



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

17.02.2022

№ 383

г. Новосибирск

Об утверждении порядка проведения телемедицинских консультаций для пациентов с ВИЧ-инфекцией в Новосибирской области

С целью улучшения качества и доступности оказания медицинской помощи лицам, инфицированным вирусом иммунодефицита человека, проживающим в отдаленных районах города Новосибирска и Новосибирской области, **п р и к а з ы в а ю:**

1. Утвердить Порядок проведения телемедицинских консультаций для пациентов с ВИЧ-инфекцией.

2. Утвердить Бланк добровольного согласия пациента на проведение телемедицинской консультации.

3. Руководителям государственных медицинских организаций Новосибирской области обеспечить возможность проведения телемедицинских консультаций на базе учреждения с использованием платформы Zoom и необходимого видеоборудования.

4. Главному внештатному специалисту по проблемам диагностики и лечения ВИЧ-инфекции министерства здравоохранения Новосибирской области Капустину Д.В. и заведующей поликлиническим отделением подразделения «Центр по профилактике и борьбе со СПИД» государственного бюджетного учреждения здравоохранения Новосибирской области «Городская инфекционная клиническая больница № 1» (далее – Центр СПИД) Цой А.К. организовать рабочее место для проведения телемедицинских консультаций на базе поликлиники Центра СПИД, а также сформировать список врачей-инфекционистов, для обеспечения консультации.

5. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Новосибирской области Аксенову Е.А.

Министр

К.В. Хальзов

Порядок проведения телемедицинских консультаций для пациентов с ВИЧ-инфекцией

1. Телемедицинские консультации проводятся только в отношении лиц, с установленным заболеванием ВИЧ-инфекция, получающим антиретровирусные препараты (далее - АРВТ) и состоящими на диспансерном учете в подразделении «Центр по профилактике и борьбе со СПИД» государственного бюджетного учреждения здравоохранения Новосибирской области «Городская инфекционная клиническая больница № 1» (далее – Центр СПИД) (далее – Пациенты), которым требуется консультация врача-инфекциониста Центра СПИД, но по объективным причинам отсутствует возможность своевременного очного посещения поликлиники Центра СПИД.

2. Объективными причинами могут являться:

- постоянное проживание Пациента на территории Новосибирской области (не в г. Новосибирске);

- тяжелое заболевание Пациента, препятствующее либо ограничивающее возможность передвижения (маломобильные граждане; заболевания центральной нервной системы или опорно-двигательного аппарата, затрудняющие передвижение; декомпенсация соматической патологии).

3. Для получения телемедицинской консультации Пациенты обращаются к медицинскому работнику (ответственному по пациентам с ВИЧ-инфекцией) центральной районной или городской больницы, или поликлиники по месту жительства (пребывания).

4. Медицинский работник центральной районной или городской больницы, или поликлиники по месту жительства (пребывания) Пациента, к которому обратился Пациент, связывается с заведующей поликлиникой Центра СПИД или руководителем подразделения Центр СПИД, для уточнения вопросов возможности и времени проведения телемедицинской консультации. Персональные данные Пациента для организации телемедицинской консультации передаются по защищенному каналу VipNet (номер сети VipNet: 3907, сетевой узел – ГБУЗ НСО ГИКБ 1 2).

5. Телемедицинская консультация осуществляется на базе медицинской организации, в которую обратился Пациент. При обращении Пациента оформляется утвержденное настоящим приказом информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (телемедицинской консультации). Пациент информируется медицинским работником центральной районной или городской больницы, или поликлиники по месту жительства (пребывания) о невозможности полного исключения рисков, связанных с возможной утечкой информации. Телемедицинская консультация проводится с помощью программного обеспечения Zoom (защита данных с помощью 256-битного TLS шифрования, системы ввода пароля для доступа в конференцию).

В случае отказа Пациента от телемедицинской консультации и не подписании информированного согласия, телемедицинская консультация не проводится.

6. В день телемедицинской консультации медицинский работник центральной районной или городской больницы, или поликлиники по месту жительства (пребывания) Пациента проводит идентификацию личности Пациента по документу, удостоверяющему личность.

В случае отсутствия возможности идентифицировать личность Пациента, телемедицинская консультация не проводится.

7. После окончания телемедицинской консультации медицинский работник центральной районной или городской больницы, или поликлиники по месту жительства (пребывания) Пациента осуществляет запись в амбулаторной карте (истории болезни) Пациента данных рекомендаций. Копия заполненного информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство (телемедицинской консультации) передается в государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области «Городская инфекционная клиническая больница № 1» по защищенному каналу VipNet (номер сети VipNet: 3907, сетевой узел – ГБУЗ НСО ГИКБ 1 2).

8. В случаях коррекции АРВТ по результатам консультации их выдача производится в обычном порядке в Центре СПИД.

9. Врач-инфекционист Центра СПИД после проведения телемедицинской консультации, осуществляет запись в журнале «Телемедицинские консультации» по форме – ФИО, № амбулаторной карты, дата и время проведения консультации, база проведения консультации, полученные рекомендации (кратко).

Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство (телемедицинской консультации)

Я, _____ (Ф.И.О. гражданина), «__» _____ года рождения, зарегистрированный(ая) по адресу: _____ (адрес места жительства/регистрации), принимая во внимание наличие фактической возможности обратиться в ГБУЗ НСО «ГИКБ № 1» за получением очной консультации врача-инфекциониста, принимаю решение обратиться в ГБУЗ НСО «ГИКБ № 1» с целью оказания мне (моему ребёнку; лицу, чьи права и законные интересы я представляю) - _____, _____ г.р. (далее – пациенту) консультации врача-инфекциониста с использованием дистанционного взаимодействия (далее – дистанционной консультации).

Настоящим подтверждаю, что перед оказанием медицинского вмешательства в объеме дистанционной консультации в соответствии со ст. 20 ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в доступной для меня форме предоставлена полная информация об оказании медицинской услуги в объёме проведения дистанционной консультации, а именно: о целях, методах оказания медицинской услуги, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской услуги.

Мне разъяснено, что целями дистанционной консультации являются профилактика, сбор, анализ жалоб пациента и данных анамнеза, оценки эффективности лечебно-диагностических мероприятий, медицинского наблюдения за состоянием здоровья пациента; принятие решение о необходимости проведения очного приёма (осмотра, консультации), а также, что конкретная цель дистанционной консультации зависит от всех вышеуказанных факторов в их совокупности.

Дистанционное консультирование осуществляется путём применения при консультировании врачом-инфекционистом информационных технологий, обеспечивающих дистанционное взаимодействие медицинского работника с пациентом и (или) его законным представителем, документирование совершаемых ими действий при проведении консультаций.

Мне в доступной форме разъяснено, что оказание дистанционной консультации предполагает ограниченный объем возможных действий медицинского работника, а именно сбор анамнеза (опрос, в том числе выявление жалоб), анализ данных анамнеза и жалоб, и изучение представленных медицинских документов, результатов исследований.

Ввиду дистанционного, удалённого характера медицинского вмешательства дистанционная консультация исключает возможность проведения очной оценки состояния пациента врачом-специалистом, в частности, исключает возможность проведения в ходе консультации антропометрических исследований,

термометрии, тонометрии, осмотра, в том числе путём пальпации, перкуссии, аускультации, проведения неинвазивных исследований и лечебных манипуляций в отношении функций и систем организма, выполнение иных методов исследования, возможных исключительно при непосредственном контакте врача и пациента.

С учётом вышеуказанного мне разъяснено и понятно, что дистанционная консультация не заменяет очной консультации, и мне (моему ребёнку; лицу, чьи права и законные интересы я представляю) в дальнейшем рекомендовано получить очную консультацию при непосредственном обращении в ГБУЗ НСО «ГИКБ № 1», как только представится физическая возможность после получения дистанционной консультации. Я осознаю, что полученные в результате дистанционной консультации заключения будут иметь рекомендательный характер, и что дальнейшее ведение случая моего заболевания (моего ребёнка; лица, чьи права и законные интересы я представляю) будет осуществляться по решениям лечащего врача.

Также мне разъяснено, что ввиду ограниченного объема возможных действий медицинского работника при осуществлении дистанционной консультации, фактически ограничивающихся беседой с пациентом и изучением документации, медицинское вмешательство в виде дистанционной консультации является безопасным для пациента.

Мне в полном объёме разъяснена информация о возможных результатах дистанционной консультации.

Мне сообщено, что информация о консультирующей медицинской организации, о врачах-консультантах, о порядке и условиях оказания медицинской помощи в объёме получения дистанционной консультации врача-специалиста размещена на официальном сайте ГБУЗ НСО «ГИКБ № 1» в сети Интернет.

При оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий дистанционное взаимодействие осуществляется посредством аудио и видеосвязи, передачи электронных сообщений. Консультации при оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий проводятся в режиме реального времени и (или) отложенных консультаций.

Я понимаю, что несообщение врачу сведений о состоянии моего здоровья (здоровья моего ребёнка; лица, чьи права и законные интересы я представляю), сообщение неполных или недостоверных сведений, несоблюдение рекомендаций врача, отказ от лечения и(или) самостоятельное лечение могут отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья (здоровья моего ребёнка; лица, чьи права и законные интересы я представляю) и результатах дистанционной консультации.

Я понимаю, что могу отказаться от любого медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, сообщив об этом в письменной форме.

Я согласен с тем, что использованная технология медицинской помощи-дистанционной консультации не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, медицинская организация не несет ответственности за их возникновение.

Я не возражаю против передачи данных о моем заболевании, записи дистанционной консультации на электронные носители и демонстрации лицам с медицинским образованием в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

Ввиду характера дистанционной консультации я осознаю риск, связанный с возможной утечкой информации в случае незаконного доступа третьих лиц к данным пациента и их дальнейшей бесконтрольной передаче, например, при несанкционированном взломе электронной информации и программного обеспечения, а также сбое в работе или полном выходе из строя технического оборудования не по вине ГБУЗ НСО «ГИКБ № 1».

Вышеуказанная информация мне разъяснена и понятна, я получил полную информацию об особенностях дистанционной консультации врача-инфекциониста, принял решение получить медицинское вмешательство на вышеуказанных условиях и доверяю врачу принимать возможные и необходимые решения и выполнять любые допустимые особенностями консультации возможные медицинские действия в ходе оказания консультации с целью достижения наилучшего результата и дальнейшего улучшения состояния пациента.

(Ф.И.О., контактный телефон)

(подпись)

(Ф.И.О. законного представителя гражданина)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

«__» _____

(дата оформления)