

СОГЛАСОВАНО
Директор территориального
Фонда обязательного
медицинского страхования
Воронежской области
Д.Л. Автономов

Дата « 11 » ноября 2013 года

УТВЕРЖДАЮ
Руководитель
департамента здравоохранения
Воронежской области

В.В. Ведринцев

Дата « 11 » ноября 2013 года

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
по ведению медицинской документации
в медицинских организациях
Воронежской области**

Департамент здравоохранения Воронежской области
Территориальный Фонд обязательного медицинского страхования

Основным документом, отражающим состояние пациента, является медицинская карта (ф. № 003/у; 025/у-04; 112/у-80 и т.д.), которая служит документальным доказательством проведенного лечебно-диагностического и реабилитационного процесса, отражает взаимодействие лечащего врача с другими специалистами и службами, отражает динамику и исход заболевания.

Медицинская карта оформляется на каждого, кто осматривается или лечится как в стационарных условиях, так и амбулаторно. Она служит для планирования помощи больному, оценки состояния больного и его лечения, а также обеспечивает документальные доказательства проводимого курса диагностики, лечения и изменений в состоянии больного.

Таким образом, медицинская документация служит не только для организации лечебно-диагностического процесса и контроля качества медицинской помощи, но и является юридическим документом при разборе конфликтных ситуаций (вплоть до судебного разбирательства) и первичным документом при формировании финансовых документов по оплате медицинской помощи.

Ведение медицинской карты стационарного больного (форма 003/у)

Медицинская карта стационарного больного является медицинским, юридическим и финансовым документом, поэтому все записи в ней должны быть четкими, легко читаемыми, строго запрещаются «заклеивания» и «замазывания» штрихом. Ошибочно сделанная запись зачеркивается одной линией, врач должен написать: «Запись ошибочна» и расписаться.

Во всех записях врачей-специалистов (дневники, консультации, консилиумы, обходы, исследования и т.д.) указывается дата и время осмотра пациента.

Согласно ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в медицинской карте стационарного больного оформляются следующие документы для правового обеспечения лечебно-диагностического процесса:

1. Информированное добровольное согласие (отказ) на медицинское вмешательство (операцию, анестезиологическое пособие, диагностические и лечебные исследования, процедуры и манипуляции) в соответствии с требованием приказа от 20.12.2012 № 1177н Минздрава России.
2. Согласие на помещение информации о больном в столе справок больницы.
3. Согласие на обработку персональных данных.
4. Согласие на доступ к информации о состоянии здоровья пациента в учебных и научных целях (сотрудников и студентов медицинских вузов и колледжей).

В случае отказа от госпитализации или дальнейшего лечения в стационаре оформляется письменный отказ от госпитализации с описанием возможных последствий отказа от госпитализации.

В случае отказа от медицинского вмешательства (операции) оформляется письменный информированный отказ пациента или его законного представителя от предложенного медицинского вмешательства или операции с описанием возможных последствий отказа.

В случае самовольного ухода пациента из стационара, больной выписывается из больницы в тот же день, в медицинской карте делается запись лечащего (дежурного) врача о самовольном уходе пациента из стационара. Врачом (лечащим, дежурным) под контролем заведующего отделением (ответственного дежурного по бригаде) прикладываются все усилия для того, чтобы связаться с самим больным или его

ближайшими родственниками с целью разъяснения возможных последствий отказа от стационарного лечения. В случае самовольного ухода из стационара пациента с мнестическими нарушениями врачом (лечащим, дежурным) под контролем заведующего отделением (ответственного дежурного по бригаде) прикладываются все усилия для того, чтобы связаться с ближайшими родственниками пациента, а также незамедлительно сообщается о пациенте в РОВД и делается соответствующая запись в медицинской карте стационарного больного с указанием даты, времени сообщения в РОВД, а также Ф.И.О. и должности лица, принявшего сообщение.

О факте летального исхода медицинский работник, констатировавший факт биологической смерти, немедленно сообщает заведующему отделением или ответственному дежурному по бригаде/больнице:

- в дневное время лечащий (дежурный) врач по телефону, указанному в медицинской карте, незамедлительно сообщает родственникам (близким) умершего пациента и записывает в медицинской карте дату, время звонка, Ф.И.О. лица, которому сообщено о смерти больного;

- при невозможности дозвониться родственникам (близким) - отправляется телеграмма;

- в случае летального исхода лиц без определенного места жительства, неизвестных, информация о летальном исходе передается по телефонам дежурной части РОВД и бюро несчастных случаев, о времени, дате сообщения и ФИО лица, принявшего сообщение, делается запись в медицинской карте стационарного больного.

Обследование пациента в стационаре проводится в соответствии с утвержденными порядками и стандартами медицинской помощи. При экстренном поступлении пациента в стационар проводятся обязательные обследования (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимическое исследование крови, ЭКГ и др.), которые повторяются перед его выпиской, но не реже, чем 1 раз в 10-14 дней. При наличии в анализах отклонений от нормы исследования повторяются по мере необходимости.

Требования к оформлению медицинской карты в приемном отделении

1. На титульном листе медицинской карты стационарного больного указываются:
 - наименование медицинской организации, отделения;
 - шифр по МКБ, номер КСГ;
 - фамилия, имя, отчество больного (по паспорту);
 - паспортные данные (серия, номер паспорта);
 - серия и номер медицинского страхового полиса;
 - возраст с указанием даты рождения;
 - адрес места регистрации и места проживания;
 - место работы (учебы) основное и по совместительству (с какого времени работает по совместительству), профессия, должность;
 - дата и время поступления в медицинское учреждение;
 - госпитализация для оказания плановой медицинской помощи, экстренной медицинской помощи (время после начала заболевания, травмы);
 - наличие группы инвалидности (причина группы и длительность);
 - сведения о временной нетрудоспособности (наличии листка нетрудоспособности);
 - диагноз направившего учреждения и название направившей медицинской организации;
 - диагноз при поступлении;

- заключительный клинический диагноз;
- Ф.И.О., телефон, адрес ближайших родственников или знакомых (за исключением тех случаев, когда эти данные получить невозможно);

2. В разделе «Особые отметки» указать:

- сведения о предшествующих госпитализациях;
- данные об инъекциях и лечении у стоматолога за последние 6 мес.;
- данные о перенесенном гепатите, туберкулезе;
- данные о результатах флюорографии (дата, № исследования, медицинская организация, где проводилась флюорография); для иногородних пациентов – указание причину нахождения в данной местности (нахождение в командировке, в гостях у родственников, учеба и пр.);
- антропометрические данные;
- данные осмотра на наличие чесотки, педикулеза;
- данные о наличии кашля, мокроты;
- данные о санитарной обработке больного;
- данные о проведенной вакцинации от столбняка (в случаях поступления больного с травмой с повреждением целостности кожных покровов); запись о проведенной вакцинации осуществляется врачом;
- сведения о выданном листке нетрудоспособности, о ВК, в случае их проведения;
- делается отметка об ознакомлении пациента с режимом больницы;
- отметка о переносимости лекарственных препаратов.

3. При поступлении пациента по скорой помощи заполняется и подписывается врачом **талон к сопроводительному листу скорой помощи** (при выписке он вместе с медицинской картой сдается в кабинет медицинской статистики).

4. Заполняется статистическая карта (паспортные данные, данные страхового медицинского полиса и т.д.).

