# **AMBULATORĀ PACIENTA TALONA**

**(veidlapa Nr.024/u) AIZPILDĪŠANAS VADLĪNIJAS**

***VISPĀRĪGIE NOTEIKUMI***

Ambulatorā pacienta talons (turpmāk – talons) ir medicīniskās uzskaites dokuments, ko apstiprinājis Latvijas Republikas Ministru kabinets 2006. gada 4. aprīļa 265. noteikumu „Medicīnisko dokumentu lietvedības kārtība” (turpmāk – Noteikumi Nr.265) 45. pielikumā. Talons nodrošina ambulatorā darba statistikas datu iegūšanu un ambulatori veiktā darba apmaksas aprēķināšanu. Talonu aizpilda atbilstoši Noteikumu Nr.265 noteiktajai kārtībai un normatīvajiem aktiem, kas nosaka elektronisko dokumentu lietošanas kārtību.

Talona aizpildīšanai nepieciešamie klasifikatori ir pieejami Nacionālā veselības dienesta (turpmāk – Dienests) mājas lapā <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/klasifikatori>

## TALONA AIZPILDĪŠANA

1. Talons sastāv no nenumurētās un numurētās sadaļas.
2. Nenumurētā talona sadaļā tiek norādīta talona sērija un numurs. Kopējais zīmju skaits šajā sadaļā nedrīkst pārsniegt 9 simbolus. Talona sērija un numurs ir unikāli iestādes ietvaros.
3. Talona numurētās sadaļas aizpilda pakalpojuma sniedzējs. Personas, kas aizpilda talonus par valsts apmaksātajiem ambulatorajiem pakalpojumiem, nosaka starp Dienestu un pakalpojumu sniedzēju savstarpēji noslēgtais līgums par ambulatoro pakalpojumu sniegšanu un pakalpojumu apmaksas kārtību.
4. Ierakstā „Maksātājs” atzīmē attiecīgo maksātāju par aprūpes epizodi1:
   1. ja aprūpes epizodi apmaksā valsts, kā maksātāju uzrāda tikai „0 – valsts”, neatkarīgi no tā, kas sedz pacienta līdzmaksājumu;
   2. ja pacients ir ārzemnieks, kuram nav piešķirts Latvijas Republikas Fizisko personu reģistra personas kods, lauku „Maksātājs” aizpilda šādi:
      1. personām, kas saņem veselības aprūpes pakalpojumus, uzrādot citās Eiropas Savienības un Eiropas Ekonomikas zonas dalībvalstīs, Šveices Konfederācijā vai Apvienotajā Karalistē izdotu E veidlapu, Eiropas veselības apdrošināšanas karti vai Eiropas veselības apdrošināšanas karti aizvietojošo sertifikātu, kā maksātāju norāda „0-valsts”;
      2. personām, kas ir Eiropas Savienības, Eiropas Ekonomikas zonas dalībvalstu, Šveices Konfederācijas vai Apvienotās Karalistes iedzīvotāji bez derīgas Eiropas Savienības un Eiropas Ekonomikas zonas dalībvalstīs izdotas E veidlapas, Eiropas veselības apdrošināšanas kartes vai Eiropas veselības apdrošināšanas karti aizvietojoša sertifikāta, maksātājs ir „4 – cits”;
      3. pacientam, kas ir no kādas valsts, ar kuru Dienestam noslēgts starpvalstu līgums par neatliekamās palīdzības sniegšanu un apmaksu, tiem sniedzot neatliekamo palīdzību, kā maksātājs tiek norādīta „0-valsts”;
      4. ārzemniekam, kas uzrāda savas valsts apdrošināšanas polisi, gadījumos, kad pacients apmaksā visu ārstēšanās gadījumu, kā maksātāju norāda „1-pacients”. Apdrošināšanas sabiedrība netiek uzrādīta. Apdrošināšanas sabiedrību nenorāda arī tad, ja ārzemnieka valsts apdrošināšanas sabiedrība sedz pacienta līdzmaksājumu;
5. Ierakstā „Apdrošinātāja kods” norāda apdrošinātāja kodu pēc Apdrošināšanas sabiedrību klasifikatora, ja ārstēšanās izdevumus vai pacienta līdzmaksājumu apmaksā apdrošinātājs. Ieraksts nav obligāti aizpildāms.
6. Ierakstā “Aprūpes epizodes sākums” norāda aprūpes epizodes sākuma datumu šādā formātā: "DD.MM.YYYY" (datums (2 simboli), mēnesis (2 simboli), gads (četri simboli)).
7. Ierakstā “Aprūpes epizodes beigas” norāda aprūpes epizodes beigu datumu – pēdējo kontaktu ar ārstniecības personu 30 dienu aprūpes epizodes laikā, izņemot 7.1. - 7.3. apakšpunktā noteiktos gadījumus. Ja konkrētās saslimšanas gadījuma ārstēšanas periods ir ilgāks par 30 kalendārām dienām, nākamā apmeklējuma datumu jaunā talonā uzrāda kā aprūpes epizodes sākumu.
