

СОДЕРЖАНИЕ

Авторы	7
Введение	8
СТРУКТУРА МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ И В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА	10
Сведения о пациенте (приложение 6)	15
Направление	17
Квитанция на прием личных вещей пациентов	17
Листы информирования пациента	18
Записи о первичной сортировке пациента	19
Протокол первичного осмотра пациента (приложение 7)	20
Предварительный диагноз	22
План обследования	23
План лечения	24
Назначения	26
Обоснование клинического диагноза	26
Клинический диагноз	26
Срок установления клинического диагноза	27
Лист назначений и их выполнение (приложение 16)	28
Медицинские вмешательства — обратная сторона листа назначений	29
Лист регистрации показателей жизненно важных функций организма (приложение 19)	30
Результаты лабораторных исследований	30
Протоколы рентгенологических исследований	32
Лист учета лучевой нагрузки (приложение 20)	34
Протоколы ультразвуковых исследований	34
Протоколы эндоскопических исследований	36

Протоколы функциональных исследований	38
Протокол трансфузии донорской крови и (или) ее компонентов (приложение 17).	40
Лист регистрации трансфузий (переливания) донорской крови и (или) ее компонентов (приложение 18)	40
Осмотры (приложение 8)	40
Записи лечащего врача	41
Дневники наблюдения за пациентом	41
Предоперационный эпикриз (приложение 10)	43
Предоперационный осмотр врачом анестезиологом-реаниматологом (приложение 9).	46
Протокол оперативного вмешательства (приложение 11)	49
Протокол анестезиологического пособия (приложение 12)	53
Карта проведения анестезиологического пособия (приложение 13).	54
Лабораторный мониторинг проведения анестезиологического пособия, интенсивной терапии (приложение 14)	55
Карта проведения реанимации и интенсивной терапии (приложение 15).	56
Этапный эпикриз.	56
Передаточный эпикриз.	56
Обход заведующего отделением	57
Обход главного врача (заместителя главного врача)	57
Консилиум врачей	57
Эпикриз на врачебную комиссию.	58
Протокол сердечно-легочной реанимации	60
Протокол установления смерти человека (приложение 22).	61
Выписной (переводной) эпикриз (приложение 21).	61
Выписка из медицинской карты стационарного больного злокачественным новообразованием (форма 027-1/у)	68
Посмертный эпикриз (приложение 23).	68
Копия протокола патологоанатомического вскрытия или копия заявления об отказе в проведении патологоанатомического вскрытия	74

Дополнительная информация	75
Чек-лист внутреннего контроля качества медицинской помощи (приложение 24).	76
ПРИЛОЖЕНИЯ	77
Приложение 1. Визуальная аналоговая шкала для оценки интенсивности боли	77
Приложение 2. Критерии определения тяжести состояния пациента при первичном осмотре.	78
Приложение 3. Шкала Морзе для оценки риска падения пациента	80
Приложение 4. Пример оценки тяжести травмы	80
Приложение 5. Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара	82
Приложение 6. Сведения о пациенте	87
Приложение 7. Первичный осмотр	89
Приложение 8. Осмотр лечащим врачом, врачом-специалистом, заведующим отделением, лечащим врачом совместно с врачом-специалистом, лечащим врачом совместно с заведующим отделением	95
Приложение 9. Предоперационный осмотр врачом анестезиологом-реаниматологом	99
Приложение 10. Предоперационный эпикриз	101
Приложение 11. Протокол оперативного вмешательства (операции).	103
Приложение 12. Протокол анестезиологического пособия	108
Приложение 13. Карта проведения анестезиологического пособия	111
Приложение 14. Лабораторный мониторинг проведения анестезиологического пособия, интенсивной терапии.	118
Приложение 15. Карта проведения реанимации и интенсивной терапии.	122
Приложение 16. Лист назначений и их выполнение	128
Приложение 17. Протокол трансфузии	132
Приложение 18. Лист регистрации трансфузии (переливания) донорской крови и (или) ее компонентов.	134

