|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | **ПАМЯТКА ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ ПО ИДЕНТИФИКАЦИИ ЛИЧНОСТИ ПАЦИЕНТА В СТАЦИОНАРНОМ ОТДЕЛЕНИИ** | |
| ***Наша главная задача – Ваша безопасность во время нахождения в Госпитале.***  ***Идентификация Вашей личности на всех этапах оказания медицинской помощи является основным направлением системы обеспечения Вашей безопасности*** | | | |
| **КОГДА ОБЯЗАТЕЛЬНО ПРОВОДИТСЯ**  **ИДЕНТИФИКАЦИЯ?** | | | **КАК ПРОВОДИТСЯ**  **ИДЕНТИФИКАЦИЯ?** |
|  | При оформлении **ГОСПИТАЛИЗАЦИИ** | | Применяются **идентификационные браслеты** с указанием ФИО, даты рождения, уникального номера медицинской карты стационарного больного или амбулаторной карты |
|  | Перед проведением  **ОСМОТРА ВРАЧОМ, ЛЕЧЕБНЫХ и ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕДУР**  (в т.ч. перед анестезией и оперативным вмешательством) | |
|  | Перед введением и выдачей пациенту **ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ** ипродуктов **ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ** | |
|  | Перед процедурой **ТРАНСФУЗИИ КРОВИ** и ее компонентов | | **Активная идентификация** – медицинский работник попросит Вас назвать:   * ФИО (полностью) * Дату рождения (полностью)   **Пассивная идентификация** – медицинский работник проверит информацию   * на идентификационном браслете * прикроватном мониторе/информационной доске (*при наличии*) |
|  | Перед взятием **КРОВИ**, биологических жидкостей или тканей  на анализ | |
|  | При **ПЕРЕВОДЕ** в другое отделение, **ВЫПИСКЕ**, получении **медицинской ДОКУМЕНТАЦИИ**, содержащей конфиденциальную информацию | |
| **Просим Вас с пониманием отнестись к процедуре идентификации**  **и принимать в ней активное участие** | | | |
|  | **Настоятельно просим НЕ снимать идентификационный браслет в течение всего срока пребывания в Госпитале до выписки. Он позволит провести правильную идентификацию и оказать необходимую помощь в экстренной ситуации** | | |
|  | **При повреждении идентификационного браслета или его утрате сообщите об этом медицинской сестре** | | |
| **Проконтролируйте:**   * Чтобы медицинский работник попросил Вас назвать ФИО и дату рождения полностью и сверил их с Вашим идентификационным браслетом и медицинским документами * Чтобы перед постановкой капельницы на флаконы был наклеен стикер с Вашими идентификационными данными * Чтобы при взятии биоматериала для анализа медицинская сестра сразу нанесла маркировку на контейнер, который будет передан в лабораторию | | | |
| ***Соблюдение вышеперечисленных правил определяет безопасность Вашего лечения!***  ***Коллектив Госпиталя МЕДСКАН на Яузе желает Вам скорейшего выздоровления!*** | | | |
|  | | **ПАМЯТКА ДЛЯ СОТРУДНИКОВ ПО ИДЕНТИФИКАЦИИ ЛИЧНОСТИ ПАЦИЕНТА В СТАЦИОНАРНОМ ОТДЕЛЕНИИ** | |
| **Основное направление системы обеспечения безопасности пациента,**  **получающего медицинскую помощь, –**  **ИДЕНТИФИКАЦИЯ ЕГО ЛИЧНОСТИ НА ВСЕХ ЭТАПАХ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ** | | | |
| **КОГДА ОБЯЗАТЕЛЬНО ПРОВОДИТСЯ**  **ИДЕНТИФИКАЦИЯ?** | | | **ЦВЕТОВАЯ ИДЕНТИФИКАЦИЯ С ПОМОЩЬЮ БРАСЛЕТОВ** |
|  | При оформлении **ГОСПИТАЛИЗАЦИИ** | | **Все пациенты, получающие лечение в стационарном отделении**    Надевается в момент поступления пациента в отделение |
|  | Перед проведением  **ОСМОТРА ВРАЧОМ, ЛЕЧЕБНЫХ и ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕДУР**  (в т.ч. перед анестезией и оперативным вмешательством) | | **Пациент с аллергическими реакциями**  Надевается сразу после выявления аллергической реакции или при получении информации о ее наличии в анамнезе |
|  | Перед введением и выдачей пациенту **ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ** ипродуктов **ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ** | | **Пациент с риском падения**    Надевается при выявлении высокого и среднего риска падения (более 25 баллов по шкале оценки риска падения) |
|  | Перед процедурой **ТРАНСФУЗИИ КРОВИ** и ее компонентов | |
|  | Перед взятием **КРОВИ**, биологических жидкостей или тканей  на анализ | | **Информация, выносимая на браслет**:   * ФИО (полностью) * Дата рождения (дд.мм.гггг), возраст * Пол * Номер стационарной и/или амбулаторной карты * Уникальный 2D-штрих-код пациента (в перспективе) |
|  | При **ПЕРЕВОДЕ** в другое отделение, **ВЫПИСКЕ**, получении **медицинской ДОКУМЕНТАЦИИ**, содержащей конфиденциальную информацию | |
| **Просим Вас неукоснительно следовать процедуре идентификации!** | | | |
| **Базовый алгоритм проведения идентификации:**   * Представиться пациенту * Попросить пациента отчетливо назвать **ФАМИЛИЮ, ИМЯ, ОТЧЕСТВО** (при наличии) полностью * Попросить пациента отчетливо назвать **ДАТУ РОЖДЕНИЯ** в формате ДД.ММ.ГГГГ * Сверить полученную информацию с браслетом и записями в медицинской документации | | | |
|  | * **Запрещено выполнять лечебные/диагностические процедуры и проводить забор материала, если личность пациента не подтверждена в ходе идентификации** * **Не допускается проводить идентификацию пациента на основании записей, содержащихся на прикроватных табличках** | | |
|  | **При расхождении идентификационной информации необходимо незамедлительно сообщить об этом руководителям отделения и оформить «Отчет об инциденте»** | | |