   1. Sniedzot paliatīvās aprūpes mobilo komandu pakalpojumu pacienta dzīvesvietā, katrs speciālists, kurš nodrošina pakalpojumu, aizpilda vienu talonu par vienam pacientam vienā kalendāra mēnesī sniegtajiem pakalpojumiem.
   2. Ja konkrētās saslimšanas gadījuma ārstēšanas periods sākas decembrī un turpinās nākamajā gadā, lai nodrošinātu precīzu finanšu gada noslēgšanu un uzskaiti, vienā talonā uzrāda apmeklējumus un sniegtos pakalpojumus decembrī un jaunā talonā kā aprūpes epizodes sākumu uzrāda pirmā apmeklējuma datumu janvārī.
   3. Atbilstoši Medicīniskās apaugļošanas pakalpojuma sniegšanas kārtībai manipulācija *,,16146 - Embriju pārstādīšana (3. posms) (iekļautas ginekologa konsultācijas izmaksas)”* jāuzrāda atsevišķā talonā, kur aprūpes epizodes sākuma un beigu datums ir faktiskais datums, kad veikta manipulācija.
8. Ierakstu „E formas veids” aizpilda personām, kas saņem veselības aprūpes pakalpojumus, uzrādot citās Eiropas Savienības un Eiropas Ekonomikas zonas dalībvalstīs izdotu E veidlapu, Eiropas veselības apdrošināšanas karti vai Eiropas veselības apdrošināšanas karti aizvietojošu sertifikātu. Ierakstā norāda dokumenta veidu: ja tiek uzrādīta EVAK – tad izvēlas “EVAK karte”; ja tiek uzrādīta EVAK AS, tad izvēlas “EVAK papīra veidlapa”; ja tiek uzrādīta kāda no S1 veidlapām (S1, E106, E109, E121), tad izvēlas “E106 veidlapa”; ja tiek uzrādīta kāda no S2 veidlapām (S2, E112), tad izvēlas “E112 veidlapa”.
   1. Dokumentā norādītā informācija jāievada Vadības informācijas sistēmā un dokumenta kopija ir jāpievieno ambulatorā pacienta medicīniskai kartei.
9. Sadaļā „Ārstniecības persona” norādīti ārstniecības personas, kas sniedz veselības aprūpes pakalpojumu, dati: ārstniecības personas kods un identifikators, specialitātes kods, iestādes kods un nosaukums. Specialitātes kodu norāda atbilstoši Ministru kabineta noteikumiem Nr. 630 “Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistra noteikumi”, iestādes kodu un nosaukumu norāda atbilstoši Ārstniecības iestāžu reģistram.
10. Ierakstā “Struktūrvienība” atzīmē to struktūrvienību, kurā sniedz ambulatoros pakalpojumus – „1 - uzņemšanas nodaļa”, „2 – traumpunkts/SMPP”, „3 - neatliekamās medicīniskās palīdzības stacija”, „4 - dienas stacionārs”, „5 – dežūrārsts”. Pārējos gadījumos tiek norādīts „0 – cits”. Struktūrvienību „2 – traumpunkts” atzīmē, kad veselības aprūpes pakalpojums tiek sniegts steidzamās medicīniskās palīdzības punktā. Struktūrvienības „2 – traumpunkts” vai „5 – dežūrārsts” atzīmē, ja samaksa par sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem tiek veikta saskaņā ar fiksētā ikmēneša maksājuma(tāmes finansējums) principiem.
11. Ierakstā “Pacienta grupa” norāda pacienta grupu atbilstoši Pacientu grupu klasifikatoram. Ja pacients pieder pie vairākām grupām, jāuzrāda visas.
12. Ierakstā „Vārds, uzvārds” norāda pacienta vārdu un uzvārdu atbilstoši uzrādītā personu apliecinoša dokumenta transkripcijai, nelatviskojot.
13. Ierakstā „Personas kods” norāda Latvijas Republikas Fizisko personu reģistra piešķirto vienpadsmit zīmju personas kodu;
    1. ja pacients ir ārzemnieks, kam piešķirts Latvijas Republikas Fizisko personu reģistra personas kods, uzrāda šo kodu un kā valsti Latviju - “LV”. Ja pacients ir ārzemnieks bez Latvijas Republikas Fizisko personu reģistra personas koda, uzrāda viņa dzimšanas datus atbilstoši 13.2 punktā norādītajam formātam un valsti pēc ISO valstu klasifikatora. Šādai personai aizpilda arī lauku „Ārzemnieka identifikācijas kods”;
