## НАПРАВЛЕНИЕ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ (МСЭ)

1. Нажмите Создать новую запись 🚺 в правом верхнем углу.



2. Откроется окно, выберите тип записи **EXPERT – Итоги направления на** 

## МСЭ, затем нажмите ОК.

🤨 Новая запись в э	лектронной карте пациента		×
Параметры записи			
Филиал: Врач:	ЛПУ 🗸 ФГБОУ В	ВО СИБГ Рабочая группа: Фамилия	
Отделение: Пациент: Дата:	14.06.2023 09:29		
Тип записи:	Осмотр - Реаниматолог Диагностика - Эндоскопическое исследова Экспертиза - Протокол врачебной комисси Экспертиза - Протокол КИЛИ - Разбор в от Экспертиза - Протокол КИЛИ - Заключение Экспертиза - Протокол КИЛИ - Заключение Экспертиза - Олокол КИЛИ - Заключение Экспертиза - Оликриз на ВК <u>ВХ9471 - Итоги напревления на МСЭ</u> <u>EXPERT - Регистрация направления на МСЭ</u>	п∟ание ли тделении I	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
Этап лечения:	не выбран		ii 🗇
По направлению	В рамках события Текущая койка Карт	ты	
Событие Госпитализа	цИЯ / ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКИЙ О оказать закрытые события	ОТДЕЛ 16.06.2023 ИБ ЛПУ_Д20931/23 - 16.06. Показать события по профилю	2023 09:
		<u>о</u> к	О <u>т</u> мена

<u>Прим.:</u> обратите внимание, чтобы копировались данные из случая госпитализации (диагноз, история заболевания, анамнез жизни), запись должна быть <u>сделана в рамках события</u> <u>госпитализации</u>. При создании записи во вкладке **В рамках события** рядом со строкой события должна быть установлена **зелёная точка** 

По направлению	В рамках события	Текущая койка	Карты		
Событие					
ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ / ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОТДЕЛ 16.06.2023 ИБ ЛПУ_Д20931/23 - 16.06.2023 09:					

3. Поля, выделенные красным цветом, обязательны для заполнения (но с условиями, например, п 3.6 текущей инструкции).

3.1 В блоке **НАПРАВЛЕНИЕ НА МСЭ**: Дата выдачи направления, Протокол ВК: номер, Дата, Направляется, Цель направления (заполняется из *справочника* **v**).

-		НАПРАВЛЕНИЕ НА МСЭ -
Дата выдачи направления:	5	Протокол ВК: Номер Дата: 14.06.2023 🛐
		🗌 МСЭ необходимо провести на дому
Направляется: первично	🗌 повторно	Гражданин нуждается в оказании паллиативной медицинской помощи Нуждается в первидном протезировании
		Плуждается в первичном протезировании
Источник финансирования:	$\checkmark$	
Цель направления:		

3.2 В блоке ДАННЫЕ О ГРАЖДАНИНЕ: Воинская обязанность

- ДАННЫЕ О	ГРАЖДАНИНЕ -		
ФИО: РЕГИСТРИРУЕМЫЙ Пациент Пациентович Дата рождения: 17.05.1999 возраст: 24 Пол:Мужской Документ, удостоверяющий личность: Паспорт гражданина России 11 11 111111 Выдан: Отделом УФМС России по Томской области в Томском районе г.Томска 16.05.2023			
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			
Гражданство: гражданин Российской Федерации	×		
Воинская обязанность:	✓		
СНИЛС: 116-973-385 89 Индекс:	🗌 Лицо без определенного места жительства		
- КОНТАКТНАЯ	ИНФОРМАЦИЯ -		
Телефон: Мобильный телефон: +7 (123) 123-11	22 Электронная почта:		

Гражданство, СНИЛС, Телефон, Мобильный телефон, Электронная почта – подтягиваются автоматически, если данные были указаны регистратором.

