

**ПРИКАЗ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ПРИДНЕСТРОВСКОЙ МОЛДАВСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

О внесении изменений и дополнений в Приказ Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 9 октября 2019 года № 722 «О порядке проведения контроля качества и безопасности медицинской деятельности в государственных лечебно-профилактических учреждениях» (САЗ 19-47)

В соответствии с Постановлением Правительства Приднестровской Молдавской Республики от 6 апреля 2017 года № 60 «Об утверждении Положения, структуры и предельной штатной численности Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики» (САЗ 17-15) с изменениями и дополнениями, внесенными постановлениями Правительства Приднестровской Молдавской Республики от 14 июня 2017 года № 148 (САЗ 17-25), от 7 декабря 2017 года № 334 (САЗ 17-50), от 17 октября 2018 года № 352 (САЗ 18-42), от 14 декабря 2018 года № 448 (САЗ 18-51), от 26 апреля 2019 года № 143 (САЗ 19-17), от 8 августа 2019 года № 291 (САЗ 19-30), от 15 ноября 2019 года № 400 (САЗ 19-44), от 29 сентября 2020 года № 330 (САЗ 20-40), от 22 октября 2020 года № 364 (САЗ 20-43), от 8 декабря 2020 года № 433 (САЗ 20-50), от 25 января 2021 года № 19 (САЗ 21-4), от 30 декабря 2021 года № 426 (САЗ 21-52), от 20 января 2022 года № 11 (САЗ 22-2), от 28 октября 2022 года № 402 (САЗ 22-43), от 9 ноября 2022 года № 411 (САЗ 22-44), от 23 декабря 2022 года № 485 (САЗ 23-1), от 19 января 2023 года № 15 (САЗ 23-3), от 16 февраля 2023 года № 55 (САЗ 23-7), от 31 мая 2023 года № 186 (САЗ 23-22), от 12 октября 2023 года № 341 (САЗ 23-41), от 18 декабря 2023 года № 425 (САЗ 23-51), от 22 января 2024 года № 31 (САЗ 24-5), от 3 июля 2024 года № 302 (САЗ 24-28), от 5 августа 2024 года № 365 (САЗ 24-33), в целях совершенствования контроля за лечебно-диагностическим процессом и улучшения качества оказания медицинской помощи населению, приказываю:

1. Внести в Приказ Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 9 октября 2019 года № 722 «О порядке проведения контроля качества и безопасности медицинской деятельности в государственных лечебно-профилактических учреждениях» (САЗ 19-47) с изменением, внесённым Приказом Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 3 апреля 2024 года № 284-ОД (официальный сайт Министерства юстиции Приднестровской Молдавской Республики, номер опубликования: 2024000682, дата опубликования: 11 апреля 2024 года), следующие изменения и дополнения:

а) пункт 1 Приказа дополнить подпунктом е) следующего содержания:

«е) Положение о порядке организации и проведения клинико-патологоанатомических конференций в лечебно-профилактических учреждениях согласно Приложению № 6 к настоящему Приказу.»;

б) Приложение № 4 к Приказу изложить в редакции согласно Приложению № 1 к настоящему Приказу;

в) Приложение № 5 к Приказу изложить в редакции согласно Приложению № 2 к настоящему Приказу;

г) Приказ дополнить Приложением № 6 согласно Приложению № 3 к настоящему Приказу.

2. Направить настоящий Приказ на официальное опубликование в Министерство юстиции Приднестровской Молдавской Республики.

3. Настоящий Приказ вступает в силу со дня, следующего за днем его официального опубликования.

И.о. министра

С. ДОЛГАНОВА

г. Тирасполь
12 августа 2024 г.
№ 568

Приложение № 1 к Приказу
Министерства здравоохранения
Приднестровской Молдавской Республики
от 12 августа 2024 года № 568

«Приложение № 4 к Приказу
Министерства здравоохранения
Приднестровской Молдавской Республики
от 9 октября 2019 года № 722

Положение о лечебно-контрольной комиссии

1. Общие положения

1. Лечебно-контрольная комиссия (далее – ЛКК) является коллегиальным и совещательным органом и предназначена для обсуждения и анализа качества лечебно-диагностического процесса.

2. Руководство деятельностью ЛКК осуществляется председателем комиссии (или заместителем председателя ЛКК).

3. ЛКК создается:

а) в государственном лечебно-профилактическом учреждении на основании ежегодного приказа руководителя учреждения и является органом оперативного контроля состояния лечебно-диагностического процесса, организации медицинской помощи населению в конкретном лечебно-профилактическом учреждении.

Председателем ЛКК является руководитель лечебно-профилактического учреждения, заместителем председателя – заместитель главного врача по профилю, секретарем комиссии – один из врачей лечебно-профилактического учреждения. Состав ЛКК назначается из числа заведующих отделениями, врачей с квалификационной категорией не ниже первой, профессорско-преподавательского состава профильных организаций образования;

б) в государственном лечебно-профилактическом учреждении с привлечением руководителей (или заместителей руководителей, руководителей профильных подразделений и специалистов) других лечебно-профилактических учреждений и (или) представителей Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики, на основании приказа руководителя лечебно-профилактического учреждения, на базе которого планируется проведение заседания, по определенному случаю оказания медицинской помощи с учетом функций ЛКК и является органом оперативного контроля состояния лечебно-диагностического процесса, организации медицинской помощи населению с расширенным функционалом (расширенная ЛКК);

в) министром здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики (или уполномоченным им лицом) по определенному случаю оказания медицинской помощи с учетом функций ЛКК и является органом оперативного контроля состояния лечебно-диагностического процесса, организации медицинской помощи населению в рамках проводимого заседания расширенного ЛКК с расширенным функционалом с привлечением по усмотрению председателя ЛКК, которым является Министр (или

начальник Управления организации медицинской помощи), представителей Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики, главных внештатных специалистов Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики, руководителей (или заместителей руководителей, руководителей профильных подразделений и специалистов) из разных лечебно-профилактических учреждений на основании приказа Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики (расширенная ЛКК).

ЛКК в своей работе руководствуется требованиями действующего законодательства Приднестровской Молдавской Республики и настоящим Положением.

