.....	Отпуснал:
ОТПУСНАТО: код НЗОК <input type="text"/>
.....	Отпуснал:
ОТПУСНАТО: код НЗОК <input type="text"/>
(код, търговско наименование на продукта; лекарствена форма, количество на лекарственото вещество, брой в една опаковка)	(подпис и печат на аптеката)
АПТЕКА рег. No. в РЗОК <input type="text"/>	<input type="text"/>
ОТПУСНАТО: код НЗОК <input type="text"/>	дата на отпускане
.....	Отпуснал:
ОТПУСНАТО: код НЗОК <input type="text"/>
.....	Отпуснал:
ОТПУСНАТО: код НЗОК <input type="text"/>
(код, търговско наименование на продукта; лекарствена форма, количество на лекарственото вещество, брой в една опаковка)	(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 (ЗЗОЛ).
2. Протокол се издава от специалист по профила на заболяването, работещ по договор с НЗОК в извънболничната помощ или от комисии, посочени в програмите и критериите, утвърдени по реда на НРД и указанията за работа със списъците на НЗОК.
3. Валидността на протокола е до 6 (шест) месеца 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: разгърнатата клинична диагноза, 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, 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 в НРД.
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 ЗЗОЛ.
8. РЗОК предава оригинала на одобрения и заверен от РЗОК протокол на ЗЗОЛ за съхранение.
9. ЗЗОЛ предоставя копие от оригинала на протокола на общопрактикуващия си лекар (ОПЛ) и на специалист по профила на заболяването, които ще издават рецептурните бланки.
10. Въз основа на протокола се издава рецептурна бланка обр. МЗ-НЗОК № 5 от ОПЛ, при който е записан ЗЗОЛ и/или от специалист по профила на заболяването.
11. ОПЛ е длъжен да следи и уведомява пациента за необходимостта от периодични прегледи.
12. 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.
13. Оригинален на протокола, заверен от РЗОК, придружен от рецептурна бланка МЗ-НЗОК, 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, оригинален на протокола се връща на носителю му.
14. Отпускащата аптека задължително нанася върху оригинала на протокола и копието, съхранявано в аптеката: регистрационния си номер, получен при сключване на договора с РЗОК, наименованието и количеството на отпуснатия продукт, датата на изпълнение на рецептата, подпис на изпълнителя и поставя печата на аптеката.
15. ОПЛ е длъжен да разясни на ЗЗОЛ случаите, при които протоколът може да бъде анулиран.
- 16. 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.**

УКАЗАНИЕ ЗА РАБОТА С “РЕЦЕПТУРНА КНИЖКА НА ХРОНИЧНО БОЛНИЯ”

1. Рецептурната книжка на хронично болния се издава на задължително здравноосигурени лица (ЗЗОЛ), определени като хронично болни от заболявания по “Списък на заболяванията, за които се издава рецептурна книжка на хронично болния”, приет в НРД.

2. На здравноосигурено лице може да бъде издадена и заверена **само една** рецептурна книжка на хронично болния.

3. Книжката се попълва от общопрактикуващ лекар (ОПЛ), при който здравноосигуреното лице е осъществило **постоянен** избор. ОПЛ, при който е осъществен **временен** избор от страна на ЗЗОЛ, **няма право** да издава “Рецептурна книжка на хронично болния”.

4. Право да вписват лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели в рецептурната книжка имат само ОПЛ, при който ЗЗОЛ е осъществило постоянен или временен избор, вписани в книжката, и специалист по профила на заболяванията, работещ в изпълнение на договор с НЗОК в извънболничната помощ.

5. В документа могат да се вписват повече от 4 заболявания от “Списък на заболяванията, за които се издава рецептурна книжка на хронично болния”. Диагнозите след четвъртата се вписват в полетата, определени за попълване на данните за новоизбран общопрактикуващ лекар на вътрешната страна на първата корица на книжката. Започва се от долния край на страницата. В поле, определено за вписване данните на един лекар, се вписват 2 диагнози.

