

Приказ ДЗ и ТФ ОМС ХМАО-Югры 652/1621 от 30 декабря 2015 г  
«Порядок работы с первичной медицинской документацией...»

- ▶ *Порядок определяет правила работы с первичной медицинской документацией (ПМД)*
  - ▶ **проф. ДАРВИН В.В.**
  - ▶ **БУ Сургутская ОКБ**

# Общие вопросы

- ▶ Ведение медицинской документации – один из критериев оценки качества медицинской помощи.
- ▶ ПМД –юридический документ, все записи в ней должны быть четкими, легко читаемыми (возможен печатный, компьютерный вариант. Каждая запись заверяется подписью лечащего врача с расшифровкой (при ведении записей в медицинской карте стационарного больного допускается расшифровка в первой записи), указывается дата, а у экстренных – дата и время.
- ▶ При оформлении допускаются исправления только лицом, осуществившим первичную запись. Исправления делаются за подписью врача, либо записываются в строку после перечеркивания.

# ТРЕБОВАНИЯ К ОФОРМЛЕНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ СТАЦИОНАРНОГО БОЛЬНОГО

- ▶ Должна содержать – направление (плановый больной), при самостоятельном обращении – обоснование показаний для госпитализации.
- ▶ В общих сведениях – дата и час поступления, время первичного осмотра, время госпитализации. Показания для госпитализации: плановая или экстренная (при которой указывается кол-во час от начала заболевания).
- ▶ Аллергологический анамнез – препарат и какая реакция с подписью врача.
- ▶ У плановых больных гр.крови определяет врач, имеющий подготовку по серологии. Бланк вклеивается на 2 стр. Леч врач переносит информацию на лицевую сторону ИБ – указывает также дату определения, ФИО врача и скрепляет своей подписью. Аналогичная процедура – у экстренных. Запрещается переносить из др источников.

# ТРЕБОВАНИЯ К ОФОРМЛЕНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ СТАЦИОНАРНОГО БОЛЬНОГО

- ▶ Предварительный диагноз устанавливается не позднее 2 час с момента поступления.
- ▶ Клинический диагноз – в течении 72 час с момента поступления в профильное отделение, при поступлении по экстренным показаниям – не позже 24 час. Клинический диагноз выносится на титульную сторону ИБ. Сопутствующие заболевания, не относящиеся к причине госпитализации, до осмотра специалиста могут в диагноз не выноситься, но указываются в анамнезе.
- ▶ Обоснование клин диагноза не позднее 3 рабочих сут от поступления. При поступлении в экстренном порядке – допускается обоснование при поступлении (даты в диагнозе и на ТЛ должны совпадать). При кратковременном пребывании (до 3 сут) клин диагноз может не обосновываться (если не изменился), достаточно обоснования предварительного. При установлении диагноза в результате операции протокол операции м.б. обоснованием диагноза.
- ▶ При изменении клинического диагноза окончательный также должен быть обоснован. Заключительный диагноз д.б. рубрифицирован (основной...) в соответствии с МКБ-10.

# ТРЕБОВАНИЯ К ОФОРМЛЕНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ СТАЦИОНАРНОГО БОЛЬНОГО

- ▶ Время первичного осмотра: - при внезапных заболеваниях, требующих экстренной помощи; при острых состояниях, требующих неотложной помощи (без признаков угрозы жизни) – в течении 2 час с момента поступления в МО. Первичный осмотр врача профильного отделения – не позднее 3 час с момента поступления в профильное отделение.
- ▶ Данные объективного обследования – кратко, только патологические изменения. Хирургическим больным – локальный статус с отражением органических и функциональных нарушений, выносятся критерии тяжести состояния.
- ▶ После описания статуса формулируется предварительный диагноз, формулируется план обследования и лечения.
- ▶ В плане лечения указывается метод (объем) хирургического вмешательства и наличие медицинских показаний. В плане лечения включается перечень лекарственных препаратов (общие группы препаратов), включенных в стандарты или рекомендации. Детализация в листе назначения леч.врачом.
- ▶ Случаи незапланированной отмены и назначения иного препарата – обосновываются в дневниках.

# ТРЕБОВАНИЯ К ОФОРМЛЕНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ СТАЦИОНАРНОГО БОЛЬНОГО

- ▶ Осмотр зав.отд. – в обязательном порядке в течении 48 рабочих час с момента поступления; далее – не реже 1 раз в неделю. Больные в тяжелом и ср тяжести состояния – в течении суток.
- ▶ Дневники оформляются с указанием даты (при необходимости – времени). При удовлетворительном состоянии показатели гемодинамики и температуры фиксируются ср.м/р в темп.листе, их дублирование в дневнике не обязательно.
- ▶ У больных в стабильном состоянии дневники не реже 3 раз в неделю.
- ▶ При корректировке плана обследования и лечения требуется внеочередная запись.
- ▶ Смена лечащего врача должна быть зафиксирована дневниковой записью.
- ▶ Больным в тяжелом состоянии дневники пишутся ежедневно, а при необходимости – чаще.