4. Основные задачи ЛКК:

а) на заседаниях ЛКК обсуждаются случаи грубого нарушения лечебно-диагностического процесса и летальных исходов, требующие более глубокого изучения и анализа, при необходимости с привлечением консультантов. На основании проведенного анализа ЛКК принимает решения, позволяющие администрации лечебно-профилактического учреждения оперативно решать вопросы организационного характера, направленные на повышение качества лечебно-диагностического процесса и предотвращение повторных дефектов при оказании медицинской помощи;

б) на ЛКК рассматриваются случаи оказания медицинской помощи, завершившиеся летальным исходом или без такового. Заседания комиссии проводятся не позднее 1 (одного) месяца после выявления объекта анализа ЛКК. В исключительных случаях заседания ЛКК могут быть проведены в сроках, превышающих (свыше) 1 (одного) месяца после выявления объекта анализа ЛКК.

5. Объектами анализа ЛКК являются:

а) случаи оказания медицинской помощи, определенные в результате работы комиссии по изучению летальных исходов для рассмотрения на ЛКК;

б) случаи перинатальной (антенатальной и интранатальной) и детской смертности;

в) материнская смертность;

г) случаи смерти пациентов на операционном столе после инвазивных манипуляций и исследований, а также после переливания крови и заместительных растворов;

д) ятрогенные осложнения, обусловленные неадекватными, дефектными или неправильными медицинскими воздействиями, явившиеся причиной летального исхода;

е) грубые лечебно-диагностические дефекты при ургентной патологии (хирургической, урологической, терапевтической, акушерской и иной);

ж) своевременно не диагностированные инфекционные заболевания;

з) случаи грубых нарушений в назначении и использовании лечебно-диагностических методов и средств;

и) случаи серьезных дефектов в оформлении медицинской документации;

к) случаи, оставшиеся спорными после их обсуждения на заседаниях комиссии по изучению летальных исходов;

л) случаи, рекомендованные к рассмотрению медико-этической комиссией.

2. Порядок работы ЛКК

6. Председатель ЛКК осуществляет общее руководство работой ЛКК, определяет время и место заседания, состав ее участников, повестку заседания, назначает докладчиков, рецензентов и при необходимости экспертов. В отдельных случаях, при отсутствии председателя ЛКК эти функции может выполнять заместитель председателя ЛКК.

7. Функции членов ЛКК:

а) по поручению председателя ЛКК готовят к заседанию ЛКК необходимую информацию по вопросам программы ЛКК;

б) участвуют в обсуждении вопросов программы ЛКК, высказывают свои предложения и замечания по качеству оказанной медицинской помощи и качеству оформления первичной медицинской документации;

в) участвуют в проведении этапа экспертной оценки качества медицинской помощи,

оказанной пациенту в учреждении;

г) участвуют в голосовании при принятии решений по вопросам повестки дня заседания ЛКК.

8. Секретарь ЛКК:

а) заблаговременно, но не позже, чем за 3 (три) рабочих дня, оповещает постоянных и приглашенных участников разбора о времени и месте проведения ЛКК, повестке заседания, передает рецензентам не позже, чем за 7 (семь) рабочих дней, всю информацию и документацию, необходимую для проведения разбора;

б) несет ответственность за своевременное представление привлеченными специалистами для участия в ЛКК докладов, рецензий и экспертных оценок, а также других необходимых документов, до запланированного заседания ЛКК для их представления председателю (заместителю председателя) с целью ознакомления;

в) ведет протокол заседания ЛКК согласно Приложению к настоящему Положению.

9. Специалисты, привлеченные в качестве докладчиков по рассматриваемому случаю на заседании ЛКК, обязаны представить подробные пояснения в виде доклада, с отражением:

а) тактики ведения пациента с учетом этапа, со ссылкой на требования нормативных правовых актов;

б) сведений, отражающих динамику состояния, излагая её в хронологической последовательности, отмечая проблемы, возникшие при оказании медицинской помощи, с представлением соответствующих подтверждающих документов (данные обследований, консультаций и так далее);

в) информации об исполнении (неисполнении) утвержденных требований нормативных правовых актов по тактике введения (в случае неисполнения отражаются все причины);

г) данных, подтверждающих наличие каких-либо особенностей ведения с указанием причин.

Участие всех специалистов в заседании ЛКК, имеющих отношение к рассматриваемому случаю, является обязательным.

10. Рецензент, назначенный для анализа конкретного клинического случая, письменно представляет:

а) рецензию (аналитическое заключение);

б) краткую литературную справку по профилю рассматриваемого случая.

11. В обязательном порядке рецензия (аналитическое заключение) должна содержать:

а) информацию правильности оформления медицинской документации по соответствующему этапу оказания медицинской помощи, со ссылкой на требования нормативных правовых актов, регламентирующих порядок их оформления и ведения;

б) сведения, представляющие оценку правильности выбора медицинской тактики, степени достижения запланированного результата и установление причинно-следственных связей выявленных дефектов в оказании медицинской помощи, сопоставив информацию об оказанной медицинской помощи с требованиями нормативных правовых актов, регламентирующих порядок оказания медицинской помощи.

12. Рецензентами могут являться врачи лечебно-профилактических учреждений, профессорско-преподавательский состав медицинского факультета государственного образовательного учреждения «Приднестровский государственный университет имени Т.Г. Шевченко», соответствующие специалисты из других профильных организаций образования или лечебно-профилактических учреждений, не имеющие отношение к оказанию медицинской помощи рассматриваемого случая.

13. Для рецензирования медицинской документации на определенном этапе консультирования, обследования и лечения (или на всех этапах) могут быть привлечены несколько рецензентов, в тех случаях, когда требуются многочисленные профессиональные, разносторонние знания или, напротив, узкая специализация.

14. Рецензентами могут являться врачи с квалификационной врачебной категорией не ниже первой, так как они обладают практической логикой, устанавливают диагноз, распознавая клинику похожих болезней, и врач как специалист, оценивающий работу

другого врача, должен иметь качественную научно-практическую подготовку по рассматриваемому вопросу.

15. Основной задачей эксперта является проведение экспертизы качества медицинской помощи с целью выявления дефектов медицинской помощи, включая оценку правильности выбора медицинской организации, степени достижения запланированного результата, установление причинно-следственных связей выявленных дефектов медицинской помощи, оформление экспертного заключения и рекомендаций по улучшению качества медицинской помощи.

