

ООО «ВЕГАСТАР»

**Руководство пользователя «Модуль оцифровки
документов» ПК «АДИС»**

г. Пермь 2025 г.

Инструкция по использованию модуля оцифровки документов.

1. Нажимаем на конкретном вызове в арм бригады на «Печать наклейки»

Вызов: [redacted]
От: 20.12.2024
Смт: 10 СМП КРАСНОЯРСК П/С: 1
Бригада: 1565 Профиль: ф. фельдшерская
Старший бригады: [redacted]

Выезд: [redacted]
Приб.: 00:34
Госп.: [redacted]
Исп.: 00:38

Пациент: [redacted]
Повод: 41Л перевозка для врач.бр. Диагноз: [redacted]
Вызов принял: [redacted]
Вызов назначил: [redacted]
Вызов передал: [redacted]

ARM Бригады скорой медицинской помощи v1.3.5121

[F5] Следующая страница [F6] Предыдущая страница
[Ctrl+Backspace] Удалить установленное значение словаря [SPACE] Отметка
[Enter] Вперед [Tab] Следующий [Esc] Назад
[F1] Открыть окно идентификации пациента [Ctrl+F10] Закрыть редактор формы
[Down] Открыть словарь или выбрать значение выпадающего списка

Данные вызова

Данные пациента

Бригада

Жалобы/Анамнез

Объективные данные 1/3

Объективные данные 2/3

Объективные данные 3/3

Измерения

Помощь на месте

Помощь в автомобиле

Результат

Участники

ПОДПИСАНИЕ

Район: 10 КРАСНОЯРСК

Населенный пункт: [redacted]

Улица: [redacted]

Дом: [redacted] Корпус: [redacted] Подъезд: [redacted] Код подъезда: [redacted]

Этаж: [redacted] Квартира: [redacted] Комната: [redacted]

Фамилия: [redacted] Дата рождения: [redacted]

Имя: [redacted] Возраст: 23 Ед. изм.: Год

Отчество: [redacted] Пол: Мужской

Повод вызова

41Л перевозка для врач.бр.

☐ несчастный случай ☐ острое внезапное заболевание ☐ обострение хронического заболевания ☐ патология беременности ☐ роды ☐ плановая перевозка

☐ экстренная перевозка

Тип вызова: 1 первичный

Как получен вызов: ТЕЛЕФОН

☐ первичный ☐ повторный ☐ вызов на себя другой бригады ☐ в пути

Место вызова

Сохранить [Ctrl+S]
Закрыть [Ctrl+Shift+S]
Печать наклейки [Ctrl+P]
Выход [Ctrl+Q]

2. На принтере этикеток появится новая этикетка



3. Клеим наклейку на документ и кладем документ в сканер с автоподачей. После этого, документ появится в оцифрованном формате в формате PDF в случае обслуживания

Согласие на медицинское вмешательство
(в соответствии с формой Приказа Минздрава России от 02.12.2009 г. № 942)

В соответствии с п. 1 ст. 20 ФЗ РФ - 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство с учетом риска возможных осложнений получено

Данный раздел бланка заполняется только для лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, _____ (фамилия, имя, отчество полностью), паспорт _____ серия _____ выдан: _____, являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:

_____ (Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, без сокращений) _____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. медицинского работника) _____ (подпись)

Согласие на обработку персональных данных

Я также даю согласие на обработку ГЛАУЗ СО «СМП» г. Первоуральск необходимых персональных данных, включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(о) телефон(ов), реквизиты полиса ОМС, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью - в медицинско-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что обработка осуществляется лично, профессионально и законными медицинскими специалистами в объеме сохранения врачебной тайны, в объеме и способами, указанными в п. 1.3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных»

_____ (Ф.И.О. пациента или законного представителя) _____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. ребенка, не достигшего 15 лет или недееспособного гражданина) _____ (подпись)

РЕЗУЛЬТАТ ВЫЗОВА

доставлен в больницу _____, время приема больного « _____ » час « _____ »

подпись дежурного врача _____

ОТКАЗ ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА
(в соответствии с формой Приказа Минздрава России от 02.12.2009 г. № 942)

_____ (указать вид медицинского вмешательства)

В соответствии с п. 3 ст. 20 ФЗ РФ - 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» отказываюсь от медицинского вмешательства или требую прекратить медицинское вмешательство. Возможные осложнения и последствия отказа в доступной для меня форме разъяснены

_____ (Ф.И.О. пациента или законного представителя) _____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. медицинского работника) _____ (подпись)

Этот раздел бланка заполняется только в том случае отказа пациента или законного представителя от подписи:

Гражданин _____ (фамилия, имя, отчество полностью) от подписи в Отказе от медицинского вмешательства и разъяснения возможных последствий отказа отказался.

Информация о возможности медицинского вмешательства с указанием возможных последствий отказа от его (их) оказания доведена.

Ф.И.О. и подпись свидетелей (не менее 2) _____

ОТКАЗ ОТ ТРАНСПОРТИРОВКИ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В СТАЦИОНАР
(в соответствии с формой Приказа Минздрава России от 02.12.2009 г. № 942)

Врачебные осмотры и последствия травмы в доступной для меня форме разъяснены _____ 2002 г. в _____ часов

_____ (Ф.И.О. пациента или законного представителя) _____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. медицинского работника) _____ (подпись)

Этот раздел бланка заполняется только в том случае отказа пациента или законного представителя от подписи:

Гражданин _____ (фамилия, имя, отчество полностью) от подписи в Отказе от медицинского вмешательства и разъяснения возможных последствий отказа отказался.

Информация о возможности медицинского вмешательства с указанием возможных последствий отказа от его (их) оказания доведена.

Ф.И.О. и подпись свидетелей (не менее 2) _____

4. Технические требования для работы модуля оцифровки документов.

- Принтер наклеек xprinter 365b с рулоном для этикеток размером 30*40мм
- Сканер с автоподачей.