6. **Задължително здравноосигуреното лице е длъжно:**

Да закупи и съхранява рецептурната книжка.

6.1. Да представи рецептурната книжка за попълване на ОПЛ, при който е направило постоянен избор.

6.2. Да представя на ОПЛ или специалиста рецептурната книжка при предписване на лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели.

6.3. 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 ксерокс копие от него.

6.4. Да представи рецептурната книжка за вписване на личните данни на ОПЛ, в случай на нов постоянен или временен (за над 1 месец) избор на ОПЛ на територията на същата РЗОК. В този случай рецептурната книжка не се презаверява от РЗОК.

6.5. В случай на нов постоянен избор на ОПЛ на територията на друга РЗОК, да представи рецептурната книжка за нова заверка в поделенията на РЗОК или в РЗОК, където е направен избор на ОПЛ.

6.6. Да уведоми незабавно поделенията на РЗОК или в РЗОК, където е направен избор на ОПЛ при загубване, кражба или унищожаване на рецептурната книжка, за заличаването на номера ѝ от регистъра на хронично болните.

В случаите по т.6.6, както и при запълване на рецептурната книжка, се издава нова по описания ред.

7. **ОПЛ, при който ЗЗОЛ е осъществило постоянен избор е длъжен:**

7.1. Да попълни в рецептурната книжка при първоначално представяне: данните на хронично болния, практиката, личните си данни, заболяванията, за които се издава книжката.

7.2. Да вписва в книжката лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, изписани на рецептурна бланка “МЗ-НЗОК №5”, по реда определен в НРД.

7.3. При издаване на рецепта за лица с издадени рецептурни книжки, в рецептурната бланка **изпълнителят на медицинска помощ (лекарят) записва регистрационния номер на книжката**. Рецептурни бланки, съдържащи предписания за заболявания, за които е задължително издаване на рецептурна книжка не се приемат без записан регистрационен номер.

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

8.1. Да вписва в книжката лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, изписани на рецептурна бланка “МЗ-НЗОК №5”, по реда определен в НРД.

8.2. При издаване на рецепта за лица с издадени рецептурни книжки, в рецептурната бланка **специалистът записва регистрационния номер на книжката**. Рецептурни бланки, съдържащи предписания за заболяванията, за които е задължително издаване на рецептурна книжка не се приемат без записан регистрационен номер.

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

9.1. Да свери данните от рецептурната книжка, рецептурната бланка-“МЗ-НЗОК-№ 5” и документа за самоличност. При установено несъответствие рецептата не се изпълнява.

9.2. Да отпуска лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, предписани по заболявания за които се издава рецептурна книжка на хронично болния, която е заверена в РЗОК, където се намира аптеката.

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, административна или наказателна отговорност.

При смърт на задължително здравноосигуреното лице, рецептурната книжка се предава в поделенията на РЗОК или в РЗОК в 30 дневен срок от близките на починалия или от ОПЛ с цел заличаване в регистъра на хронично болните, получили рецептурна книжка.

При промяна на МКБ – кода, вписан в рецептурната книжка /добавяне на нов или заличаване на вече съществуващ/ ОПЛ нанася промяната, подписва се, поставя печат на лечебното заведение и уведомява РЗОК за отразяване на промяната в регистъра на хронично болните, получили рецептурна книжка.

УКАЗАНИЯ ЗА ПОПЪЛВАНЕ НА НАПРАВЛЕНИЕ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Първичният медицински документ "Направление за хоспитализация" служи за насочване на здравноосигурено лице към лечебно заведение за болнична помощ за планова или спешна хоспитализация.

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

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

- част I – от лекар/стоматолог от извънболнична медицинска помощ; лечебно заведение за болнична помощ; център за спешна медицинска помощ; друго лечебно заведение за медицинска или стоматологична помощ;
- части II, III и IV – от лечебното заведение за болнична помощ.

