

Медицинская документация

Правильное ведение соответствующей медицинской документации вменяется в обязанности медицинской сестры и обеспечивает адекватное осуществление лечения больных, контроль за динамикой лечебно-диагностического процесса (в том числе за состоянием пациента) и использованием материально-технических средств, учёт выполняемой медицинским персоналом работы.

Основные виды сестринской медицинской документации:

1. Журнал движения больных: регистрация поступления и выписки больных.
2. Procedурный лист: лист врачебных назначений.
3. Температурный лист: в нём отмечают основные данные, характеризующие состояние больного – температуру тела, пульс, АД, ЧДД, диурез, массу тела (по мере необходимости), физиологические отправления.
4. Журнал назначений: в нём фиксируют назначения врача – лабораторные и инструментальные исследования, консультации «узких» специалистов и пр.
5. Журнал учёта наркотических, сильнодействующих и ядовитых средств.
6. Журнал передачи ключей от сейфа.
7. Требование на питание больных (порционник) должен содержать сведения о количестве больных на назначенные диеты, фамилии пациентов, при необходимости –дополнительно выдаваемые продукты или, наоборот, характер разгрузочных диет.
8. Журнал приёма и сдачи дежурств. В нём регистрируют общее число больных, их «движение» за сутки, отмечают лихорадящих и тяжелобольных, срочные назначения, нарушения режима в отделении и пр.



Общие сведения

Под медицинской документацией следует понимать систему бланков установленного образца. Они предназначены для регистрации результатов диагностических, терапевтических, санитарно-гигиенических, профилактических и прочих мероприятий. Медицинская документация используется также при анализе и обобщении сведений.

Форма

Принятый на федеральном уровне Приказ "О ведении медицинской документации" предусматривает особые нормы для бланков, используемых в учреждениях здравоохранения. Большая часть данных фиксируется в разных документах. Например, это может быть история болезни, результат исследования, рецепт, направление на диагностику или терапию и так далее. Ведение медицинской учетно-отчетной документации предполагает заполнение тех или иных разделов, составление таблиц, схем и прочего. Специалисты должны уметь заполнять предусмотренные стандартные бланки.

Основные данные

Ведение медицинской учетно-отчетной документации осуществляется с целью сбора и последующего обобщения таких сведений, как: Паспортно-демографическая информация. К ней относят данные о Ф.И.О. пациента, годе и месте его рождения, родственниках, специфике деятельности. Сведения о функции и структуре медучреждений. Они отражают специфику деятельности той или иной организации. Например, это могут быть данные о возможности проведения в конкретном учреждении инструментальной или лабораторной диагностики.

Статистически-управленческая информация. Она составляет основу для последующих подсчетов государственной медстатистики, а также параметров, характеризующих деятельность врачей, отделений и учреждений в целом. К таким данным относят, например, точность постановки диагноза в соответствии с классификатором ВОЗ, длительность пребывания пациента на лечении, уровня восстановления работоспособности больного и так далее. Плановые показатели. К ним относят сведения о бухгалтерской и хозяйственной деятельности учреждений.

Унификация сведений

Во всех однотипных учреждениях осуществляется ведение первичной медицинской документации, установленной перечнем, в котором указаны вид документа (бланк, журнал и т. д.), формат и сроки его хранения. Образцы учетных форм и правила их заполнения содержатся в альбоме, утвержденном Минздравом. Существуют определенные правила ведения первичной медицинской документации. Они предусматривают унификацию бумаг. Существующие формы ведения медицинской документации позволяют существенно облегчить обработку сведений. Утвержденные Минздравом стандартные бланки приспособлены для механизированного анализа с использованием ЭВМ.



Ведение медицинской учетно-отчетной документации: основные задачи

Заполненные в соответствии со стандартами бланки отражают объем и характер деятельности учреждений. Ведение медицинской документации в поликлинике, например, необходимо для дальнейшего планирования мероприятий, направленных на улучшение состояния здоровья и оказание помощи гражданам. Кроме того, обеспечивается поступление статистической информации в органы управления здравоохранением на различных уровнях. Соблюдая правила ведения первичной медицинской документации, специалисты способствуют формированию адекватной оценки эффективности деятельности учреждений в целом.

Основные стандарты по заполнению

Среди важнейших требований, которые предъявляются к ведению документации, относят:

1. Своевременность и полноту записей.
2. Медицинскую грамотность.
3. Достоверность.

Медицинская документация - это бумаги, которые имеют исключительно служебное назначение. В связи с этим она должна быть доступна тем лицам, которые пользуются ею на профессиональном уровне.



Карта пациента

Она считается главным медицинским документом. Карта заводится на каждого посетителя. Характер патологии, частота и продолжительность визитов, диагноз, назначенная терапия не оказывают никакого влияния на требования к ведению медицинской документации. Как правило, заполнение карты осуществляется при каждом посещении врача. Специалист вносит в нее сведения о жалобах пациента, поставленном диагнозе, назначенных лекарствах, ходе терапии и ее эффективности.



