**Приложение № 2 к приказу ГБУЗ «КДКБ № 1» № 419 от 11.09.19г.**

ПОРЯДОК

ОЗНАКОМЛЕНИЯ ПАЦИЕНТА ЛИБО ЕГО ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ
С МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИЕЙ,

ОТРАЖАЮЩЕЙ СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТА

В ГБУЗ «КДКБ №1»

1. Настоящий Порядок устанавливает правила ознакомления пациента либо его законного представителя с оригиналами **первичной медицинской документации**, отражающей состояние здоровья пациента (далее - ПМД) и находящейся на хранении в ГБУЗ «КДКБ №1».
2. Основанием для ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией является поступление в ГБУЗ «КДКБ №1» от пациента или его законного представителя письменного запроса о предоставлении медицинской документации для ознакомления (далее - письменный запрос).
3. Письменный запрос должен содержать следующие сведения:

а) фамилия, имя и отчество (при наличии) пациента;

б) фамилия, имя и отчество (при наличии) законного представителя пациента;

в) место жительства (пребывания) пациента;

г) реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента;

д) реквизиты документа, удостоверяющего личность законного представителя пациента (при наличии);

е) реквизиты документа, подтверждающего полномочия законного представителя пациента (при наличии);

ж) период оказания пациенту медицинской помощи в медицинской организации, за который пациент либо его законный представитель желает ознакомиться с медицинской документацией;

з) почтовый адрес для направления письменного ответа;

и) номер контактного телефона (при наличии), адрес электронной почты (при наличии).

1. Рассмотрение письменных запросов на ознакомление с медицинской документацией осуществляется в соответствии с тремя регламентами: при ознакомлении пациента/законного представителя с первичной медицинской документацией после выписки из стационара (регламент №1), при закрытии случая на амбулаторно-поликлиническом приеме (регламент №2) и при нахождении пациента в стационаре, или во время наблюдения на амбулаторно-поликлиническом приеме (регламент №3).
2. Максимальный срок ожидания пациентом либо его законным представителем ознакомления с медицинской документацией с момента регистрации в ГБУЗ «КДКБ №1» письменного запроса не должен превышать 30 дней, установленных Федеральным законом от 2 мая 2006 года N 59-ФЗ иО порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации".
3. Ознакомление пациента или его законного представителя с медицинской документацией ГБУЗ «КДКБ №1» осуществляется в рабочие дни в соответствии с предварительной записью в «Журнале предварительной записи посещений помещения для ознакомления с медицинской документацией» (далее - журнал предварительной записи; Приложение №1).
4. Факт ознакомления пациента или его законного представителя с медицинской документацией фиксируется в «Журнале учета работы помещения для ознакомления с медицинской документацией (далее - журнал учета работы помещения; Приложение №2).

Регламент №1

Порядок ознакомления пациента с медицинской документацией после выписки из

круглосуточного стационара

1. Пациент/законный представитель пишет заявление на ознакомление с медицинской документацией по установленной форме на имя главного врача ГБУЗ «КДКБ № 1» (приложения №№ 2, 3).
2. Заявление регистрируется секретарем и передается заместителю главного врача по клинико-­экспертной работе (КЭР).
3. Заместитель главного врача по КЭР подписывает заявление и запрашивает историю болезни (либо другую первичную медицинскую документацию) в архиве, регистрирует запрос в «Журнале предварительной записи посещений помещения для ознакомления с медицинской документацией» Приложение №4.
4. После получения первичной медицинской документации заместитель главного врача по КЭР осуществляет проверку медицинской документации, ставит на ней подпись и дату и передает архивариусу для снятия копии. Копия медицинской документации остается в архиве учреждения и хранится вместе с заявлением на ознакомление с ПМД.
5. Заместитель главного врача по КЭР информирует заведующего профильным отделением о готовности мед.документов для ознакомления и согласовывает дату проведения ознакомления пациента с ней; затем связывается с лицом, желающим ознакомиться с мед.документацией и информирует его о дате, времени и месте ознакомления с мед.документацией. Сведения записываются в «Журнале предварительной записи посещений помещения для ознакомления с медицинской документацией» (далее - журнал предварительной записи; Приложение №4).
6. В день ознакомления пациента с ПМД заместитель главного врача по КЭР обеспечивает наличие истории болезни и журнала ознакомления с мед.документацией («Журнал учета работы помещения для ознакомления с медицинской документацией; Приложение №5) в кабинете заведующего соответствующим профильным отделением. Заведующий отделением дает пациенту/законному представителю инструкцию (приложение №6) для ознакомления с правилами обращения с медицинской документацией под подпись в журнале («Журнал учета работы помещения для ознакомления с медицинской документацией; Приложение №5); затем берет подпись пациента об ознакомлении с ПМД и знакомит пациента/законного представителя с ПМД.
7. Ознакомление пациента/законного представителя с ПМД осуществляется в кабинете заведующего соответствующим профильным отделением в установленные графиком часы по согласованию обеих сторон (Приложение №7).
8. После ознакомления с ПМД заместитель главного врача по КЭР изымает оригинал ПМД у заведующего отделением и сдает его в архив. Копия ПМД вместе заявлением подшивается и хранится в архиве учреждения.