Приложение 19. Лист регистрации показателей жизненно важных функций организма	136
Приложение 20. Лист учета лучевой нагрузки	137
Приложение 21. Выписной (переводной) эпикриз	138
Приложение 22. Протокол установления смерти человека	142
Приложение 23. Посмертный эпикриз	143
Приложение 24. Рекомендуемая форма чек-листа внутреннего контроля качества медицинской помощи	147
Приложение 25. Стандарты и клинические рекомендации, критерии оценки качества	150

АВТОРЫ

Махновский Андрей Иванович — кандидат медицинских наук, заместитель главного врача по организации скорой медицинской помощи ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт (СПб НИИ) скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», ассистент кафедры скорой медицинской помощи ФГБОУ ВО «Северо-западный государственный медицинский университет (СЗГМУ) им. И.И. Мечникова» Минздрава России

Мануковский Вадим Анатольевич — доктор медицинских наук, профессор, директор ГБУ «СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», заведующий кафедрой нейрохирургии им. профессора А.Л. Поленова ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России, заслуженный врач РФ

Барсукова Ирина Михайловна — доктор медицинских наук, доцент, руководитель отдела организации скорой медицинской помощи и телемедицины ГБУ «СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики и управления здравоохранением ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России

Турченко Сергей Николаевич — кандидат юридических наук, профессор кафедры пластической и реконструктивной хирургии ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России

Демко Андрей Евгеньевич — доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора по научной работе ГБУ «СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», заведующий второй кафедрой (хирургии усовершенствования врачей) № 2 ФГБОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Минобороны России, заслуженный врач РФ

Кандыба Дмитрий Вячеславович — кандидат медицинских наук, главный врач ГБУ «СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»

Штыкина Наталья Васильевна — заведующая клинико-экспертным отделением ГБУ «СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»

ВВЕДЕНИЕ

Учетная форма № 003/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» (далее — карта) является основным учетным документом медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях.

Порядок ведения карты регламентирован приказом Минздрава России от 05.08.2022 № 530н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара, и порядков их ведения». Особенности ведения карты в отделениях акушерского и гинекологического профиля регламентированы приказом Минздрава России от 20.10.2020 № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю “акушерство и гинекология”».

Карта формируется медицинскими работниками в форме электронного документа, подписанного с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи медицинского работника, в соответствии с Порядком организации системы документооборота в сфере охраны здоровья в отношении ведения медицинской документации в форме электронных документов (утв. приказом Минздрава России от 07.09.2020 № 947н) и (или) оформляется на бумажном носителе.

Карта формируется (оформляется) и ведется на русском языке, допускается внесение наименований лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения буквами латинского алфавита.

Для отражения сведений о характере течения заболевания, травмы, отравления, проведенных медицинских вмешательствах, в том числе диагностических и лечебных мероприятий, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболевания, медицинскую реабилитацию пациента, их результатов, при необходимости используются **вкладыши в карту** по формам, утвержденным приказами Минздрава России.

Карта оформляется **на всех пациентов**, доставленных бригадами скорой медицинской помощи, направленных на госпитализацию или самостоятельно обратившихся в приемное отделение (стационар-

ное отделение скорой медицинской помощи), **в том числе** в случаях отказа в госпитализации в связи с отсутствием медицинских показаний и в связи с отказом пациента.

Карта содержит все необходимые сведения, характеризующие состояние пациента в течение всего времени пребывания в приемном отделении (стационарном отделении скорой медицинской помощи) и отделениях стационара, организацию его обследования и лечения, результаты дополнительных исследований, проведенное лечение и его результат.

Все записи в карте ведутся в хронологическом порядке с указанием даты, времени выполнения медицинских вмешательств, структурного подразделения медицинской организации. Записи должны быть точными, полными, последовательными и читаемыми.

Все записи в карте подтверждаются усиленной квалифицированной электронной подписью медицинского работника или подписью медицинского работника на бумажном носителе с указанием должности, фамилии и инициалов. Не разрешаются сокращение слов и аббревиатуры, затрудняющие понимание текста или допускающие двоякое толкование.

