

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
"РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ" МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

«МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ»



Подготовила студентка
1 курса ПФ 10Б группы
Крюкова Анастасия
Приняла: Кижеватова Е.А.

[http://prezentacija.b
iz/](http://prezentacija.biz/)

2014-2015
Ростов-на-Дону

Обеспечение функционирования четкой и отлаженной системы документооборота — одно из основных слагаемых эффективной деятельности любой организации здравоохранения. Наиболее актуальной проблемой при этом является качество ведения медицинской документации.



Определение термина «медицинский документ» дано в Приказе Минздрава России от 22.12.2001 г. № 12 «О введении в действие отраслевого стандарта “Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении”». Медицинские документы — специальные формы документации, ведущиеся медицинским персоналом, в которых регламентируются действия, связанные с оказанием медицинских услуг



Формы медицинских документов, как правило, утверждаются соответствующими нормативными правовыми актами.

Медицинские документы содержат реквизиты: • угловой штамп с датой, входящим или исходящим номером;

- печать;
- наименование должности и подпись должностного лица и т. д.



Перечень документации, используемой в медицинских организациях, достаточно обширен и включает в себя:

- первичные (учетные) медицинские документы;
- отчеты;
- документы для правового, финансового, материального и иных видов обеспечения лечебно-диагностического процесса.



Хотя все медицинские документы удостоверяют факты и события, произошедшие в жестко регламентированном правовом поле и имеющие юридическое значение, с правовой точки зрения принципиальной важностью обладает именно первичная медицинская документация.



Общие требования к ведению первичной медицинской документации регламентированы Типовой инструкцией к заполнению форм первичной медицинской документации лечебно-профилактических учреждений, утв. Минздравом СССР от 20.06.1983 г. № 27-14/70-83. Несмотря на то, что Приказ Минздрава СССР № 1030, на который ссылается Типовая инструкция № 2714/70-83, формально отменен, Письмом Минздравсоцразвития России от 30.11.2009 г. № 14-6/242888 сообщено, что после отмены данного приказа не было издано новых образцов учетных форм, поэтому учреждения здравоохранения по рекомендации Минздрава РФ использовали в своей работе для учета деятельности бланки, утвержденные данным документом.



Некоторые формы были утверждены другими документами, например:

- приказом Минздравсоцразвития России от 22.11.2004 г. № 255 «О Порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг»;
- приказом Минздравсоцразвития России от 14.03.2007 г. № 169 «Об утверждении учетной формы № 030-Л/у “Карта гражданина, имеющего право на получение набора социальных услуг, по учету отпуска лекарственных средств”»;
- и рядом других.



Наименование учреждения _____

**МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА № _____
 СТАЦИОНАРНОГО БОЛЬНОГО**

Дата и время поступления _____

Дата и время выписки _____

Отделение _____ палата № _____

Переведен в отделение _____

Проведено койко – дней _____

Виды транспортировки: на каталке, на кресле, может идти (подчеркнуть) _____

Группа крови _____ Резус принадлежность _____

Побочное действие лекарств (непереносимость) _____

название препарата, характер побочного действия

1. Фамилия, имя, отчество _____

2. Пол _____

3. Возраст _____ (полных лет, для детей: до 1 года – месяцев, до 1 месяца – дней)

4. Постоянное место жительства: город, село (подчеркнуть) _____

вписать адрес, указав для寄件ки – область, район, нас. пункт, адрес родственников

и № телефона

5. Место работы, профессия или должность _____

для учащихся – место учебы; для детей – название детского учреждения, школы; для инвалидов – род

и группа инвалидности, ИОВ – да, нет (подчеркнуть)

6. Кем направлен больной _____

название лечебного учреждения

7. Доставлен в стационар по экстренным показаниям: да, нет, через _____ часов после начала заболевания, получения травмы, госпитализирован в плановом порядке (подчеркнуть).

8. Диагноз направившего учреждения _____

9. Диагноз при поступлении _____

10. Диагноз клинический _____

Дата установления _____

Медицинская карта стационарного
 больного (история болезни) форма 003/у

История болезни – основной юридический документ, поэтому все записи в ней должны быть четкими, конкретными и легко читаемыми.