Регламент №2

Порядок ознакомления пациента с медицинской документацией после лечения на амбулаторно-поликлиническом приеме

1. Пациент/законный представитель пишет заявление на ознакомление с медицинской документацией по установленной форме на имя главного врача в приемной ГБУЗ «КДКБ №1» (приложения №№ 2, 3).
2. Заявление регистрируется секретарем и передается заместителю главного врача по КЭР.
3. Заместитель главного врача по КЭР подписывает заявление и запрашивает амбулаторную карту (либо другую первичную медицинскую документацию) в архиве/регистратуре амбулаторно-поликлинического приема, регистрирует запрос в «Журнале предварительной записи посещений помещения для ознакомления с медицинской документацией»; Приложение №4.
4. Заместитель главного врача по КЭР после проверки полученной первичной медицинской документации на предмет комплектности, ставит на ней подпись и дату и передает архивариусу для снятия копии. Копия медицинской документации остается в архиве и хранится вместе с заявлением на ознакомление с ПМД.
5. Заместитель главного врача по КЭР информирует руководителя краевым детским центром, входящим в структуру учреждения, о готовности мед.документов для ознакомления и согласовывает дату проведения ознакомления пациента с ней; затем связывается с лицом, желающим ознакомиться с мед.документацией и информирует его о дате, времени и месте ознакомления с мед.документацией. Сведения записываются в «Журнале предварительной записи посещений помещения для ознакомления с медицинской документацией» Приложение №4.
6. За день до ознакомления пациента с ПМД заместитель главного врача по КЭР обеспечивает наличие ПМД в кабинете заведующего соответствующим краевым центром, который дает инструкцию для ознакомления с правилами обращения с медицинской документацией под подпись в журнале («Журнал учета работы помещения для ознакомления с медицинской документацией; Приложение №5); затем берет подпись пациента об ознакомлении с ПМД и знакомит пациента/законного представителя с ПМД.
7. Ознакомление пациента/законного представителя с ПМД осуществляется в кабинете заведующего краевым центром в установленные графиком часы по согласованию обеих сторон (Приложение №7).
8. После ознакомления с ПМД заведующий краевым центром сдает оригинал ПМД в регистратуру/архив; информирует заместителя главного врача по КЭР о результатах ознакомления пациента с ПМД. Копия ПМД вместе заявлением подшивается и хранится в архиве учреждения.

Регламент №3

Порядок ознакомления пациента с медицинской документацией во время лечения в

 стационаре или во время наблюдения на амбулаторно-поликлиническом приеме

Пациенты, которым оказывается медицинская помощь в стационарных условиях и в условиях амбулаторно-поликлинического приема, и передвижение которых по медицинским причинам ограничено, в том числе ввиду назначенного режима лечения, имеют право на ознакомление с медицинской документацией непосредственно в отделении ГБУЗ «КДКБ №1», в котором они пребывают.

Сведения о наличии оснований для ознакомления с медицинской документацией непосредственно в отделении указываются в письменном запросе (приложения №№ 2, 3) на имя главного врача, заверяются подписью заведующего соответствующим отделением больницы и передаются для регистрации приемную главного врача.

После визирования заявления заместитель главного врача по КЭР осуществляет проверку ПМД на предмет комплектности, затем передает архивариусу для снятия копии и передает оригинал ПМД заведующему профильным отделением, который обеспечивает возможность ознакомления пациента с медицинской документацией в установленные графиком дни и часы.

Регистрация движения заявления на ознакомление и ПМД ведется также, как в регламенте №1.

При оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях пациент имеет право ознакомиться с записями, сделанными медицинским работником в медицинской документации во время приема.