3.3 В блоке МЕСТОНАХОЖДЕНИЕ ГРАЖДАНИНА укажите Вид учреждения из *справочника ч* и скопируйте информацию об организации с

помощью быстрого заполнения	

-	МЕСТОНАХОЖДЕНИЕ ГРАЖДАНИНА -	
Вид учреждения:		
Наименование организации:		
Адрес:	ОГРН:	«« <

## 3.4 В блоке ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ (если он есть) в поле ФИО

представителя выберите физическое лицо из справочника 🔍

Γ	- ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ -			
	ФИО представителя: 207801 🐼 ТЕСТОВЫЙ Имя Фамилия 🙀 Очистить			
	СНИЛС: 111-111-111 11 Регион РФ места жительс 🔲 Поиск - Контактные лица и законный представитель пациента	_		×
	Адрес фактического места жительства представителя: Россия, Томская обп., г. Томск, ул. Совхозная, 🛬 5. кв. 5 🛛 🙀 🗽 💭 🔍 🥡 🌱 🗸 💭 🗸 🖉 🗸 🖉			
l	Глобальный уникальный идентификатор адресного объекта оталичие Имя Отчество Дата рождения	Кем приход	цится	
	ТЕСТОВЫЙ Имя Фамилия 27.03.2000 дядя			
L	- ДОКУМЕНТ. У			

Укажите данные о документе, удостоверяющем полномочия законного представительства.

- ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ПОЛНОМОЧИЯ -				
Документ 1 🐼 Свидетельство о рождении				
Серия:	Номер:	Когда выдан:	Кем выдан:	
II-OM	111222	05.06.2000	🔟 Отдел ЗАГС города Томска Комитета ЗАГС Томской области	

Паспортные данные и контактная информация (номера телефонов, электронная почта) подтягиваются автоматически, если данные были указаны регистратором.

Если законный представитель пациента **Организация**, заполните поля: Организация представителя (юр. лицо) из справочника, Наименование (подтягивается автоматически), ОГРН, Адрес, Регион, Глобальный уникальный идентификатор адресного объекта.

-	ОРГАНИЗАЦИЯ -				
Органиазция представителя (юр. лицо): 🛛 Томское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федер 💟					
Наименование: Томское региональное отделение Фонда социального страхования Российскої ОГРН: ОГРН					
Адрес: Адрес					
Индекс: 634034 Регион : 70					
Глобальный уникальный идентификатор	адресного объекта: 889b1f3a-98aa-40fc-9d3d-0f41192758ab				

3.5 В блоке СВЕДЕНИЯ ИЗ СОГЛАСИЯ НА ПРОВЕДЕНИЕ МСЭ заполните: Дата согласия на направление и проведение МСЭ, Предпочтительная форма проведения, Способ получения уведомления из *справочника* 🗇

- СВЕДЕНИЯ ИЗ СОГЛАСИЯ НА	ПРОВЕДЕНИЕ МСЭ		
Дата согласия на направление и проведения МСЭ: 12.06.2023 📓	🚺 - 🖪 🥡	<b>?</b> - 4	► ➡ N <sup>2</sup> 1
Предпочтительная форма проведения: очно 🗸	Дата записи	Nº ⊽	Способ получения уведомлен
Способ получения увеломления: По каналам телефонной связ	1 23.05.2023	1	27806
	<		>

3.6 Если пациент на момент направления <u>обучается</u>, в блоке СВЕДЕНИЯ О ПОЛУЧЕНИИ ОБРАЗОВАНИЯ укажите наименование и адрес образовательной организации, в которой гражданин получает образование; профессия (специальность, для получения которой проводится обучение).

- СВЕДЕНИЯ О ПОЛУЧЕНИИ ОБРАЗОВАНИЯ	
Наименование и адрес образрвательной организации, в которой гражданин получает образование:	
	~
	$\sim$
Курс, класс, возрастная группа детского дошкольного учреждения	
Профессия (специальность), для получения которой проводится обучение:	

3.7 В блоке **СВЕДЕНИЯ О ТРУДОВОЙ ДЯТЕЛЬНОСТИ** заполните: Учреждение, Основная профессия, Квалификация, Специальность, Должность, Стаж работы.

- СВЕДЕНИЯ О ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ -					
Учреждение: Место работы					
Agpec:					
Основная профессия: профессия Регион места работы:					
Квалификация: Квалификация	Стаж работы: 5				
Специальность: <mark>специальность</mark>	]				
Должность: должность	1				

3.8 В блоке КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ обязательные для заполнения: История заболевания, Анамнез жизни, Медицинские изделия, Телосложение, Настоящее состояние, Жалобы, Диагнозы.

