

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

ПРИКАЗ

(в редакции приказа Минздрава ЧР от 11.10.2012г. № 235)

« 05 » 12 2011 г. № 241

г. Грозный.

«О порядке ведения и хранения медицинской документации»

В целях повышения качества оформления, ведения медицинской документации, создания единой системы управления качеством медицинской помощи в части ведения медицинской документации и недопущения случаев, когда медицинская карта больного необоснованно предоставляется и выносится за пределы медицинской организации, приказываю:

1. Утвердить:

1.1. Требования, предъявляемые к хранению и оформлению медицинской документации (приложение 1);

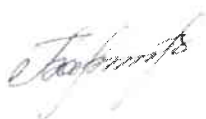
1.2. Правила ведения первичной медицинской документации (приложение 2);

2. Руководителям государственных и муниципальных медицинских организаций ознакомить с данными Требованиями и Правилами всех врачей амбулаторно-поликлинического звена и стационарных подразделений вверенных медицинских организаций.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возлагаю на заместителя министра Р. А. Бартиева.

Министр

Ш.С. Ахмадов



Исп. З.В.Исакова
Р.Шовхалов
Р.Б.Абдулаев
А.А.Умаров
Л.Ш.Шапиева

ТРЕБОВАНИЯ, ПРЕДЪЯВЛЯЕМЫЕ К ВЕДЕНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ

1. Общие положения

1.1. Основным медицинским документом, отражающим состояние пациента, является медицинская карта (формы - NN 003/у; 025/у-04; и т.д.).

1.2. Медицинская карта:

- оформляется на каждого, кто осматривается или лечится, как в стационарных условиях, так и амбулаторных;

- служит основой для планирования помощи больному, оценки состояния больного и его лечения;

- обеспечивает документальные доказательства проводимого курса диагностики, лечения и изменений в состоянии больного;

- содержит достаточную информацию о конкретном больном, обосновании диагноза, лечения и о выполненных медицинских вмешательствах и результатах лечения;

- служит для защиты законных прав пациента;

- информация, содержащаяся в медицинских документах гражданина, составляет врачебную тайну и может предоставляться без согласия гражданина только при наличии объективных причин, предусмотренных действующим законодательством (статья 13 ФЗ от 21.11.2011г. № 323-ФЗ « Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации; статьи 20, 21 Конституции Чеченской Республики; статьи 137 Уголовного кодекса РФ);

- медицинская карта хранится в учреждении здравоохранения (приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 22 ноября 2004 г. N 255 "О порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг"; приказ Минздрава РФ и Фонда социального страхования РФ от 6 октября 1998 г. N 291/167 "Об утверждении Инструкции о порядке осуществления контроля за организацией экспертизы временной нетрудоспособности").

. Изымается из регистратуры (архива) и выносится за пределы лечебного учреждения только в случаях представления руководителю лечебного учреждения:

а. запроса органов суда, следствия и прокуратуры при предъявлении Постановления о производстве выемки медицинской документации на конкретного больного с разрешения администрации больницы;

в. по запросу военкомата;

В остальных случаях все виды экспертизы медицинской карты производятся в учреждении здравоохранения на месте;

1.3. Титульный лист медицинской карты должен соответствовать типовой форме установленного образца. Для обеспечения максимально возможной информации о любом конкретном больном для врачей, оказывающих помощь, должна быть использована единая система записей.

1.4. Медицинская документация должна быть оформлена разборчиво и четко. Каждая запись заверяется подписью лечащего врача с указанием даты и времени осмотра пациента или медицинского вмешательства. Оформление документации должно соответствовать следующим требованиям:

1.4.1. Подписи врачей, принимающих участие в обеспечении лечебно-диагностического процесса, должны быть оформлены полностью с указанием фамилий. Краткие подписи из нескольких букв запрещаются.

