|  |  |
| --- | --- |
|  | **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»** |