Эксперт проводит исследования объективно, на строго научной и практической основе, в пределах соответствующей специальности, всесторонне и в полном объеме.

16. Заключение эксперта должно основываться на положениях, дающих возможность проверить обоснованность и достоверность сделанных выводов на базе общепринятых научных и практических данных. Экспертная оценка – это заключение целью которой является качественный анализ исследований, проведенных в рамках экспертизы, на предмет их соответствия требованиям действующего законодательства Приднестровской Молдавской Республики, методикам и клиническим (методическим) рекомендациям. Ссылка на требования действующего законодательства Приднестровской Молдавской Республики позволяют определить (оценить) правильность оформления, достоверность экспертизы и обоснованность её выводов.

17. На основании решения эксперта, по результатам ЛКК комиссией, принимаются управленческие решения по недопущению аналогичного повышения риска прогрессирования имеющегося заболевания или риска возникновения нового патологического процесса у другого пациента. Благодаря такому профилактическому подходу к системе управления качеством медицинской помощи своевременно и без ущерба жизни и здоровью пациентов могут приниматься управленческие решения.

18. На заседании ЛКК клиническую часть анализируемого наблюдения докладывают врачи, имевшие отношения к оказанию медицинской помощи рассматриваемого случая, патологоанатомическую – врач – патологоанатом или судебно-медицинский эксперт.

19. Письменные доклады, рецензии и экспертные оценки прилагаются к протоколу ЛКК.

20. По итогам обсуждения каждого случая комиссия формулирует заключение и решение. Принятие заключения и решения определяется путем открытого голосования. В голосовании участвуют председатель ЛКК, заместитель председателя ЛКК и все члены комиссии. Секретарь комиссии в голосовании не участвует.

21. В случаях несогласия одного из голосующих с итогами заседания комиссии в протоколе должно быть отражено его особое мнение, которое оформляется специалистом письменно и приобщается к протоколу ЛКК.

22. Решение ЛКК правомерно, если на заседании комиссии присутствуют не менее 2/3 его списочного состава.

23. При обсуждении случаев расхождения диагнозов ЛКК дает заключение по следующим вопросам:

- а) причины расхождения (объективные, субъективные);
- б) значение расхождения для исхода заболевания;
- в) значение расхождения для выбора тактики ведения пациентов;
- г) категория расхождения диагнозов.

24. При анализе случаев смерти пациентов во время операции или в раннем послеоперационном периоде ЛКК дает заключение по следующим вопросам:

- а) наличие показаний к оперативному вмешательству (относительные, абсолютные);
- б) правильность выбора тактики оперативного вмешательства;
- в) удовлетворительность техники оперативного вмешательства;
- г) адекватность обследования и терапии в до- и послеоперационном периодах;
- д) своевременность выявления послеоперационных осложнений;
- е) значение выявленных недостатков для исхода заболевания.

25. При обсуждении случаев смерти пациентов в результате острых состояний

дополнительно обсуждаются вопросы:

- а) своевременность госпитализации;
- б) своевременность диагностики;
- в) адекватность терапии;
- г) своевременность оперативного вмешательства;
- д) причина отсутствия оперативного вмешательства при острой хирургической патологии.

26. При анализе случаев ятрогенной патологии ЛКК устанавливает:

- а) вид ятрогении (медикаментозная, инструментально-диагностическая, хирургическая, наркотико-анестезиологическая, связанная с неисправностью технических средств, трансфузионно-инфузионная, септическая, лучевая, интенсивной терапии и реанимации, профилактических мероприятий, информационная, прочая);
- б) причины и условия возникновения ятрогении.

27. В ситуациях, когда предметом рассмотрения на ЛКК является спорный случай летального исхода, проводится его всестороннее обсуждение. При достижении согласия голосующих заключение ЛКК по данному случаю считается окончательным и фиксируется в протоколе заседания. Если согласие не достигнуто, случай передается для обсуждения на Республиканскую лечебно-диагностическую комиссию, что также фиксируется в протоколе работы ЛКК.

28. Решения ЛКК, направленные на предупреждение дефектов в работе и способствующие повышению качества и эффективности медицинской помощи, а также по привлечению к дисциплинарной ответственности работников лечебно-профилактического учреждения за неисполнение или ненадлежащее исполнение должностных обязанностей, носят рекомендательный характер. Решения доводятся до сведения персонала лечебно-профилактического учреждения на врачебной конференции, в случаях, когда медицинская помощь оказывалась несколькими лечебно-профилактическими учреждениями, – до администрации заинтересованных лечебно-профилактических учреждений.

29. Решение о привлечении к дисциплинарной ответственности (либо без такового) работников лечебно-профилактического учреждения принимается руководителем лечебно-профилактического учреждения в порядке, установленном трудовым законодательством Приднестровской Молдавской Республики.

30. Секретарь ЛКК осуществляет хранение протоколов и материалов заседаний комиссии в течение 3 (трех) лет.

31. Главный врач лечебно-профилактического учреждения ежегодно при сдаче годового отчета работы лечебно-профилактического учреждения подготавливает и представляет в Министерство здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики аналитическую записку о работе ЛКК.

Приложение к Положению
о лечебно-контрольной комиссии

Протокол
заседания лечебно-контрольной комиссии

наименование лечебно-профилактического учреждения
« ____ » _____ 20__ г. № ____

Присутствовали:

Председатель _____

Заместитель председателя _____

Члены комиссии _____

Секретарь _____

Докладчики _____

Рецензент _____

Приглашенные _____

Протокол ведется в форме цитат высказываний всех участников заседания с указаниями фамилий.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

1. _____

2. _____

3. _____

РЕШЕНИЕ:

1. _____

2. _____

3. _____

Председатель:

 подпись фамилия, имя, отчество (при наличии)

Заместители председателя:

 подпись фамилия, имя, отчество (при наличии)

 подпись фамилия, имя, отчество (при наличии)

Члены комиссии:

 подпись фамилия, имя, отчество (при наличии)

 подпись фамилия, имя, отчество (при наличии)

 подпись фамилия, имя, отчество (при наличии)

Секретари:

 подпись фамилия, имя, отчество (при наличии)

 подпись фамилия, имя, отчество (при наличии)

Приложение № 2 к Приказу
Министерства здравоохранения
Приднестровской Молдавской Республики
от 12 августа 2024 года № 568

«Приложение № 5 к Приказу
Министерства здравоохранения
Приднестровской Молдавской Республики
от 9 октября 2019 года № 722

Положение

о Республиканской лечебно-диагностической контрольной комиссии
Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики

1. Общие положения

1. Положение о Республиканской лечебно-диагностической контрольной комиссии (далее – РЛДКК) определяет статус комиссии и порядок ее деятельности.