5. Оформляется информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (или отказ от него), обработку персональных данных, о помещении информации в столе справок о пребывании пациента в стационаре, об ознакомлении с режимом больницы.

Осмотр врача в приемном отделении.

При поступлении в стационар в плановом порядке, пациенты осматриваются лечащим (дежурным) врачом в течение 3 часов, а поступившие по экстренным и неотложным показаниям – сразу после поступления в приемное отделение.

Указывается дата и время осмотра пациента в приемном отделении, кратко описываются жалобы больного, анамнез настоящего заболевания с указанием патологических изменений и данных, непосредственно относящихся к заболеванию. В анамнезе отражаются данные, имеющие отношение к течению настоящего заболевания или влияющие на тактику ведения пациента (сопутствующие заболевания, перенесенные операции, травмы). Данные о непереносимости лекарственных препаратов заносятся врачом, осматривающим пациента в приемном отделении при первом осмотре, за исключением тех случаев, когда эти данные получить невозможно. Записи врача в приемном отделении должны быть информативными, содержать данные, имеющие клиническое значение, в конце осмотра в приемном отделении обязательно формулируется предварительный диагноз, план обследования, проведенное лечение в

приемном отделении (например, введение анальгетиков или гипотензивных препаратов с указанием последующего эффекта).

В случаях поступления пациента с травмами описываются обстоятельства их получения (дата, приблизительное время, место), дается подробная характеристика телесных повреждений, проводится освидетельствование на состояние опьянения. Исследование крови на содержание этанола проводится всем пациентам, поступающим в стационар с подозрением на отравление неизвестным ядом, а также всем пациентам, поступающим с выраженными нарушениями сознания неизвестной этиологии.

В случаях поступления пациента в крайне тяжелом состоянии, лист осмотра врача приемного отделения не заполняется, пациент срочно госпитализируется в реанимационное отделение или палату интенсивной терапии, где врачи-специалисты заполняют медицинскую карту стационарного больного.

В случае отсутствия врача в приемном отделении, все записи делаются лечащим (дежурным) врачом.

Для стационаров, оказывающих экстренную помощь:

Врач, проводящий обследование и лечение пациента, доставленного в приемное отделение, проводит мониторинг длительности пребывания больного в приемном отделении. О причинах превышения длительности нахождения в приемном отделении более 1 часа докладывается на утреннем отчете заместителям главного врача по медицинской части, хирургии, акушерству и гинекологии.

В случае отсутствия показаний для госпитализации (отказа от госпитализации) пациенту, обратившемуся в приемное отделение, выдается выписка, в которой указываются диагноз, данные об освидетельствовании на алкогольное опьянение (в случаях, указанных выше), данные осмотра, дополнительных методов обследования, объем оказанной помощи, рекомендации по дальнейшему лечению. Обязательна запись о состоянии трудоспособности. Если пациент временно нетрудоспособен, то указывается сроки временной нетрудоспособности и дата явки в поликлинику. Если пациент трудоспособен, то делается запись: «Трудоспособен».

Ведение медицинской карты стационарного больного в клинических отделениях:

При поступлении пациента в отделение лечащий (дежурный) врач в медицинской карте заполняет бланк **первичного осмотра**, где отражаются следующие данные:

- дата и час осмотра больного;
- жалобы пациента;
- анамнез заболевания с указанием данных о предшествующих госпитализациях, проводимом ранее лечении, его эффективности, даты и возможных причин ухудшения состояния;
- экспертный анамнез с обязательным указанием периодов временной нетрудоспособности, этапов обращения за медицинской помощью перед настоящей госпитализацией, наличия листка нетрудоспособности, необходимости выдачи или продления листка нетрудоспособности, наличия группы инвалидности (с какого времени и по какому заболеванию);
- анамнез жизни;
- эпидемиологический анамнез;
- подробные данные объективного обследования пациента с оценкой тяжести состояния при поступлении и обоснованности госпитализации;
- диагноз при поступлении (основной, осложнения, сопутствующие заболевания);

- план обследования и лечения;
- первичный осмотр подписывается лечащим врачом или дежурным врачом с расшифровкой подписи;
- при поступлении пациента в тяжелом состоянии осмотр осуществляется совместно с заведующим отделением.

Ведение дневников:

- в дневнике указывается дата и время осмотра,
- дневник динамического наблюдения за больными, находящимися в удовлетворительном состоянии пишется не реже 3 раз в неделю, после выходных и праздничных дней на следующий день обязательно должен быть дневник; при состоянии средней тяжести дневники пишутся ежедневно, а при необходимости – несколько раз в день; при тяжелом состоянии больного - не реже чем через каждые 4-6 часов;
- в дневниках отражаются жалобы, динамика состояния пациента, краткое описание статуса;
- дневник подписывается врачом с расшифровкой фамилии врача;
- в случаях назначения наркотических анальгетиков (сильнодействующих препаратов) обосновываются показания для введения, делается запись о введении препарата медицинской сестрой в присутствии врача, отмечается эффект от введения.

Осмотр заведующего отделением:

Тяжелые больные осматриваются в первые сутки, плановые больные - в первые 3 суток, затем - не реже 1 раза в 7-10 дней, при продлении листка нетрудоспособности, при представлении больного на ВК, ухудшении состояния, присоединении осложнений, перед выпиской из стационара.

В записи осмотра заведующего отделением указываются: диагноз (основной, осложнения основного, сопутствующий), рекомендации по обследованию и лечению, сроки выписки больного, подпись с расшифровкой.

Формулировка клинического диагноза:

Клинический диагноз записывается на титульный лист медицинской карты в течение трех рабочих дней от момента поступления пациента в стационар, указывается дата установления диагноза, подпись лечащего врача. В случаях изменения (уточнения) клинического диагноза в данной графе делается запись с уточненным (измененным) диагнозом с указанием даты его установления и подписью врача.

Обоснование клинического диагноза:

Записывается в медицинской карте не позднее, чем через 3 дня после госпитализации пациента. В обосновании диагноза указываются жалобы, данные анамнеза, объективного статуса, лабораторно-инструментальных методов исследования.

Заключительный диагноз:

Оформляется при выписке больного, в развернутом виде в соответствии с МКБ-10 (клиническим вариантом). Диагноз должен включать все осложнения и сопутствующие заболевания.

Записи консультантов:

Лечащий врач обосновывает необходимость консультации того или иного специалиста. Записи должны содержать дату и время осмотра, специальность и фамилию консультанта, описание специального статуса, диагноз и рекомендации по дальнейшему

ведению пациента. В случаях, когда по каким-либо причинам рекомендации консультанта не выполнены, отмечаются причины их невыполнения.

Записи консилиумов:

Записи врачебных консилиумов ведутся максимально информативно: дата и время проведения, специальности, должности и фамилии участников консилиума, описание объективного статуса, диагноз и рекомендации по дальнейшему ведению пациента с учетом мнения всех членов консилиума. Решение консилиума подписывается всеми его членами. При невозможности выполнения рекомендаций консилиума, ставится в известность председатель консилиума.

Переводной эпикриз:

Оформляется при переводе больного из одного отделения в другое, при этом указывается Ф.И.О. больного, его возраст, дата поступления больного в отделение, диагноз, с которым пациент переводится в другое отделение, причина перевода. Переводной эпикриз подписывается лечащим (дежурным) врачом.