При поступлении больного сотрудники приемного отделения записывают *паспортные данные* на лицевой стороне истории болезни.

Данные о группе крови, резус-факторе, непереносимости лекарственных препаратов заносятся лечащим (принимающим) врачом при первом осмотре больного, за исключением тех случаев, когда эти данные получить невозможно.

Клинический диагноз записывается на лицевую сторону истории болезни в течение трех рабочих дней от момента поступления пациента в стационар. *Заключительный диагноз* записывается при выписке больного, в развернутом виде в соответствии с МКБ-10 (клиническим вариантом).



Осмотр лечащего врача

20 г. _____ час. _____ мин. Жалобы на _____

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

ИСТОРИЯ ЖИЗНИ

Перенесенные заболевания:

в детстве _____

в зрелом возрасте _____

операции _____

травмы _____

кровь переливалась _____ да, нет

для женщин: менструация регулярно, не регулярно, обильно, не обильно, болезненная, безболезненная;

роды _____, аборт(ы) _____, выкидыши _____

Аллергологический анамнез.

Не переносит:

Проявления:

1) _____

2) _____

3) _____

Общее состояние: _____ удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое.

Сознание: не помрачено, заторможен, без сознания, сопор, ступор.

На раздражители не реагирует, реагирует. Возбужден, заторможен, эйфоричен, выраженная эмоциональная лабильность. Дермографизм розовый, белый.

Удовлетворительного, повышенного, пониженного питания, кахексия.

Кожа: обычного цвета, чистая, _____

Видимые слизистые оболочки бледно-розовые, цианоз губ, акроцианоз.

Суставы внешне не изменены, деформированы, дефигурированы, отечные _____

Приемный статус

Жалобы больного и анамнез настоящего заболевания записываются кратко, с указанием патологических изменений и данных, непосредственно относящихся к заболеванию. Обязательно указываются *данные страхового анамнеза*: с какого времени пациент имеет непрерывный листок нетрудоспособности.

Данные первичного осмотра заполняются кратко по всем органам и системам, доступным осмотру. Выявленные патологические изменения описываются детально, с указанием характерных симптомов по авторам.



В случаях повреждений криминального характера, которые могут потребовать проведения судебно-медицинской

экспертизы, все имеющиеся у больного повреждения описываются подробно.

В конце приемного статуса обязательно:

- формулируется клинический диагноз;
- приводится план обследования;
- назначается лечение.



Информированное добровольное согласие

Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является *информированное добровольное согласие* гражданина.

Согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители.

Информация предоставляется больному в доступной для него форме. Больной информируется о:

- характере имеющейся у него патологии;
- методах и целях лечения;
- возможном риске;
- побочных эффектах;
- ожидаемых результатах



Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)

« _____ » _____ г. рождения,
зарегистрированный по адресу: _____
(адрес места жительства гражданина
либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее — Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

_____ (полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

_____ (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

_____ (подпись) _____ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

_____ (подпись) _____ (Ф.И.О. медицинского работника)

« _____ » _____ г.

(дата оформления)

Дневники

Ведение врачом *дневников* должно осуществляться не реже трех раз в неделю. Больным, находящимся в тяжелом или среднетяжелом состоянии, дневниковые записи делаются ежедневно, а при необходимости несколько раз в день.

В дневниках отражаются динамика в состоянии пациента, данных объективного осмотра и лабораторных анализах и изменения представлений о больном.

Протоколы записей консультантов должны содержать:

- дату и время осмотра;
- специальность и фамилию консультанта;
- описание патологических изменений;
- диагноз;
- рекомендации по дальнейшему ведению больного.

При поступлении больного в отделение интенсивной терапии принимающий врач записывает *краткое представление о больном* с указанием либо диагноза, либо имеющегося симптомокомплекса. В отделении интенсивной терапии дневники записывают дежурные врачи не реже трех раз в сутки.