Документът се попълва в два екземпляра. Първият екземпляр се изпраща заедно с финансовите отчетни документи в РЗОК, вторият остава на съхранение в лечебното заведение, изпълняващо болнична помощ.

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

Част I. Данни, попълвани от лекар/стоматолог, издал направлението за хоспитализация

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

При постъпване на пациента направо в болничното заведение този блок се попълва от приемащия лекар, като:

- ЕГН(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);
- № РЗОК и No. здравен район по местоживееене – съгласно кодовете на здравните райони по области (на гърба на направлението);
- име, презиме, фамилия;
- адрес – попълва се настоящият адрес на пациента;
- телефон за контакти;
- възраст - попълват се навършените години на пациента, а при деца под 1 година - "00";
- пол – попълва се мъж – "М" или жена – "Ж";
- семейно положение - съгласно дадената легенда;
- гражданство - съгласно дадената легенда.

Блок "Насочен за хоспитализация" - данни за насочващия за хоспитализация. Изпращащият лекар попълва всички полета.

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

- клас болест по МКБ – попълва се с арабски цифри за всички пациенти, като до клас 10 се вписва 0 в лявото квадратче (01, 02 и т.н.)
- вид прием – отбелязва с "X" се дали пациентът се изпраща за спешен или планов прием;
- номер на клинична пътека - не се попълва, ако пациентът се изпраща за лечение на заболяване извън клиничните пътеки или ако болничното лечебно заведение няма договор за съответната клинична пътека;
- насочваща диагноза - наименование на диагнозата, която е повод за изпращане за хоспитализация (изписва се на български език);
- код по МКБ - вписването на кода започва от първото квадратче; /1. основен код на диагноза; 2. допълнителен код, когато се изисква съобразно правилата за кодиране, обозначен с * в МКБ 10/

Дата на изпращане – задължително се попълва.

Изпращащият лекар **задължително** се подписва и поставя печата на лечебното заведение и на двата екземпляра.

Блок “Бележки” – вписва се причината, поради която пациента не се хоспитализира, а се пренасочва към друго лечебно заведение по компетентност и лечебното заведение.

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

Блок “Приемащо лечебно заведение, извършващо болнична помощ” - вписват се данните на лечебното заведение за болнична помощ, което приема пациента.

- име на лечебното заведение.
- регистрационен номер на лечебното заведение – задължителен за всички лечебни заведения за болнична помощ; РЗОК No., здравен район по местонахождение на лечебното заведение – съгласно кодовете на здравните райони по области (на гърба), договорни отношения с НЗОК - отбелязва се с “х” дали приемащото лечебно заведение има сключен договор с НЗОК;

“Приемащ лекар” - име и фамилия на приемащия за хоспитализация лекар. Ако пациентът постъпва планоно, това са данните на лекаря от диагностично - консултативен блок (ДКБ). Когато пациентът постъпва по спешност или след работното време на ДКБ, се вписват данните на дежурния лекар.

“Данни за пациента”:

- приемна диагноза - наименование на диагнозата, която е повод за хоспитализация (изписва се на български език);
- /1. основен код на диагноза; 2. допълнителен код, когато се изисква съобразно правилата за кодиране, обозначен с * в МКБ 10/
- дата на първи преглед в болницата – попълва се задължително от приемащия лекар:
 - лекарят от ДКБ - когато пациентът постъпва планоно;
 - дежурният лекар - когато пациентът постъпва по спешност или след работното време на ДКБ;
- клас болест по МКБ – попълва се с арабски цифри за всички пациенти, като до клас 10 се вписва 0 в лявото квадратче (01, 02 и т.н.)
- вид прием – отбелязва се с “х”, дали пациентът се приема по спешност или планоно;
- дата за планиран прием – попълва се, ако приемът на пациента е планоно;
- номер на клинична пътека - не се попълва, когато пациентът се приема за лечение на заболяване извън клиничните пътеки или ако болничното лечебно заведение не е сключило договор за съответната клинична пътека;

Приемащият лекар **задължително** се подписва на документа.