2. РЛДКК является коллегиальным и совещательным органом при Министерстве здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики и предназначена для обсуждения и анализа качества лечебно-диагностического процесса на основе материалов в случаях:

а) материнской смертности;

- б) антенатальной и интранатальной смертности;
- в) детской смертности;
- г) спорные и сложные случаи летального исхода, не нашедшие разрешения на уровне лечебно-контрольной комиссии лечебно-профилактического учреждения (далее – ЛПУ);
- д) летального исхода заболевания, вследствие ненадлежащего оказания медицинской помощи;
- е) высокие показатели летальности в отдельно взятом ЛПУ по отдельным нозологическим группам.

3. Комиссия в своей работе руководствуется Конституцией Приднестровской Молдавской Республики, законами Приднестровской Молдавской Республики, указами и распоряжениями Президента Приднестровской Молдавской Республики, постановлениями и распоряжениями Правительства Приднестровской Молдавской Республики, приказами и распоряжениями Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики, другими нормативными правовыми актами Приднестровской Молдавской Республики, а также настоящим Положением.

2. Основные задачи

4. Основными задачами РЛДКК являются:

- а) изучение медицинской документации и коллегиальное обсуждение анализируемых случаев, выявление дефектов и других факторов, оказавших негативное действие и повлекших за собой ненадлежащее оказание медицинской помощи или снижение эффективности медицинской помощи конкретному пациенту;
- б) определение наиболее рациональных управленческих решений по результатам анализа случая с целью создания наиболее оптимального и эффективного лечебно-диагностического процесса в ЛПУ.

3. Основные функции

5. Для реализации возложенных задач РЛДКК выполняет следующие функции:

- а) осуществляет выборочный отбор случаев для анализа;
- б) организует проведение анализа медицинской документации, запрашивает и получает в установленные сроки от руководителей ЛПУ материалы, необходимые для рассмотрения конкретного случая;
- в) проводит анализ выявленных дефектов оказания медицинской помощи пациенту и других факторов, повлиявших на оказание медицинской помощи пациенту;
- г) готовит предложения для принятия мер дисциплинарного взыскания, а также рекомендации руководителям ЛПУ, направленные на предупреждение дефектов в работе и способствующие повышению качества и эффективности медицинской помощи;
- д) доводит принятые решения РЛДКК до руководителей ЛПУ, предоставляющих помощь населению для принятия своевременных управленческих решений, направленных на повышение качества оказания медицинской помощи;
- е) осуществляет контроль за реализацией принятых решений;
- ж) обсуждает по предложению председателя РЛДКК иные вопросы, относящиеся к сфере здравоохранения.

4. Организация и порядок работы РЛДКК.

6. Персональный состав РЛДКК утверждается приказом Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики. Председателем комиссии является министр здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики. Членами комиссии назначают наиболее опытных врачей ЛПУ, главных внештатных специалистов и представителей Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики, профессорско-преподавательский состав медицинского факультета

Государственного образовательного учреждения «Приднестровский государственный университет имени Т.Г. Шевченко» или других профильных организаций образования.

7. В состав РДЛКК входит председатель комиссии, заместитель председателя комиссии и ее члены. В отсутствие председателя комиссии его обязанности исполняет заместитель председателя комиссии.

8. Руководство РДЛКК осуществляет председатель, который определяет направления работы РДЛКК, организует ее работу, осуществляет общий контроль за реализацией принятых решений, распределяет обязанности между членами комиссии и экспертами.

9. Председатель РДЛКК осуществляет общее руководство работой РДЛКК, определяет время и место заседания, состав ее участников, повестку заседания, назначает докладчиков, рецензентов и при необходимости экспертов.

10. В отдельных случаях, при отсутствии председателя РДЛКК эти функции может выполнять заместитель председателя РДЛКК.

11. Заседания РДЛКК проводятся по мере необходимости.

12. Функции членов РДЛКК:

а) по поручению председателя РДЛКК готовят к заседанию РДЛКК необходимую информацию по вопросам программы ЛКК;

б) участвуют в обсуждении вопросов программы РДЛКК, высказывают свои предложения и замечания по качеству оказанной медицинской помощи и качеству оформления первичной медицинской документации;

в) участвуют в проведении этапа экспертной оценки качества медицинской помощи, оказанной пациенту в учреждении;

г) участвуют в голосовании при принятии решений по вопросам программы заседания РДЛКК.

13. Секретарь ЛКК:

а) заблаговременно, но не позже, чем за 3 (три) рабочих дня, оповещает постоянных и приглашенных участников разбора о времени и месте проведения РДЛКК, повестке заседания, передает рецензентам не позже, чем за 7 (семь) рабочих дней, всю информацию и документацию, необходимую для проведения разбора;

б) несет ответственность за своевременное представление привлеченными специалистами для участия в РДЛКК докладов, рецензий и экспертных оценок, а также других необходимых документов, до запланированного заседания РДЛКК для их представления председателю (заместителю председателя) с целью ознакомления;

в) ведет протокол заседания РДЛКК согласно Приложению к настоящему Положению.

14. Специалисты, привлеченные в качестве докладчиков по рассматриваемому случаю на заседании РДЛКК, обязаны представить подробные пояснения в виде доклада, с отражением:

а) тактики ведения пациента с учетом этапа, со ссылкой на требования нормативных правовых актов Приднестровской Молдавской Республики;

б) сведений, отражающих динамику состояния, излагая её в хронологической последовательности, отмечая проблемы, возникшие при оказании медицинской помощи, с представлением соответствующих подтверждающих документов (данные обследований, консультаций и так далее);

в) информации об исполнении (неисполнении) утвержденных требований нормативных правовых актов по тактике введения (в случае неисполнения отражаются все причины);

г) данных подтверждающих наличие каких-либо особенностей ведения с указанием причин.

