

Современные требования по ведению текущей медицинской и учетно-отчетной документации на этапе ПМСП

Выполнила: Нарбек К. 646 ВОП
Проверила: Балтаева Ж.Ш.

Приказ Министра
здравоохранения РК от
“19” октября 2015 года
№809

Организация оказания неврологической помощи в Республике Казахстан

- Медицинская помощь больным с неврологическими заболеваниями оказывается в рамках ГОБМП (гарантированный объем бесплатной медицинской помощи).
- Медицинская помощь пациентам с заболеваниями нервной системы предоставляется в следующих формах:
 - 1) Амбулаторно поликлиническая помощь (АПП), в том числе первичной медико-санитарной помощи и консультативно-диагностической помощи (далее – КДП);
 - 2) стационарной помощи;
 - 3) стационарозамещающей помощи;
 - 4) скорой медицинской помощи и медицинской помощи в форме санитарной авиации;
 - 5) восстановительного лечения и реабилитации.

- Медицинская документация – это документы установленной формы, предназначенные для регистрации результатов лечебных, диагностических, профилактических, реабилитационных, санитарно-гигиенических мероприятий.
- Она позволяет обобщать и анализировать данную информацию.
- Медицинская документация является учетной и отчетной, ее держателем выступают медицинские учреждения
- врачи медицинских учреждений несут ответственность за неправильное оформление соответствующих документов.

● 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;

- 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 (в том числе, медицинская карта) позволяет медицинскому персоналу принимать адекватные решения в конкретных клинических ситуациях.
- 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, отраженные в медицинской карте амбулаторного больного, важны для формирования достоверной государственной статистической отчетности.

- 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 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;

Скрининговые осмотры проводятся в рамках ГОБМП субъектами здравоохранения, имеющими лицензию на данный вид деятельности.

- Врач невролог осуществляет специализированный этап скринингового осмотра с заполнением учетно-отчетной документации,
- проводит общий осмотр исследование состояния черепно-мозговых нервов, двигательных функций; сухожильных, периостальных, кожных рефлексов, оценку вегетативной регуляции.
- Результаты скрининговых осмотров целевых групп детского населения вносятся в статистическую форму 025-07/у "Карта профилактического медицинского осмотра (скрининга) ребенка", утвержденную Приказом № 907.
- По результатам скринингового осмотра на каждого ребенка медицинским работником оформляется эпикриз и заключение с указанием группы здоровья, оценкой физического и нервно-психического развития, остроты зрения и слуха, рекомендациями по физкультурной группе (основная или специальная группа).

ПМСП оказывается гражданам:

- 1) независимо от факта прикрепления в случае оказания экстренной и неотложной медицинской помощи;
- 2) в плановом порядке – по прикреплению, предварительной записи или обращению.

При первичном обращении пациента в организацию ПМСП, в регистратуре организации ПМСП оформляется первичная учетная медицинская документация: медицинская карта амбулаторного больного (форма 025/у "Медицинская карта амбулаторного пациента") или "История развития ребенка" (форма 112/у), утвержденные Приказом № 907.

❑ При оказании ПМСП лечащим врачом выписываются рецепты на лекарственные средства на рецептурных бланках форма 130/у "Рецепт" и форма 132/у "Рецепт бесплатный или льготный"), без указания конкретной аптечной организации в соответствии с Правилами обеспечения лекарственными средствами граждан, утвержденными приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 30 сентября 2015 года № 766

При направлении на оказание КДП врач ПМСП или другой профильный специалист оформляет направление, выписку из медицинской карты амбулаторного больного с указанием клинического диагноза и результатов лабораторных и инструментальных исследований (форма № 027/у "Выписка из медицинской карты амбулаторного больного") утвержденную Приказом № 907.

Направление пациентов с неврологическими заболеваниями на получение КДП на республиканском уровне осуществляется региональными комиссиями, созданными и функционирующими при управлениях здравоохранения областей, а из городов Астаны и Алматы – из медицинских организаций (территориальные поликлиники, стационары, диспансеры).

При принятии положительного решения об оказании пациенту КДП в республиканской медицинской организации, региональная комиссия выдает направление на КДП (форма № 021/у "Направление на получение высокоспециализированной консультативно-диагностической помощи на республиканском уровне", утвержденная Приказом № 907).

Врач невролог при оказании КДП представляет врачу ПМСП или другому профильному специалисту, направившему пациента на консультацию, консультативно-диагностическое заключение, в котором указывает результаты проведенного обследования и лечения, а также рекомендации по дальнейшему ведению пациента (форма № 071/у, утвержденная Приказом № 907). Врач ПМСП или другой профильный специалист осуществляет дальнейшее наблюдение за пациентом после получения консультативно-диагностического заключения в соответствии с рекомендациями врача невролога, оказавшего КДП.

При плановой госпитализации пациента в стационар в рамках ГОБМП организация ПМСП:

1) проводит необходимые для лечения пациента клинико-диагностические, лабораторные, инструментальные и рентгенологические исследования, консультации профильных специалистов;

2) оформляет направление на госпитализацию в стационар с указанием результатов проведенных исследований. Срок действия анализов (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ, бактериальный посев) не должен превышать 10 календарных дней к дате госпитализации;

3) информирует пациента о дате госпитализации в стационар.

При поступлении в МО для стационарного лечения пациент осматривается в приемном отделении врачом-неврологом и при наличии медицинских показаний госпитализируется в неврологическое отделение с заполнением медицинской карты стационарного больного (форма 003/у), утвержденной Приказом № 907, при наличии у пациента медицинских показаний и письменного согласия на предоставление ему медицинской помощи.

При наличии или угрозе возникновения нарушений жизненно важных функций больной госпитализируется в отделение интенсивной терапии, реанимационное отделение, отделение анестезиологии-реанимации, отделение интенсивной терапии и реанимации.

При наличии трех и более микроаномалий развития или выявлении врожденной патологии дети консультируются узкими специалистами, в том числе неврологом, с проведением лечебно-диагностических мероприятий при наличии медицинских показаний, предоставлением матери рекомендаций по обследованию, лечению и реабилитации. Результаты проведенного скрининга врач вносит в "Историю развития новорожденного" (форма 097/у, утвержденная Приказом № 907) и выписной эпикриз

После завершения стационарного курса лечения пациентам на руки выдается выписной эпикриз из медицинской карты стационарного больного (форма 027/у, утвержденная Приказом № 907) с рекомендациями для определения программы диспансерного наблюдения по месту жительства.