Част III Данни, попълвани при постъпване на пациент в стационара

Блок “Постъпил в стационара пациент”

Попълват се всички полета.

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

СТЕПЕНИ НА ТЕЖЕСТ НА СЪСТОЯНИЕТО (ПАЦИЕНТИ НАД 3 ГОДИНИ)

I степен

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

II степен

Пациентът е ограничен поради предписание да не става от леглото или поради леко увреждане. Жизнените му функции не са засегнати, но са застрашени. Обикновено се ориентира за времето и пространството. В състояние е сам или с помощ да се облича или съблича, да се мие на умивалника или в леглото, да яде и пие. Може да отива на

изследвания и манипулации само с придружител. Сам обслужва звънеца за повикване, лампата и радиото и сам търси помощ за ползване на тоалетната.

III степен

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

IV степен

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

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

I степен

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

II степен

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

III степен

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

Част IV Данни попълвани при изписване на преминал през стационара пациент

Блок “Преминал през стационара пациент” – данните в този блок се вписват при изписване на преминалия през стационара пациент:

- дата и час на изписване/превеждане – **задължително** се вписва датата на изписване от болницата или на превеждане в друга болница; като час на изписване/превеждане **задължително се вписват час и минути**;
- клас болест по МКБ – попълва се с арабски цифри за всички пациенти, като до клас 10 се вписва 0 в лявото квадратче (01, 02 и т.н.)
- клинична пътека № – вписва се номерът на пътеката, по която е лекуван пациентът; не се попълва в следните случаи:
 - пациентът е приет за заболяване извън клиничните пътеки;
 - болницата не е сключила договор за съответната пътека;
- деца под една година – попълва се възрастта в дни на децата при постъпването им в болницата; 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.
- 1. основна (водеща, окончателна) диагноза, - състоянието, което след направените изследвания се явява основна причина за приемане на пациента в болницата за полагане на медицински грижи (изписва се на български език); вписва се състоянието и кода по МКБ, съобразно правилата за кодиране, като вписването на кода започва от първото квадратче; 2. допълнителен код, когато се изисква съобразно правилата за кодиране, обозначен с * в МКБ 10/
- придружаващи заболявания и усложнения – на 3^{те} реда се вписват съответните състояния съобразно правилата за кодиране, като вписването на кода по МКБ започва от първото квадратче; /1. основен код на диагноза; 2. допълнителен код, когато се изисква съобразно правилата за кодиране, обозначен с * в МКБ 10/
- диагностична/терапевтична или оперативна процедура– код по МКБ 9 КМ – Аналитичен списък на процедури;

- хистологичен резултат – код по МКБ, /1. основен код на диагноза; 2. допълнителен код, когато се изисква съобразно правилата за кодиране, обозначен с * в МКБ 10/

Полетата “Деца под една година”, “За новородено” и “ИЗ на майката” не се попълват при пациенти над една година.

- статус – задължително се попълва статусът на пациента при изписването/превеждането му – изписан, преведен или починал:
 - 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 - 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 “състояние при изписване” се попълва съобразно легендата;
- съгласие с източника на финансиране – отбелязва се кой финансира лечението – бюджет, НЗОК, доброволен ЗОФ или пациентът:
 - за заболяване извън клиничните пътеки се отбелязва “X” в квадратчето “Бюджет”;
 - за заболяване по клиничните пътеки се отбелязва “X” в квадратчето “НЗОК”;
 - когато пациентът се осигурява в доброволен ЗОФ;
 - когато пациентът се лекува по желание и не по наредбата за достъпа, се отбелязва “X” в квадратчето “Пациент”.

Пациентът удостоверява съгласие с източника на финансиране с подписа си.

