

## Основные требования к оформлению медицинской карты амбулаторного больного

Получение достоверной информации, отражающей в полной мере состояние здоровья пациентов, доступность медицинской помощи, ее качество и другие вопросы организации амбулаторно-поликлинической помощи требуют знания правил ведения первичной медицинской документации. Врачи не всегда оценивают значимость этой проблемы и не фиксируют внимания на основных учетно-оперативных медицинских, юридических документах, используемых в работе. Медицинская документация является учетной и отчетной, ее держателем выступают медицинские учреждения, следовательно, врачи медицинских учреждений несут ответственность за неправильное оформление соответствующих документов, используемых в работе.

# Основные требования к оформлению медицинской карты амбулаторного больного

- **Медицинская документация - это документы установленной формы, предназначенные для регистрации результатов лечебных, диагностических, профилактических, реабилитационных, санитарно-гигиенических и других мероприятий. Она позволяет обобщать и анализировать данную информацию. Медицинская документация является учетной и отчетной, ее держателем выступают медицинские учреждения, следовательно, врачи медицинских учреждений несут ответственность за неправильное оформление соответствующих документов.**
- **Медицинские документы являются важнейшей составной частью лечебно-диагностического процесса, обеспечивая при оказании медицинской помощи больным в амбулаторно-поликлинических условиях взаимодействие медицинских работников и мониторинг за состоянием здоровья пациентов. Только правильно оформленная первичная медицинская документация позволяет медицинскому персоналу принимать адекватные решения в конкретных клинических ситуациях.**

# Основные требования к оформлению медицинской карты амбулаторного больного

- Учетная статистическая медицинская документация, на основании которой формируется статистика заболеваемости и смертности, достаточно сложна, поэтому неправильное понимание или небрежность при ее заполнении могут привести к серьезным ошибкам. Данные, отраженный в в медицинской карте амбулаторного больного, важны формирования достоверной государственной статистической отчетности.

Медицинская документация, оформляемая в медицинских учреждениях, используется при осуществлении ведомственного и вневедомственного контроля качества медицинской помощи. Увеличение количества досудебных и судебных разбирательств, необходимость дальнейшего совершенствования системы контроля качества медицинской помощи и оценки работы медицинских

работников значительно повышают требования к ведению первичной документации. Кроме того, лечащий врач должен постоянно помнить о юридической стороне ведения медицинских документов, соблюдая

**основные правила их заполнения ■**

## Основные требования к оформлению медицинской карты амбулаторного больного

- Исходя из вышеизложенного, следует подчеркнуть целесообразность стандартизации первичной медицинской документации, это будет способствовать выработке у врача навыков ее оформления и экономии времени.
- К основному первичному учетному документу амбулаторно-поликлинической помощи относится медицинская карта амбулаторного больного -форма № 025/у-87, утвержденная приказом Минздрава СССР от 31.12.1987 № 1338 "О ведении новой формы медицинской карты амбулаторного больного"(с изм. и доп.), и форма № 025/у-04, утвержденная приказом Минздравсоцразвития России от 22.11.2004 № 255 "О порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг"! Учетные формы № 025/у-87 и № 025/у-04 заполняются согласно инструкциям, утвержденным соответствующими приказами.

## Основные требования к оформлению медицинской карты амбулаторного больного

- Медицинская карта амбулаторного больного является основным медицинским документом пациента, проходящего обследование и лечение в амбулаторно-поликлинических условиях. Она заполняется на каждого больного при первом обращении за медицинской помощью в ЛПУ. Медицинская карта амбулаторного больного на граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг, маркируется литерой "Л".

# Основные требования к оформлению медицинской карты амбулаторного больного

- **Основными принципами ведения медицинской карты амбулаторного больного являются:**
  - описание состояния пациента, лечебно-диагностических мероприятий, исходов лечения и другой необходимой информации;
  - соблюдение хронологии событий, влияющих на принятие клинических и организационных решений;
  - отражение в медицинской документации социальных, физических, физиологических и других факторов, которые могут оказать влияние на пациента и течение патологического процесса;
  - понимание и соблюдение лечащим врачом юридических аспектов своей деятельности, обязанностей и значимости медицинской документации;
  - рекомендации пациенту при завершении обследования и окончании лечения.

