

Медицинская документация



Обеспечение функционирования четкой и отлаженной системы документооборота — одно из основных слагаемых эффективной деятельности любой организации здравоохранения. Наиболее актуальной проблемой при этом является качество ведения медицинской документации.

Определение термина «медицинский документ» дано в Приказе Минздрава России от 22.12.2001 г. № 12 «О введении в действие отраслевого стандарта “Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении”».

Медицинские документы — специальные формы документации, ведущиеся медицинским персоналом, в которых регламентируются действия, связанные с оказанием медицинских услуг

Формы медицинских документов, как правило, утверждаются соответствующими нормативными правовыми актами. Медицинские документы содержат реквизиты:

- угловой штамп с датой, входящим или исходящим номером;
- печать;
- наименование должности и подпись должностного лица и т. д.

Перечень документации, используемой в медицинских организациях, достаточно обширен и включает в себя:

- первичные (учетные) медицинские документы (!!!);
- отчеты;
- документы для правового, финансового, материального и иных видов обеспечения лечебно-диагностического процесса.

Журнал учета приема больных и отказов в госпитализации 001/у

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
форма N 001/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

ЖУРНАЛ учета приема больных и отказов в госпитализации

Начат "... " _____ 19 ____ г.

Окончен "... " _____ 19 ____ г.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4
96 страниц

N п/п	Поступле- ние		Фамилия, И., О.	Дата рождения	Постоянное место жительст- ва или адрес родственников, близких и N телефона	Каким уч- реждением был направлен или доставлен	Отделение, в которое помещен больной
	дата	час					
1	2	3	4	5	6	7	8

и т.д. до конца страницы

ф. N 001/у

продолжение

N карты стацио- нарного больного (истории родов)	Диагноз направивше- го учрежде- ния	Выписан, переве- ден в другой стационар, умер (вписать и ука- зать дату и название стацио- нара, куда пере- веден)	Отметка о сообщении родственни- кам или учреждению	Если не был госпита- лизирован		Приме- чание
				указать причину и принятые меры	отказ в приеме первичный, повторный (вписать)	
9	10	11	12	13	14	15

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Наименование учреждения _____

**МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА № _____
 СТАЦИОНАРНОГО БОЛЬНОГО**

Дата и время поступления _____

Дата и время выписки _____

Отделение _____ палата № _____

Переведен в отделение _____

Проведено койко – дней _____

Виды транспортировки: на каталке, на кресле, может идти (подчеркнуть) _____

Группа крови _____ Резус принадлежность _____

Побочное действие лекарств (непереносимость) _____

название препарата, характер побочного действия

1. Фамилия, имя, отчество _____

2. Пол _____

3. Возраст _____ (полных лет, для детей: до 1 года – месяцев, до 1 месяца – дней)

4. Постоянное место жительства: город, село (подчеркнуть)

вписать адрес, указав для приема – область, район, нас. пункт, адрес родственников

и № телефона

5. Место работы, профессия или должность _____

для учащихся – место учебы; для детей – название детского учреждения, школы; для инвалидов – род

и группа инвалидности, ИОВ – да, нет (подчеркнуть)

6. Кем направлен больной _____

название лечебного учреждения

7. Доставлен в стационар по экстренным показаниям: да, нет, через _____ часов после начала заболевания, получения травмы, госпитализирован в плановом порядке (подчеркнуть).

8. Диагноз направившего учреждения _____

9. Диагноз при поступлении _____

10. Диагноз клинический _____ Дата установления _____

Медицинская карта стационарного больного (история болезни) форма 003/у

История болезни – основной юридический документ, поэтому все записи в ней должны быть четкими, конкретными и легко читаемыми.

При поступлении больного сотрудники приемного отделения записывают *паспортные данные* на лицевой стороне истории болезни.

Данные о группе крови, резус-факторе, непереносимости лекарственных препаратов заносятся лечащим (принимающим) врачом при первом осмотре больного, за исключением тех случаев, когда эти данные получить невозможно.