    2. Ja pacienta personas kods nav zināms vai nav vēl piešķirts, norāda nepilno personas kodu šādā formātā: pirmajās sešās rūtiņās rakstāms pacienta dzimšanas datums un septītajā rūtiņā jānorāda personas dzimšanas gadsimts – ja pacients dzimis 19... gadā, tad rakstāms ,,1”, ja 20... gadā, tad – ,,2”, pārējās rūtiņas atstāj tukšas. Minētais formāts attiecas arī uz jaunā tipa personas kodiem, kas sākas ar “32”. Ja pacienta dzimšanas dati nav zināmi, tos piešķir kā nosacītus, aptuveni novērtējot pacienta vecumu. Pacienta personas koda laukam vienmēr jābūt aizpildītam.
14. Ierakstā „Dzimums” atzīmē pacienta dzimumu: „1 – vīrietis”, „2 – sieviete”.
15. Ierakstu „Ārzemnieka identifikācijas kods” aizpilda, ja pacients ir ārzemnieks, kam nav piešķirts Latvijas Republikas Fizisko personu reģistra personas kods. Šajā gadījumā ierakstā norāda personas identifikācijas kodu no personu apliecinoša dokumenta.
16. Ierakstā „Dzīvesvietas adrese” norāda pacienta uzrādīto dzīves vietas adresi: iela, nams, dzīvokļa numurs/mājas nosaukums, pilsēta/pagasts, novads;
    1. ierakstā „Administratīvais teritorijas kods” norāda dzīves vietas ATVK kodu saskaņā ar Centrālās statistikas pārvaldes izdoto Latvijas Republikas Administratīvo teritoriju un teritoriālā iedalījuma vienību klasifikatoru;
    2. ierakstā „Valsts” norāda valsts nosaukumu un valsts kodu pēc ISO valstu klasifikatora.
17. Ierakstos „Diagnozes kods pēc SSK-10” uzrāda SSK - 10 klasifikatora četrzīmju kodus, izņemot gadījumus, ja klasifikatorā diagnozei norādīts vairāk par 4 zīmēm. Lauku „Diagnoze profilaktiskajā apskatē” pilda, ja, veicot profilaktisko apskati valsts noteiktajā kārtībā, tiek konstatētas veselības problēmas un noteikta slimības diagnoze.
18. Ierakstu „Ārsts - nosūtītājs” aizpilda, ja pacientam ambulatorā pakalpojuma saņemšanai ir nosūtījums. Šajā ierakstā norāda ārsta, kurš ir nosūtījis pacientu, datus: ārsta personas kodu un identifikatoru, specialitātes kodu, iestādes, kurā ārsts strādā, kodu un nosaukumu. Specialitātes kodu norāda atbilstoši Ārstniecības personu klasifikatoram, iestādes kodu un nosaukumu norāda atbilstoši Ārstniecības iestāžu reģistram. Veicot pacienta dinamisko novērošanu, speciālists katrā nākamajā aprūpes epizodē kā ārstu nosūtītāju var norādīt sevi.
19. Ierakstā „Aprūpes epizode sakarā ar” norāda vajadzīgo aprūpes epizodes veidu “1-7”. Vienā talonā norāda tikai viena veida aprūpes epizodi, sakarā ar kuru pacients vērsies pie atbilstošā veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēja. Palīgkabinetos (laboratorijā, funkcionālās diagnostikas, radioloģijas u.c. kabinetos) veikto manipulāciju un izmeklējumu gadījumā atzīmē aprūpes epizodi “7”. Aprūpes epizodes kodu „4” atzīmē tikai profilaktisko apskašu, patronāžu, vakcināciju un skrīninga gadījumos, kuri noteikti Latvijas Republikas Ministru kabineta 2018. gada 28. augusta 555. noteikumu „Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” (turpmāk – Noteikumi Nr. 555) 1. pielikumā „Profilaktiskās apskates (izmeklējumi) un sirds un asinsvadu slimību riska noteikšana” (turpmāk - Profilakses programma) un 7., 71. un 72.punktā, kā arī Dienesta mājas lapā publicētajos Valsts organizētā vēža skrīninga sniegšanas nosacījumos (turpmāk – Skrīninga programma). Aprūpes epizožu kodus “1, 2, 3, 5 un 6” lieto ārsti, ārstu palīgi, vispārējās aprūpes māsas un vecmātes, ja tas noteikts līgumā par veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu, tai skaitā ārstniecības personas, kas strādā primārajā veselības aprūpē.