## Основные требования к оформлению медицинской карты амбулаторного больного

- **При оформлении медицинской карты амбулаторного больного необходимо соблюдать следующие требования:**  
заполнять титульный лист медицинской карты в соответствии с приказами Минздрава СССР от 31.12.1987 № 1338 и Минздравсоцразвития России от 22.11.2004 № 225;

## Основные требования к оформлению медицинской карты амбулаторного больного

- *Лечащий врач должен постоянно помнить о юридической стороне ведения медицинских документов, соблюдая основные правила их заполнения*
- *Медицинская карта амбулаторного больного является основным медицинским документом пациента, проходящего обследование и лечение в амбулаторно-поликлинических условиях*



# Основные требования к оформлению медицинской карты амбулаторного больного

- отражать жалобы больного, анамнез заболевания, результаты объективного обследования, клинический (верифицированный) диагноз, назначенные диагностические и лечебные мероприятия, необходимые консультации, а также всю информацию по наблюдению больного на догоспитальном этапе (профилактические медицинские осмотры, результаты диспансерного наблюдения, обращения на станцию скорой медицинской помощи и др.);
- выявлять и фиксировать факторы риска, которые могут усугублять тяжесть течения заболевания и повлиять на его исход;
- излагать объективную обоснованную информацию для обеспечения "защиты" медицинского персонала от возможности жалобы или судебного иска;
- фиксировать дату каждой записи;
- каждая запись должна быть подписана врачом (с расшифровкой Ф.И.О.);
- оговаривать любые изменения, дополнения с указанием даты внесения

# Основные требования к оформлению медицинской карты амбулаторного больного

- каждая запись должна быть подписана врачом (с расшифровкой Ф.И.О.).
- оговаривать любые изменения, дополнения с указанием даты внесения изменений и подписью врача;
- не допускать записей, не имеющих отношения к оказанию медицинской помощи данному пациенту;
- записи в амбулаторной карте должны быть последовательными, логичными и продуманными;
- своевременно направлять больного на заседание врачебной комиссии и медико-социальную экспертизу;
- уделять особое внимание записям при оказании экстренной медицинской помощи и в сложных диагностических случаях;
- обосновывать назначенное лечение льготной категории пациентов;
- предусматривать для льготных категорий больных выписку рецептов в 3 экземплярах (один вклеивается в амбулаторную карту).

# Основные требования к оформлению медицинской карты амбулаторного больного

- Медицинская карта амбулаторного больного состоит из **листочков долговременной информации** (вклеиваются в начало карты) и **листочков оперативной информации**.
- В листках долговременной информации отражаются: паспортная часть, в листе сигнальных отметок - группа крови, резус-фактор, аллергические реакции, перенесенные инфекционные заболевания.
- К листку долговременной информации относится лист для записи заключительных (уточненных) диагнозов. Эти записи крайне необходимы для полноты и точности учета заболеваемости. Своевременная выписка всех диагнозов в лист заключительных диагнозов позволяет врачу легко и быстро получить сведения о прежних заболеваниях, перенесенных больным, что важно для оценки состояния его здоровья. Записи в листе заключительных диагнозов позволяют лечащему врачу решать также вопросы диспансерного наблюдения, специального лечения, необходимости в консультировании и т. д.

## Основные требования к оформлению медицинской карты амбулаторного больного

- Впоследствии в медицинскую карту амбулаторного больного вклеиваются листки оперативной информации - в порядке текущих событий. Лечащий врач в первичной медицинской документации фиксирует дату, а в некоторых случаях и час обращения в ЛПУ.
- С учетом жалоб обратившегося, их детализации, анамнеза заболевания, данных объективного обследования врач устанавливает нозологическую модель пациента (приказ Минздрава России от 03.08.1999 №303 «О введении в действие отраслевого стандарта "Протоколы ведения больных"»). Модель учитывает стадию, фазу заболевания и возможные осложнения. При постановке диагноза особое внимание следует уделять его обоснованности.

## Основные требования к оформлению медицинской карты амбулаторного больного

- Все болезненные состояния и проблемы, связанные со здоровьем, выявленные при контакте врача с пациентом, подлежат регистрации и кодированию. Кодирование нозологии осуществляется по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10).
- В рекомендациях больному следует обозначить: набор диагностических, лечебно-оздоровительных мероприятий, вид лечебно-охранительного режима и необходимые консультации.
- Особое внимание следует уделить оформлению назначения лекарственных средств **льготной категории** пациентов.

## Основные требования к оформлению медицинской карты амбулаторного больного

- В амбулаторной карте должны быть отражены:
- запись врача о приеме, диагноз, результаты осмотра больного на момент выписки лекарственных средств, подтверждающие необходимость в них;
- дата выписки рецептов;
- копии выписанных рецептов с указанием номера рецепта;
- доза и кратность приема лекарственных препаратов.
- Дата выписки рецепта, его номер, наименование лекарственных средств должны соответствовать записи в амбулаторной карте. Выписанные лекарственные средства должны соответствовать кодам заболеваний по МКБ-10. Выписка льготных лекарственных средств гражданам, не входящим в Федеральный регистр лиц, имеющих право на получение государственной социальной помощи, запрещена.