	КЛИНИКО-ФУНКЦИОН	АЛЬНЫЕ ДАННЫЕ	
од наблюдения:			
	ИСТОРИЯ ЗА	АБОЛЕВАНИЯ	
1стория заболевания			^
	AHAMHE	З ЖИЗНИ	
намнез жизни			^
	МЕДИЦИНС	КИЕ ИЗДЕЛИЯ	
еречень медицинских изделий:			
iet			^
	ПОКАЗАТЕЛИ СОС	СТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА	
ост: 170 Вес: 60 ИМ	T: 20	Телосложение: Н	ормостеническое 🗸 🗸 🗸
	настояще	СОСТОЯНИЕ	
Настоящее состояние пациента	пастолщее		^
	жал	105Ы	
ктивно не предъявляет			^
	диаг	нозы	
<b>+ 10                  </b>	▶ №]    🔼		
№ Вид заболевания	Код по МКБ-10		Классификация
1 1 - основное заболевание	170.2 Атеросклероз арте	ерий конечностей	Заключительный клинический
IKE-10		Due 6	
70.27 V 170.2 Atenocktence antenu	й конечностей	нид засолевания: 1 - основное заболевание	классификация: Заключительный кли 🖉
Troiz Arepockiepos aprepi	иконечностей	- соновное заболевание	
иагноз:			
атеросклероз артерий конечностей			^

3.9 В блоке **Рекомендации** заполните информацию в полях: Реконструктивная хирургия, Мероприятия по протезированию и ортезированию, Санаторно-курортное лечение.

- РЕКОМЕНДАЦИИ	-
Медицинская реабилитация:	
	~
	$\sim$
Реконструктивная хирургия:	
нет	^
	$\sim$
Мероприятия по протезированию и ортезированию:	
нет	^
	$\sim$
Санаторно-курортное лечение:	
не показано	~
	$\sim$

4. Добавьте участников комиссии (должно быть не больше двух человек,

## один из которых должен быть председатель) с помощью Создать запись

- УЧАСТНИКИ -				
🚺 - 🖪 🗑 🔺 🗸	Nº1    2			
Nº T Rhai	Должность	Роль в комиссии		
* Создать запись				

5. В полях ниже из справочника 🖤 выберите Врача, Должность, Роль в

#### комиссии.

🚺 🗸 📲 🗑 🖌 📥 N <sup>2</sup> 7/3		
№ ⊽ Врач	Должность	Роль в комиссии
<ul> <li>Кравцова Тамара Геннадьевна</li> </ul>	профпатолог	1
	1 X	
Врач: 🔽 Кравцова Тамара Геннадьевна		
Должность: <b>профпатолог</b>	🛛 Роль в комиссии: 👖 📿 Председатель	

## 6. Перейдите в нижней панели в раздел СЭМД.

<		
🕎 🔇 Направление на МСЭ	<u>СЭМД</u>	]

7. Справа от списка учетных форм нажмите Создать -> СЭМД:

Направление на медико-социальную экспертизу (Редакция 6).

-						
обратных сообщений	≪ Создать	\chi Удалить				
OID организации						
		Проверка формы и блокиро	вка от изменени			
Поиск - NIEMC_EXPO	RT_TYPES	-	- 🗆 X			
🙀 🙀 🗋 🔍 🕷	🜱 - 🚺 🖾 -					
Учетная форма						
Содержит 🗸	×					
Учетная форма						
СЭМД "Медицинское сви	детельство о смерти" ред. 5					
СЭМД: Выписка из протокола врачебной комиссии (Редакция 1)						
СЭМД: Направление на го	оспитализацию для оказания в МІ	ח				
СЭМД: Направление на го	СЭМД: Направление на госпитализацию для оказания СМП					
СЭМД: Направление на медико-социальную экспертизу (Редакция 6)						
СЭМД: Протокол инструментального исследования (Редакция 2)						
СЭМД: Протокол консультации (Редакция 3)						
СЭМД: Протокол лабораторного исследования (Редакция 4)						
СЭМД: Эпикриз в стационаре выписной (Редакция 4)						

8. Дождитесь уведомления об успешном сборе данных. Нажмите Ок.

Внимание	$\times$
Результаты создания учетных форм: [1 из 1] СЭМД: Направление на медико-социальную экспертизу (Редакция 6)	
Οκ	

# ПОИСК И ВНЕСЕНИЕ УНИКАЛЬНОГО ГЛОБАЛЬНОГО ИДЕНТИФИКАТОРА АДРЕСНОГО ОБЪЕКТА

9. В СЭМД необходимо указывать идентификаторы адресного объекта по Федеральной информационной адресной системы (далее - ФИАС), а именно: адрес фактического места жительства пациента, адрес филиала страховой компании или юридического лица, адрес фактического места жительства законного представителя (при наличии) и адрес организации, где учится пациент (на момент направления).