19.1. Ģimenes ārsti bērnu profilaktiskās apskates veic atbilstoši Profilakses programmas 1.punktam, bet pieaugušo profilaktiskās apskates – 2.punktam:

19.1.1. ja ģimenes ārsts, atbilstoši Profilakses programmā noteiktajām profilaktiskajām apskatēm, pacientam veic profilaktisko apskati, talonā jānorāda manipulācija ,,*60443 - Pieaugušo (vecumā līdz 65 gadiem) profilaktiskās apskates, ko veic ģimenes ārsts*” (turpmāk – manipulācija 60443), ,,*60444 - Pieaugušo (vecumā no 65 gadiem) profilaktiskās apskates, ko veic ģimenes ārsts*” (turpmāk – manipulācija 60444) vai ,,*01061 - Bērnu profilaktiskās apskates, ko veic ģimenes ārsts”* (turpmāk – manipulācija 01061), aprūpes epizode “4” un 16.pacientu grupa. Pacienta līdzmaksājums nav jāiekasē, tas tiek kompensēts no valsts budžeta līdzekļiem Noteikumos Nr.555 paredzētajā apmērā;

19.1.2. ja viena apmeklējuma laikā ģimenes ārsts veic gan pacienta profilaktisko apskati atbilstoši Profilakses programmā noteiktajām profilaktiskajām apskatēm, gan sniedz pakalpojumus saistībā ar saslimšanu, tiek iekasēts pacienta līdzmaksājums Noteikumos Nr.555 paredzētajā apmērā un ievada vienu talonu, papildus norādot manipulāciju ,,*60405 -* *Pieaugušo profilaktiskās apskates, ko veic ģimenes ārsts, izmeklējot pacientu ar saslimšanu”* vai manipulāciju ,,*01066 -* *Piemaksa par ģimenes ārsta veiktu profilaktisko apskati, izmeklējot pacientu ar saslimšanu (apmaksā tikai bērniem)”.* Talonā atzīmē aprūpes epizodes veidu “1, 2, 3, 5 vai 6” un atbilstošu pacientu grupu;