Этапный эпикриз:

Оформляется раз в 10 дней, отражается общий и специальный статус, динамика представлений о пациенте, клинический диагноз, дальнейшая тактика ведения и прогноз, подписывается лечащим врачом и заведующим отделением.

Лист назначений:

Лист назначений является составной частью медицинской карты стационарного больного и подклеивается в медицинскую карту. Назначения записываются четко, подробно, в форме, исключающей двоякое или произвольное толкование, указываются доза, кратность, способ введения, дата назначения. Названия лекарственных препаратов указываются **на латинском языке**.

Медицинская сестра выполняет назначения, удостоверяет это своей подписью и указывает дату выполнения назначений (после каждой смены).

При использовании для лечения 5 и более лекарственных препаратов заведующий отделением удостоверяет своей подписью в листе назначений согласие с назначенным лечением. В случае если заведующий отделением является лечащим врачом пациента, назначение 5 и более препаратов согласовывает заместитель главного врача.

В случаях дополнительного назначения лекарственных препаратов (наркотических, сильнодействующих и препаратов для оказания экстренной медицинской помощи) в лист назначений вносятся: наименование лекарственного препарата, дата и времени введения лекарственного препарата, подписи врача, медицинской сестры с расшифровкой подписи. В медицинской карте делается запись о введении лекарственного препарата медицинской сестрой в присутствии врача (в случаях введения наркотических и сильнодействующих препаратов).

В листе назначений указываются диета и режим.

При регистрации побочного действия (непереносимости) лекарственных препаратов делается отметка в листе назначений.

При использовании для лечения препарата, приобретенного за счет средств пациента, не входящего в перечень жизненно важных лекарственных средств и стандарты медицинской помощи, или базисного препарата, полученного по программе ОНЛС, об этом делается отметка.

В разделе «Анализы и дополнительные обследования» указываются дата, наименование исследования, подпись врача, сделавшего назначения, подпись медицинской сестры, выполнившей назначения.

Температурный лист:

Является составной частью медицинской карты стационарного больного, ведется медицинской сестрой и подклеивается в нее. Записи динамики температуры производятся 2 раза в день. В температурном листе медицинской сестрой делаются отметки о проведении санитарной обработки пациента, об осмотре на наличие чесотки и педикулеза, показатели диуреза (по назначению врача), сведения о смене белья.

Выписной эпикриз:

Отражает в краткой форме историю настоящей госпитализации, заключительный диагноз, результаты проведенного обследования, характер проведенного лечения, динамику симптомов и рекомендации по дальнейшему ведению пациента.

В особых отметках при заполнении медицинской карты стационарного больного указываются следующие сведения:

- данные о проведенных рентгенологических исследованиях во время лечения в стационаре с указанием даты исследования и значений индивидуальной эффективной дозы;
- данные о проведенном онкоосмотре;
- данные о проведенном обследовании на гепатиты В и С;
- данные о проведенном обследовании на ВИЧ, RW;
- данные о проведенной гемотрансфузии (если проводились).

В рекомендациях по дальнейшему лечению указываются международные непатентованные названия препаратов или фармакологические группы препаратов.

При оформлении листка нетрудоспособности в выписном эпикризе делается соответствующая отметка о нетрудоспособности (трудоспособности) с указанием даты закрытия к труду или продления на амбулаторное лечение листка нетрудоспособности.

Недопустимо давать рекомендации на амбулаторный этап «направить на МСЭ», т.к. этот вопрос находится в компетенции ВК МО, в которой наблюдается больной.

Выписной эпикриз может выполняться в печатном виде в двух экземплярах, один из которых остается в медицинской карте, второй выдается на руки больному. Выписной эпикриз подписывается лечащим врачом и заведующим отделением с расшифровкой фамилий. Экземпляр, выдаваемый на руки больному, заверяется печатью или штампом МО.

Выписка из медицинской карты, которая выдается на руки пациенту, должна содержать следующие сведения:

- фамилию, имя, отчество, год рождения пациента;
- период нахождения в стационаре;
- заключительный клинический диагноз;
- данные лабораторно-инструментальных методов обследования;
- данные о проведенных гемотрансфузиях;
- данные о проведенных рентгенологических исследованиях с указанием доз облучения;
- лечение (медикаментозное, оперативное);
- рекомендации по дальнейшему обследованию и лечению.

Дополнительно для работающих граждан:

- трудоспособен/нетрудоспособен;
- период освобождения от работы: стационарное лечение с __ по __,
- Л/Н продлен на амбулаторное лечение с _ по ___;
- приступить к труду с ___;

- наименование поликлиники по месту прикрепления пациента в случае продолжающейся ВН после выписки из стационара;
- дата явки в поликлинику (в случае продолжающейся ВН после выписки из стационара);
- № листка нетрудоспособности, выданного в стационаре.

Посмертный эпикриз:

В случае смерти больного в медицинской карте стационарного больного заполняется **посмертный эпикриз**, в котором содержится краткая история госпитализации, динамика симптомов, данные проведенного обследования, лечение, причина наступления летального исхода и развернутый заключительный посмертный диагноз. В случае если смерть пациента наступила до осмотра лечащего врача профильного отделения (выходные и праздничные дни, в течение нескольких часов от момента госпитализации в вечернее и ночное время) посмертный эпикриз оформляется совместно врачом приемного или реанимационного отделения, лечившим больного, и врачом профильного отделения.

После проведения патологоанатомического исследования трупа в медицинскую карту не позднее чем через 10 дней вносится протокол исследования с подробным **патологоанатомическим диагнозом и эпикризом**, а в случае расхождения диагнозов указывается категория расхождения и причина расхождения.

Особенности ведения медицинской карты стационарного больного в реанимационном отделении и палате интенсивной терапии:

При поступлении пациента в реанимационное отделение или палату интенсивной терапии врачом оформляется краткое представление о пациенте с указанием диагноза или имеющегося симптомокомплекса.

В реанимационном отделении (палате интенсивной терапии) пациент осматривается врачом – реаниматологом и врачом профильного отделения с последующей подробной записью с указанием жалоб, статуса, диагноза, рекомендаций по обследованию и лечению.

В реанимационном отделении и палате интенсивной терапии врачом-реаниматологом дневники оформляются не реже 4-6 раз в сутки, а при необходимости - каждые 2 часа или чаще. В каждом дневнике указываются дата и время осмотра, динамика состояния пациента, краткое описание статуса и важнейших показателей жизнедеятельности организма.

В случаях проведения каких-либо врачебных манипуляций (перевязки, санация бронхиального дерева, установка катетера в периферические и центральные сосуды, различные виды диагностических пункций полостей и органов (стернальная, плевральная, люмбальная, суставная, брюшной полости), переливание крови, ее компонентов и кровезаменителей, подготовка и проведение эндоскопических исследований с возможной лечебно-диагностической биопсией, экстракорпоральные методы лечения, гипербарическая оксигенация) делается соответствующая запись в медицинской карте с указанием даты и времени проведения данной манипуляции.

Осмотры заведующим реанимационным отделением и заведующим профильным отделением осуществляются ежедневно. Дневники пациентам, находящимся в реанимационном отделении или в палате интенсивной терапии, оформляются лечащим врачом профильного отделения ежедневно утром и вечером, а при ухудшении состояния больного, при присоединении осложнений – чаще.

