

Министерство здравоохранения Российской Федерации

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

**«ТВЕРСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**
(ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России)

Положение

Принято
решением Ученого совета
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ
Минздрава России
(протокол № 2
от 24.09. 2019 г.)

«УТВЕРЖДАЮ»
Ректор ФГБОУ ВО Тверской ГМУ
Минздрава России


Л.В. Чичановская

(приказ от 24 09 2019 г.)

ПОЛОЖЕНИЕ
о порядке участия обучающихся
в оказании медицинской помощи гражданам
в рамках практической подготовки
на стоматологических кафедрах
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России

Тверь - 2019

1. Общие положения

1.1. Настоящее положение разработано в соответствии с требованиями Гражданского кодекса Российской Федерации, Федерального закона от 12.01.1996 г. № 7-ФЗ «О некоммерческих организациях», Федерального закона от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», Федерального закона от 21.11. 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Приказа Министерства здравоохранения РФ от 22.08.2013 г. № 585н «Об утверждении Порядка участия обучающихся по основным профессиональным образовательным программам и дополнительным профессиональным программам в оказании медицинской помощи гражданам и в фармацевтической деятельности» Устава Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования» Тверской государственной медицинской университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее - «Университет»).

1.2. Настоящее положение определяет порядок и правила участия обучающихся по основным профессиональным образовательным программам и дополнительным профессиональным программам – студентов, ординаторов, аспирантов (далее – «обучающихся») в оказании медицинской помощи гражданам на стоматологических кафедрах, расположенных на базе стоматологической поликлиники Университета по адресу: г. Тверь, Беляковский переулок, д. 21, (далее – «стоматологической поликлиники») в рамках практической подготовки обучающихся.

1.3. Основными целями принятия настоящего положения являются:

1.3.1. Организация практической подготовки обучающихся в процессе оказания медицинской помощи гражданам.

1.3.2. Формирование, закрепление и развитие у обучающихся практических навыков и компетенций в процессе выполнения определенных видов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью.

1.4. Ректорат Университета, руководство стоматологической поликлиники и профессорско-педагогический состав стоматологических кафедр совместно создают условия для участия обучающихся в оказании медицинской помощи гражданам в рамках практической подготовки обучающихся.

1.4. Действие настоящего положения распространяется на указанные в нём структурные подразделения Университета.

2. Организация и порядок участия обучающихся в оказании медицинской помощи

2.1. В рамках практической подготовки к участию в оказании медицинской помощи гражданам допускаются обучающиеся:

- успешно прошедшие необходимую теоретическую подготовку;
- имеющие практические навыки участия в оказании медицинской

помощи гражданам, в том числе приобретенные на моделях (симуляторах) профессиональной деятельности;

- прошедшие вводный инструктаж по охране труда, технике безопасности и пожарной безопасности на рабочих местах, подтвердив такое прохождение своей подписью в соответствующем журнале;
- прошедшие инструктаж о соблюдении врачебной тайны, подтвердив такое прохождение своей подписью в соответствующем журнале;
- прошедшие инструктаж о неразглашении персональных данных, ставших им известными в процессе практической подготовки, и оформившие подписку о неразглашении указанной информации;
- прошедшие предварительные и периодические медицинские осмотры, подтверждённые медицинской книжкой и паспортом здоровья.

2.2. Практическая подготовка обучающихся осуществляется в форме учебных занятий и непосредственной практической деятельности.

2.3. Практическая подготовка обучающихся осуществляется в помещениях стоматологической поликлиники, соответствующих требованиям, предъявляемым к местам оказания медицинской помощи.

2.4. Руководителями практической подготовки обучающихся являются сотрудники стоматологической кафедры (при проведении клинко-практических занятий) либо сотрудники стоматологической поликлиники (при осуществлении непосредственной практической деятельности (практик)), назначаемые заведующими соответствующей кафедры или профильного отделения стоматологической поликлиники.