Лечащий врач профильного отделения записывает дневники больным, находящимся в отделении интенсивной терапии, ежедневно.

Заведующий профильным отделением осматривает больных не реже двух раз в неделю.

Даты	ДНЕВНИК
------	---------

стр. 6 ф. N 003/у

Карта N _____

Ф., И., О. больного, N палаты

ЭПИКРИЗ

Подпись врача _____

стр. 7 ф. N 003/у

Патологическое (гистологическое) заключение

Патоморфологический диагноз

а) основной: _____

б) осложнение основного: _____

в) сопутствующий: _____

Подпись врача _____

Код формы по ОКУД _____

Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 003-1/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения



Код формы по ОКУД _____
 Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
 СССР

Медицинская документация
 форма N 011/у
 Утверждена Минздравом СССР
 04.10.80 г. N 1030

 наименование учреждения

Лист основных показателей состояния больного _____
 находившегося в отделении (палате) реанимации и
 интенсивной терапии с диагнозом _____

"..." _____ 19 г.

	Часы	8	10	12	14	16	18	20	22	24	2	4	6
С и м п т о м ы р е а м н е и р м а п ц и о я н и я л е ч е н и е	Состояние У. Ст. Т.												

Часы	8	10	12	14	16	18	20	22	24	2	4	6
Л е ч е н и е												
М о ч а	Диурез											
	Белок											
	Сахар											
	Ацетон											
	рН											
К р о в ь	Гемоглобин											
	РОЗ мм/час											
	лейкоциты											
	рН											
	О ₂											
	Сахар											

У - удовлетворительно
 Ст. - средней тяжести
 Т. - тяжелое

Подпись врача _____ Подпись врача _____

Вместо листа назначения в отделении интенсивной терапии ведется официальная *форма 011/у*, где кроме основных параметров жизнедеятельности фиксируются все врачебные назначения.

При переводе больного из отделения интенсивной терапии оформляется *краткий переводной эпикриз*. Врач клинического отделения осматривает больного не позже чем через час после поступления из реанимационного отделения и записывает *краткое клиническое представление о больном*.

Записи о трансфузиях биологических жидкостей, введении наркотических и сильнодействующих препаратов производит медсестра, выполнившая данное назначение.



Этапный эпикриз отражает:

- динамику представлений о больном;
- дальнейшую тактику ведения больного;
- прогноз.

Лист назначений

Лист назначений является составной частью истории болезни.

Лечащий врач:

- записывает назначения четко, подробно, в форме, исключающей двоякое или произвольное толкование;
- указывает дату назначения и дату отмены.

Медицинская сестра осуществляет снятие записей в день назначения, удостоверяет это своей подписью и указывает дату снятия назначений.



ТЕМПЕРАТУРНЫЙ ЛИСТ

Карта N _____ фамилия. имя, о. больного _____ Палата N _____

Температурный лист. Форма 004/у

Температурный лист ведется медицинской сестрой, подклеивается к истории болезни.

Записи динамики температуры производятся два раза в день.

Дата																				
День болезни																				
День пребывания в стационаре	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15					
П АД Т град.	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в
140 200 41																				
120 175 40																				
100 150 39																				
Дыхание																				
Вес																				
Выпито жидкости																				
Суточное количество мочи																				
Стул																				
Ванна																				



Выписной эпикриз

Выписной эпикриз должен содержать в краткой форме:

- историю настоящей госпитализации;
- характер и результаты проведенного лечения;
- динамику симптомов;
- рекомендации по дальнейшему ведению больного.

Выписной эпикриз выполняется в печатном виде в трех экземплярах:

- один из которых остается в истории болезни;
- второй подклеивается в амбулаторную карту;
- третий выдается на руки больному.



Посмертный эпикриз

В случае смерти больного в истории болезни заполняется *посмертный эпикриз*.

Посмертный эпикриз содержит:

- краткую историю госпитализации;
- представления о больном врачей, лечивших пациента;
- динамику симптомов;
- характер проведенного лечения и диагностических процедур;
- причину и обстоятельства наступления летального исхода;
- развернутый клинический посмертный диагноз.