Ответственным дежурным по бригаде осматриваются:

- пациенты в тяжелом состоянии, поступившие в отделение в вечернее и ночное время;

– в выходные и праздничные дни – все пациенты в тяжелом состоянии, находящиеся на лечении;

– все пациенты в случаях ухудшения состояния или присоединения осложнений

Осмотр ответственного дежурного по бригаде должен содержать дату и время его проведения, диагноз (основной, осложнения основного, сопутствующий), рекомендации по обследованию и лечению, подписи ответственного по бригаде и дежурного врача.

При переводе пациента из реанимационного отделения (палаты интенсивной терапии) оформляется краткий **переводной эпикриз**, в котором указываются Ф.И.О. пациента, диагноз, с которым находился в реанимационном отделении (или ПИТ), динамика состояния пациента, рекомендации по дальнейшему лечению. Пациент не позже чем через час после поступления из реанимационного отделения (палаты интенсивной терапии) осматривается врачом клинического отделения с оформлением краткого клинического представления.

Медицинская карта стационарного больного в отделениях хирургического профиля:

Содержит ряд дополнительных разделов.

В **предоперационном эпикризе** обосновывается необходимость планового или экстренного оперативного вмешательства, отражается диагноз основного и сопутствующих заболеваний, степень выраженности функциональных нарушений, абсолютные или относительные показания (противопоказания) к операции, адекватность предоперационной подготовки, план операции, степень риска оперативного вмешательства.

Согласие больного на операцию должно быть информированным, т.е. пациенту разъясняется необходимость оперативного вмешательства, характер планируемой операции, возможные наиболее часто встречающиеся осложнения. Согласие (отказ) пациента от операции (другого медицинского вмешательства) оформляется в письменном виде с указанием тех последствий, которые могут наступить в случае отказа от операции (другого медицинского вмешательства). Согласие (отказ) от операции подписывается самим пациентом или его законным представителем и лечащим (дежурным) врачом с указанием даты и времени.

Если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители, решение о медицинском вмешательстве оформляется консилиумом врачей, а в случае, если собрать консилиум невозможно – непосредственно лечащим (дежурным) врачом с внесением такого решения в медицинскую документацию и последующим уведомлением должностных лиц медицинской организации (согласно ст. 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ).

Протокол операции:

Содержит сведения о дате, времени начала и окончания операции, фамилии членов операционной бригады, виде операции, виде обезболивания, описание операции.

Описание операции. Наименование операции и подробное описание хода ее выполнения: доступ (в какой области сделан разрез, его размер, направление, слои рассекаемых тканей), описание патологических изменений, обнаруженных при операции, операционный диагноз, указание о заборе материала на гистологическое, бактериологическое исследование, гемостаз в ране, число тампонов и дренажей, оставленных в ране, контрольный счет марли и инструментов, завершение операции (вид швов, повязка), описание удаленного макропрепарата. Протокол операции оформляется и вклеивается в медицинскую карту в день проведения операции за подписью хирурга, ассистента, анестезиолога.

Осмотр анестезиолога и протокол анестезиологического пособия являются обязательными записями в медицинской карте для всех видов обезболивания, кроме местной анестезии. В случае проведения плановой операции осмотр анестезиолога проводится накануне дня операции. В осмотре отражаются данные, которые могут существенно повлиять на анестезиологическую тактику: особенности анамнеза (аллергические реакции), сопутствующие заболевания, лекарственные препараты, которые принимал пациент, курение табака, употребление алкоголя, наркотиков, осложнения предыдущих анестезий, наличие гемотрансфузий. Указываются данные объективного осмотра: АД, пульс, частота дыхания; особенности лабораторного и инструментального обследования; характер предстоящей операции, предоперационная подготовка. В плане анестезиологического пособия указывается следующая информация: премедикация, анестезия (общая, регионарная), индукция анестезии, поддержание анестезии, манипуляции, применение основных и специальных методик. Оценка риска операции проводится по общепринятым критериям.

Оформляется информированное согласие пациента на предложенное анестезиологическое пособие.

Протокол анестезиологического пособия:

Содержит следующие данные:

- оценка состояния пациента непосредственно перед индукцией анестезии;
- анестезия (общая, регионарная);
- положение пациента на операционном столе;
- манипуляции (катетеризация центральной вены, интубация);
- индукция анестезии;
- поддержание, применение основных и специальных методик (ИВЛ и т.д.);
- данные интраоперационного мониторинга, включая лабораторные исследования, объем кровопотери, диурез;
- дозы и путь введения лекарственных препаратов, объем инфузионно-трансфузионной терапии;
- необычное течение анестезии и осложнения.

Дневники наблюдения:

Записываются ежедневно в течение первых трех дней с момента операции, затем через день при удовлетворительном состоянии и благополучном течении послеоперационного периода. При состоянии средней тяжести – ежедневно, при тяжелом состоянии – через 4-6 часов. В дневниках отражаются: динамика состояния, основные параметры жизнедеятельности, детально описывается локальный статус, в том числе, состояние послеоперационной раны, манипуляции, проводимые пациенту (удаление дренажей, трубок, перевязки), указывается дата снятия швов.

Перечень

диагностических и лечебных исследований (процедур, манипуляций), для проведения которых необходимо письменное информированное согласие пациента:

1. Установка катетера в периферические и центральные сосуды.
2. Различные виды диагностических пункций полостей и органов (стернальная, плевральная, люмбальная, суставная, брюшной полости и т.д.).
3. Лучевые методы диагностики с использованием рентген-контрастных веществ.
4. Диагностическое выскабливание матки и гистероскопия.
5. Все виды электрокоагуляций.
6. Переливание крови, ее компонентов и кровезаменителей.

7. Подготовка и проведение эндоскопических исследований с возможной лечебно-диагностической биопсией.
8. Плановая электроимпульсная терапия.
9. Велозргометрия.
10. Чреспищеводная электрокардиостимуляция.
11. Операционная и пункционная биопсия.
12. Методы эфферентной терапии.
13. Гипербарическая оксигенация.
14. Перегоспитализация (при переводе из родильного отделения новорожденных без матери).

Медицинская карта стационарного больного может быть выдана из архива по официальному запросу органов суда, следствия, прокуратуры, ТУ Росздравнадзора по Воронежской области, департамента здравоохранения Воронежской области, ТФОМС Воронежской области, страховых медицинских организаций, в копии – по письменному заявлению пациента.

Введение медицинской карты пациента дневного стационара

Медицинская карта пациента дневного стационара является медицинским, юридическим и финансовым документом, все записи в ней должны быть четкими, легко читаемыми, строго запрещаются «заклеивания» и «замазывания» штрихом. Ошибочно сделанная запись зачеркивается одной линией, делается отметка: «Запись ошибочна» и ставится роспись.

Во всех записях врачей указывается дата и время осмотра.

Согласно ст.20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в медицинской карте дневного стационара оформляются следующие документы для правового обеспечения лечебно-диагностического процесса:

1. Согласие (отказ) на медицинское вмешательство (операцию, анестезиологическое пособие, диагностические и лечебные исследования, процедуры и манипуляции).
2. Согласие на обработку персональных данных.

Требования к оформлению медицинской карты

1. На титульном листе медицинской карты пациента дневного стационара указываются:

- наименование медицинской организации, отделения;
- фамилия, имя, отчество пациента (по паспорту);
- паспортные данные (серия, номер паспорта);
- серия и номер медицинского страхового полиса;
- возраст с указанием даты рождения;
- адрес места регистрации и места проживания;
- место работы основное и по совместительству (с какого времени работает по совместительству), должность;
- дата и время поступления;
- диагноз направившего учреждения и название медицинской организации;
- диагноз при поступлении;
- сведения о временной нетрудоспособности (наличии листка нетрудоспособности);
- Ф.И.О., телефон, адрес ближайших родственников или знакомых.