2.5. Оказание стоматологической медицинской помощи пациентам (лечение, удаление, протезирование, профилактика и др.) проводятся сотрудником кафедры с участием обучающихся 3-5 курсов стоматологического факультета в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом.

2.6. Вид и объем медицинской помощи, к выполнению которой допущен обучающийся, определяется руководителем практической подготовки с учетом этапа обучения и степени освоения обучающимся практических навыков.

2.7. Прием пациентов, медицинская помощь которым оказывается с участием обучающихся, осуществляется в соответствии с учебным расписанием, утвержденным ректором Университета.

2.8. Ординаторы и аспиранты могут участвовать в оказании всех видов медицинской стоматологической помощи в соответствии с квалификационными характеристиками имеющегося у них сертификата специалиста или свидетельства об аккредитации.

2.9. На всех этапах практической подготовки осуществляется полный неотрывный контроль за участием обучающихся в оказании медицинской стоматологической помощи. Осуществление такого контроля возлагается на руководителя практической подготовки.

2.10. Помещения и медицинская техника (оборудование), лекарственные препараты, расходные материалы и иные материальные

запасы используются сотрудниками стоматологической поликлиники, кафедр и обучающимися в порядке, определяемом приказами ректора Университета.

2.11. Практическая подготовка для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов осуществляется с учетом особенностей их психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья в соответствии с клиническими рекомендациями.

3. Порядок оформления отношений Университета с пациентами, медицинская помощь которым оказывается с участием обучающихся

3.1. Участие обучающихся в оказании медицинской помощи гражданам в ходе практической подготовки осуществляется при наличии письменного согласия пациентов или их законных представителей и с соблюдением медицинской этики. Информированное добровольное согласие (ИДС) на стоматологическое лечение с участием обучающегося заполняется по установленной настоящим положением форме (Приложение №2).

3.2. Оказание медицинской помощи в рамках практической подготовки ординаторов, обучающихся по специальностям «Стоматология хирургическая», «Стоматология терапевтическая», «Стоматология общей практики», «Челюстно-лицевая хирургия», «Стоматология детская» осуществляется в учебно-клинических кабинетах кафедр терапевтической, хирургической стоматологии, пародонтологии, детской стоматологии и ортодонтии, стоматологии без взимания платы.

3.3. Оказание медицинской помощи в рамках практической подготовки студентов, принимающих участие в выполнении определенных видов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью, и установленных для соответствующего этапа обучения, осуществляется в учебно-клинических кабинетах кафедр терапевтической, хирургической стоматологии, пародонтологии, детской стоматологии и ортодонтии без взимания платы.

3.4. Оказание медицинской помощи в рамках практической подготовки обучающихся по специальностям «Ортодонтия» и «Стоматология ортопедическая» осуществляется на возмездной (договорной) основе.

3.5. Договоры об оказании платных услуг, заключаемые в рамках практической подготовки ординаторов, обучающихся по специальности «Стоматология ортопедическая», оформляются согласно утвержденному прейскуранту, с использованием материалов, приобретенных из средств поликлиники.

3.6. Договоры об оказании платных услуг, заключаемые в рамках практической подготовки ординаторов, обучающихся по специальности «Ортодонтия», а также студентов, проходящих подготовку в рамках дисциплины «Стоматология ортопедическая», оформляются со скидкой в размере 20% от утвержденного прейскуранта, с использованием материалов, приобретенных из средств поликлиники.

3.7. Запрещается понуждение пациентов к заключению договоров об оказании платных услуг, связанных с практической подготовкой обучающихся.

3.8. Нумерация договоров, указанных в пп.3.5.-3.6. настоящего положения, должна содержать пометку «О» (образование), а тексты договоров – обязательное указание на участие обучающихся в оказании медицинской помощи.

3.9. Первичной медицинской документацией, опосредующей медицинскую помощь, оказываемую с участием обучающихся, является:

3.9.1. Амбулаторная карта стоматологического больного (форма 043У) – в случае предоставлении медицинских услуг на договорной основе.