Клинический диагноз записывается на лицевую сторону истории болезни в течение трех рабочих дней от момента поступления пациента в стационар. *Заключительный диагноз* записывается при выписке больного, в развернутом виде в соответствии с МКБ-10 (клиническим вариантом).

Осмотр лечащего врача

_____ 20 ____ г. _____ час. _____ мин. Жалобы на _____

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

ИСТОРИЯ ЖИЗНИ

Перенесенные заболевания:

в детстве _____

в зрелом возрасте _____

операции _____

травмы _____

кровь переливалась _____ да, нет

для женщин: менструация регулярно, не регулярно, обильно, не обильно, болезненная, безболезненная;

роды _____, аборты _____, выкидыши _____

Аллергологический анамнез.

Не переносит:

Проявления:

1) _____

2) _____

3) _____

Общее состояние: _____ удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое.

Сознание: не помрачено, заторможен, без сознания, сопор, ступор.

На раздражители не реагирует, реагирует. Возбужден, заторможен, эйфоричен, выраженная эмоциональная лабильность. Дермографизм розовый, белый.

Удовлетворительного, повышенного, пониженного питания, кахексия.

Кожа: обычного цвета, чистая, _____

Видимые слизистые оболочки бледно-розовые, цианоз губ, акроцианоз.

Суставы внешне не изменены, деформированы, дефигурированы, отечные _____

Приемный статус

Жалобы больного и анамнез настоящего заболевания записываются кратко, с указанием патологических изменений и данных, непосредственно относящихся к заболеванию. Обязательно указываются *данные страхового анамнеза*: с какого времени пациент имеет непрерывный листок нетрудоспособности.

Данные первичного осмотра заполняются кратко по всем органам и системам, доступным осмотру. Выявленные патологические изменения описываются детально, с указанием характерных симптомов по авторам.



В случаях повреждений криминального характера, которые могут потребовать проведения судебно-медицинской экспертизы, все имеющиеся у больного повреждения описываются подробно.

В конце приемного статуса обязательно:

- формулируется клинический диагноз;
- приводится план обследования;
- назначается лечение.

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)

« _____ » _____ г. рождения,
зарегистрированный по адресу: _____
(адрес места жительства гражданина
либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее — Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

_____ (полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

_____ (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

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

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

« _____ » _____ г.

(дата оформления)

Информированное добровольное согласие

Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является *информированное добровольное согласие* гражданина.

Согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители.

Информация предоставляется больному в доступной для него форме. Больной информируется о:

- характере имеющейся у него патологии;
- методах и целях лечения;
- возможном риске;
- побочных эффектах;
- ожидаемых результатах

В _____
название и адрес учреждения, куда направляется выписка

1. фамилия, имя, отчество больного _____

2. Дата рождения _____

3. Домашний адрес _____

4. Место работы и род занятий _____

5. Даты: а) по амбулатории: заболевания _____

направления в стационар _____

б) по стационару: поступления _____

выбытия _____

6. Полный диагноз (основное заболевание, сопутствующее осложнение)

7. Краткий анамнез, диагностические исследования, течение болезни,
проведенное лечение, состояние при направлении, при выписке

Лечебные и трудовые рекомендации: _____

"..." _____ 19... г.

Лечащий врач _____

Выписной эпикриз

Выписной эпикриз должен
содержать в краткой форме:

- историю настоящей госпитализации;
- характер и результаты проведенного лечения;
- динамику симптомов;
- рекомендации по дальнейшему ведению больного.

Выписной эпикриз выполняется в печатном виде в трех экземплярах:

- один из которых остается в истории болезни;
- второй подклеивается в амбулаторную карту;
- третий выдается на руки больному.

Посмертный эпикриз

В случае смерти больного в истории болезни заполняется *посмертный эпикриз*.

Посмертный эпикриз содержит:

- краткую историю госпитализации;
- представления о больном врачей, лечивших пациента;
- динамику симптомов;
- характер проведенного лечения и диагностических процедур;
- причину и обстоятельства наступления летального исхода;
- развернутый клинический посмертный диагноз.