2. В разделе «Особые отметки» указать:

- данные об инъекциях и лечении у стоматолога за последние 6 месяцев;
- данные о перенесенном гепатите, туберкулезе;
- данные о результатах флюорографии (дата, № исследования, МО, где проводилась флюорография); для иногородних пациентов – указание причины нахождения в данной местности (нахождение в командировке, в гостях у родственников, учеба и пр.);
- антропометрические данные;
- данные осмотра на наличие чесотки, педикулеза;
- данные о наличии кашля, мокроты;

3. Заполняется статистическая карта (паспортные данные, данные страхового медицинского полиса и т.д.).

Первичный осмотр лечащего врача

При поступлении пациента в отделение лечащий врач в медицинской карте заполняет бланк **первичного осмотра**, где отмечаются следующие данные:

- дата и час осмотра больного;
- жалобы пациента;
- анамнез заболевания с указанием данных о предшествующих госпитализациях, проводимом ранее лечении, его эффективности, даты и возможных причин ухудшения состояния;
- экспертный анамнез с обязательным указанием периодов временной нетрудоспособности, этапов обращения за медицинской помощью перед настоящей госпитализацией, наличия листка нетрудоспособности, необходимости выдачи или продления листка нетрудоспособности, наличия группы инвалидности (с какого времени и по какому заболеванию);
- анамнез жизни;
- эпидемиологический анамнез;
- данные объективного обследования пациента;
- диагноз при поступлении (основной, осложнения, сопутствующие заболевания);
- план обследования и лечения;
- первичный осмотр подписывается лечащим врачом с расшифровкой подписи;

Ведение дневников:

- в дневнике указывается дата и время осмотра,
- дневник динамического наблюдения за больными оформляется ежедневно;
- отражаются жалобы, динамика состояния пациента, краткое описание статуса;
- дневник подписывается врачом с расшифровкой фамилии врача.

Формулировка клинического диагноза:

Клинический диагноз записывается на титульный лист истории болезни в течение трех рабочих дней от момента поступления пациента в дневной стационар, при этом указывается дата установления диагноза, подпись лечащего врача.

Обоснование клинического диагноза:

Записывается в медицинской карте не позднее, чем через 3 дня после госпитализации пациента. В обосновании диагноза указываются жалобы, данные анамнеза, объективного статуса, лабораторно-инструментальных методов исследования.

Заключительный диагноз:

Оформляется при выписке больного, в развернутом виде в соответствии с МКБ-10 (клиническим вариантом). Диагноз должен включать все осложнения и сопутствующие заболевания.

Записи консультантов:

Лечащий врач обосновывает необходимость консультации того или иного специалиста. Записи должны содержать дату и время осмотра, специальность и фамилию консультанта, описание специального статуса, диагноз и рекомендации по дальнейшему лечению пациента. В случаях, когда по каким-либо причинам рекомендации консультанта не выполнены, указываются причины их невыполнения.

Этапный эпикриз:

Оформляется раз в 10 дней, отражается динамика представлений о пациенте, общий и специальный статус, клинический диагноз, дальнейшая тактика ведения и прогноз, подписывается лечащим врачом и заведующим отделением.

Лист назначений:

Является составной частью медицинской карты дневного стационара и подклеивается в нее после окончания лечения. Назначения записываются четко, подробно, в форме, исключающей двоякое или произвольное толкование, указываются доза, кратность, способ введения, дата назначения. Названия лекарственных препаратов указываются **на латинском языке**.

Выполнение назначений удостоверяется подписью медицинской сестры с указанием даты выполнения назначений.

Назначение более 5 препаратов согласовывается с заведующим отделением. Дополнительно назначенные лекарственные препараты (для оказания экстренной медицинской помощи) отражаются в листе назначений с указанием даты и времени введения лекарственного препарата, подписей врача и медицинской сестры с расшифровкой (в случаях введения наркотических и сильнодействующих препаратов).

В случаях выявления побочных действий (непереносимости) лекарственных препаратов делается отметка в листе назначений.

При использовании для лечения препарата, приобретенного за счет средств пациента, не входящего в перечень жизненно важных лекарственных средств и стандарты медицинской помощи, или базисного препарата, полученного по программе ОНЛС, об этом делается отметка.

В разделе «Анализы и дополнительные обследования» указываются дата, наименование обследования, подпись врача, сделавшего назначения, подпись медицинской сестры, выполнившей назначения.

Температурный лист:

Является составной частью медицинской карты дневного стационара, подклеивается в нее после окончания лечения. Температурный лист заполняется медицинской сестрой, запись производится 1 раз в день.

Выписной эпикриз

Отражает заключительный клинический диагноз, результаты проведенного обследования, лечения, рекомендации по дальнейшему лечению больного.

В рекомендациях по дальнейшему лечению указываются международные непатентованные названия препаратов или фармакологические группы препаратов.

При оформлении листка нетрудоспособности в выписном эпикризе делается соответствующая отметка о нетрудоспособности (трудоспособности) с указанием даты закрытия к труду или продления на амбулаторное лечение листка нетрудоспособности.

Выписной эпикриз может выполняться в печатном виде в двух экземплярах, один из которых остается в медицинской карте дневного стационара, второй выдается на руки больному. Выписной эпикриз подписывается лечащим врачом и заведующим отделением с расшифровкой фамилий.

Экземпляр, выдаваемый на руки больному, заверяется печатью или штампом медицинской организации.

Выписка из медицинской карты, которая выдается на руки пациенту, должна содержать следующие сведения:

- фамилию, имя, отчество, год рождения пациента;
- период лечения;
- заключительный клинический диагноз;
- данные лабораторно-инструментальных методов обследования;
- данные о проведенных рентгенологических исследованиях с указанием доз облучения;

- лечение (медикаментозное, оперативное);
- рекомендации по дальнейшему обследованию и лечению;

Для работающих граждан:

- трудоспособен/нетрудоспособен (№ листка нетрудоспособности);
- период освобождения от работы: с __ по ____,
- Л/Н продлен на амбулаторное лечение с _ по ____;
- приступить к труду с ____.
- дата явки в поликлинику (в случае продолжающейся ВН после выписки из стационара);

Особенности медицинской карты пациента дневного стационара хирургического профиля.

В **предоперационном эпикризе** обосновывается необходимость планового оперативного вмешательства, отражается диагноз по основному и сопутствующим заболеваниям, степень выраженности функциональных нарушений, абсолютные или относительные показания (противопоказания) к операции, адекватность предоперационной подготовки, план операции, степень риска оперативного вмешательства.

Согласие пациента на операцию должно быть информированным, т.е. больному разъясняется необходимость оперативного вмешательства, характер планируемой операции, возможные наиболее часто встречающиеся осложнения. Согласие (отказ) больного от операции (другого медицинского вмешательства) оформляется в письменном виде с указанием тех последствий, которые могут наступить в случае отказа пациента от операции (медицинского вмешательства). Согласие (отказ) от операции подписывается самим пациентом или его законным представителем и лечащим врачом с указанием даты и времени.