19.1.3. ja ģimenes ārsts veic tikai no valsts budžeta līdzekļiem apmaksātu kārtējo vakcināciju vai revakcināciju, talonā norāda manipulāciju ,,*01018 - Ārsta konsultācija pirms vakcinācijas. Nenorāda kopā ar manipulāciju 01061, 60443 un 60444”*, manipulācijas par vakcīnas ievadi ,,*03081 -* *Vakcīnas ievadīšana ādā, zemādā un muskulī*” vai ,,*03082* - *Vakcīnas ievadīšana perorāli”* (turpmāk – manipulācija 03081 vai 03082) un veiktās vakcinācijas attiecīgo manipulācijas kodu, aprūpes epizodi “4” un 23.pacientu grupu;

19.1.3.1. ja ģimenes ārsts viena apmeklējuma laikā veic profilaktisko apskati un vakcināciju, aizpilda vienu talonu, norādot manipulāciju par profilaktisko apskati (01061, 60443 vai 60444)*,* manipulāciju par vakcīnas ievadi (03081 vai 03082) un veiktās vakcinācijas attiecīgo manipulācijas kodu, aprūpes epizodi “4”, 16. un 23.pacientu grupu. Viena apmeklējuma laikā kopā neuzskaita profilaktiskās apskates manipulācijas (60443, 60444 vai 01061) un konsultācijas pirms vakcinācijas manipulāciju (01018). Pacienta līdzmaksājums nav jāiekasē, tas tiek kompensēts no valsts budžeta līdzekļiem Noteikumos Nr.555 paredzētajā apmērā;

19.1.3.2. ja viena apmeklējuma laikā ģimenes ārsts pacientam sniedz pakalpojumus saistībā ar saslimšanu un veic vakcināciju, tiek iekasēts pacienta līdzmaksājums atbilstoši Noteikumos Nr.555 paredzētajam apmēram. Šajā gadījumā aizpilda vienu talonu, norādot aprūpes epizodi “1, 2, 3, 5 vai 6”. Papildus norāda vakcīnas ievades manipulācijas (03081 vai 03082) un veiktās vakcinācijas attiecīgo manipulācijas kodu.

19.1.4. ja ģimenes ārsts tiek apmeklēts, lai veiktu tikai no valsts budžeta līdzekļiem apmaksātu sezonālo vakcināciju, talonā norāda manipulāciju ,,*03241 - Covid-19 sezonālā vakcinācija ar ārsta pirmsvakcinācijas apskati”*, ,,*03242 - Covid-19 sezonālā vakcinācija ar ārsta palīga/vecmātes pirmsvakcinācijas apskati”,* ,,*03243 - Gripas sezonālā vakcinācija ar ārsta pirmsvakcinācijas apskati” vai* ,,*03244 - Gripas sezonālā vakcinācija ar ārsta palīga/vecmātes pirmsvakcinācijas apskati”* (turpmāk – manipulācijas 03241, 03242, 03243 vai 03244) un par katru ievadīto valsts apmaksāto vakcinācijas faktu norāda manipulāciju ,,*60564 - Vakcinācijas fakta ievadīšana vienotajā veselības nozares elektroniskās informācijas sistēmas portālā. Norāda par Covid-19 vai gripas vakcināciju”* (turpmāk – manipulācija 60564), aprūpes epizodi “4” un 23.pacientu grupu;

