

Составление медицинской документации

The background features a gradient from red at the top to blue at the bottom, with a starry or particle effect. On the right side, there are several circular technical diagrams, including a large one with a scale from 80 to 220 and a smaller one below it with dashed lines and arrows. On the left side, there are also some faint circular diagrams.

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, её держателем выступают медицинские учреждения, следовательно, врачи медицинских учреждений несут ответственность за неправильное оформление соответствующих документов.





Медицинская карта –

медицинский документ, в котором лечащими врачами ведётся запись истории болезни пациента и назначаемого ему лечения. 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».

Роль медицинской карты

Правильное ведение истории болезни имеет для врача большое воспитательное значение, укрепляя в нём чувство ответственности.

Кроме того, медицинская карта служит основанием для ряда юридических действий. В частности, при страховании в случае временной потери здоровья застрахованного требуется выписка из карты развития ребёнка, медицинской карты или истории болезни, выданных медицинским учреждением.

Неточное заполнение или потеря медицинских карт могут привести к обоснованным претензиям пациентов.

При недобросовестном отношении к должностным обязанностям в некоторых лечебных учреждениях встречается практика «потери медицинских карт» (при плохих клинических исходах — для сокрытия врачебных ошибок, ошибки в назначении (лекарств, процедур), назначений препаратов, несовместимых с уже назначенными и пр.).

Одно из средств улучшения сохранности медицинских карт — введение электронных медицинских карт. С одной стороны, в электронном документе можно отследить хронологию его изменений. С другой стороны, медицинская документация, оформленная в электронном виде, не имеет юридической силы. Тем не менее, дублирование содержимого амбулаторной карты на бумагу вручную, как это происходит сейчас, должно уйти в прошлое.

При проведении судебно-медицинской экспертизы по медицинским документам эксперт из медицинской карты может получить необходимые данные о характере травмы (отравления), давности и механизме её причинения, степени тяжести вреда здоровью, ею причинённого, а также о локализации повреждений на теле потерпевшего.

Медицинская карта амбулаторного больного

Заводится на каждого состоящего на учете в амбулаторно-поликлиническом учреждении.

В поликлинике (амбулатории, консультации) в карту больного заносятся краткие сведения о каждом посещении (с целью лечения, профилактического осмотра и др.). Медицинская карта амбулаторного больного заполняется во всех городских и сельских учреждениях, ведущих амбулаторный прием, и имеет единую установленную Минздравсоцразвития форму (учётная форма № 025/у-04). Аналогичные формы утверждены для специализированных учреждений. Форма N 025/у утратила силу в связи с изданием от 31.12.1987 N 1338, которым утверждена форма N 025/у-87. Срок хранения — 5 лет. Приказ Минздрава от 31.12.1987 № 1334 фактически утратил силу в связи с изданием Приказа Минздравсоцразвития от 22.11.2004 N 255, утвердившего форму N 025/у-04 «Медицинская карта амбулаторного больного» и Инструкцию по её заполнению.

Медицинская карта амбулаторного больного состоит из бланков для долговременной информации и бланков для оперативной информации.

Бланки долговременной информации включают сигнальные отметки, лист записи уточненных диагнозов, данные профилактических осмотров и лист назначения наркотических лекарственных средств. Эти бланки прикреплены к обложке карты.

Бланки оперативной информации содержат формализованные вкладыши для записи первого обращения пациента к специалистам, а также вкладыши для больного гриппом, острым респираторным заболеванием, ангиной, для записи консультации заведующего отделением, этапного эпикриза для врачебно-консультационной комиссии, вкладыш повторного посещения. Бланки оперативной информации, заполняемые по мере обращения пациента к специалистам на амбулаторном приеме и на дому, подклеивают к корешку медицинской карты амбулаторного больного.

Основные принципы ведения медицинской карты амбулаторного больного

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.



Первичная медицинская карточка

Первичная медицинская карточка — это документ, оформляемый по результатам медицинской сортировки на первом этапе медицинской эвакуации. Она заводится на пострадавших, нуждающихся в дальнейшей эвакуации, а на лиц, не нуждающихся в эвакуации, и лиц, не нуждающихся в медицинской помощи уже на первом этапе медицинской эвакуации, она не заводится. Заполненная медицинская карточка приобретает юридическую значимость, поскольку подтверждает факт поражения пострадавшего и даёт ему право быть эвакуированным в тыл.



Требования оформления 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 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). Медицинская карта амбулаторного больного состоит из листков долговременной информации (вклеиваются в начало карты) и листков оперативной информации.

Медицинская карта стационарного больного

Составляется в стационаре на каждого поступающего независимо от цели поступления и срока нахождения в стационаре. Медицинская карта стационарного больного, называвшаяся ранее историей болезни, и её важнейшие модификации — группа первичной медицинской документации, предназначенная для записи наблюдений за состоянием больного в течение всего периода пребывания в лечебно-профилактическом учреждении, проводимых лечебно-диагностических мероприятий, данных объективных исследований, назначений и результатов лечения.

Оформление карты осуществляется в определенной последовательности на специальном унифицированном бланке (форма № 003/у), состоящем из титульного листа (обложки) и вкладных листов.