## Основные требования к оформлению медицинской карты амбулаторного больного

- В случае **временной нетрудоспособности** собирается экспертный анамнез, проводится экспертиза временной нетрудоспособности. При признании пациента временно нетрудоспособным, в т. ч. при посещении пациента на дому, оформляется листок нетрудоспособности (справка) в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 01.08.2007 № 514 "О порядке выдачи медицинскими организациями листков временной нетрудоспособности" и другими действующими нормативными документами. Указываются серия, номер листка нетрудоспособности, срок продления, дата очередного посещения врача.
- При последующих осмотрах в медицинской карте амбулаторного больного отражаются динамика течения заболевания; эффективность проводимого лечения; обосновывается либо продление сроков освобождения пациента от работы (учебы), либо закрытие листка нетрудоспособности (справки).

## Основные требования к оформлению медицинской карты амбулаторного больного

- При направлении пациента на заседание врачебной комиссии врач оформляет краткий эпикриз с указанием цели направления, с обязательной оценкой состояния больного в динамике, анализом результатов обследования и лечения. Также отмечается количество дней временной нетрудоспособности по последнему случаю временной нетрудоспособности и за последние 12 месяцев, наличие (или отсутствие) группы инвалидности, предполагаемый трудовой и клинический прогноз (с обоснованием).



## Основные требования к оформлению медицинской карты амбулаторного больного

- *Выписка всех диагнозов в лист заключительных диагнозов позволяет врачу легко и быстро получить сведения о прежних заболеваниях, перенесенных больным, что важно для оценки состояния его здоровья*

# Основные требования к оформлению медицинской карты амбулаторного больного

- В медицинской документации фиксируется **согласие больного на медицинское вмешательство**. Это предусмотрено ст. 32 ("Согласие на медицинское вмешательство") Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (далее - Основы), где указано, что "необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина". Это заключение вводит 3 характеристики медицинского вмешательства:
  - предварительность (у пациента должно быть время, чтобы изучить информацию и принять решение относительно предложенного варианта обследования и лечения);
  - информированность (включает в себя сведения о наличии заболевания, методах лечения, связанных с ними рисках, возможных вариантах медицинских вмешательств, их последствиях и результатах проведенного лечения. Информация пациенту предоставляется в соответствии с ч. 1 ст. 31 Основ);
  - добровольность (пациент должен сам принять решение о медицинском вмешательстве, при этом он может консультироваться у других специалистов).

# Основные требования к оформлению медицинской карты амбулаторного больного

- "В случаях, когда состояние гражданина не позволяет выразить ему свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц ЛПУ" (ст. 32 Основ). В ст. 32 нет понятия "законного" представителя.
- В медицинской документации добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство должно быть оформлено в соответствии с п. 03.02.10 "Форма информированного согласия пациента при выполнении протокола и дополнительная информация для пациента и членов семьи" приказа Минздрава России от 03.08.1999 № 303 «О введении в действие отраслевого стандарта "Протоколы ведения больных. Общие требования"». Форма информированного согласия при выполнении протокола разрабатывается с учетом особенностей для каждой модели пациента и должна включать следующие общие сведения:
  - об этиологии и патогенезе;
  - методах диагностики, лечения, реабилитации;
  - методах первичной и вторичной профилактики;
  - перспективах и результатах медицинского вмешательства;
  - возможных осложнениях, методах и результатах их коррекции;
  - влиянии медицинского вмешательства на качество жизни."Возможно создание в одном протоколе нескольких форм информированного согласия больного, отражающих вопросы, связанные с диагностикой заболевания, отдельными методами профилактики, лечения и реабилитации.

## Основные требования к оформлению медицинской карты амбулаторного больного

- При наличии в протоколе ведения больного потенциально опасных для жизни и здоровья пациента методов профилактики, диагностики и лечения эксперты должны выделить их в отдельный раздел информированного согласия и привести сведения о возможных осложнениях, методах их профилактики и коррекции.