Протокол операции:

Содержит сведения о дате, времени начала и окончания операции, фамилии членов операционной бригады, вид операции, вид обезболивания, описание операции.

Описание операции: наименование операции и подробное описание хода ее выполнения, доступ (в какой области сделан разрез, его размер, направление, слои рассекаемых тканей), описание патологических изменений, обнаруженных при операции, операционный диагноз, указание о заборе материала на гистологическое, бактериологическое исследование, гемостаз в ране, число тампонов и дренажей, оставленных в ране, контрольный счет марли и инструментов, завершение операции (вид швов, повязка), описание удаленного макропрепарата. Протокол операции оформляется и вклеивается в историю болезни в день проведения операции за подписью хирурга, ассистента, анестезиолога.

Осмотр анестезиолога и протокол анестезиологического пособия являются обязательными записями в медицинской карте пациента дневного стационара для всех видов обезболивания, кроме местной анестезии. В осмотре отражаются данные, которые могут существенно повлиять на анестезиологическую тактику: особенности анамнеза (аллергические реакции), сопутствующие заболевания, лекарственные препараты, которые принимал пациент, курение табака, употребление алкоголя, наркотиков, осложнения предыдущих анестезий, наличие гемотрансфузий. Указываются данные объективного осмотра (АД, пульс, частота дыхания), особенности лабораторного и инструментального обследования, характер предстоящей операции, предоперационная подготовка. В плане анестезиологического пособия указывается следующая информация: премедикация, анестезия (общая, регионарная), индукция анестезии, поддержание

анестезии, манипуляции, применение основных и специальных методик. Оценка риска операции проводится по общепринятым критериям.

Оформляется информированное согласие пациента на предложенное анестезиологическое пособие.

Протокол анестезиологического пособия

Содержит следующие данные:

- оценка состояния пациента непосредственно перед индукцией анестезии;
- анестезия (общая, регионарная);
- положение больного на операционном столе,
- манипуляции (катетеризация центральной вены, интубация),
- индукция анестезии,
- поддержание, применение основных и специальных методик (ИВЛ и т.д.),
- данные интраоперационного мониторинга, (лабораторные исследования, объем кровопотери, диурез),
- дозы и путь введения лекарственных препаратов, объем инфузионно-трансфузионной терапии,
- необычное течение анестезии и осложнения.

Перечень

диагностических и лечебных исследований (процедур, манипуляций), для проведения которых необходимо письменное информированное добровольное согласие пациента

1. Установка катетера в периферические и центральные сосуды.
2. Различные виды диагностических пункций полостей и органов (стеральная, плевральная, люмбальная, суставная, брюшной полости и т.д.).
3. Лучевые методы диагностики с использованием рентген-контрастных веществ.
4. Диагностическое выскабливание матки и гистероскопия.
5. Все виды электрокоагуляций.
6. Переливание крови, ее компонентов и кровезаменителей.
7. Подготовка и проведение эндоскопических исследований с возможной лечебно-диагностической биопсией.
8. Плановая электроимпульсная терапия.
9. Велоэргометрия.
10. Чреспищеводная электрокардиостимуляция.
11. Операционная и пункционная биопсия.
12. Методы эфферентной терапии.
13. Гипербарическая оксигенация.
14. Перегоспитализация (при переводе из родильного отделения новорожденных без матери).

Медицинская карта пациента дневного стационара выдается из архива по официальному запросу органов суда, следствия, прокуратуры, ТУ Росздравнадзора по Воронежской области, департамента здравоохранения Воронежской области, ТФОМС Воронежской области, страховых медицинских организаций, в копии – по письменному заявлению пациента.

Порядок направления гражданина на плановую госпитализацию

Плановая госпитализация осуществляется по направлению медицинской организации, осуществляющей первичную медико-санитарную помощь, в которой наблюдается пациент. В направлении указывается:

- 1) Название медицинской организации, направившей пациента,
- 2) Название медицинской организации, куда направлен пациент;
- 3) Ф.И.О. пациента;
- 4) Возраст пациента (дата рождения);
- 5) Основной диагноз;
- 6) Данные лабораторно-инструментальных методов обследования;
- 7) Сведения о листке нетрудоспособности;
- 8) Наличие группы инвалидности;
- 9) Ф.И.О. врача, заведующего отделением (заместителя главного врача), направивших пациента, с их подписями;
- 10) Дата направления;
- 11) Печать медицинской организации, направившей пациента на плановую госпитализацию.

Рекомендуемый перечень клинико-диагностических исследований, проводимых при подготовке больных для направления в медицинские организации для плановой госпитализации.

1. Общий анализ крови, общий анализ мочи, необходимые биохимические исследования – срок действия 14 дней.
2. Группа крови, резус фактор, реакция Вассермана (ИФА), маркеры гепатитов В, С (ИФА), форма 50 (ВИЧ) – срок действия 14 дней.
3. ЭКГ с описанием – срок действия 14 дней.
4. Данные инструментальных методов обследований – срок действия 30 дней.
5. Флюорография (обязательно для всех, в том числе сопровождающих лиц) – срок действия – 1 год.
6. Консультации терапевта, гинеколога (для женщин) и других специалистов в зависимости от профиля и вида оказываемой помощи – срок действия – 1 месяц.

Ведение медицинской карты амбулаторного больного (форма 025/у-04)

Медицинская карта амбулаторного больного является медицинским, юридическим финансовым документом, поэтому все записи в ней должны быть четкими, легко читаемыми. Строго запрещается «заклеивать» и «замазывать» штрихом. Ошибочно сделанная запись зачеркивается одной линией, врач должен написать «Запись ошибочна» и расписаться.

На каждого больного в поликлинике ведется одна медицинская карта, независимо от того, лечится 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 граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг, маркируются литерой «Л».

Во всех записях врачей указывается дата и время осмотра пациента.

В обязательном порядке в медицинской карте амбулаторного больного оформляются следующие формы документов для правового обеспечения лечебно-диагностического процесса:

1. Заявление о выборе медицинской организации (согласно приказу МЗиСР РФ от 26.04.2012 № 406н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании медицинской помощи в рамках программы Госгарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи»).

2. Согласие на медицинское вмешательство (диагностические и лечебные исследования, процедуры, манипуляции).

3. Согласие на обработку персональных данных.

Титульный лист медицинской карты амбулаторного больного

Заполняется в регистратуре медицинского учреждения при первом обращении пациента за медицинской помощью.

На титульном листе проставляется полное наименование медицинского учреждения в соответствии с документом регистрационного учета и код ОГРН.

Вносится номер карты – индивидуальный номер учета, установленный медицинским учреждением.

В строке 1 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.

В строке 4 проставляется страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) гражданина в Пенсионном Фонде Российской Федерации

Фамилия, имя, отчество гражданина, его пол, дата рождения, адрес постоянного места жительства в Российской Федерации заполняются в соответствии с документом, удостоверяющим личность и проживания.

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 «Инвалидность» 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 (отмечается основное место работы и совместительство с которого числа и года).

Далее карта заполняется медицинским работником (врачом или фельдшером), осуществляющим наблюдение 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» (учетная форма № 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.

Ведение листа уточненных диагнозов

В лист врачами всех специальностей заносятся диагнозы и коды по МКБ-10, установленные при первом обращении в поликлинику (или при помощи на дому) в данном календарном году, независимо от того, когда был поставлен диагноз: при первом или последующих посещениях или в предыдущие годы.