Первый раздел карты содержит паспортно-статистические данные;

Второй — жалобы больного, анамнез болезни и анамнез жизни, данные обследования при поступлении;

В третьем разделе (так называемый дневник) лечащий врач описывает (на вкладных листах) развитие болезни, план и результаты дальнейшего обследования, ежедневные наблюдения за больным, лечебные назначения, заключения консультантов.

Данные карты позволяют контролировать правильность организации лечебно-диагностического процесса, составлять рекомендации по дальнейшему обследованию и лечению больного и диспансерному наблюдению за ним, получать информацию, необходимую для установления инвалидности, а также выдачи справочного материала по запросам ведомственных учреждений (суда, прокуратуры, медико-социальной экспертизы и др.).

Медицинская карта стационарного больного подлежит хранению в медицинском архиве в течение 50 лет.

При выписке из стационара каждый больной получает на руки выписной эпикриз или переводной эпикриз в случае перевода больного в другое отделение или лечебное учреждение.

Персональная электронная карта

здоровья (ПЭКЗ) является электронным приложением используемым пациентами для поддержания и управления медицинской информацией об их персональном здоровье в частном, безопасном и конфиденциальном порядке. Эта информация может быть получена из различных источников, в том числе от медицинских работников и от самих пациентов. ПЭКЗ помогает пациенту надежно и конфиденциально хранить и контролировать необходимую для него медицинскую информацию в стандартном виде, в том числе: историю болезней и обследования, даты госпитализации, оперативных вмешательств, хронические болезни, семейный анамнез, данные лабораторных анализов и обследований, диагнозы, данные страхового полиса, предписанную диету, данные из систем домашнего мониторинга, выписанные лекарства и схемы их употребления, данные генетического тестирования¹, список аллергенов, побочные реакции на медикаменты, историю и план иммунизации, согласие или наоборот отказ пациента быть донором органов в случае смерти, контактные телефоны врачей, поликлиник и реабилитационных центров, тренажерных залов, косметолога, а также многое другое необходимое для поддержания здоровья.



Медицинская документация

Правильное ведение соответствующей медицинской документации вменяется в обязанности медицинской сестры и обеспечивает адекватное осуществление лечения больных, контроль за динамикой лечебно-диагностического процесса (в том числе за состоянием пациента) и использованием материально-технических средств, учёт выполняемой медицинским персоналом работы.

Основные виды сестринской медицинской документации:

1. Журнал движения больных: регистрация поступления и выписки больных.
2. Процедурный лист: лист врачебных назначений.
3. Температурный лист: в нём отмечают основные данные, характеризующие состояние больного – температуру тела, пульс, АД, ЧДД, диурез, массу тела (по мере необходимости), физиологические отправления.
4. Журнал назначений: в нём фиксируют назначения врача – лабораторные и инструментальные исследования, консультации «узких» специалистов и пр.
5. Журнал учёта наркотических, сильнодействующих и ядовитых средств.
6. Журнал передачи ключей от сейфа.
7. Требование на питание больных (порционник) должен содержать сведения о количестве больных на назначенные диеты, фамилии пациентов, при необходимости –дополнительно выдаваемые продукты или, наоборот, характер разгрузочных диет.
8. Журнал приёма и сдачи дежурств. В нём регистрируют общее число больных, их «движение» за сутки, отмечают лихорадящих и тяжелобольных, срочные назначения, нарушения режима в отделении и пр.



Медицинская карта - главный документ медицинской отчетности

Одним из наиглавнейших видов медицинских документов выступает медицинская карта пациента. Медицинская карта заводится медицинским учреждением абсолютно на каждого посетителя данного учреждения.

Длительность и частота визитов, характер заболевания, диагнозы и назначенное лечение никак не влияют на требование, чтобы у пациента была медицинская карта. Медицинская карта обыкновенно заполняется при каждом визите к лечащему врачу. Он вносит в нее информацию о жалобах больного, диагнозе, назначенных препаратах, ходе лечения и его результатах. Кроме того, медицинская карта содержит данные (или копии данных) результатов обследований и анализов. Лечение за пределами данного медицинского учреждения также заносится в медицинскую карту. Для этого служит выписной эпикриз.

Медицинские справки

Медицинские справки отличаются от прочих документов медицинского характера своей внешней направленностью и элементарной прямой связью, собственно, с пациентами. Последнее обстоятельство определяется тем, что медицинские справки обыкновенно для того и заполняются, чтобы быть впоследствии отданными пациенту, то есть во внешнюю по отношению к медицинской структуре среду, для дальнейшего использования.



Значение медицинской документации при рассмотрении уголовных дел в отношении медицинских работников

Важным доказательством при расследовании дел о преступлениях против жизни и здоровья граждан, совершенных медицинскими работниками в процессе осуществления своей профессиональной деятельности, выступает медицинская документация.

Медицинская документация составляется в каждом случае обращения за медицинской помощью. В ней находят отражение процесс развития заболевания и выбранная тактика лечения.

Исследование документов позволяет проследить мысль их составителя, сделать выводы о направленности его действий, аргументации выбора способов проведения диагностических и лечебных медицинских мероприятий. В документах описываются конкретные обстоятельства диагностики и лечения заболевания, а также дается профессиональная оценка их результатов.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ

