



Завод за здравствену заштиту студената Београд

Крунска 57, Београд

<http://www.studpol.rs>

tel: +38111-2433-488, fax: +38111-3441-547

e-mail: infomed@sezampro.rs

**ПРОЦЕДУРА О ПРОПИСИВАЊУ ЛЕКОВА
ПАЦИЈЕНТУ КОЈИ ИМА
ИЗАБРАНОГ ЛЕКАРА ОПШТЕ МЕДИЦИНЕ
У МЕСТУ ПРЕБИВАЛИШТА**

Верзија	Датум:	Деловодни број:	Израдио:	Одобрио:
1	27.12.2012.	012/12 V-10	др Зорица Милановић Блажић, спец. опште медицине Виолета Марковић, дипломирани правник	др Дубравка Миљуш Директор Завода

ЛИСТА ИЗМЕНА И ДОПУНА

Верзија	Датум:	Разлог измене:	Израдио:	Одобрио:

1.Предмет, циљ и подручје примене

Процедура има за циљ да дефинише начин прописивања лекова пацијенту који има изабраног лекара у месту пребивалишта. Процедура се примењује у примарној здравственој заштити у Служби опште медицине у Заводу за здравствену заштиту студената у Београду.

2.Веза са другим документима

Процедура је везана са стандардима за акредитацију, документима система квалитета и законском регулативом – Закон о здравственој заштити („Сл. гласник РС”, бр. 107/2005 и 72/2009 – др.), Закон о евиденцијама у области здравствене заштите („Сл. гласник РС”, бр. 14/81, 24/85, 26/85, 44/91, 53/93, 67/93, 48/94 и 101/2005.), Закон о здравственом осигурању („Сл. гласник РС”, бр. 107/05, 57/11 и др.).

3.Опис процеса рада

У случају када пацијент има изабраног лекара у месту пребивалишта и не жели да се определи за лекара у Служби опште медицине Завода за здравствену заштиту студената Београд, има право да се обрати лекару опште медицине у Заводу у следећим случајевима:

1.У случају да пацијент има акутне тегобе које би могле нарушити стање здравља, лекар ће након прегледа прописати одговарајућу терапију за лечење акутног погоршања здравственог стања и податке о прописаној терапији ће евидентирати у протокол пролазних пацијената;

2.У случају да има хронично обољење лекар ће након увида у извештај специјалисте одговарајуће гране медицине, не старији од годину дана, прописати терапију по налогу специјалисте, под условом да пацијент потпише изјаву под пуном материјалном и кривичном одговорношћу, да му изабрани лекар у месту пребивалишта, за исти период лечења није прописао лекове и/или помагала на месечном нивоу. Лекар је дужан да у изјави напише облик лека, назив лека, дозу лека и количину лека, потпише се и овери сопственим факсимилом изјаву.

Медицинска сестра/техничар тима у изјави попуњава име и презиме пацијента, ЈМБГ, место сталног пребивалишта, датум посете и број протокола.

Изјава се чува у посебној Евиденцији: Изјаве пацијената који имају изабраног лекара у месту пребивалишта о прописаној терапији.

Скраћенице: ЈМБГ – јединствени матични број грађанина

4.Одговорности и овлашћења

За спровођење ове процедуре одговорни су изабрани лекари.

Одговорно лице за контролу спровођења ове процедуре у пракси је начелник Службе опште медицине.

5.Прилози

Изјава пацијената који има изабраног лекара у месту пребивалишта о прописаној терапији

Завод за здравствену заштиту студената
Београд, Крунска 57

Име и презиме пацијента: _____
ЈМБГ: _____
Место сталног пребивалишта: _____
Датум посете: _____
Служба/одељење: _____
Број протокола: _____
Лекар: _____
Прописани лекови и/или помагала на месечном нивоу (попуњава лекар):

ИЗЈАВА ПАЦИЈЕНТА

У складу са чл.47. Правилника о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања („Сл. гласник РС“ бр.10/10...1/13), под пуном материјалном и кривичном одговорношћу изјављујем да ми мој изабрани лекар у месту пребивалишта, за исти период лечења није прописао горе наведене лекове и/или помагала на месечном нивоу.

У Заводу, дана _____
_____ својеручни потпис пацијента

Завод за здравствену заштиту студената
Београд, Крунска 57

Име и презиме пацијента: _____
ЈМБГ: _____
Место сталног пребивалишта: _____
Датум посете: _____
Број протокола: _____
Лекар: _____
Прописани лекови и/или помагала на месечном нивоу (попуњава лекар):

ИЗЈАВА ПАЦИЈЕНТА

У складу са чл.47. **Правилника** о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања („Сл. гласник РС“ бр.10/10...1/13), под пуном материјалном и кривичном одговорношћу изјављујем да ми мој изабрани лекар у месту пребивалишта, за исти период лечења није прописао горе наведене лекове и/или помагала на месечном нивоу.

У Заводу, дана _____
_____ својеручни потпис пацијента