**Приложение № 2 к приказу ГБУЗ «КДКБ № 1» № 419 от 11.09.19г.**

Главному врачу ГБУЗ «КДКБ №1»

Горелик Н.В.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 фамилия, имя, отчество пациента;

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 фамилия, имя, отчество законного

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

представителя пациента;

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ место жительства (пребывания) пациента;

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ контактный телефон (при наличии) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**об ознакомлении с медицинской документацией**

**(для пациентов, находящихся на стационарном лечении в ГБУЗ «КДКБ №1»)**

Прошу предоставить для ознакомления медицинскую документацию в отношении

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_фамилия, имя, отчество пациента

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_наименование, реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
наименование, реквизиты документа, удостоверяющего личность законного представителя

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
-наименование, реквизиты, документа, подтверждающего полномочия законного представителя пациента

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

-

Период оказания медицинской помощи, за который необходимо ознакомиться с медицинской документацией\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение:

1. Копия документа, удостоверяющего личность пациента;
2. Копия документа, удостоверяющего личность законного представителя пациента (в случае ознакомления с медицинской документацией законным представителем);
3. Копия документа, подтверждающего полномочия законного представителя пациента (в случае ознакомления с медицинской документацией законным представителем).

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 подпись расшифровка подписи

**Приложение № 3 к приказу ГБУЗ «КДКБ № 1» № 419 от 11.09.19г.**

Главному врачу ГБУЗ «КДКБ №1»

Горелик Н.В.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 фамилия, имя, отчество пациента;

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 фамилия, имя, отчество законного

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

представителя пациента;

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ место жительства (пребывания) пациента;

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ контактный телефон (при наличии) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**об ознакомлении с медицинской документацией**

Прошу предоставить для ознакомления медицинскую документацию в отношении

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_фамилия, имя, отчество пациента

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_наименование, реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
наименование, реквизиты документа, удостоверяющего личность законного представителя

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
-наименование, реквизиты, документа, подтверждающего полномочия законного представителя пациента

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

-

Период оказания медицинской помощи, за который необходимо ознакомиться с медицинской документацией\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

О дате, времени и месте ознакомления с медицинской документацией прошу сообщить:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Указать способ сообщения: письменно (указать почтовый адрес или адрес электронной почты)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

или устно (указать контактный телефон)

Приложение:

1. Копия документа, удостоверяющего личность пациента;

1. Копия документа, удостоверяющего личность законного представителя пациента (в случае ознакомления с медицинской документацией законным представителем);
2. Копия документа, подтверждающего полномочия законного представителя пациента (в случае ознакомления с медицинской документацией законным представителем).

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 подпись расшифровка подписи

Приложение № 4 к приказу ГБУЗ «КДКБ № 1» **№ 419 от 11.09.19г.**

**Журнал предварительной записи**

**посещений помещения для ознакомления с медицинской документацией**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №п/п | Фамилия, имя, отчество пациента | Число, месяц, год рождения | Место жительства (пребывания) пациента | Датарегистрацииписьменногозапроса | Период оказания медицинской помощи пациенту, за который идет ознакомление | Предварительные дата и время посещения помещения для ознакомления с медицинской документацией | Дата и время согласования с пациентов ознакомления | Исполнитель, подпись |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Приложение №5

к приказу ГБУЗ «КДКБ №1» **№ 419** **от 11.09.19г.**

Журнал учета работы помещения
для ознакомления с медицинской документацией

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №п/п | Дата и время посещения пациентом помещения, время выдачи мед документации,и ее время возврата | Вид выданной на руки пациенту (представителя)медицинскойдокументации | Фамилия, имя. отчество пациента (представителя), получившего на руки медицинскую документацию | Реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента (представителя)Реквизиты документа, удостоверяющего полномочия законного представителя | ФИО лечащего врача или другого медицинского работника, принимающего непосредственное участие в обследовании и лечении пациента | Подпись пациента (представителя) об ознакомлении с инструкцией «0 порядке обращения с мел.локументацией во время ознакомления пациента/закониого представителя» | Подпись пациента (представителя) об ознакомлении с медицинской документацией, фактическое время ознакомления (минут, часов) |
|   |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Приложение № 6 к приказу

ГБУЗ «КДКБ №1» **№**  **419 от 11.09.19г.**

ИНСТРУКЦИЯ

«О порядке **обращения** с медицинской документацией во время ознакомления
пациента либо его законного представителя»

Настоящая инструкция определяет порядок обращения с медицинской документацией во время ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента в ГБУЗ «КДКБ №1».

