**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства

здравоохранения Донецкой

Народной Республики

от 12.03.2015 № 312

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения  |  | **МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ** |
| Форма первичной учетной документации |
|  |  |  | **№ 001-1/у** |
| Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма | **УТВЕРЖДЕНО** |
|  |  |  | Приказ МЗ  |
|  |  |  | Донецкой Народной Республики |
|  Код  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | № |  |  |  |  |  |
|  |  |
| **Ж У Р Н А Л****отказов в госпитализации** |
| Начат "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 \_\_\_\_\_\_ года |  |  Окончен "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 \_\_\_\_\_\_года  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№****п/п** | **дата** | **время** | **Фамилия, имя, отчество больного** | **Дата рождения** | **Постоянное место жительство больного или адрес родственников, близких,****№ телефона** | **Каким учреждением направлен, кем доставлен больной** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

 продолжение ф. № 001-1/у

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Диагноз учреждения, направившего больного** | **Диагноз, установленный** **в приемном отделении** | **Причина отказа и объективное состояние больного.** **Принятые меры:** **(оказана амбулаторная помощь, направлен в другой стационар)** | **Примечание** |
| **8** | **9** | **10** | **11** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Министр здравоохранения

Донецкой Народной Республики В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства

здравоохранения Донецкой

Народной Республики

от 12.03.2015 № 312

Зарегистрировано в Министерстве

юстиции Донецкой Народной

Республики за регистрационным

№ 141 от 20.05.2015

**ИНСТРУКЦИЯ**

**по заполнению формы первичной учетной документации № 001-1/у**

**«Журнал отказов в госпитализации»**

«Журнал отказов в госпитализации» (далее – форма № 001-1/у) предназначен для регистрации больных, обратившихся с направлением в приемное отделение по поводу госпитализации, но по тем или иным причинам им в госпитализации отказано.

Записи в форме № 001-1/у позволяют анализировать данные о частоте и причинах отказов в госпитализации.

Форма № 001-1/у заполняется в приемном отделении больницы, где записываются сведения о больных, которые не госпитализируются.

В графах 2-6 указываются дата и время обращения больного, паспортные данные и место жительства.

Графы 7-9 заполняются на основании направления на госпитализацию, а также указывается диагноз, установленный в приемном отделении.

В графе 10 указывается причина отказа в госпитализации (отсутствие показаний, направление в другой стационар, отказ самого больного и т.п.) приводится описание объективного состояния больного на время отказа в госпитализации. Конкретно указываются принятые меры (оказанная амбулаторная помощь, направление в другой соответствующий стационар, что рекомендовано больному и т.д.)

Отказом в госпитализации считаются все случаи, когда больной, прибывший в стационар с направлением на госпитализацию, не госпитализируется в данном стационаре, даже если больной отказался сам от необходимой ему госпитализации, в т.ч. и при самообращении больного в приемное отделение.

Если больному по поводу одного и того же заболевания было отказано в госпитализации несколько раз, то каждый отказ в форме № 001-1/у регистрируется отдельно в случае если в учреждении здравоохранения несколько приемных отделений.

Форма № 001-1/у заполняется в каждом из приемных отделений.

В случае ведения формы № 001-1/у в электронном виде, она должна содержать все реквизиты и данные которые имеются в утвержденном бумажном варианте.

Срок хранения формы № 001-1/у – 15 лет.

Министр здравоохранения

Донецкой Народной Республики В.В. Кучковой