# ТРЕБОВАНИЯ К ОФОРМЛЕНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ СТАЦИОНАРНОГО БОЛЬНОГО

- ▶ Консилиум созывается лечащим врачом в организации либо вне ее (дистанционный консилиум врачей). Решение консилиума оформляется протоколом.
- ▶ Этапный эпикриз – не реже 1 в 14 дней (может быть совмещен с записью осмотра зав.отд. или дневником. Должен содержать: трактовку лаб.параметров, консультации, возникшие осложнения, корректировку лечения и обследования. Динамику. Если дата ЭЭ приходится на день выписки или за 1 день до него – то его можно не оформлять.
- ▶ Переводный эпикриз.
- ▶ Выписной эпикриз содержит краткую информацию о характере проведенного обследования и лечения (название препаратов, общие группы). Если необходимо продолжить медикаментозную терапию – подробно МН название, разовая доза и кратность, курс. Если была операция – указывается дата, вид, динамика симптомов и рекомендации по ведению. Указывается лучевая нагрузка. Если по соп.патологии проведена диагностика и лечение то тоже отражается..

# ТРЕБОВАНИЯ К ОФОРМЛЕНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ СТАЦИОНАРНОГО БОЛЬНОГО

- ▶ **Протокол установления смерти человека.**
- ▶ Посмертный эпикриз содержит краткую историю, обследование и лечение, причину летального исхода и посмертный диагноз. Если смерть наступила до осмотра леч врача, ночью или в выходные дни – оформляется совместно дежурным врачом приемного или реанимационного отделения, лечившим больного, и врачом профильного отделения. Леч врач отражает свое мнение. В течении 30 сут после ПА вскрытия патологоанатом вносит в ИБ диагноз, эпикриз и копию протокола. В случае отказа от вскрытия оформляется письменное Заявление.



# ОСОБЕННОСТИ МЕД КАРТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

- ▶ Предоперационное заключение содержит краткую информацию: показаниях, обоснование необходимости планового или экстренного вмешательства, противопоказания к операции, условия проведения операции, план операции, объем, ФИО оперирующего хирурга.
- ▶ Предоперационный осмотр анестезиолога содержит данные о том, что может повлиять на анестезиологическую тактику (особенности анамнеза, соп.патологию, лекарства, табак, алкоголь), отклонения, выявленные при физикальном осмотре, характер предстоящей операции, п/о подготовку, план анестезиологического пособия.
- ▶ Протокол анест пособия д.б. вклеен в течении 24 час.

# ОСОБЕННОСТИ МЕД КАРТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

- ▶ **Протокол операции.** Дата и час операции, название, обезболивание, этапы, ход и техника операции, все патологические изменения, описание удаленного препарата, п/о диагноз, состав бригады, длительность операции. В протоколе полостных операций – меры по профилактике оставления инородных тел: контроль счета марли, инструментов, методы гемостаза, и его качество. Пишется в день операции, может служить обоснованием клинического диагноза.

# ОСОБЕННОСТИ МЕД КАРТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

- ▶ Дневники наблюдения пишутся в первые сутки после операции, далее по состоянию. В дневниках отражаются все манипуляции (удаление дренажей, трубок, швов, перевязки), обязательно - динамика симптомов, состояние послеоперационной раны.
- ▶ Офтальмологическим больным – дневник на следующий день после операции, далее при удовлетворительном состоянии – можно через день.

# ДЕФЕКТЫ ОФОРМЛЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ

- ▶ Дефекты оформления препятствующие проведению экспертизы качества – нарушение требований нормативных документов, устанавливающих формы медицинской документации и правила ее оформления, включая настоящий Порядок.
- ▶ **Отсутствие – информированного добровольного Согласия.**

# ДЕФЕКТЫ ОФОРМЛЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ

- ▶ Наличие признаков фальсификации медицинской документации: дописки, исправления, вклейки, переоформление ИБ, искажение сведений – видимые невооруженным глазом подчистки, исправления, приписки, дополнительные записи.
- ▶ Дописки, исправления, «вклейки», сделанные с целью исправления ошибок и оформленные за подписью лица, вносящего исправления, не являются основанием для применения основания для отказа от оплаты.