- съгласие за процедурите и извършването им:

Пациентът удостоверява съгласие за процедурите и извършването им с подписа си.

Блок “Валидиране на документа”

- завеждащият отделение и изписващият лекар **задължително** написват фамилията си и се подписват на документа;

директорът на лечебното заведение за болнична помощ **задължително** се подписва и поставя печата на лечебното заведение.

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 Лясковец, 06 Павликени, 07 Полски Тръмбеш, 08 Свищов, 09 Стражица, 10 Сухиндол.

05.**Област Видин:** 01 Белоградчик, 02 Бойница, 03 Брегово, 04 Видин, 05 Грамада, 06 Димово, 07 Кула, 08 Макреш, 09 Ново село, 10 Ружинци, 11 Чупрене.

06.**Област Враца:** 01 Борован, 02 Бяла Слатина, 03 Враца, 05 Козлодуй, 06 Криводол, 07 Мездра, 08 Мизия, 09 Оряхово, 10 Роман, 11 Хайредин.

07.**Област Габрово:** 01 Габрово, 02 Дряново, 03 Севлиево, 04 Трявна.

08.**Област Добрич:** 01 Балчик, 02 Генерал Тошево, 03 Добрич, 04 Добрич -селска, 05 Каварна, 06 Крушари, 07 Тервел, 08 Шабла.

09.**Област Кърджали:** 01 Ардино, 02 Джебел, 03 Кирково, 04 Крумовград, 05 Кърджали, 06 Момчилград, 07 Черноочене.

10.**Област Кюстендил:** 01 Бобовдол, 02 Бобошево, 03 Дупница, 04 Кочериново, 05 Кюстендил, 06 Невестино, 07 Рила, 08 Сапарева баня, 09 Трекляно.

11.**Област Ловеч:** 01 Априлци, 02 Летница, 03 Ловеч, 04 Луковит, 05 Тетевен, 06 Троян, 07 Угърчин, 08 Ябланица.

12.**Област Монтана:** 01 Берковица, 02 Бойчиновци, 03 Брусарци, 04 Вълчедръм, 05 Вършец, 06 Георги Дамяново, 07 Лом, 08 Медковец, 09 Монтана, 10 Чипровци, 11 Якимово.

13.**Област Пазарджик:** 01 Батак, 02 Белово, 03 Брацигово, 04 Велинград, 05 Лесичово, 06 Пазарджик, 07 Панагюрище, 08 Пещера, 09 РаKITово, 10 Септември, 11 Стрелча.

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

РЕГИСТРИРАНЕ НА ПРОЦЕДУРИ ПО КЛИНИЧНА ПЪТЕКА №.....
Терапевтична клинична пътека

														Страница №1								
I.														II.								
ДЕН	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
ДАТА																						
ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ																						
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ																						
ДОПЪЛНИТЕЛНИ ПРОЦЕДУРИ, ПРИЛОЖЕНИ СЪОБРАЗНО ДИАГНОЗАТА И СЪСТОЯНИЕТО НА ПАЦИЕНТА																						
КОНСУЛТАЦИИ С ДРУГИ СПЕЦИАЛИСТИ																						
											ПОДПИС НА ЗАВЕЖДАЩ КЛИНИКА/ОТДЕЛЕНИЕ						ПОДПИС НА ЛЕКУВАЩИЯ ЛЕКАР					
ДАТА НА ИЗПИСВАНЕ НА ПАЦИЕНТА																						

Забележка:

В случай, че болничният престой на пациента е повече от 21 дни се изготвят следващи страници на документ №1, като номерацията на тези страници е последователна - №2, №3 и т.н. Всяка следваща страница съдържа съдържа същите позиции, които са отбелязани в колона I.

Всяка страница се подписва от завеждащия клиника или отделение и лекуващия лекар.

Под съответната рубрика се изписват извършените диагностични и терапевтични процедури, като срещу тях се маркира деня, в който са извършени.