Участие в заседании РДЛКК работников ЛПУ, участвовавших в оказании медицинской помощи рассматриваемого случая, обязательно. При наличии уведомления ЛПУ о невозможности по уважительным причинам заинтересованным представителям ЛПУ участвовать в заседании РДЛКК, рассмотрение случая оказания помощи без представителя ЛПУ определяется путем обсуждения членами РДЛКК с последующим голосованием.

15. Рецензент, назначенный для анализа конкретного клинического случая, письменно

представляет:

- а) рецензию (аналитическое заключение);
- б) краткую литературную справку по профилю рассматриваемого случая.

16. В обязательном порядке рецензия (аналитическое заключение) должна содержать:

- а) информацию правильности оформления медицинской документации по соответствующему этапу оказания медицинской помощи, со ссылкой на требования нормативных правовых актов Приднестровской Молдавской Республики, регламентирующих порядок их оформления и ведения;

- б) сведения, представляющие оценку правильности выбора медицинской тактики, степени достижения запланированного результата и установление причинно-следственных связей выявленных дефектов в оказании медицинской помощи, сопоставив информацию об оказанной медицинской помощи с требованиями нормативных правовых актов Приднестровской Молдавской Республики, регламентирующих порядок оказания медицинской помощи.

17. Рецензентами могут являться врачи ЛПУ, профессорско-преподавательский состав медицинского факультета государственного образовательного учреждения «Приднестровский государственный университет имени Т.Г. Шевченко», соответствующие специалисты из других профильных организаций образования или ЛПУ, не имеющие отношение к оказанию медицинской помощи рассматриваемого случая.

18. Для рецензирования медицинской документации на определенном этапе консультирования, обследования и лечения (или на всех этапах) могут быть привлечены несколько рецензентов, в тех случаях, когда требуются многочисленные профессиональные, разносторонние знания или, напротив, узкая специализация.

19. Рецензентами могут являться врачи с квалификационной врачебной категорией не ниже первой, так как они обладают практической логикой, устанавливая диагноз, распознавая клинику похожих болезней, и врач как специалист, оценивающий работу другого врача, должен иметь качественную научно-практическую подготовку по рассматриваемому вопросу.

20. Основной задачей эксперта является проведение экспертизы качества медицинской помощи с целью выявления дефектов медицинской помощи, включая оценку правильности выбора медицинской организации, степени достижения запланированного результата, установление причинно-следственных связей выявленных дефектов медицинской помощи, оформление экспертного заключения и рекомендаций по улучшению качества медицинской помощи.

21. Эксперт проводит исследования объективно, на строго научной и практической основе, в пределах соответствующей специальности, всесторонне и в полном объеме.

22. Заключение эксперта должно основываться на положениях, дающих возможность проверить обоснованность и достоверность сделанных выводов на базе общепринятых научных и практических данных. Экспертная оценка – это заключение целью которой является качественный анализ исследований, проведенных в рамках экспертизы, на предмет их соответствия требованиям действующего законодательства Приднестровской Молдавской Республики, методикам и клиническим (методическим) рекомендациям. Ссылка на требования действующего законодательства Приднестровской Молдавской Республики позволяют определить (оценить) правильность оформления, достоверность экспертизы и обоснованность её выводов.

23. На заседании РЛДКК клиническую часть анализируемого наблюдения докладывают врачи, имевшие отношения к оказанию медицинской помощи рассматриваемого случая, патологоанатомическую – врач – патологоанатом или судебно-медицинский эксперт.

24. Письменные доклады, рецензии и экспертные оценки прилагаются к протоколу РЛДКК.

25. По итогам обсуждения каждого случая комиссия формулирует заключение и решение. Принятие заключения и решения определяется путем открытого голосования. В голосовании участвуют председатель РЛДКК, заместитель председателя РЛДКК и все члены комиссии. Секретарь комиссии в голосовании не участвует.

26. В случаях несогласия одного из голосующих с итогами заседания комиссии в протоколе должно быть отражено его особое мнение, которое оформляется специалистом письменно и приобщается к протоколу РЛДКК.

27. Решение РЛДКК правомерно, если на заседании комиссии присутствуют не менее 2/3 его списочного состава.

28. Протокол подписывают все присутствующие на заседании члены РЛДКК и секретарь комиссии.

29. Решение РЛДКК направляется Министру здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики и руководителю ЛПУ, в котором произошел рассматриваемый случай.

30. Решение РЛДКК содержит рекомендации по принятию (либо без таковых) дисциплинарных, организационных и иных мер в ЛПУ, направленных на предупреждение возникновения аналогичных случаев ЛПУ. Решение о привлечении к дисциплинарной ответственности (либо без такового) работников ЛПУ принимается руководителем ЛПУ в порядке, установленном трудовым законодательством Приднестровской Молдавской Республики.

31. Секретарь РЛДКК осуществляет хранение протоколов и материалов заседаний РЛДКК в течение 5 (пяти) лет.

32. РЛДКК несет ответственность за достоверность, обоснованность и объективность результатов проводимого анализа в соответствии с законодательством Приднестровской Молдавской Республики.

33. Главный врач ЛПУ ежегодно при сдаче годового отчета работы ЛПУ подготавливает и представляет в Министерство здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики аналитическую записку о работе РЛДКК.