3.9.2. Карта стоматологического пациента (приложение №1) – при оказании медицинской помощи бесплатно.

3.9.3. Информированное добровольное согласие на оказание медицинской помощи с участием обучающихся (приложение №2) и карта здоровья оформляются в обоих указанных случаях.

3.10. Оформление медицинской документации, опосредующей оказание медицинской помощи с участием обучающихся, производится специально назначенным для этого обучающимся в помещении, обособленном от общей регистратуры поликлиники.

3.11. Оказание платных медицинских услуг сотрудниками стоматологических кафедр, ответственных за практическую подготовку обучающихся, допускается, если указанные сотрудники устроены в соответствующее отделение в качестве врача на условиях внутреннего совместительства.

4. Ответственность за реализацию настоящего положения

4.1. Ответственность за качество оказания медицинской стоматологической помощи гражданам в рамках практической подготовки обучающихся возлагается на руководителя практической подготовки обучающихся.

4.2. Ответственность за организацию практической подготовки и соблюдение обучающимися, лаборантами и уборщиками кафедр правил противопожарной безопасности, охраны труда, техники безопасности и санитарно-эпидемиологических правил и гигиенических нормативов, несут совместно ответственный сотрудник стоматологической поликлиники и преподаватель стоматологической кафедры.

4.3. Контроль за сохранностью оборудования и экономным расходованием стоматологических материалов возлагается на заведующего кафедрой, главного врача стоматологической поликлиники и помощника ректора по организации бизнес-процессов в стоматологии.

4.4. Информация обо всех нарушениях настоящего положения, а также о наличии жалоб и замечаний со стороны граждан, незамедлительно

доводится до заведующего соответствующей стоматологической кафедрой и главного врача стоматологической поликлиники

5. Заключительные положения

5.1. Настоящее положение принимается Учёным советом, утверждается приказом ректора Университета и вступает в силу с момента издания приказа о его утверждении.

5.2. Настоящее положение доводится до сведения сотрудников Университета и обучающихся путём его размещения на официальном сайте Университета в сети «Интернет» не позднее 3 дней с момента его вступления в силу.

5.3. Изменения и дополнения в настоящее положение, а также принятие его в новой редакции осуществляется в том же порядке, который установлен для его принятия.

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
С УЧАСТИЕМ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ОСНОВНЫМ
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМ ПРОГРАММАМ
И ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ ПРОГРАММАМ**

В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11. 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», на основании представленной мне медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи,

я, _____ (фамилия, имя,
отчество полностью)

родивший(ая)ся _____ года,

являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) (подчеркнуть) ребенка или лица, признанного недееспособным:

_____ (фамилия, имя,
отчество ребёнка либо подопечного полностью)

родившегося(ейся) _____ года,

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в стоматологической поликлинике ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России (далее стоматологическая клиника университета)

(диагностические мероприятия и мероприятия, связанные с лечением моего заболевания)

Преподавателем стоматологической клиники университета (врачом-стоматологом)

_____ (фамилия, имя, отчество полностью)

мне сообщена и разъяснена информация о возможных альтернативных вариантах лечения имеющихся у меня стоматологических заболеваний. Со мной согласован и мною одобрен предложенный предварительный план стоматологического лечения, даны полные разъяснения о характере, целях и примерной продолжительности лечения, возможных неблагоприятных последствиях, осложнений.

Я предупрежден(а) о возможности коррекции намеченного стоматологического лечения в зависимости от ситуации, складывающейся в процессе его реализации, о чем меня своевременно предупредил лечащий врач. Я понимаю необходимость рентгенологической диагностики и контроля качества лечения в будущем. Я предупрежден о том, что несоблюдение назначений и рекомендаций врача, режима приема назначенных лекарственных препаратов, неявка в назначенное лечащим врачом время на очередной этап лечения и последующие профилактические осмотры могут осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Я проинформирован(а) о возможном рентгенологическом обследовании, получил(а) исчерпывающую информацию по предполагаемому обследованию и даю на него свое согласие.