После проведения патологоанатомического исследования трупа в историю болезни не позднее чем через 10 дней вносится *краткий протокол исследования*:

- с подробным патологоанатомическим диагнозом и эпикризом;
- а в случае расхождения диагнозов — с предположительной причиной и степенью расхождения.



Лист нетрудоспособности и другие документы

При выписке из стационара пациенту оформляется лист нетрудоспособности в соответствии с приказом Минздравсоцразвития № 624н (в редакции приказа Минздравсоцразвития № 31н). Он выдается больному на все время нахождения в стационаре.

При оформлении больного на МСЭК в истории болезни кратко записывается *обоснование направления* и делается отметка о выдаче направления на МСЭК.

При поступлении пациентов в стационар по скорой помощи лечащий врач заполняет *талон к сопроводительному листу скорой помощи* полностью, подписывает его и сдает вместе с историей болезни в приемный покой.



Хранение документов

История болезни может быть выдана из архива по запросу суда, органов следствия и прокуратуры с разрешения администрации больницы. По желанию больного с истории болезни и отдельных видов обследования могут сниматься копии.



Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
форма N 001/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения

ЖУРНАЛ
учета приема больных и отказов в госпитализации

Начат "... " _____ 19 ____ г.

Окончен "... " _____ 19 ____

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4
96 страниц

N п/п	Поступле- ние		Фамилия, И., О.	Дата рождения	Постоянное место жительст- ва или адрес родственников, близких и N телефона	Каким уч- реждением был направлен или доставлен	Отделение, в которое помещен больной
	дата	час					
1	2	3	4	5	6	7	8

и т.д. до конца страницы

№. N 001/у

продолжение

N карты стацио- нарного больного (истории родов)	Диагноз направивше- го учрежде- ния	Выписан, переве- ден в другой стационар, умер (вписать и ука- зать дату и название стацио- нара, куда пере- веден)	Отметка о сообщении родственни- кам или учреждению	Если не был госпита- лизирован		Приме- чание
				указать причину и принятые меры	отказ в приеме первичный, повторный (вписать)	
9	10	11	12	13	14	15

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____



наименование учреждения

ЖУРНАЛ
записи оперативных вмешательств в стационаре
за 19.... г.

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А4
48 страниц

ф. N 008/y

Операция N _____

фамилия, имя, отчество больного _____

Диагноз до операции _____

Диагноз после операции _____

Обезболивание _____

Карта стационарного больного N.....
Дата операции _____
"..." 19..г.
Хирург _____
Ассистенты _____
Наркотизатор _____

Описание операции

Описание препарата (удаленного органа, части органа) _____

Исход операции _____

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Журнал записи оперативных вмешательств в стационаре 008/y



"....." _____ 19 . . . г.

Стр. 2 ф. N 013/y

Адрес учреждения, составившего протокол _____

Республика (обл., край) _____ Район (город) _____

Больница _____ отделение _____ Карта больного N _____

1. Фамилия, имя, отчество _____

2. М/Ж 3. Возраст _____ (лет).

4. Место жительства _____

5. Профессия (до пенсии) _____

6. Доставлен в больницу через _____ часов (дней) после начала заболевания.

7. Проведено _____ койко/дней. 8. Дата смерти _____

год, мес., число, час.

9. Дата вскрытия _____ 10. Лечащий врач _____

год, мес., число, час.

11. Присутствовали на вскрытии: _____

Коды:

12. Диагноз направившего учреждения _____

13. Диагноз при поступлении _____

14. Клинические диагнозы в стационаре и даты их установления: _____

15. Заключительный диагноз и дата его установления (основное заболевание, осложнения, сопутствующие заболевания): _____

16. Результаты клинико-лабораторных исследований _____

17. Патологоанатомический диагноз (основное заболевание, осложнения, сопутствующие заболевания): _____

18. Ошибки клинической диагностики (подчеркнуть, вписать)
Расхождение диагнозов по основному заболеванию _____ Заподозренная диагностика основного заболевания _____
по осложнениям _____ смертельного осложнения _____
по сопутствующим заболеваниям _____

Причины расхождения диагнозов

Объективные трудности диагностики	Кратковременное пребывание	Недоисследование больного	Переоценка данных обследования	Редкость заболевания	Неправильное оформление диагноза

19. Причина смерти (во врачебном свидетельстве о смерти N..... сделана следующая запись):

Коды:

_____ I. а)

_____ б)

_____ в)

_____ II.

20. Клиникопатологоанатомический эпикриз.