РЕГИСТРИРАНЕ НА ПРОЦЕДУРИ ПО КЛИНИЧНА ПЪТЕКА №.....

Хирургична клинична пътека

I.		II.																				
ДЕН	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
ДАТА																						
ОСНОВНА ОПЕРАТИВНА ПРОЦЕДУРА																						
1..... /вписва се кода и наименованието на основната оперативна процедура и се отбелязва срещу деня на извършване/																						
ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ – ГРУПИ ПО МКБ 9 КМ																						
ДРУГИ ДИАГНОСТИЧНИ И ЛЕЧЕБНИ ПРОЦЕДУРИ, ПРИЛОЖЕНИ В ХОДА НА ЛЕЧЕНИЕТО																						
КОНСУЛТАЦИИ С ДРУГИ СПЕЦИАЛИСТИ																						
		ДАТА НА ИЗПИСВАНЕ НА ПАЦИЕНТА										ПОДПИС НА ЗАВЕЖДАЩ КЛИНИКА/ОТДЕЛЕНИЕ										
		ПОДПИС НА ЛЕКУВАЩИЯ ЛЕКАР																				

Забележка:

В случай, че болничният престой на пациента е повече от 21 дни се изготвят следващи страници на документ №1, като номерацията на тези страници е последователна - №2, №3 и т.н. Всяка следваща страница съдържа същите позиции, които са отбелязани в колона I.

Всяка страница се подписва от завеждащия клиника или отделение и лекуващия лекар.

Под съответната рубрика се изписват извършените диагностични и терапевтични процедури, като срещу тях се маркира деня, в който са извършени.

Допълнителен

ЛИСТ

към

ИЗ

№.....

ДОКУМЕНТ №2

ЛИСТ ЗА ПРЕДОПЕРАТИВНА АНЕСТЕЗИОЛОГИЧНА КОНСУЛТАЦИЯ И ПРЕЦЕНКА

Име.....

год.....ръст.....тегло.....Кр.група.....

ЕГН									
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--

И.З.№.....

Отделение.....Стая.....

Лекуващ лекар (оператор).....

Диагноза.....

I. Въпросник за пациента:

Опериран(а) ли сте досега?				
Кога	Къде	Операция	Вид упойка (местна, обща)	
ОТБЕЛЕЖЕТЕ С "X" ОТГОВОРА			ДА	НЕ
1. Имали ли сте проблеми с анестетиците (упойката)?				
2. Лекувани ли сте някога в реанимация (интензивно отделение)?				
3. Имате ли придружаващи заболявания?				
4. Алергия - към храни, прах, полени, лекарства: (като се посочват по възможност точно)				
5. Прием на лекарства в момента - какви?				
6. Прием на лекарства в миналото - какви?				
7. Привикнали ли сте към:				
Алкохол				
Тютюнопушене				
Наркотици				
8. Страдате ли от заболявания на ЦНС?				
Прекара ли сте инсулт?				
Имате ли парези?				
Имали ли сте травми на главата?				
9. Страдате ли от заболявания на периферната нервна система?				
Имате ли миастения гравис?				
Имали ли сте гърчове и с какво сте се лекувал?				
10. Боледувате ли от психични заболявания?				
11. Имате ли заболявания на дихателната система?				
Повишена температура през последните две седмици				
Хрема, болки в гърлото, кашлица				
Имате ли задух?				
Имате ли хроничен фарингит или ларингит, промяна в гласа				
Имате ли бронхиална астма				
Имате ли бронхит или пневмония				
Прекарвали ли сте туберкулоза или друго белодробно заболяване?				
12. Имате ли заболявания на сърдечно - съдовата система?				
Високо артериално налягане и с какво го лекувате?				
Прекарвали ли сте инфаркт и кога?				
Имате ли ритъмни нарушения и с какво ги лекувате?				
Имате ли сърдечен стимулатор (пейсмеикър)?				