## Основные требования к оформлению медицинской карты амбулаторного больного

- При разработке формы информированного согласия необходимо учитывать сложившиеся в стране традиции, особенности менталитета, национальные и религиозные ограничения.
- Дополнительные сведения для пациента включают информацию для самолечения и информацию для членов семьи по уходу за пациентом, особенностям его питания, режима, приема медикаментов<sup>71</sup>.
- Согласие на медицинское вмешательство оформляется во всех случаях обследования, лечения и при иных действиях, имеющих профилактическую, диагностическую, лечебную, реабилитационную, исследовательскую направленность, выполняемых врачом либо другим медицинским работником по отношению к конкретному пациенту. Оно должно быть подписано лечащим врачом и пациентом.

# Основные требования к оформлению медицинской карты амбулаторного больного

- В соответствии со ст. 33 ("Отказ от медицинского вмешательства") Основ "...гражданин или его законный представитель имеет право **отказаться от медицинского вмешательства** или потребовать его прекращения... При отказе от медицинского вмешательства гражданину или его законному представителю в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия. Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается гражданином либо его законным представителем, а также медицинским работником".
- В случае смерти больного одновременно с выдачей свидетельства о смерти в медицинской карте амбулаторного больного производятся записи о дате и причине смерти. В качестве причины смерти указывается болезнь или травма, вызвавшая цепь болезненных процессов, приведших к смерти, либо обстоятельства несчастного случая или акта насилия, которые вызвали смертельную травму. Медицинские карты умерших изымаются из действующей картотеки и передаются на хранение в архив.

## Основные требования к оформлению медицинской карты амбулаторного больного

- В пункте 3.2 приказа Минздрава России № 291, ФСС России № 167 от 06.10.1998 "Об утверждении Инструкции о порядке осуществления контроля за организацией экспертизы временной нетрудоспособности" указывается, что руководители органов управления здравоохранением субъектов РФ должны обеспечить хранение медицинских карт амбулаторных больных в ЛПУ в соответствии с установленным порядком. **Порядок хранения и движения медицинских карт амбулаторного больного** целесообразно регламентировать приказом главного врача ЛПУ. Система хранения первичной медицинской документации должна исключать нарушение конфиденциальности и возможность незаконного доступа к ней.



# Инструкция по заполнению учетной формы № 025/у-04 "Медицинская карта амбулаторного больного"

- Медицинская карта амбулаторного больного (далее - Карта) является основным первичным медицинским документом больного, лечащегося амбулаторно или на дому, и заполняется на всех больных при первом обращении за медицинской помощью в данное лечебное учреждение.
- На каждого больного в поликлинике ведется одна медицинская Карта, независимо от того, лечится ли он у одного или нескольких врачей.
- Карты ведутся во всех учреждениях, ведущих амбулаторный прием, общих и специализированных, городских и сельских, включая фельдшерско-акушерские пункты (далее - ФАП), врачебные и фельдшерские здравпункты, карты находятся в регистратуре по участковому принципу, Карты граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг, маркируются литерой "Л".

## Инструкция по заполнению учетной формы № 025/у-04 "Медицинская карта амбулаторного больного"

- Титульный лист Карты заполняется в регистратуре медицинского учреждения при первом обращении пациента за медицинской помощью (консультацией).
- На титульном листе Карты проставляется полное наименование медицинского учреждения в соответствии с документом регистрационного учета и код ОГРН.
- Вносится номер Карты - индивидуальный номер учета Карт, установленный медицинским учреждением.
- В строке 1 "Страховая медицинская организация" указывается наименование страховой компании, выдавшей страховой медицинский полис ОМС.
- В строку 2 вписывается номер страхового медицинского полиса ОМС в соответствии с бланком представленного полиса.
- В строке 3 проставляется код льготы.

## Инструкция по заполнению учетной формы № 025/у-04 "Медицинская карта амбулаторного больного"

- В строке 4 проставляется страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) гражданина в Пенсионном фонде Российской Федерации, который формируется в Федеральном регистре лиц, имеющих право на государственную социальную помощь в виде набора социальных услуг.

# Инструкция по заполнению учетной формы № 025/у-04 "Медицинская карта амбулаторного больного"

- Фамилия, имя, отчество гражданина, его пол, дата рождения, адрес постоянного места жительства в Российской Федерации заполняются в соответствии с документом, удостоверяющим личность.
- При отсутствии у гражданина постоянного места жительства в Российской Федерации указывается адрес регистрации по месту пребывания.
- Номера телефонов, домашнего и рабочего, записываются со слов пациента.
- В строках 13 "Документ, удостоверяющий право на льготное обеспечение (наименование, номер, серия, дата, кем выдан)" и 14 "Группа инвалидности" проставляется запись по представленному документу.
- В строку 14 вписывается группа инвалидности, имеющаяся у пациента.
- В строке 15 производится отметка о месте работы, должности. В случае изменения адреса или места работы заполняется пункт 16.