Вклеиваемые в карту бланки должны содержать идентификационные признаки пациента, дату и время выполнения исследования (медицинского вмешательства), идентификационный номер исследования (медицинского вмешательства).

Исправление неправильных (ошибочных) записей разрешается только путем аккуратного зачеркивания с пометкой «запись ошибочна» таким образом, чтобы ошибочная запись осталась читаемой. Исправления подтверждаются подписью врача и заведующего отделением. Не допускается заклеивание неправильных записей или закрашивание их чернилами (маркером, корректором).

В случае выявления каких-либо дополнительных данных в хронологическом порядке делается отдельная запись, предваряемая фразой: «В дополнение к записи от...».

В медицинской организации рекомендуется установить единую и однообразную форму ведения карты, в том числе ее структуру и последовательность разделов.

СТРУКТУРА МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ И В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

На титульном листе карты указываются (приложение 5):

- ▶ наименование и адрес медицинской организации (в соответствии с учредительными документами);
- ▶ основной государственный регистрационный номер медицинской организации;
- ▶ номер карты;
- ▶ фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента;
- ▶ дата рождения пациента;
- ▶ пол пациента;
- ▶ сведения о документе, удостоверяющем личность пациента.

При отсутствии у пациента документа, удостоверяющего личность, ставится отметка о том, что паспортные данные получены со слов, а при невозможности получить соответствующую информацию делается запись «неизвестно».

В строке «Поступил» указываются условия оказания медицинской помощи в медицинской организации, в которую поступил пациент.

В строке «Дата и время поступления» указываются число, месяц, год и время (ч, мин) поступления пациента в медицинскую организацию.

В строке «Поступил через ___ час. после начала заболевания, получения травмы, отравления» со слов пациента указывается время (ч), прошедшее от начала заболевания, получения травмы, отравления до момента поступления в медицинскую организацию (в случае отсутствия таких сведений делается запись «неизвестно»).

В строке «Направлен в стационар (дневной стационар)» указывается, кем пациент был доставлен (направлен) в медицинскую организацию:

- ▶ поликлиникой;
- ▶ выездной бригадой скорой медицинской помощи;
- ▶ полицией;

- ▶ обратился самостоятельно;
- ▶ другое (с указанием обстоятельства поступления пациента в медицинскую организацию).

В строке «Наименование медицинской организации, направившей пациента» в случае направления пациента для получения медицинской помощи в данную медицинскую организацию указываются:

- ▶ наименование направившей пациента медицинской организации;
- ▶ номер и дата направления пациента.

В строке «Поступил в стационар (дневной стационар) для оказания медицинской помощи в текущем году по поводу основного заболевания, указанного в диагнозе» при поступлении указываются сведения о количестве госпитализаций в текущем году по поводу основного заболевания, указанного в строке «Предварительный диагноз (диагноз при поступлении)», а также указывается форма оказания медицинской помощи (плановая, экстренная).

В строках «Наименование отделения», «Профиль коек», «Палата №» указываются соответственно наименование отделения (структурного подразделения) медицинской организации, профиль коек и номер палаты, в которой размещен пациент.

В строках «Переведен в отделение», «Профиль коек», «Палата №», «Дата и время перевода в другое отделение» соответственно указываются наименование отделения (структурного подразделения), профиль коек, дата, время перевода и номер палаты, в которой размещен пациент, в случае перевода пациента внутри медицинской организации.

В строках «Выписан», «Количество дней нахождения в медицинской организации» указываются соответственно число, месяц, год, время выписки (смерти) пациента из медицинской организации и количество дней нахождения пациента в медицинской организации (с даты поступления до даты выписки).

В строке «Диагноз при направлении» в случае направления пациента в медицинскую организацию другой медицинской организацией или структурным подразделением медицинской организации указываются диагноз заболевания (состояния) при направлении пациента и его код согласно Международной статистической классификации болезней (МКБ) и проблем, связанных со здоровьем.