19.1.4.1. ja ģimenes ārsts viena apmeklējuma laikā veic profilaktisko apskati un sezonālo vakcināciju, aizpilda vienu talonu, norādot manipulāciju par profilaktisko apskati (01061, 60443 vai 60444), sezonālās vakcinācijas manipulāciju/as (03241, 03242, 03243 vai 03244) un vakcinācijas fakta manipulāciju (60564), aprūpes epizodi “4”, 16. un 23.pacientu grupu. Pacienta līdzmaksājums nav jāiekasē, tas tiek kompensēts no valsts budžeta līdzekļiem Noteikumos Nr.555 paredzētajā apmērā;

19.1.4.2. ja viena apmeklējuma laikā ģimenes ārsts pacientam sniedz pakalpojumus saistībā ar saslimšanu un veic sezonālo vakcināciju, tiek iekasēts pacienta līdzmaksājums atbilstoši Noteikumos Nr.555 paredzētajam apmēram. Šajā gadījumā aizpilda vienu talonu, norādot aprūpes epizodi “1, 2, 3, 5 vai 6”. Papildus norāda sezonālās vakcinācijas manipulāciju/as (03241, 03242, 03243 vai 03244) un vakcinācijas fakta manipulāciju (60564);

19.1.4.3. ja ārstniecības persona veic sezonālo vakcināciju pacienta dzīvesvietā, talonā norāda manipulāciju *,,60059 - Ārstniecības personas izbraukums COVID-19 vakcinēšanas nodrošināšanai pacienta dzīvesvietā”*. Kopā ar Covid*-*19 vakcināciju personas dzīvesvietā var veikt arī vakcināciju pret sezonālo gripu, talonā norādot manipulāciju 03243 vai 03244. Par katruvienotajā veselības nozares elektroniskajā informācijas sistēmā ievadīto valsts apmaksāto vakcinācijas faktu norāda manipulāciju 60564. Norāda aprūpes epizodi “4” un 23.pacientu grupu.

19.1.4.4. ja ģimenes ārsts vai ārstniecības iestāde, kas vienojusies ar Dienesta par izbraukuma vakcinācijas nodrošināšanu, veic sezonālo vakcināciju sociālās aprūpes centrā, talonā norāda manipulāciju *“60560 - Izbraukuma vakcinācija līdz 50 km vienā virzienā Covid-19 vakcinēšanai sociālās aprūpes centrā ar ārsta apskati pirms vakcinācijas”,* *“60561 - Izbraukuma vakcinācija līdz 50 km vienā virzienā Covid-19 vakcinēšanai sociālās aprūpes centrā ar ārsta palīga apskati pirms vakcinācijas”, “60562 - Izbraukuma vakcinācija attālumā no 51 km vienā virzienā Covid-19 vakcinēšanai sociālās aprūpes centrā ar ārsta apskati pirms vakcinācijas”* vai *“60563 - Izbraukuma vakcinācija attālumā no 51 km vienā virzienā Covid-19 vakcinēšanai sociālās aprūpes centrā ar ārsta palīga apskati pirms vakcinācijas”.* Kopā ar Covid-19 vakcināciju var veikt arī vakcināciju pret sezonālo gripu, talonā norādot manipulāciju 03243 vai 03244. Par katru vienotajā veselības nozares elektroniskajā informācijas sistēmā ievadīto valsts apmaksāto vakcinācijas faktu norāda manipulāciju 60564. Norāda aprūpes epizodi “4” un 23.pacientu grupu.

19.2. oftalmologu bērnu profilaktiskās apskates notiek atbilstoši Profilakses programmas 1.punktam:

19.2.1. ja oftalmologs veic pacienta profilaktisko apskati atbilstoši Profilakses programmā noteiktajam, talonā jānorāda manipulācija ,,*01065 - Oftalmologa veikta profilaktiskā apskate*” (turpmāk – manipulācija 01065), aprūpes epizode “4”, pamatdiagnoze Z01.0 un 16.pacientu grupa. Pacienta līdzmaksājums tiek kompensēts no valsts budžeta līdzekļiem Noteikumos Nr.555 paredzētajā apmērā;