Если 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.

Если у больного одновременно или последовательно обнаружено несколько заболеваний, этиологически не связанных друг с другом, то все они выносятся в лист. В случае перехода болезни из одной стадии в другую записанный диагноз вновь повторяется с указанием новой стадии.

Острые и впервые выявленные хронические заболевания отмечаются в листе знаком «+». Известные ранее хронические заболевания отмечаются в листе знаком «-» один раз в год.

Врачебный осмотр

При первичном осмотре лечащим врачом отражаются следующие данные:

- дата и время осмотра;
- жалобы пациента;
- анамнез заболевания, даты и возможные причины ухудшения состояния;
- эпидемиологический анамнез;
- анамнез жизни;
- экспертный анамнез (для работающих граждан) с обязательным указанием периодов временной нетрудоспособности, наличием листка нетрудоспособности, необходимости выдачи или продления листка нетрудоспособности (для иногородних – указать причину нахождения на данной территории: в гостях у родственников, в командировке и т.д.), наличие группы инвалидности;
- сведения о выдаче листка нетрудоспособности;
- указывается основное место работы и место работы по совместительству (дата и год работы по совместительству);
- подробные данные объективного осмотра;
- диагноз;
- план обследования и лечения;

- дата следующей явки на прием (дату явки для динамического и диспансерного наблюдения можно указывать в формате «месяц,год»);
- врачебный осмотр подписывается врачом с расшифровкой подписи

Все назначения лекарственных препаратов отмечаются в медицинской карте амбулаторного больного с обязательным указанием концентрации, дозы, кратности применения, а при однократном применении – указанием времени суток. При выписке льготных рецептов указываются дата выписки рецепта, его номер. Выписанные лекарственные препараты должны соответствовать кодам заболеваний (МКБ-10).

Все последующие врачебные осмотры должны быть четкие и легко читаемые, с отражением жалоб пациента, объективных данных и динамики состояния больного. Осмотр заведующим отделением проводится один раз в 10 дней. В записи осмотра заведующего отделением указываются: диагноз, рекомендации по обследованию и лечению, сроки выписки больного, подпись с расшифровкой заведующего отделением.

Медицинская карта амбулаторного больного должна содержать результаты дополнительных методов обследования и выписки из медицинской карты стационарного больного (в случае госпитализации), сведения о направлении на госпитализацию и санаторно-курортное лечение.

Для диспансерных больных - обязательно наличие эпикриза взятия на диспансерный учет и плана лечебно-профилактических мероприятий на год. В годовых эпикризах и записях диспансерного осмотра отражается динамика, выполнение плана реабилитации и результат (ухудшение - выход на инвалидность, улучшение, без перемен).

Лечащим врачом регулярно вносятся актуальные данные в лист онкопрофосмотра, лист опроса на наличие кашля, мокроты, лист экспертизы временной нетрудоспособности, лист уточненных диагнозов, лист полученных доз при проведении рентгенологических исследований.

При представлении пациента на врачебную комиссию

пишется эпикриз представления на врачебную комиссию, где отражаются:

- дата;
- номер листка нетрудоспособности;
- общая длительность временной нетрудоспособности;
- жалобы;
- объективные данные;
- консультации специалистов;
- результаты обследования;
- диагноз;
- лечение;
- динамика заболевания;
- обоснованность временной нетрудоспособности;
- цель представления на врачебную комиссию (продление, выдача «прошедшим числом», выдача дубликата взамен утерянного, испорченного листка нетрудоспособности, направление на МСЭ, направление на санаторно-курортное лечение, выдача справок).

Эпикриз подписывается лечащим врачом и заведующим отделением.

Решение врачебной комиссии оформляется протоколом заседания с указанием номера и даты.

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.

Хранение медицинских карт амбулаторного больного

Медицинские карты амбулаторного больного хранятся в регистратуре. Выдача медицинских карт на руки пациенту возможна только с разрешения главного врача учреждения. По письменному заявлению пациента ему может быть выдана копия медицинской амбулаторного больного.

Медицинская карта амбулаторного больного может быть выдана по официальному запросу органов суда, следствия, прокуратуры, ТУ Росздравнадзора по Воронежской области, департамента здравоохранения Воронежской области, ТФОМС Воронежской области, страховых медицинских организаций.

В случае смерти больного

одновременно с выдачей медицинского свидетельства о смерти в карте производится запись о дате и причине смерти, оформляется посмертный эпикриз.

Медицинские карты умерших изымаются из действующей картотеки и передаются в архив лечебного учреждения, где хранятся 25 лет.

**Заполнение карты вызова скорой медицинской помощи
(форма № 110/у, утверждена
приказом МЗиСР РФ от 02.12.2009 № 942)**

1. Учетная форма № 110/у «Карта вызова скорой медицинской помощи» (далее – Карта) заполняется на станциях (подстанциях, отделениях) скорой медицинской помощи выездными врачебными и фельдшерскими бригадами.

2. Карта заполняется на каждый случай выезда бригады скорой медицинской помощи.

Ведение Карты возможно в электронном виде.

3. В левом верхнем углу лицевой стороны Карты указывается полное наименование медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь, ее адрес (почтовый индекс, наименования республики (края, области, автономного округа), населенного пункта, улицы, номер дома) и номер телефона.

Заполнение верхней части и пунктов 1-17 Карты производится фельдшером (медицинской сестрой), принявшим вызов скорой медицинской помощи (в случаях, когда Карта передается на руки персоналу выездной бригады), и непосредственно врачом (фельдшером) бригады скорой медицинской помощи (если вызов был передан по телефону или по рации). Пункты 18-37 заполняются бригадой скорой медицинской помощи при выполнении вызова.

Большая часть Карты заполняется путем отметки знаком «V» нужного признака. Такой порядок заполнения Карт обеспечивает возможность их машинной обработки.

4. При заполнении Карты указывается:

1) в строке под названием Карты - дата (число, месяц и год) поступления вызова;

2) в пункте 1 – номер фельдшера по приему вызова;

3) в пункте 2 номер станции (подстанции, отделения), принявшей вызов;

4) в пункте 3 – номер бригады скорой медицинской помощи, которой передан вызов;

5) в пункте 4 - время (часы и минуты):

приема вызова фельдшером (медицинской сестрой);

передачи вызова бригаде скорой медицинской помощи;

выезда бригады скорой медицинской помощи на вызов;

прибытия бригады скорой медицинской помощи на место вызова;

начала транспортировки больного;

прибытия бригады скорой медицинской помощи в медицинскую организацию;

окончания вызова, когда бригада скорой медицинской помощи сообщает фельдшеру (медицинской сестре), что вызов выполнен;

возвращения бригады скорой медицинской помощи на станцию (подстанцию, отделение) скорой медицинской помощи;

затраченное на выполнение одного вызова от момента поступления вызова на станцию (подстанцию, отделение) скорой медицинской помощи до окончания выполнения вызова;

6) в пункте 5 - адрес вызова (район, город (село), населенный пункт, улица, дом, корпус, квартира (комната), подъезд (код подъезда), этаж);

7) в пункте 6 - сведения о больном:

фамилия, имя, отчество с его слов, со слов родственников или знакомых или по соответствующим документам (паспорт, удостоверение личности, страховой медицинский полис и др.);

возраст (число полных лет для больных старше 1 года или число месяцев и дней – для больных младше 1 года);

пол больного (отмечается знаком «V»);
место работы указывается на момент вызова;
серия и номер документа, удостоверяющего личность больного (при наличии);
8) в пункте 7 - кто вызвал скорую медицинскую помощь (больной, родственник, прохожий и др.) и номер телефона, с которого был сделан вызов;
9) в пункте 8 - фамилия, имя, отчество фельдшера (медицинской сестры), принявшего вызов;
10) в пункте 9 – фамилия, имя, отчество фельдшера (медицинской сестры), передавшего вызов бригаде скорой медицинской помощи;
11) в пункте 10 - место регистрации больного (житель города, сельской местности, приезжий и др.) отмечается знаком «V»;
12) в пункте 11 ставится отметка знаком «V» в одной из позиций;
13) в пункте 12 - повод к вызову (отмечается знаком «V» вариант, который соответствует данным, собранным фельдшером (медицинской сестрой) при приеме вызова).