После проведения патологоанатомического исследования трупа в историю болезни не позднее чем через 10 дней вносится *краткий протокол исследования*:

- с подробным патологоанатомическим диагнозом и эпикризом;
- а в случае расхождения диагнозов — с предположительной причиной и степенью расхождения.

Лист нетрудоспособности и другие документы

При выписке из стационара пациенту оформляется лист нетрудоспособности в соответствии с приказом Минздравсоцразвития № 624н (в редакции приказа Минздравсоцразвития № 31н). Он выдается больному на все время нахождения в стационаре.

При оформлении больного на МСЭК в истории болезни кратко записывается *обоснование направления* и делается отметка о выдаче направления на МСЭК.

При поступлении пациентов в стационар по скорой помощи лечащий врач заполняет *талон к сопроводительному листу скорой помощи* полностью, подписывает его и сдает вместе с историей болезни в приемный покой.

ПРОТОКОЛ (карта)

патологоанатомического исследования N _____

Стр. 2 ф. N 013/у

"....." _____ 19 . . . г.

Адрес учреждения, составившего протокол _____
Республика (обл., край) _____ Район (город) _____
Больница _____ отделение _____ Карта больного N _____

1. Фамилия, имя, отчество _____
2. М/Ж 3. Возраст _____ (лет).
4. Место жительства _____
5. Профессия (до пенсии) _____
6. Доставлен в больницу через _____ часов (дней) после начала заболевания.
7. Проведено _____ койко/дней. 8. Дата смерти _____
год, мес., число, час.
9. Дата вскрытия _____ 10. Лечащий врач _____
год, мес., число, час.
11. Присутствовали на вскрытии: _____

Коды:

12. Диагноз направившего учреждения _____
13. Диагноз при поступлении _____
14. Клинические диагнозы в стационаре и даты их установления: _____

15. Заключительный диагноз и дата его установления (основное заболевание, осложнения, сопутствующие заболевания): _____

16. Результаты клинико-лабораторных исследований _____

17. Патологоанатомический диагноз (основное заболевание, осложнения, сопутствующие заболевания): _____

18. Ошибки клинической диагностики (подчеркнуть, вписать)
Расхождение диагнозов по основному заболеванию _____ Заподозривая диагностика основного заболевания _____
по осложнениям _____ смертельного осложнения _____
по сопутствующим заболеваниям _____

Причины расхождения диагнозов

Объективные трудности диагностики	Кратковременное пребывание	Недоисследование больного	Переоценка данных обследования	Редкость заболевания	Неправильное оформление диагноза

19. Причина смерти (во врачебном свидетельстве о смерти N..... сделана следующая запись):
Коды:

- _____ I. а)
_____ б)
_____ в)
_____ II.

20. Клиникопатологоанатомический эпикриз.

Протокольная часть на _____ страницах прилагается.

Фамилия патологоанатома _____
подпись _____

Заведующий отделением _____
подпись _____

Заполняется под копирку в 3-х экземплярах (первый - протокол, второй - подшивается к карте больного, третий - секционная карта).

Стр. 3 ф. N 013/у

Продолжение протокола патологоанатомического исследования N _____

от "....." _____ 19.... г.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Рост	Вес тела	Вес органов					
		мозг	сердце	легкие	печень	селезенка	почки левая/правая

Взято кусочков для патологоанатомического исследования _____

Изготовлено блоков _____

Взят материал для других методов исследования: _____

Текст протокола

Заполняется в одном экземпляре. Схемы и фотоснимки прилагаются.

Протокол (карта) патолого-анатомического исследования 013/у

Хранение документов

История болезни может быть выдана из архива по запросу суда, органов следствия и прокуратуры с разрешения администрации больницы. По желанию больного с истории болезни и отдельных видов обследования могут сниматься копии.