Медицинская документация, отражающая состояние здоровья пациента ГБУЗ «КДКБ №1» является собственностью ГБУЗ «КДКБ №1». Медицинская документация подлежит хранению в медицинской организации. Законодательством РФ не предусмотрена возможность передачи подлинной медицинской документации пациенту либо его законному представителю для постоянного хранения.

Во время ознакомления с медицинской документацией пациент либо законный представитель пациента обязан обращаться с медицинской документацией аккуратно и бережно. Во время ознакомления с медицинской документацией пациент либо законный представитель вправе делать выписки из нее, фотографировать документацию.

Запрещается:

- вносить записи, пометки любым способом в медицинскую документацию, исправлять либо удалять имеющиеся записи;

* нарушать целостность медицинской документации;
* наносить повреждения медицинской документации любым физическим или химическим способом;
* выносить медицинскую документацию (ее части) из помещения, предоставленного для ознакомления с ней.

После ознакомления с медицинской документацией или по окончании времени ознакомления пациент либо его законный представитель обязан вернуть медицинскую документацию представителю ГБУЗ «КДКБ №1» в том же состоянии, в каком он ее получил.

Проставляя подпись в «Журнале учета работы помещения для ознакомления с медицинской документацией» пациент либо его законный представитель подтверждает, что ознакомлен с настоящей Инструкцией, обязуется соблюдать вышеуказанные требования.

Приложение № 7 к приказу

ГБУЗ «КДКБ №1» № 419 от 11.09.19г.

**График работы заведующих подразделений ГБУЗ «КДКБ №1» для ознакомления пациентов с медицинской документацией**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Заведующий структурным подразделением** | **День недели, часы** | **Кабинет** | **Адрес** |
| Рюмкина М.И. | Вторник 14:00-15:00 Четверг 14:00-15:00 | 4 этаж, психоневрологическое отделение | г. Владивосток, пр. Острякова, д.27, кабинет заведующего отделением |
| Семешина О.В. | Вторник 14:00-15:00 Четверг 14:00-15:00 | 4 этаж, нефрологическое отделение |
| Федоренко Н.В. | Вторник 14:00-15:00 Четверг 14:00-15:00 | 3 этаж, гематологическое отделение |
| Обухова И.А. | Вторник 14:00-15:00 Четверг 14:00-15:00 | 3 этаж, гематологическое отделение |
| Лукина Т.В. | Вторник 14:00-15:00 Четверг 14:00-15:00 | 3 этаж, детское онкологическое отделение |
| Косьяненко Е.Б. | Вторник 14:00-15:00 Четверг 14:00-15:00 | 3 этаж, отделение патологии новорожденных детей №1 |
| Руденко Н.В. | Вторник 14:00-15:00 Четверг 14:00-15:00 | 4 этаж, отделение патологии новорожденных детей №2 |
| Мельникова С.И. | Вторник 14:00-15:00 Четверг 14:00-15:00 | 3 этаж, педиатрическое отделение для детей раннего возраста |
| Таранова С.В. | Вторник 14:00-15:00 Четверг 14:00-15:00 | 3 этаж, оториноларингологическое отделение |
| Бондарчук О.Б. | Вторник 14:00-15:00 Четверг 14:00-15:00 | 3 этаж, отделение детской плановой хирургии |
| Шмырева Е.С. | Вторник 14:00-15:00 Четверг 14:00-15:00 | 2 этаж, отделение детской экстренной хирургии № 1 |
| Цылева Ю.И. | Вторник 14:00-15:00 Четверг 14:00-15:00 | 2 этаж, отделение детской экстренной хирургии №2 |
| Акопян А.В. | Вторник 14:00-15:00 Четверг 14:00-15:00 | 4 этаж, детское уроандрологическое отделение |
| Амбулаторно-поликлинические приемы |
| Минкина Л.М. | Вторник 14:00-15:00 Четверг 14:00-15:00 | 3 этаж, кабинет Заведующей КДОГЦ | г. Владивосток, пр. Острякова, д.27, кабинет заведующего краевым детским центром |
| Выборова Л.В. | Вторник 14:00-15:00 Четверг 14:00-15:00 | 2 этаж, кабинет заведующей КДЭЦ |
| Мельникова Е.А. | Вторник 14:00-15:00 Четверг 14:00-15:00 | 2 этаж, кабинет заведующей КДУНЦ |