При необходимости в строке «Диагноз при направлении» указываются дополнительные сведения о заболевании, в том числе о сочетанных, конкурирующих и фоновых заболеваниях, а также со-

ответствующие им коды по МКБ, в случае злокачественного новообразования — код классификации по Международной классификации стадий злокачественных новообразований TNM, стадия онкологического заболевания и иные сведения.

В строке «Предварительный диагноз (диагноз при поступлении)» указываются сведения о предварительном диагнозе, включающие сведения об основном заболевании (травме, отравлении) и при наличии — данные об осложнении основного заболевания, внешней причине при травмах, отравлениях, сопутствующих заболеваниях с указанием соответствующих им кодов по МКБ.

В строке «Дополнительные сведения о заболевании» при необходимости указываются дополнительные сведения о заболевании при их наличии, в том числе о сочетанных, конкурирующих и фоновых заболеваниях, а также соответствующие им коды по МКБ, в случае злокачественного новообразования — код классификации по системе TNM, стадия онкологического заболевания и иные сведения.

При поступлении пациента по профилю «медицинская реабилитация» должны указываться сведения по оценке нарушенных функций и ограничений жизнедеятельности в соответствии с Международной классификацией функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, указывается оценка по шкале реабилитационной маршрутизации.

При выявлении у пациента факта употребления алкоголя и иных психоактивных веществ, установлении наличия или отсутствия признаков состояния опьянения в строке «Дополнительные сведения о заболевании» указываются соответствующие сведения, в том числе дата и время взятия пробы и результаты лабораторных исследований (при наличии).

В строке «В анамнезе» в случае наличия в анамнезе пациента поставленного диагноза туберкулеза, инфекции, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), вирусных гепатитов, сифилиса, COVID-19 указывается год постановки диагноза или, при отсутствии сведений, делаются записи «нет», «нет сведений» соответственно.

В строке «Осмотр на педикулез, чесотку» указывается результат осмотра на педикулез, чесотку.

В строке «Аллергические реакции на лекарственные препараты, пищевая аллергия или иные виды непереносимости в анамнезе, с указанием типа и вида аллергической реакции» указываются сведения о наличии в анамнезе аллергических реакций на лекарственные препа-

раты, пищевой аллергии или иных видах непереносимости с указанием типа и вида аллергической реакции со слов пациента, его законного представителя либо иного лица. При отсутствии аллергии или непереносимости необходимо указать «нет». При отсутствии сведений указывается «нет сведений».

В строке «Трансфузии (переливания) донорской крови и (или) ее компонентов (год, осложнения, реакции)» указываются (при наличии) год выполнения трансфузии компонентов крови, осложнения и реакции. При отсутствии трансфузий компонентов крови в анамнезе указывается «нет», при отсутствии сведений указывается «нет сведений».

В строке «Группа крови, резус-принадлежность, антиген К1 системы Kell» указываются сведения о группе крови пациента, резус-принадлежности, антигене К1 системы Kell, иные сведения групповой принадлежности крови (при наличии).

В строке «Диагноз клинический, поставленный в стационаре, дневном стационаре» лечащим врачом указываются сведения о дате и времени постановки диагноза, сведения об основном заболевании (травме, отравлении) и код по МКБ в соответствии с клиническим диагнозом, поставленным в стационаре, дневном стационаре, а также сведения об осложнениях основного заболевания (при наличии), сведения о внешней причине при травмах, отравлениях (при наличии), сопутствующих заболеваниях (при наличии) и их коды по МКБ.

В строке «Дополнительные сведения о заболевании» при необходимости указываются дополнительные сведения о диагнозе (при наличии), в том числе сведения о сочетанных, конкурирующих и фоновых заболеваниях, а в случае злокачественного новообразования — код классификации по системе TNM, стадия онкологического заболевания.