10. Откройте сайт ФИАС <u>https://fias.nalog.ru/</u> в браузере

11. Выберите пункт Административно-территориальное деление [1] и введите в соответствующее поле адрес [2]. Нажмите Найти [3].

ФЕДЕРАЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИОННАЯ АДРЕСНАЯ СИСТЕМА	Обратиться в службу технической поддержки	Вход в личный кабинет 📃
Муниципальное деление О Административно	-территориальное деление	1
Томская область, г Томск, ул Совхозная, д. 5		<b>х</b> Найти
→ Расширенный поиск	2	3

12.Из предложенных данных скопируйте Уникальный номер ГАР (FIAS ID).

Томская область, г Томск, ул Совхозная, д. 5		
Детальная информация История изменений		
Информация по адресообразующим элементам	?	Просмотреть
История изменения адреса	?	Просмотреть
Муниципальное деление	?	Томская область, городской округ город Томск, город Томск, улица Совхозная, дом 5
Административно-территориальное деление	?	Томская область, город Томск, улица Совхозная, дом 5
ИФНС ФЛ	?	7000
ИФНС ЮЛ	?	7000
ΟΚΑΤΟ	?	69401000000
ОКТМО	?	69701000001
Почтовый индекс	?	634021
Уникальный номер ГАР (FIAS ID)	?	a8023f0e-b535-473d-b798-0ae12974835d

13. Воспользуйтесь поиском по разделам и полям в том же разделе СЭМД.



## 14. Вставьте в поле Глобальный уникальный идентификатор адресного

#### объекта.

	<ul> <li>посальныя уникальныя идентификатор адресного совекта</li> </ul>	
	<ul> <li>Глобальный уникальный идентификатор дома</li> </ul>	
🚔 A;	дрес фактического места жительства пациента	
	Государство	РОССИЯ
•	Район	
•	Населенный пункт	г. Томск
•	Улица	ул. Совхозная
•	Дом (корпус, строение)	5
•	Квартира	6
•	Регион РФ \star	7 Томская область
•	Почтовый индекс	
= 🖴	Адрес по ФИАС 🗶	<u> </u>
	<ul> <li>Глобальный уникальный идентификатор адресного объекта *</li> </ul>	a8023f0e-b535-473d-b798-0ae12974835d

15. Тоже самое необходимо сделать с адресом страховой компании или юридического лица.

	🚔 Контакты страховой компании или юридического лица	
	• 🕂 Телефон \star	
	Мобильный телефон	
	<ul> <li>+ Электронная почта</li> </ul>	
	• + Факс	
	• 🕂 Веб-сайт	
-	🚔 Адрес страховой компании или юридического лица	
	• Адрес текстом *	ООО ВТБ МЕДИЦИНА
	<ul> <li>Регион РФ *</li> </ul>	70 Томская область
	<ul> <li>Почтовый индекс</li> </ul>	
	📮 🚖 Адрес по ФИАС 🗯	
	<ul> <li>Глобальный уникальный идентификатор адресного объекта *</li> </ul>	1bc67473-da42-4af7-b71f-33a7fa67166d

16. В случае наличия законного представителя, то необходимо также указать

идентификатор по ФИАС его адреса фактического места жительства.

	<ul> <li>Дата выдачи документа *</li> </ul>	
=	Адрес фактического места жительства представителя	
	• Адрес текстом 🗶	Россия, Томская обл., г. Томск, ул. Совхозная, д. 5, кв. 5
	Регион РФ *	70 Томская область
	<ul> <li>Почтовый индекс</li> </ul>	
	🔄 Адрес по ФИАС 🔺	
	• Глобальный уникальный идентификатор адресного объекта	*
	<ul> <li>Глобальный уникальный идентификатор дома</li> </ul>	

17. Заполненный СЭМД должен подписать председатель в этой записи врачебной комиссии под штатной единицей заместителя главного врача.

•		
ИЭМК. Журнал обратных сообщений	≪ Создать	
M_DEP_II OID организации		≼ Перез
131 1.2.643.5.1.13.13.12.2.70.7226	Подтвердить	Проверка форм
>		Формирование
– передан в ЕГИСЗ 📕 - есть ошибки	Отменить подпись	
-		
Авто Мин Макс		