Протокольная часть на _____ страницах прилагается.

Фамилия патологоанатома _____
подпись

Заведующий отделением _____
подпись

Заполняется под копирку в 3-х экземплярах (первый - протокол, второй - подшивается к карте больного, третий - секционная карта).

Стр. 3 ф. N 013/y

Продолжение протокола патологоанатомического исследования N _____

от "....." _____ 19.... г.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Рост	Вес тела	Вес органов					
		мозг	сердце	легкие	печень	селезенка	почки левая/правая

Взято кусочков для патологоанатомического исследования _____

Изготовлено блоков _____

Взят материал для других методов исследования: _____

Текст протокола

Заполняется в одном экземпляре. Схемы и фотоснимки прилагаются.

Протокол (карта) патолого-анатомического исследования 013/y

Окончание стр.2

Результаты гистологического исследования:

Приложение на _____ листах.

Схемы, таблицы, фото, рис. (сколько) _____

Дата обсуждения на конференции _____

Фамилия патологоанатома _____

Подпись _____



Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
наименование учреждения _____

Медицинская документация
форма N 058/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ЭКСТРЕННОЕ ИЗВЕЩЕНИЕ
об инфекционном заболевании, пищевом, остром
профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку

1. Диагноз _____
подтвержден лабораторно: да, нет (подчеркнуть)

2. фамилия, имя, отчество _____

3. Пол _____

4. Возраст (для детей до 14 лет - дата рождения) _____

5. Адрес, населенный пункт _____ район
улица _____ дом N _____ кв. N _____

(индивидуальная, коммунальная, общежитие - вписать)

6. Наименование и адрес места работы (учебы, детского учреждения) _____

7. Даты:
заболевания _____
первичного обращения (выявления) _____
установления диагноза _____
последующего посещения детского учреждения, школы _____

госпитализации _____

8. Место госпитализации _____

9. Если отравление - указать, где оно произошло, чем отравлен
пострадавший _____

10. Проведенные первичные противоэпидемические мероприятия и
дополнительные сведения _____

11. Дата и час первичной сигнализации (по телефону и пр.) в СЭС _____

фамилия сообщившего _____
Кто принял сообщение _____

12. Дата и час отсылки извещения _____

Подпись пославшего извещение _____

Регистрационный N _____ в журнале ф. N _____
санэпидстанции.

Подпись получившего извещение _____

Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку 058/у

Составляется медработником, выявившим при
любых обстоятельствах инфекционное
заболевание, пищевое отравление, острое
профессиональное отравление или
подозревающих их, а также при изменении
диагноза.

Посылается в санэпидстанцию по месту
выявления больного не позднее 12 часов с
момента обнаружения больного.

В случае сообщения об изменении диагноза п.
1 извещения указывается измененный диагноз,
дата его установления и первоначальный
диагноз.

Извещение составляется также на случаи
укусов, оцарапывания, ослюнения домашними или
дикими животными, которые следует
рассматривать как подозрение на заболевание
бешенством.



СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Коноплева, И.А. Управление персоналом организации / И.А.Коноплева [и др.] – М.:Профи, 2006. – 1104 с.
2. Сергеев, Ю.Д. Медицинское право / Сергеев Ю.Д. - М.: Питер, 2008. — 784 с.
3. Сашко, С.Ю. Медицинское право / С.Ю.Сашко [и др.] М.: Пресс, 2009. — 352 с.
4. Сашко, С.Ю. Медицинское право. Юридические основы деятельности врача: учебное пособие / под ред. Ю.Д. Сергеева. — М.:Пресс, 2008. — 258 с.