Специфика карты

Нормы по заполнению данного документа, как и прочих бумаг медучреждения, установлены в специальном Приказе Минздрава от 2004 года. В частности, специалистам предписано вносить в карту данные как временного, так и постоянного характера. К последним относят несколько пунктов, обязательных для заполнения. В первую очередь это личные данные больного. Также обязательно составление таблицы уточненных диагнозов. Она находится на обложке карты. К постоянным сведениям относят также информацию об инвалидности и прочих тяжелых патологиях. И, наконец, в число пунктов, обязательных для заполнения, входят результаты плановых осмотров. Отдельную карту заводят на каждого больного стационара, а также больничного отделения. Особый образец заполняется при эвакуации.

Выписной эпикриз

Ведение медицинской документации в поликлинике предполагает не только сбор сведений непосредственно в том учреждении, которое посещает пациент. В карту заносятся данные и о лечении, проходившем за его пределами. Для этого используется выписной эпикриз. Если человек некоторое время проходил лечение в больнице, то его карта, естественно, в течение этого периода находилась в учреждении, где он стоит на учете. Поскольку правила ведения медицинской документации обязывают включать в нее все сведения, касающиеся здоровья гражданина, то делается выписка из его истории болезни. Выписной эпикриз вклеивается в карту.



Ведение медицинской документации в стационаре

Кроме прочих, установленных Минздравом бумаг, в данном учреждении заполняется специальный бланк. Им является форма 027/у. Она заменяет выписной эпикриз. Заполненный бланк 027/у выдается непосредственно в стационаре. Эта справка используется также в случаях, когда необходимо дополнить сведения в одной карте информацией из другой. Такие ситуации возникают, в частности, когда больной посещает сразу несколько учреждений. Так как правила ведения медицинской документации обязывают всегда заводить на больного карту, не подлежащую выносу за пределы больницы или поликлиники, то их образуется в указанном случае несколько.

Особенности заполнения

По сути, выписной эпикриз, как и форма 027/у, представляет собой краткую историю болезни. Выдается она после выписки из учреждения. Собственно, поэтому документ так и называется – выписной. В нем отражаются результаты лечения. Здесь следует сказать, что этот документ, в принципе, является разновидностью эпикриза в широком понимании этого слова. Последний выступает в качестве заключения, определенного суждения в отношении причин патологии, процесса и характера терапии, изменений состояния больного, итогов лечения и так далее.



Справки

Эти документы имеют свою специфику. От прочих бумаг они отличаются направленностью и прямой связью непосредственно с больными. Последнее обусловлено тем, что оформляются они с целью передачи пациенту для предъявления по месту требования. В наиболее развернутом виде составляются справки описательного типа. Однако в практике их существует не так много. Обычно справки имеют сокращенный вид. В качестве одного из ярких примеров можно привести упомянутый выше эпикриз. Или же справки в садик или школу.

Распространенные ошибки заполнения

В числе наиболее часто встречающихся нарушений ведения документации в учреждении можно назвать следующие:

- 1.Отсутствие обоснований для госпитализации, клинического и предварительного диагнозов.
- 2.Недочеты при описании жалоб, объективного обследования, анамнеза.
- 3.Отсутствие оснований для проведения тех либо иных вмешательств.
- 4.Неверное оформление записей о назначенной медикаментозной терапии.
- 5.Отсутствие информированности больного и его добровольного согласия на вмешательство.
- 6.Низкая информативность эпикризов, записей консультантов, дневников.
- 7.Отсутствие указаний на итоги проведенных терапевтических мероприятий.
- 8.Невнесение в документ времени осмотра больного врачом или консультантами, а также данных о проведении хирургического вмешательства.
- 9.Формальный характер указанных сведений, неразборчивость и небрежность заполнения, нарушенная хронология при изложении информации.
- 10.Отсутствие подписи лечащего врача или заведующего отделением. Отсутствие данных о динамическом наблюдении за больным и этапных эпикризов.

Необходимо отметить, что многие описательные документы, в частности, выписной эпикриз или непосредственно история болезни требуют от специалиста немалых усилий. Тем не менее, невозможно обойтись без процедуры их заполнения.

В заключение

Законодательство, регулирующее сферу здравоохранения, постоянно совершенствуется. Учитываются международные стандарты, принимаются новые нормы, касающиеся заполнения и ведения учетно-отчетных документов в учреждениях. На правительственном уровне решается задача по обеспечению работников наиболее эффективными инструментами для сбора и обобщения данных. Вместе с тем государство ставит цель облегчить работу врача, создать условия, при которых оформление соответствующих документов будет не мешать его основной деятельности, а способствовать ей. Грамотное ведение медицинской документации имеет важнейшее государственное и социальное значение сегодня.