Организация поста медицинской сестры



Оснащение поста медицинской сестры

- Пост оборудуется в коридоре таким образом, чтобы в обозрении медсестры находились все палаты отделения. Обязательными элементами рабочего места являются **письменный стол** с множеством выдвижных ящичков, **стул**, **сейф** или шкаф, запирающийся на ключ, для хранения медикаментов разных групп (А – ядовитые, Б – сильнодействующие), средств для наружного и внутреннего применения. На рабочем месте медсестры желательно наличие еще одного шкафа – для хранения историй болезни и медицинской документации.
- Пост медсестры должен быть оборудован городским и внутренним **телефоном**, щитком **сигнализации** вызовов из палат и настольной **лампой**. Непосредственно рядом с письменным столом ставится **медицинский холодильник**, который предназначен для хранения отваров, настоев, сывороток, вакцин и других препаратов с повышенными требованиями хранения.
- Важным элементом сестринского поста являются **весы медицинские напольные**. Они необходимы в каждом отделении стационара, но особенно актуальны в кардиологическом, хирургическом, урологическом, гинекологическом отделениях, а также в родильных домах.

Примерный распорядок работы медицинской сестры

- Медицинская сестра будит больных, включает свет в палатах и отделении, проводит термометрию
- Оформление медицинской документации – листа учёта больных (сводки движения больных), требования на питание больных (порционника), журнала назначений постовой медицинской сестры (инструментальные и лабораторные исследования, консультации специалистов и пр.)
- Мероприятия по уходу за больными, проветривание палат, направление биологического материала больных на анализы
- Конференция («планёрка», «пятиминутка») заведующего отделением и старшей медицинской сестры с врачами и медицинскими сестрами
- Сдача медицинской сестрой дежурства дневной смене
- Выполнение врачебных назначений (раздача лекарств, инъекции и пр.)
- Раздача завтрака вместе с младшим медицинским персоналом, кормление тяжелобольных

- Участие во врачебном обходе (по возможности)
- Выполнение врачебных назначений (подготовка и сопровождение больных для лечебно-диагностических процедур, уход за тяжелобольными и др.)
- Выполнение врачебных назначений (раздача лекарств, инъекции и пр.)
- Раздача обеда вместе с младшим медицинским звеном, кормление тяжелобольных
- «Тихий час» у больных; контроль за состоянием тяжелобольных и соблюдением лечебно-охранительного режима в отделении
- Передача медицинской сестрой поста ночной смене
- Термометрия, проветривание палат
- Посещение больных родственниками; контроль за посещением больных родственниками и соответствием приносимых ими продуктов лечебному режиму отделения
- Выполнение врачебных назначений (раздача лекарств, инъекции и пр.)
- Раздача ужина вместе с младшим медицинским персоналом, кормление тяжелобольных
- Выполнение врачебных назначений (раздача лекарств, инъекции и пр.)
- Мероприятия по уходу за больными (вечерний туалет у тяжелобольных, смена постели, обработка полости рта и пр.)
- Обход отделения, контроль за состоянием больных, при необходимости – оказание экстренной доврачебной помощи и вызов дежурного врача

Приём и сдача дежурств

Приём и сдача медицинской сестрой поста – один из важнейших аспектов её работы.

В случае неявки следующей смены медицинская сестра не имеет права покидать пост.

Порядок приема и сдачи дежурства:

- Обход палат
- Передача срочных и невыполненных назначений
- Передача лекарственных препаратов медицинских инструментов и предметов по уходу, ключей от сейфа с лекарственными препаратами.
- Передача медицинской документации поста.



Обход палат: знакомство со вновь поступившими больными, оценка состояния тяжелобольных (сдающая дежурство медицинская сестра должна сообщить заступающей на смену медицинской сестре об изменениях в состоянии пациентов), проверка санитарного состояния помещений терапевтического отделения.



Передача срочных и невыполненных назначений: сдающая дежурство медицинская сестра должна сообщить заступающей на смену об объёме врачебных назначений - что было выполнено, какие назначения предстоит выполнить.



Передача медицинской документации поста. Обе медицинские сестры подписываются в журнале приёма и сдачи дежурств.