Я проинформирован(а) о возможном применении анестезии (обезболивания) и других лекарственных средств в соответствии с инструкциями по их применению, возможность ознакомления с которыми мне была представлена в ходе лечения, и понимаю риск развития непредсказуемых возможных осложнений, связанных с применением анестезии и других лекарственных средств. Я даю свое добровольное согласие на применение анестезии и применение лекарственных средств.

Я информирован(а) о возможных побочных действиях, используемых при моем лечении лекарственных препаратов (анестетики, антисептики, антибиотики, кортикостероидные препараты и др.), используемых стоматологических материалов и технологий, о необходимости соблюдать режим, все рекомендации и назначения лечащего врача в ходе лечения и по его окончании, немедленно сообщать врачу о любом изменении самочувствия.

Мне известно, что в ходе проведения лечения могут быть выявлены заболевания, которые

потребуется изменения объема медицинского вмешательства и изменения плана лечения, на что даю свое добровольное согласие.

Мне понятно, что лечение должно быть комплексным, включая при необходимости терапевтическую, хирургическую санацию, лечение заболеваний пародонта, ортопедическое и ортодонтическое лечение, а также обследование и лечение у врачей других специальностей по поводу сопутствующих заболеваний.

Я извещен(а) о негативных последствиях, которые могут возникнуть в случае моего полного или частичного отказа от лечения, или при моем самостоятельном прерывании реализации согласованного плана стоматологического лечения.

Я понимаю, что мне гарантировано лишь то, что все необходимые и согласованные со мной лечебные манипуляции будут выполнены в соответствии с профессиональными стандартами и протоколами лечения.

Я подтверждаю, что в Анкете анамнеза названы все известные имеющиеся у меня болезни и недуги и подтверждаю, что добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ч.9 ст.20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них.

Получив полную информацию о предстоящем медицинском вмешательстве, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов и я добровольно соглашаюсь на медицинское вмешательство. Запрета или противопоказаний для проведения медицинского вмешательства не имеется за исключением

_____ (указать исключения)

Я согласен(а) на применение всех необходимых по состоянию здоровья лекарственных препаратов (в том числе анестезии), за исключением _____

_____ (указать исключения)

Я также даю согласие на обработку персональных данных в объеме и способами, указанными в ст. 3, ст.5, ст. 6 Федерального закона №152-ФЗ «О персональных данных».

Я проинформирован(а) о возможной аудио-и видеосъемке в процессе осуществления медицинских вмешательств и даю свое согласие на проведение и использование аудио-и видеозаписей в научных целях. Мне разъяснено, что при любом последующем использовании этих данных, мое имя не будет упомянуто и регламент закона о сохранении медицинской информации (тайны о пациенте) нарушен не будет.

В соответствии с ч. 7 ст.82 Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ – «Об образовании в Российской Федерации», ч.9 ст. 21 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Приказа Министерства здравоохранения РФ от 22.08.2013 № 585н «Об утверждении Порядка участия обучающихся по основным профессиональным образовательным программам и дополнительным профессиональным программам в оказании медицинской помощи гражданам и в фармацевтической деятельности» я даю свое согласие на участие обучающихся ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России в процессе оказания мне медицинской помощи.

Мне разъяснено и понятно мое право на отказ от участия обучающихся в оказании мне медицинской помощи. В случае моего отказа от участия обучающихся в оказании медицинской помощи медицинская организация окажет медицинскую помощь без участия обучающихся.

Сведения о **выбранных мною лицах**, которым в соответствии с п. 5 ч.3 ст. 19 Федерального закона от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого являюсь _____

_____ фамилия, инициалы и подпись пациента (законного представителя)

« » _____ 20 ____ г

Согласие прочитано и подписано указанным выше лицом в моём присутствии.

Врач

(_____)

« » _____ 20 __ г