При нахождении пациента в условиях стационара, дневного стационара для прохождения медицинской реабилитации указываются сведения по оценке нарушенных функций и ограничений жизнедеятельности в соответствии с Международной классификацией функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, указывается оценка по шкале реабилитационной маршрутизации. При нахождении пациента в условиях стационара, дневного стационара по профилю «неврология» указывается оценка состояния по шкале реабилитационной маршрутизации.

В строке «Проведенные оперативные вмешательства (операции)» лечащим врачом в графах таблицы указываются сведения о дате проведения, наименовании оперативного вмешательства (операции), виде ане-

стезиологического пособия, объеме кровопотери во время оперативного вмешательства (операции), а также при формировании настоящего раздела карты в форме электронного документа указывается код оперативного вмешательства (операции) согласно номенклатуре медицинских услуг.

В строке «Исход госпитализации» указываются сведения об исходе госпитализации.

В строке «Наименование медицинской организации, куда переведен пациент» в случае перевода пациента в другую медицинскую организацию указывается наименование медицинской организации (в соответствии с учредительными документами).

В строке «Результат госпитализации» указывается состояние пациента на момент выписки из стационара, дневного стационара.

В случае смерти пациента в строке «Умер» указываются наименование отделения, в котором умер пациент, дата и время смерти. В случае смерти беременной в строке «Умерла беременная» указывается срок беременности.

В строке «Выдан листок нетрудоспособности» лечащим врачом указываются (при наличии) сведения о сформированном (оформленном) листке нетрудоспособности (номер, дата выдачи), а в случае выдачи дубликата — номер, дата выдачи дубликата листка нетрудоспособности. Указываются сведения о периоде освобождения от работы, сведения о продлении листка нетрудоспособности (при наличии). В случае выдачи листка нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи указываются фамилия, имя, отчество (при наличии) лица, на имя которого оформлен листок нетрудоспособности.

В строке «Выдано направление на медико-социальную экспертизу» указывается дата выдачи направления (при наличии).

В строке «Сведения о лице, которому может быть передана информация о состоянии пациента» со слов пациента, законного представителя или иного лица указываются фамилия, имя, отчество (при наличии) и номер контактного телефона лица, которому может быть передана информация о состоянии пациента.

В строке «Дополнительные сведения о пациенте» при необходимости указываются дополнительные сведения (при наличии), имеющие значение для оказания медицинской помощи пациенту.

В день выписки пациента из стационара, дневного стационара титульный лист карты подписывается лечащим врачом и заведующим отделением с указанием фамилии, имени, отчества (при наличии), должности и специальности.

СВЕДЕНИЯ О ПАЦИЕНТЕ (ПРИЛОЖЕНИЕ 6)

В строках «Фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента», «Дата рождения», «Гражданство», «Документ, удостоверяющий личность» указываются сведения на основании документа, удостоверяющего личность, при отсутствии у пациента документа, удостоверяющего личность, — со слов пациента, законного представителя или иного лица (при этом ставится отметка «со слов»), а при невозможности получить соответствующую информацию делается запись «неизвестно». Сведения должны быть тождественны указанным на титульном листе.

В строке «Номер телефона», «Адрес электронной почты» указываются номер телефона (при наличии) и адрес электронной почты (при наличии) пациента.

В строке «Регистрация по месту жительства» указываются сведения о месте регистрации пациента на основании документа, в котором указан данный адрес. В случае отсутствия регистрации указывается «нет», при отсутствии сведений о регистрации по месту жительства указывается «нет сведений».

В строке «Регистрация по месту пребывания» указывается адрес фактического проживания со слов пациента, его законного представителя либо иного лица. В случае отсутствия регистрации по месту пребывания указывается «нет», при отсутствии сведений о регистрации по месту пребывания указывается «нет сведений».

В строке «Местность» указывается «городская» или «сельская».

В строке «Семейное положение» указывается «состоит в зарегистрированном браке», «не состоит в зарегистрированном браке» на основании сведений, содержащихся в документе, удостоверяющем личность пациента. При отсутствии сведений делается запись «неизвестно».

В строке «Образование» указываются сведения со слов пациента, его законного представителя либо иного лица. При отсутствии сведений делается запись «неизвестно».

В строке «Занятость» указываются сведения о занятости пациента с его слов, его законного представителя либо иного лица:

- ▶ работает — указывается для всех лиц, имеющих место работы;
- ▶ проходит военную или приравненную к ней службу — указывается для лица, проходящего военную или приравненную к ней службу;

- ▶ пенсионер — указывается для неработающих лиц, получающих трудовую (по старости, по инвалидности, по случаю потери кормильца) или социальную пенсию;
- ▶ учится — указывается для обучающихся в образовательных организациях высшего и среднего профессионального образования;
- ▶ не работает — указывается для трудоспособных граждан, которые не имеют работы и заработка, зарегистрированы в органах службы занятости в целях поиска подходящей работы, ищут работу и готовы приступить к ней;
- ▶ прочее — указывается для лиц, которые заняты домашним хозяйством, и для лиц без определенного места жительства.

В строке «Для детей» указывается соответственно:

- ▶ дошкольник, организован;
- ▶ дошкольник, не организован;
- ▶ школьник.

Сведения о социальном положении ребенка:

- ▶ ребенок-сирота;
- ▶ оставшийся без попечения родителей;
- ▶ проживающий в организации для детей-сирот.

В строках «Место работы, место учебы, наименование дошкольного образовательного учреждения, наименование организации для детей-сирот», «Должность (для работающего)» указываются сведения со слов пациента, его законного представителя либо иного лица.

В строке «Группа инвалидности» указывается (при наличии у пациента) группа инвалидности на основании документа, подтверждающего факт установления инвалидности.

В строке «Лицо, подвергнувшееся радиационному облучению» указывается «да» или «нет».

В строке «Полис обязательного медицинского страхования» указываются сведения о полисе обязательного медицинского страхования застрахованного лица, данные о страховой медицинской организации, выбранной застрахованным лицом или определенной застрахованному лицу, дата выдачи полиса обязательного медицинского страхования.

В строке «СНИЛС» указывается страховой номер индивидуального лицевого счета пациента.

В строке «Основной вид оплаты» указываются сведения об основном виде оплаты медицинской помощи:

- ▶ обязательное медицинское страхование;
- ▶ бюджет;

- ▶ добровольное медицинское страхование (указываются сведения о полисе добровольного медицинского страхования);
- ▶ за плату (указываются дата и номер договора на оказание платных медицинских услуг).

В строке «Сведения об ознакомлении с медицинской документацией» указываются дата ознакомления и фамилия, имя, отчество (при наличии) лица, ознакомившегося с картой, в соответствии с частью 4 статьи 22 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

НАПРАВЛЕНИЕ

Документом — основанием для госпитализации пациента в медицинскую организацию является:

- ▶ направление (форма № 057/у);
- ▶ сопроводительный лист станции (отделения) скорой медицинской помощи (форма № 114/у).

Вместе с направлением на госпитализацию (сопроводительным листом) в медицинскую карту стационарного больного подклеиваются (подшиваются) копии медицинских документов из предыдущего этапа обследования и лечения.

КВИТАНЦИЯ НА ПРИЕМ ЛИЧНЫХ ВЕЩЕЙ ПАЦИЕНТОВ

Квитанция на прием личных вещей пациентов оформляется санитаркой (кастеляншей) приемного отделения (стационарного отделения скорой медицинской помощи). Квитанция подписывается санитаркой (кастеляншей) и пациентом (законным представителем пациента) с указанием фамилии, инициалов, времени и даты.

В случаях, когда пациент не в состоянии подписать квитанцию, составляется акт приема-передачи личных вещей, ценных вещей и документов пациента, в котором их наименования, характеристика и количество заверяются подписями не менее трех медицинских работников.

Запрещается передавать документы и личные вещи пациента без его разрешения третьему лицу, если оно не является его законным представителем.