Приложение к Положению
о республиканской лечебно-диагностической
контрольной комиссии

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ПРИДНЕСТРОВСКОЙ МОЛДАВСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Протокол

заседания Республиканской лечебно-диагностической контрольной комиссии
« ____ » _____ 20 ____ г. № ____

Присутствовали:

Председатель _____

Заместитель председателя _____

Члены комиссии _____

Секретарь _____

Докладчики _____

Рецензент _____

Приглашенные _____

Протокол ведется в форме цитат высказываний всех участников заседания с указаниями фамилий.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

1. _____

2. _____

3. _____

РЕШЕНИЕ:

1. _____
2. _____
3. _____

Председатель:

 подпись фамилия, имя, отчество (при наличии)

Заместители председателя:

 подпись фамилия, имя, отчество (при наличии)

Члены комиссии:

 подпись фамилия, имя, отчество (при наличии)

 подпись фамилия, имя, отчество (при наличии)

 подпись фамилия, имя, отчество (при наличии)

 подпись фамилия, имя, отчество (при наличии)

Секретари:

 подпись фамилия, имя, отчество (при наличии)

 подпись фамилия, имя, отчество (при наличии)

Приложение № 3 к Приказу
Министерства здравоохранения
Приднестровской Молдавской Республики
от 12 августа 2024 года № 568

«Приложение № 6 к Приказу
Министерства здравоохранения
Приднестровской Молдавской Республики
от 9 октября 2019 года № 722

Положение

о порядке организации и проведения клиничко-патологоанатомических конференций в
лечебно-профилактических учреждениях

1. Общие положения

1. Клиничко-патологоанатомические конференции (далее – КПК) имеют важное образовательное и воспитательное значение, способствуют повышению квалификации врачей и улучшению организации лечебно-диагностического процесса в ЛПУ. В рамках КПК интегрируются усилия поликлинических врачей, клиничистов и патологоанатомов (судебно-медицинских экспертов), направленные на раннее выявление, точную диагностику и своевременное лечение заболеваний, что в конечном итоге повышает качество лечебно-диагностического процесса, способствует уменьшению диагностических и организационных ошибок и улучшает медицинское обслуживание населения.

2. Задачи клиничко-патологоанатомических конференций:

а) повышение качества лечебно-диагностического процесса в лечебно-профилактических учреждениях на основе коллективного анализа наиболее актуальных наблюдений и проблем, для учреждения;

б) повышение квалификации врачей лечебно-профилактических учреждений и патологоанатомических отделений путем совместного обсуждения и анализа клинических данных и результатов вскрытия трупов;

в) выявление причин и источников ошибок диагностики и лечения пациентов на всех этапах медицинской помощи, а также своевременности госпитализации;

г) выявление дефектов организационного характера и работы параклинических служб (рентгенологической, лабораторной, функциональной диагностики и так далее).

3. Объекты обсуждения на клинико-анатомических конференциях:

а) анализ летальных исходов, представляющих практический и научный интерес для широкого круга врачей вне зависимости от того, насколько правильно это заболевание было диагностировано при жизни;

б) проблемы, касающиеся наиболее актуальных для лечебно-профилактических учреждений вопросов заболеваемости, лечения, причин смерти при определенных нозологических формах, иными словами, КПК должны носить преимущественно тематический характер;

в) случаи ошибочной прижизненной диагностики летальных исходов с наиболее систематическими повторяющимися дефектами диагностики;

г) случаи, выходящие за рамки возможности их полноценного анализа на заседаниях клинического изучения летальных исходов (далее – КИЛИ), случаи ошибочной прижизненной диагностики, оставшиеся недостаточно ясными или спорными после их обсуждения на КИЛИ;

д) все случаи материнской смертности;

е) случаи смерти пациентов после наркоза, хирургических вмешательств, а также профилактических, диагностических и лечебных мероприятий, особенно тех пациентов, которые были госпитализированы по экстренным показаниям;

ж) случаи ятрогенной патологии, диагностированные на вскрытии как основное, основное комбинированное заболевание или смертельное осложнение;

з) редко встречающиеся, необычно протекающие и трудные для диагностики заболевания, в том числе и распознанные при жизни.

и) острые инфекционные заболевания;

й) случаи лекарственных болезней и лекарственного патоморфоза заболеваний;

к) случаи совпадения клинического и патологоанатомического диагнозов, по вопросам хирургической тактики, хирургической техники;

л) летальные исходы, оставшиеся неясными и после вскрытия, а также разнообразный биопсийный и операционный материал.

4. На конференции обсуждается отчет патологоанатома о работе за предыдущий год. В отчете должны быть представлены сводные данные о больничной летальности, структуре причин смерти, качестве клинической диагностики, ятрогенной патологии и категории ятрогенных осложнений согласно классификации, отраженной в Приложении № 1 к настоящему Положению.

5. КПК в обязательном порядке должны сопровождаться представлением данных литературы по анализируемой проблеме, в том числе по типу рефератов или (и) информационных сообщений. К работе КПК целесообразно привлекать ведущих специалистов по изучаемой проблеме, в том числе и из других лечебно-профилактических учреждений и профильных научно-исследовательских учреждений.

Кроме того, КПК – одна из важнейших форм врачебной работы, поэтому участие в работе КПК входит в обязанности врачебного персонала лечебно-профилактических учреждений. Также обязательно участие в работе КПК врачей тех лечебно-профилактических учреждений, которые обследовали, лечили больного на предыдущих этапах.

6. При обсуждении летальных исходов с неправильным клиническим диагнозом конференция должна установить категорию расхождения, причины расхождения, а также значение других выявленных дефектов в обследовании и лечении больного для исхода заболевания.

7. В случае осложнений, вызванных диагностическим, хирургическим или терапевтическим вмешательством, конференция должна установить причины и условия развития ятрогенной патологии.

8. Ответственность за организацию и качество проведения КПК несет руководитель лечебно-профилактического учреждения, в котором пациент проходил лечение и

скончался, а также заведующий патологоанатомическим отделением указанного лечебно-профилактического учреждения.

2. Подготовка и проведение клинико-анатомических конференций

9. Подготовка и организация КПК возлагается на заместителя руководителя лечебно-профилактического учреждения по медицинской части и заведующего патологоанатомическим отделением.

10. При наличии на базе лечебно-профилактического учреждения клинических кафедр и кафедры анатомии и общей патологии медицинского факультета, их руководство привлекается к подготовке проведению КПК.

11. Заместитель руководителя по медицинской части лечебно-профилактического учреждения совместно с заведующим патологоанатомическим отделением определяет повестку очередной КПК, которая доводится до сведения персонала в письменном виде не позднее, чем за 14 (четырнадцать) дней до проведения конференции.

10. КПК проводятся по плану, в рабочее время. На одной конференции рекомендуется обсуждать не более 2 (двух) случаев. В лечебно-профилактических учреждениях 3 (третьего) уровня целесообразно проводить конференции по группам профильных отделений.

