

Порядок получения копий медицинских документов

Выдача медицинской карты амбулаторного больного пациенту на руки возможна только в случаях запроса суда, следственных органов, прокуратуры, РВК, при предъявлении официального запроса, а также при прохождении МСЭ (гражданин обязан предъявить приглашение на МСЭ с указанием даты прохождения).

Во всех остальных случаях, при написании заявления на имя руководителя ЛПУ, выдается выписка* из медицинской карты амбулаторного больного.

Порядок получения медицинской карты амбулаторного больного или выписки из медицинской карты амбулаторного больного регламентируется Федеральным законом Российской Федерации от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» ст.4 «Основные принципы охраны здоровья», ст.13 «Соблюдение врачебной тайны», ст.22 «Информация о состоянии здоровья, Письмом МЗСР РФ № 734/МЗ-14 от 04.04.2005 «О порядке хранения амбулаторной карты», Приказом Минсоцразвития РФ от 22.11.2004 № 255 «О Порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг», Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

* Медицинская справка формы 027/у (амбулаторная форма справки) - это медицинский документ, являющийся обязательной составной частью медицинских учетных документов, оформляющихся амбулаторным больным, находившимся на лечении в отделениях ЛПУ любого порядка.

Медицинская выписка (форма 027/у) - оформляется лечащим врачом на основании учетной формы 025/у-04 (медицинская карта амбулаторного больного), формы 003/у (медицинская карта стационарного больного - история болезни) или выписного эпикриза (стационарная форма справки), в зависимости от того, в ЛПУ какого порядка (амбулаторном или стационарном) больной получал лечение.

Выписка из медицинской карты амбулаторного/стационарного больного выдается по окончании курса лечения и при выписке пациента из ЛПУ на работу или учебу, при направлении больного на врачебную комиссию (ВК) или на дальнейшее стационарное, амбулаторное или санаторно-курортное лечение, а также в случае смерти больного.

Положения, регламентирующие порядок ведения и оформления истории болезни, обязывают врача, с исчерпывающей полнотой, отражать в карточке больного наблюдаемые клинические проявления болезни, анамнез, проводимые лабораторные исследования, терапевтические мероприятия и их последовательность, динамику изменения состояния больного, продолжительность лечения и рекомендации по осуществлению дальнейшей реабилитации больного. Все лечебные мероприятия заносятся в историю болезни немедленно, после назначения. Все записи должны быть разборчивыми и четкими.

Выписка заполняется амбулаторно-поликлиническими учреждениями при направлении больного на стационарное лечение и стационарами всех профилей при выписке (в случае смерти) больного. Служит для взаимной информации амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждений о диагнозе, течении заболевания, состоянии больного при направлении (выписке), проведенных исследованиях и лечении, лечебных (трудовых) рекомендациях больному.

Выдается на руки больному или, в случае надобности, пересылается почтой в течение 30 дней со дня подачи заявления.