# Инструкция по заполнению учетной формы № 025/у-04 "Медицинская карта амбулаторного больного"

- Далее Карта заполняется медицинским работником (участковым врачом, врачом-специалистом, фельдшером на ФАПе, врачом общей практики), осуществляющим наблюдения за больным.
- В таблице пункта 17 "Заболевания, подлежащие диспансерному наблюдению" указываются заболевания, которые подлежат диспансерному наблюдению в данном медицинском учреждении, с указанием даты постановки и снятия с учета, должности и подписи врача, осуществляющего диспансерное наблюдение за больным.
- Записи в данной таблице делаются на основании "Контрольной карты диспансерного наблюдения" (учетной формы № 030/у-04).
- Строка 18 заполняется в соответствии с результатами лабораторных исследований.
- Строка 19 заполняется по сведениям медицинской документации о выявленной лекарственной непереносимости или со слов больного.
- В случае госпитализации больного в стационар, объединенный с поликлиникой, карта передается в стационар и хранится в медицинской карте стационарного больного. После выписки больного из стационара или его смерти медицинская карта амбулаторного больного с эпикризом лечащего врача стационара возвращается в поликлинику.

# Инструкция по заполнению учетной формы № 025/у-04 "Медицинская карта амбулаторного больного"

- В случае смерти больного одновременно с выдачей врачебного свидетельства о смерти в карте производится запись о дате и причине смерти.
- Медицинские карты умерших изымаются из действующей картотеки и передаются в архив лечебного учреждения, где хранятся 25 лет.
- Больной может состоять под наблюдением по поводу одного и того же заболевания у нескольких специалистов (например, по поводу язвенной болезни, хронического холецистита у терапевта и хирурга), в таблице пункта 17 такое заболевание записывается один раз специалистом, первым взявшим его под диспансерное наблюдение. Если больной наблюдается по поводу нескольких, этиологически не связанных заболеваний у одного или нескольких специалистов, то каждое из них выносится на титульный лист.
- Если у больного изменяется характер заболевания (например, к гипертонической болезни присоединяется ишемическая болезнь сердца), то в таблицу на титульный лист выносится новый диагноз без даты взятия на учет, а старая запись зачеркивается.

# Инструкция по заполнению учетной формы № 025/у-04 "Медицинская карта амбулаторного больного"

- Особое внимание должно уделяться записям на листе заключительных (уточненных) диагнозов, куда заносятся врачами всех специальностей диагнозы, установленные при первом обращении в поликлинику и по помощи на дому в данном календарном году, независимо от того, когда был поставлен диагноз: при первом или последующих посещениях или в предыдущие годы.
- В случаях когда врач не может поставить точный диагноз при первом посещении больного, на странице текущих наблюдений записывается предполагаемый диагноз, в лист для записи уточненных диагнозов вносится только дата первого посещения. Диагноз вписывается после его уточнения.

- 

-

## Инструкция по заполнению учетной формы № 025/у-04 "Медицинская карта амбулаторного больного"

- В случае когда поставленный и записанный на "лист" диагноз заменяется другим, "неправильный" диагноз зачеркивается и вписывается новый диагноз без изменения даты первого обращения.
- Если у больного одновременно или последовательно обнаружено несколько заболеваний, этиологически не связанных друг с другом, то все они выносятся на "лист". В случае перехода болезни из одной стадии в другую (при гипертонической болезни и др.) записанный диагноз вновь повторяется с указанием новой стадии.
- Если при обращении больного обнаруживается заболевание, по поводу которого больной раньше ни в какое лечебное учреждение не обращался, то такое заболевание считается впервые выявленным и отмечается на "листе" знаком "+" (плюс).

# Инструкция по заполнению учетной формы № 025/у-04 "Медицинская карта амбулаторного больного"

- Заболевания, которые могут возникнуть у одного человека заново несколько раз (ангина, острое воспаление верхних дыхательных путей, абсцессы, травмы и т. д.), всякий раз при новом возникновении считаются впервые выявленными и отмечаются на "листе" знаком "+" (плюс).
- Все остальные записи в медицинской карте производятся лечащими врачами в установленном порядке, в порядке текущих наблюдений.
- Здесь же записываются консультации специалистов, врачебных комиссий и т. д.
- Медицинские карты амбулаторного больного, истории развития ребенка хранятся в регистратуре: в поликлиниках - по участкам и в пределах участков по улицам, домам, квартирам; в центральных районных больницах и сельских амбулаториях - по населенным пунктам и алфавиту.

-