11. Непосредственное руководство заседанием КПК осуществляется 2 (двумя) председателями. Одним из них является руководитель лечебно-профилактического учреждения или его заместитель по медицинской части, или руководитель кафедры анатомии и общей патологии медицинского факультета, другим – заведующий патологоанатомическим отделением.

12. Из числа наиболее квалифицированных врачей лечебно-профилактического учреждения, а также из сотрудников клинических кафедр, по согласованию с сопредседателем КПК, назначают рецензента по каждому обсуждаемому случаю.

13. Приказом руководителя назначаются 2 (два) постоянных секретаря КПК, обязанностями которых являются регистрация в специальном журнале заседаний КПК, даты проведения конференций и их повестки, персонального состава участников, фамилий и должностей сопредседателей, основных положений всех выступлений, заключительного резюме, принятого на КПК.

14. Клиническая часть обсуждаемого материала докладывается лечащими врачами, их доклад должен быть максимально четким, информативным, заранее подготовленным в письменном виде. Фрагменты из историй болезни могут зачитываться по их тексту только в виде иллюстрации к докладу.

15. Патологоанатомические данные докладываются врачом патологоанатомом, производящим данное вскрытие.

16. Патологоанатом должен обосновать свое заключение, а именно, в чем он видит совпадение или расхождение между клиническим и патологоанатомическим диагнозами, и какое на самом деле было заболевание, которое не было распознано или неправильно расценено при жизни больного. Патологоанатом может аргументировать свой доклад демонстрацией микропрепаратами или слайдами, заснятыми с этих препаратов.

17. Рецензент представляет свое суждение о течении болезни, своевременности и полноценности ее диагностики, адекватности лечения, качестве медицинской документации. Для рецензирования медицинской документации на определенном этапе консультирования, обследования и лечения (или на всех этапах), в случаях, когда требуются многочисленные профессиональные, разносторонние знания или, напротив, узкая специализация могут быть привлечены несколько рецензентов.

Задача рецензента – показать сущность разбираемого случая, оценить расхождения между клиническим и патологоанатомическим диагнозами, вскрыть причины, которые привели к смерти, к ошибкам диагностики. Рецензент обязан отметить дефекты истории болезни (в сборе анамнеза, описании объективных данных, отсутствии плана обследования и лечения больного, хирургического вмешательства, не информативности

дневниковых записей и данных об операции, этапных эпикризов, заключений и других), обратить внимание на оформление протокола патологоанатомического исследования, патологоанатомического диагноза и заключения о причине смерти. Заключение должно основываться на положениях, дающих возможность проверить обоснованность и достоверность сделанных выводов на базе общепринятых научных и практических данных.

18. Каждая КПК должна сопровождаться обзором современной литературы по анализируемой проблеме. Эта работа поручается либо лечащему врачу, либо одному из врачей клиницистов данной лечебной организации. Обзор литературы может быть представлен и сотрудником клинической кафедры.

19. Обсуждение наблюдения другими участниками КПК, врачами, наблюдавшими пациента в амбулаторных условиях и в других лечебно-профилактических учреждениях.

20. КПК завершается обобщающим выступлением сопредседателей (или одного из них), в котором подводятся итоги проведенного обсуждения, вносятся предложения, направленные на повышение качества лечебно-диагностического процесса и совершенствование проведения последующих конференций.

3. Решение КПК

21. Решение КПК по каждому осуждаемому случаю должно содержать ответы на следующие вопросы:

а) была ли допущена ошибка в клиническом диагнозе.

На данный вопрос отвечает врач-патологоанатом на основании результатов вскрытия, гистологического, бактериологического, вирусологического и других методов исследования с учетом клинических данных. Варианты ответа патологоанатома:

1) совпадение клинического и патологоанатомического диагнозов;

2) при жизни не распознано основное (конкурирующее, сочетанное, фоновое) или сопутствующее по нозологии, этиологии или топографии процесса;

3) не распознано смертельное осложнение;

б) какова причина ошибки клинической диагностики и лечения больного.

На данный вопрос отвечают сопредседатель конференции, клиницист на основании анализа истории болезни рецензентом и результатов дискуссии с учетом мнения патологоанатома. В решении конференции должны называться конкретные причины:

1) объективные (кратковременность пребывания больного в стационаре – до суток; тяжесть состояния больного, исключающая возможность полноценного обследования; крайняя редкость патологии; стертость клинической симптоматики);

2) субъективные причины (недоучет анамнеза и клинических проявлений болезни; недостаточное обследование больного; недоучет или переоценка данных рентгенологических или лабораторных методов диагностики; дефекты профессиональной подготовки врача или недобросовестное исполнение им своих обязанностей);

в) на каком этапе обследования больного не было распознано заболевание, каково значение ошибки диагностики в исходе болезни.

На данный вопрос отвечает сопредседатель конференции, называя на основании клинических данных и результатов вскрытия категорию расхождения диагнозов:

1) I (первая) категория – заболевание не было распознано в более ранние сроки заболевания на догоспитальном этапе или в лечебно-профилактическом учреждении, где находился больной; в указанном лечебно-профилактическом учреждении установление правильного диагноза было невозможно из-за тяжести состояния больного, или кратковременности его пребывания в указанном учреждении.

Обсуждение этой группы расхождения диагнозов проводится только в присутствии врачей, обследовавших и лечивших больного на ранних этапах заболевания;

2) II (вторая) категория – заболевание не было распознано в лечебно-профилактическом учреждении по объективным или субъективным причинам, однако, правильная

диагностика необязательно оказала бы решающее влияние на исход заболевания, но правильный диагноз мог и должен был быть поставлен;

3) III (третья) категория – неправильная диагностика повлекла за собой ошибочную врачебную тактику, что сыграло решающую роль в смертельном исходе;

г) каковы дефекты работы врача.

Ошибки врачей-клиницистов и патологоанатомов, а также дефекты организационной работы называют сопредседатели конференции на основании анализа истории болезни, протокола вскрытия, заключения рецензента и выступлений в прениях.