19.2.2. ja viena apmeklējuma laikā oftalmologs veic gan pacienta profilaktisko apskati atbilstoši Profilakses programmā noteiktajam, gan sniedz pakalpojumus saistībā ar saslimšanu, aizpilda vienu talonu, uzrādot manipulāciju 01065 un papildus veiktās manipulācijas, kas nedublē Profilakses programmā ietvertās acu un redzes pārbaudes, nenorādot manipulācijas ,,*17005 -Objektīvā refrakcijas noteikšana ar skiaskopijas metodi*”, ,,*17007 -* *Retinoskopija bērniem līdz 8 gadu vecuma*, ”,,*17015 -* *Redzes asuma noteikšana tuvumā vai tālumā bērniem līdz 8 gadu vecumam”*, ,,*17017 -* *Redzes asuma noteikšana tuvumā vai tālumā*, ”,,*17040 -* *Slēptās šķielēšanas un šķielēšanas kvalitatīva pārbaude*”, ,,*17042 -* *Stereoredzes pārbaude tuvumā, tālumā (Lang, TNC un "Mušas" testi*, ”, ,,*17045 -* *Binokulāro funkciju pārbaude, izmantojot sinoptoforu (Maddox tests,* ”,,*17052 -* *Abu acu kustības diferenciālanalīz*, ”,,*17085 -* *Tiešā oftalmoskopija abām acī*”. Talonā norāda aprūpes epizodi “4”, pamatdiagnozi Z01.0, saslimšanai atbilstošu blakus diagnozes kodu un 16.pacientu grupu. Pacienta līdzmaksājums tiek kompensēts no valsts budžeta līdzekļiem Noteikumos Nr.555 paredzētajā apmērā.

19.3 Dzemdes kakla vēža skrīningu veic atbilstoši Dienesta tīmekļvietnē publicētajiem Valsts organizētā dzemdes kakla vēža skrīninga nosacījumiem:

19.3.1. ja ginekologs, dzemdību speciālists atbilstoši Skrīninga programmas nosacījumiem pacientei veic dzemdes kakla vēža skrīningu, talonā norāda manipulāciju ,,*01004 -* *Ginekologa, dzemdību speciālista ginekoloģiskā apskate valsts organizētās vēža skrīningprogrammas ietvaros”* (turpmāk – manipulācija 01004) un manipulāciju ar kodu “*01095 - Dzemdes kakla materiāla paņemšana šķidruma citoloģijas vai HPV noteikšanai”* (turpmāk – manipulācija 01095), aprūpes epizodi “4”, pamatdiagnozi Z01.4 un 16.pacientu grupu. Pacienta līdzmaksājums tiek kompensēts no valsts budžeta līdzekļiem Noteikumos Nr.555 paredzētajā apmērā;

19.3.2. ja viena apmeklējuma laikā ginekologs, dzemdību speciālists pacientei veic valsts organizētā dzemdes kakla vēža skrīningu atbilstoši Skrīninga programmā noteiktajam un sniedz pakalpojumus saistībā ar saslimšanu, tad aizpilda divus talonus – Skrīninga programmas talonu, kurā norāda tikai manipulāciju 01095, aprūpes epizodi “4”, pamatdiagnozi Z01.4 un 16.pacientu grupu, pacienta līdzmaksājums šajā talonā netiek aprēķināts. Otrā talonā ar apmeklējumu saslimšanas dēļ, norāda papildus veiktās manipulācijas (izņemot manipulācijas 01095 un 01004), aprūpes epizodi “1, 2, 3, 5 vai 6” un atbilstošu pacientu grupu. Tiek iekasēts pacienta līdzmaksājums Noteikumos Nr.555 paredzētajā apmērā.