Экстренная перевозка – это перевозка по направлениям врачей других лечебно-профилактических учреждений с пометкой «cito»;

14) в пункте 13 – вид вызова отмечается знаком «V»:
первичный вызов – вызов к больному, который не обращался на станцию (подстанцию, отделение) скорой медицинской помощи в течение последних суток;
повторный вызов – вызов к больному, который обращался на станцию (подстанцию, отделение) скорой медицинской помощи в течение последних 24 часов;
вызов на себя другой бригады скорой медицинской помощи (в случаях, когда требуется диагностическая консультация или помощь бригады скорой медицинской помощи другого профиля, при этом обслуживающая вызов бригада остается на месте вызова до приезда следующей бригады скорой медицинской помощи);
вызов, полученный в пути следования бригады скорой медицинской помощи;
15) в пункте 14 - место получения вызова бригадой скорой медицинской помощи (на станции (подстанции, отделении), по телефону, по рации), которое отмечается знаком «V»;

16) в пункте 15 - причины выезда бригады скорой медицинской помощи с опозданием отмечаются знаком «V»;

17) в пункте 16 - состав бригады скорой медицинской помощи, который отмечается знаком «V»;

18) в пункте 17 - место вызова, которое отмечается знаком «V»;

19) в пункте 18 – причина несчастного случая, которая отмечается знаком «V»;

20) в пункте 19 - наличие или отсутствие клинических признаков опьянения у больного, которое отмечается знаком «V»;

21) в пункте 20 - основные жалобы;

22) в пункте 21 - сведения о развитии болезни (анамнез).

Пункты 20 и 21 заполняются на основании опроса больного, со слов родственников или знакомых;

23) в пункте 22 - объективные данные осмотра больного;

В этом пункте ставится отметка знаком «V» в позиции, соответствующей результату осмотра.

В случае отсутствия необходимого варианта производится запись в строке «Другие симптомы» и «Дополнительные объективные данные. Локальный статус»;

24) в пункте 23 - диагноз и его код по МКБ-10, установленный врачом (фельдшером) в результате опроса и осмотра больного;

25) в пункте 24 – осложнения (соответствующая позиция отмечается знаком «V»);

26) в пункте 25 - эффективность мероприятий при осложнении (соответствующая позиция отмечается знаком «V»);

27) в пункте 26 - оказанная медицинская помощь на месте вызова, проведенные манипуляции и мероприятия;

28) в пункте 27 - проведенные манипуляции и мероприятия в автомобиле скорой медицинской помощи;

29) в пункте 28 - эффективность проведенных мероприятий (вписываются результаты: измерения артериального давления, пульса, частоты дыхания, частоты сердечных сокращений, температуры тела, данные пульсоксиметрии, глюкометрии);

30) в пункте 29 - согласие на медицинское вмешательство. Заполняется в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». В случае получения информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство с учетом риска возможных осложнений после фамилии, имени, отчества и подписи больного (законного его представителя) ставится фамилия, имя, отчество, должность медицинского работника, предоставившего информацию и получившего согласие на медицинское вмешательство и его подпись;

31) в пункте 30 - отказ от медицинского вмешательства. Заполняется в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». В случае отказа больного от медицинского вмешательства или требования прекратить медицинское вмешательство после фамилии, имени, отчества и подписи больного (законного его представителя) указывается фамилия, имя, отчество, должность медицинского работника, получившего отказ от медицинского вмешательства и разъяснившего возможные последствия и осложнения отказа и ставится его подпись;

32) в пункте 31 - отказ от транспортировки для госпитализации в стационар. Заполняется в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». В случае отказа больного от транспортировки для госпитализации в стационар указывается дата и время отказа, после фамилии, имени, отчества больного, его подписи (законного его представителя) - фамилия, имя, отчество, должность медицинского работника, получившего отказ от транспортировки для госпитализации в стационар и разъяснившего больному возможные последствия отказа, и ставится его подпись;

33) в пункте 32 - результат оказания скорой медицинской помощи отмечается знаком «V»;

34) в пункте 33 – сведения о больном после оказания скорой медицинской помощи.

В позиции «Нуждается в активном выезде через ... часов» в случае необходимости наблюдения за больным в зависимости от его состояния указывается время выезда бригады скорой медицинской помощи к больному, но не позже чем через 2 часа после оказания медицинской помощи. Другое время должно быть обосновано и согласовано со старшим врачом той же бригады скорой медицинской помощи или бригады другого профиля, старшим врачом следующей смены;

35) в пункте 34 - способ доставки больного в автомобиль скорой медицинской помощи, отмечаемый знаком «V» соответствующей позиции;

36) в пункте 35 - результат выезда бригады скорой медицинской помощи, отмечаемый знаком «V»;

В случае транспортировки для госпитализации больного в стационар указывается наименование медицинской организации, время (час и минуты) приема больного, диагноз приемного отделения, ставится подпись дежурного врача;

Безрезультатные выезды – это случаи, когда больного не оказалось на месте, вызов был ложным (по данному адресу скорую медицинскую помощь не вызывали), не

найден адрес, указанный при вызове, пациент оказался практически здоровым и не нуждался в помощи, больной умер до приезда бригады скорой медицинской помощи, больной увезён до прибытия бригады скорой медицинской помощи, больной обслужен врачом поликлиники до прибытия бригады скорой медицинской помощи, больной отказался от помощи (осмотра), вызов отменён;

37) в пункте 36 - километраж выезда (сколько километров проехала бригада скорой медицинской помощи, выполняя вызов);

38) в пункте 37 – примечания.

5. Карта после заполнения всех пунктов подписывается врачом (фельдшером), оказавшим скорую медицинскую помощь.

6. Заполненные за смену Карты просматриваются и подписываются старшим врачом смены и заведующим станцией (подстанцией) скорой медицинской помощи, после чего бригада скорой медицинской помощи сдает их фельдшеру по приему вызовов и расписывается в Журнале записи вызовов скорой медицинской помощи, форма которого предусмотрена приложением № 2.

Контроль качества оказания скорой медицинской по всем Картам проводит старший врач станции (подстанции), заведующий подстанцией (отделения) скорой медицинской помощи, выявленные замечания вносятся в Карту и заверяются подписью старшего врача станции (подстанции).

7. Карты используются для заполнения учётной формы № 115/у «Дневник работы станции скорой медицинской помощи», предусмотренной приложением № 5.

8. Срок хранения Карты - 1 год.

9. При тиражировании Карты в типографии используется формат бумаги А5.