В случаях смерти пациентов после наркоза, хирургических операций, профилактической, диагностической или лечебной манипуляции клиничко-патологоанатомическая конференция должна дополнительно решить следующие вопросы:

а) была ли показана данная операция (наркоз, медицинская манипуляция);

б) правильно ли проведена операция (наркоз, медицинское вмешательство);

в) какова роль операции (наркоза, медицинской манипуляции) в механизме смерти.

На эти вопросы совместно отвечают сопредседатели конференции на основе анализа истории болезни и протокола вскрытия, оценки рецензента и выступлений участников дискуссии.

22. Секретарь ведет протокол заседания КПК согласно Приложению № 2 к настоящему Положению. По завершении заседания конференции ее протокол визируется сопредседателями.

23. Журнал регистрации клиничко-анатомических конференций хранится у главного врача или его заместителя по медицинской части.

24. Руководство лечебно-профилактического учреждения на основании решения разрабатывает и осуществляет конкретные мероприятия по предупреждению и ликвидации недостатков, допущенных в организации и оказании медицинской помощи больным. Принятые решения доводятся до врачебного персонала больницы в 10 (десятидневный) срок.

Приложение № 1 к Положению
о клиничко-патологоанатомической
конференции

Классификация ятрогенных осложнений

1. Особый раздел при оформлении диагнозов представляют случаи смертельных исходов и тяжелых осложнений, связанных с диагностическими и лечебными вмешательствами, обозначаемые как ятрогении.

2. Ятрогенные заболевания – патологические процессы, состояния, необычные реакции, возникновение которых обусловлено медицинским воздействием в ходе обследования, лечения пациентов, выполнения диагностических и профилактических процедур. Ятрогенная патология должна отражаться (регистрироваться) в диагнозах в соответствии с рекомендациями и требованиями Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10). Диагностика и клиничко-морфологический анализ ятрогенной патологии ответственны, сложны, нередко требуют не только медицинской, но и юридической оценки. Это определяет необходимость тщательного совместного обсуждения клиничками и патологоанатомами каждого случая ятрогений в рамках КИЛИ, ЛКК, РЛДКК и КПК.

3. Целесообразно выделение 3 (трех) категорий ятрогений в зависимости от их значения в течении заболевания, его исходов, места в пато- и танатогенезе.

Ятрогении I (первой) категории – патологические процессы, реакции, осложнения, патогенетически не связанные с основным заболеванием (первоначальной причиной смерти) и не играющие существенной роли в течении болезни. В диагнозе ятрогении I (первой) категории занимают место сопутствующего заболевания (постинъекционные абсцессы, лекарственные сыпи, реанимационные переломы ребер и так далее).

Ятрогении II (второй) категории – это патологические процессы, реакции, осложнения, обусловленные медицинским воздействием, проведенным по обоснованным показаниям и выполненным правильно. Ятрогении II (второй) категории не всегда могут быть четко отграничены от осложнений, связанных с индивидуальными особенностями и состоянием конкретного больного (тяжелые, нередко смертельные, осложнения, обусловленные высоким хирургическим риском или технической сложностью инструментального или оперативного вмешательства, наличие тяжелой сопутствующей или фоновой патологии, возрастные изменения, иммунодефицит и так далее).

Ятрогении III (третьей) категории – это патологические процессы, необычные смертельные реакции, в том числе обусловленные неадекватными, ошибочными или неправильными медицинскими воздействиями, явившиеся непосредственной причиной летального исхода (гемотрансфузионные и анафилактические шоки, инструментальные перфорации полых органов или крупных сосудов, смертельные интраоперационные кровотечения, обусловленные повреждениями сосудов, воздушные эмболии при инструментальном воздействии, достоверно установленные «наркозные» смерти и так далее). Ятрогении III (третьей) категории в соответствии с классификацией причин смерти Всемирной организации здравоохранения должны трактоваться как основное заболевание (первоначальная причина смерти) и стоять во главе диагноза.

4. Заболевания, по поводу которых были предприняты медицинские мероприятия, могут приводиться в диагнозах в качестве второго основного патологоанатомического диагноза.

5. Окончательное заключение о категории ятрогении дается ЛКК и РЛДКК. В спорных случаях, когда мнения клиницистов и патологоанатомов не совпадают, официально принимается точка зрения патологоанатома. Для дальнейшего обсуждения материалы могут передаваться главным специалистам Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики. Исходя из профиля ятрогений, задач статистического учета унификации оценки материала, следует руководствоваться следующей рубрикацией (видами) ятрогений:

- а) медикаментозные;
- б) инструментально-диагностические;
- в) хирургические;
- г) наркозно-анестезиологические;
- д) связанные с неисправностью технических средств;
- е) трансфузионно-инфузионные;
- ж) септические;
- з) лучевые;
- и) интенсивной терапии и реанимации;
- к) профилактических мероприятий;
- л) информационные;
- м) прочие.

6. При наличии данных о возможной ятрогенной патологии отмена вскрытия не допускается. Случаи ятрогений, особенно II (второй) и III (третьей) категорий, в обязательном порядке докладываются руководителю лечебно-профилактического учреждения и рассматриваются на КИЛИ и ЛКК.

Приложение № 2 к Положению
о клиничко-патологоанатомической
конференции

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ПРИДНЕСТРОВСКОЙ МОЛДАВСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Протокол заседания
Клиничко-патологоанатомической конференции

« ____ » _____ 20__ года

№ _____

Присутствовали:

Председатель _____

Заместители председателя (заместитель главного врача и заведующий паталогоанатомическим отделением) _____

Члены комиссии: _____

Секретари (клиницист и патоморфолог) _____

Докладчики _____

Рецензент _____

Приглашенные _____

Протокол ведется в форме цитат высказываний всех участников заседания с указаниями фамилий.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

РЕШЕНИЕ:

Председатель:

_____ подпись фамилия, имя, отчество (при наличии)

Заместители председателя:

_____ подпись фамилия, имя, отчество (при наличии)

_____ подпись фамилия, имя, отчество (при наличии)

Члены комиссии:

_____ подпись фамилия, имя, отчество (при наличии)

_____ подпись фамилия, имя, отчество (при наличии)

_____ подпись фамилия, имя, отчество (при наличии)

Секретари:

_____ подпись фамилия, имя, отчество (при наличии)

_____ подпись фамилия, имя, отчество (при наличии)