ОТБЕЛЕЖЕТЕ С "X" ОТГОВОРА	ДА	НЕ
Оплаква ли сте се от стягащи болки в сърцето?		
13. Имате ли заболяване на черния дроб?		
Пожълтявали ли сте някога?		
Прекарвали ли сте вирусен хепатит?		
Имате ли цироза?		
14. Имате ли бъбречно заболяване?		
15. Имате ли заболяване на опорно - двигателния апарат?		
16. Боледувате ли от диабет (Захарна болест)?		
17. Имате ли анемия или друго кръвно заболяване ?		
18. Боледувате ли от глаукома, имате ли проблеми със зрението?		
19. Боледува ли ли сте от инфекциозни заболявания?		
20. Боледува ли ли сте от венерическо заболяване?		
21. Боледувате ли от СПИН?		
22. Боледувате ли от язва?		
23. Кървите ли продължително при нараняване?		
24. Извършвано ли Ви е кръвопреливане, имало ли е усложнения?		
25. Имате ли подвижни (клатещи се) зъбни протези, имате ли клатещи се зъб		
26. Имате ли рязка промяна в телесното тегло?		
27. Оплаквате ли се от склонност към гадене и повръщане?		
28. Ако сте жена, бременна ли сте (кърмите ли)?		
29. Ако сте жена, ползвате ли противозачатъчни средства?		

II. Физикален преглед:

Артериално налягане.....Пулс.....Дихателна честота.....Темп.....
 Сърце:..... Бели дробове (дишане).....
 Дихателни пътища.....
 Крайници.....
 Други.....

III. Лаборатория: Hgb.....Htc.....Кр. Захар.....
 Кр.урей.....КреатининОбщ белтък
 Електролити: Na.....К.....Са.....Cl.....
 ЕКГ.....
 Ro - графии.....
 Други.....

Анестезиологичен риск - ASA клас: (в точки)

ASA I: (0-1) - пациенти в добро здраве. Включва най – лекия контингент болни, без доказани органични съпътстващи заболявания.

ASA II: (2-3) - пациент със системно заболяване в лека до средна форма. Органични заболявания, невлияещи върху основните функции.

ASA III: (4-7) - пациенти със системно заболяване в тежка форма, ограничаващо неговата активност, но без да го инвалидизира. Клинично значими заболявания.

ASA IV: (8-15) - пациенти със системно заболяване в тежка форма, водещо до инвалидност и/или заплашващо живота му - категория с животозастрашаващи придружаващи страдания.

ASA V: (>16) - "Морибунден пациент" при който очакваната продължителност на живота е до 24 часа със или без операция.

"E" - Ако се налага оперативна интервенция по спешност, към съответния клас се прибавя "E" (Emergency).

Допълнителен лист към ИЗ №.....

ДОКУМЕНТ №3

РЕГИСТРИРАНЕ НА ЗДРАВНИ ГРИЖИ /ПРОЦЕДУРИ/ ЗА НОВОРОДЕНО ДЕТЕ

Страница №1								
I.								
ДЕН	1	2	3	4	5	6	7	
ДАТА								
КОНСУЛТАЦИИ С ДРУГИ СПЕЦИАЛИСТИ								

ДАТА НА ИЗПИСВАНЕ НА ПАЦИЕНТА	ПОДПИС НА ЗАВЕЖДАЩ КЛИНИКА/ОТДЕЛЕНИЕ	ПОДПИС НА ЛЕКУВАЩИЯ ЛЕКАР
-------------------------------	--------------------------------------	---------------------------

Забележка:

В случай, че болничният престой на пациента е повече от 7 дни се изготвят следващи страници на документ №1, като номерацията на тези страници е последователна - №2, №3 и т.н Всяка следваща страница съдържа същите позиции, които са отбелязани в колона I. Всяка страница се подписва от завеждащия клиника или отделение и лекуващия лекар.

