



**ОРГАНИЗАЦИЯ
ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ
КОНСУЛЬТАЦИЙ В
ПРОФПАТОЛОГИИ**

О.Н. Захаринская

ФГБНУ «НИИ МЕДИЦИНЫ ТРУДА ИМЕНИ АКАДЕМИКА Н.Ф. ИЗМЕРОВА»

- ❖ **Федеральный проект "Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров и внедрение инновационных медицинских технологий"** направлен на обеспечение осуществления национальными медицинскими исследовательскими центрами, которые являются ведущими учреждениями здравоохранения, "головных" функций по профилям оказания медицинской помощи.
- ❖ Функции национальных медицинских исследовательских центров как "головных" организаций по профилям оказания медицинской помощи включают **организационно-методическое руководство медицинскими организациями третьего уровня** для формирования вертикально-интегрированной системы организационно-методического сопровождения оказания медицинской помощи по профилям в субъектах Российской Федерации

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

1. Я, нижеподписавшийся, _____, настоящим подтверждаю, что в соответствии со ст. 22 Федерального закона РФ от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», согласно моей воле, в доступной для меня форме, проинформирован о необходимости проведения телемедицинской консультации по поводу моей болезни, представляемого мной на основании _____
2. Получил полные и всесторонние разъяснения, включая исчерпывающие ответы на заданные мной вопросы об условиях, целях и задачах проведения телемедицинской консультации
3. Добровольно в соответствии со ст. 22 Федерального закона РФ от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю своё согласие на проведение мне телемедицинской консультации
4. Я понимаю необходимость проведения телемедицинской консультации, осознаю риск, связанный с возможной утечкой информации
5. Я осознаю, что полученные в результате телемедицинской консультации заключения будут иметь рекомендательный характер, и что дальнейшее ведение случая моей болезни будет осуществляться по решению моего лечащего врача
6. Не возражаю против передачи данных о моей болезни, записи телемедицинской консультации на электронные носители и демонстрации лицам с медицинским образованием – исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учётом сохранения врачебной тайны
7. Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на телемедицинскую консультацию мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют

ВЫПИСКА НА ПАЦИЕНТА

- ❖ Жалобы
- ❖ Копия трудовой книжки
- ❖ Санитарно-гигиеническая характеристика условий труда
- ❖ ПМО
- ❖ Обращаемость
- ❖ Клинические данные
- ❖ Наследственность
- ❖ Курение
- ❖ Заключение врачебной комиссии

ЗАКЛЮЧЕНИЕ КОНСУЛЬТАНТА

- ❖ Решение врачебной профпатологической подкомиссии № ____ от 16.09.2019г. По экспертизе связи заболевания с профессией **одобрено**

ПРИКАЗ МИНЗДРАВА КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ № 25-ОРГ ОТ 24.01.2018Г.

- ❖ Главным врачам КГБУЗ «Норильская межрайонная поликлиника № 1», «Норильская городская поликлиника № 2», «Норильская городская поликлиника № 3» организовать очное медицинское консультирование пациентов с предварительным диагнозом профессионального заболевания краевым центром профпатологии КГБУЗ «Краевая клиническая больница» **в режиме видеоконференцсвязи**
- ❖ В 2019г. Подписаны соглашения с ООО «Клиника медицины труда», ООО «Диалог плюс»

ВИДЕОКОНФЕРЕНЦИИ



2018г. – 62 чел.

(в 75% - подозрение
на профзаболевание)

2019г. – 55 чел.

(6 мес.)

Благодарю за внимание!