20. Ierakstā „Apmeklējumu skaits aprūpes epizodē” norāda ambulatoro ārsta apmeklējumu skaitu aprūpes epizodes laikā – atsevišķi ārstniecības iestādē un mājās pēc pacienta izsaukuma vai pēc ārstniecības personas iniciatīvas. Gan apmeklējumiem ārstniecības iestādē, gan mājās atsevišķi jāuzrāda neatliekamo apmeklējumu skaits sakarā ar neatliekamās palīdzības sniegšanu atbilstoši Noteikumu Nr.555 nosacījumiem.

21. Ierakstā „Palīdzības veids” parasti atzīmē palīdzības veidu “0 – Cits . Pārējos palīdzības veidus norāda šādos gadījumos: „1” – ja stacionārā esošam pacientam tiek sniegti ambulatori pakalpojumi citā ārstniecības iestādē pēc stacionāra ārstējošā ārsta nosūtījuma; „2” – ja pacientam tiek sniegta konsultācija; „3” – ja veselības aprūpes pakalpojumu sniedz normatīvajos aktos noteiktie tiešās pieejamības speciālisti.

22. Ierakstā „Izdarītie izmeklējumi un manipulācijas” norāda veikto manipulāciju kodus un skaitu. Manipulāciju kodus norāda atbilstoši Dienesta tīmekļvietnē publicētajam manipulāciju sarakstam un to apmaksas nosacījumiem.

23. Ierakstā „Nosūtīts” norāda pacientam izsniegto nosūtījumu: „1- pie speciālista”, „2- stacionēšanai”; „3 - uz palīgkabinetu”. Ja pacientam vienas aprūpes epizodes laikā izsniegti vairāki nosūtījumi, piemēram, pie speciālista un uz palīgkabinetu, uzrāda abus, t.i., „1” un „3”.

24. Ierakstu “Ārsts aizvietotājs” aizpilda ģimenes ārsta aizvietošanas gadījumā, ja atbilstoši Noteikumiem Nr.555 veikto darbu jāuzskaita ārstam, kurš tiek aizvietots. Šādā gadījumā talona II. sadaļā “Ārstniecības persona” norāda informāciju par aizvietojamo ārstniecības personu (personas kodu un identifikatoru).

**1** *Aprūpes epizode ir laika periods no brīža, kad ar pacienta veselības problēmu sastopas veselības aprūpes pakalpojuma sniedzējs (pacienta pirmais kontakts ar veselības aprūpes pakalpojuma sniedzēju), līdz attiecīgās pacienta problēmas atrisinājumam. Minētais nozīmē, ka pacienta konkrētās problēmas risināšanas gaitā pie viena un tā paša ārsta var būt vairāki ambulatorie apmeklējumi viena un tā paša saslimšanas gadījuma sakarā. Tā kā aprūpes epizodes ilgums var būt no vienas līdz 30 dienām, 30 dienu laikā ir iespējams, ka pacients saslimst  ar kādu citu slimību, turklāt tiek apmeklēts viens un tas pats ārsts. Tādos gadījumos sākas jauna aprūpes epizode. Šīs situācijas (vairākas aprūpes epizodes pie viena ārsta 30 dienu laikā) ir jāvērtē atbilstoši ierakstiem  medicīniskajā dokumentācijā, lai izlemtu, vai jaunā epizode ir iepriekšējās turpinājums vai jauns saslimšanas gadījums.*

Ja talonu aizpildot, rodas neskaidri jautājumi, tos var noskaidrot, zvanot pa tālruņiem:

Dienesta Rīgas teritoriālajā nodaļā – 67045019

Dienesta Kurzemes teritoriālajā nodaļā – 63323146

Dienesta Latgales teritoriālajā nodaļā – 65476965

Dienesta Vidzemes teritoriālajā nodaļā – 64772301

Dienesta Zemgales teritoriālajā nodaļā – 63007083

Starptautiskā sadarbības nodaļa - jautājumi par uzrādītajām citās Eiropas Savienības un Eiropas Ekonomikas zonas dalībvalstīs izdotām E veidlapām, Eiropas veselības apdrošināšanas karti vai Eiropas veselības apdrošināšanas kartes aizvietojošu sertifikātu: 67043776, 67043791