1.4.2. Содержимое медицинской карты должно быть достаточно детализировано и организовано. Записи должны быть последовательными, логичными и продуманными;

оговаривать любые изменения, дополнения с указанием даты внесения изменений и подписью врача, чтобы обеспечить:

- лечащему врачу - возможность оказания эффективной помощи больному, возможность оценки состояния больного в определенный момент, оценки диагностических и терапевтических процедур, а также реакции больного на лечение;

- консультанту - возможность ознакомиться с историей заболевания, изложить результат своего осмотра;

- другому врачу - возможность ознакомиться с лечением больного в любое время;

- всем допущенным и заинтересованным лицам - предоставление существенной информации, необходимой для оценки лечения и качества предоставленных услуг;

- возможность извлечения информации для административных, статистических целей, для оценки качества медицинской помощи, поэтому возможно создавать стандартизованный формат записей, но это не исключает любых нововведений для улучшения ведения медицинских карт, которые бы упрощали время заполнения, знакомство или копирование информации без ущерба для ее содержания;

- символы и аббревиатура в медицинских картах могут использоваться только общепринятые;

- чрезвычайную важность имеют записи в медицинской документации, относящиеся к *характеристике повреждений и их морфологическим свойствам*. Особенности повреждений должны быть изложены «фотографично», с подробным описанием элементов, не должны заменяться диагностическими терминами («ножевая рана», «множественные ушибы», «кровоизлияния на теле», ...) Необходимо указывать точное количество повреждений, не допускать определения их размеров на глаз, сравнений с величиной каких-либо предметов (например, с монетой, горошиной, яйцом...) Все имеющиеся повреждения должны быть описаны четко и подробно. При этом записи в медицинской документации, относящиеся к характеристике повреждений с отражением вида, локализации, направления, формы, размеров, реактивных изменений, признаков заживления, специфических наложений и загрязнений, частных признаков повреждений;

1.5. Медицинские работники обязаны:

- заполнять документы в соответствии с реквизитами, предусмотренными утвержденными формами этих документов;

- фиксировать дату каждой записи;

- не допускать сокращенные записи диагноза и названий лекарственных препаратов;

- не допускать дописки, исправления, «вклейки», полное переоформление истории болезни, с умышленным искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания;

- информировать пациентов (например, путем настенной информации) о возможности в случае возникновения у них претензий к качеству лечения обратиться к главному врачу, в страховую медицинскую организацию или в ТФОМС ЧР (с указанием их адресов и телефонов).

За несоблюдение требований, предъявляемых к ведению медицинской карты и других медицинских документов, врач несет ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

ПРАВИЛА ВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ

Медицинская карта стационарного больного - форма 003/у.

История болезни является единственным документом о больном, отражающим течение болезни, лечения и его результаты.

История болезни — это, прежде всего медицинский документ, регистрирующий проявления и течение болезни. Он же является первоисточником, имеющим научное значение, а также юридическим документом, отражающим обоснованность и правомерность действий врачей, а также социально-правовые отношения больного в обществе. Все это обязывает врача с исчерпывающей полнотой отражать в истории болезни, наблюдаемые клинические проявления болезни, динамику, терапевтическую тактику врача и все то, что сделано для больного. Все лечебные мероприятия заносятся в историю болезни немедленно после назначения. Все записи должны быть разборчивыми и четкими.

Оформление титульного листа.

При поступлении больного сотрудники приемного отделения записывают паспортные данные на лицевой стороне истории болезни в соответствии с паспортом или другим документом удостоверяющим личность. Адрес пациента указывается по месту регистрации гражданина Российской Федерации. Четко без сокращения указывается место работы пациента. Допускаются общепринятые сокращения (ООО, АООТ, ОАО, ЗАО, МУЗ, МУП, СМУП, АО, ТОО). В правом верхнем углу титульного листа истории болезни указывать:

- наименование страховщика, его место нахождения, серию и номер страхового полиса;
- серию и номер паспорта.

Зафиксированные данные страхового полиса и паспорта заверяются подписью лица, производящего эти записи.

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 не возможно.

Клинический диагноз записывается на лицевую сторону истории болезни в течение трех рабочих дней от момента поступления пациента в стационар после **обоснования клинического диагноза**, в котором подробно указываются подтверждающие диагноз данные физикального осмотра, анамнестические данные и данные проведенного дополнительного лабораторно-инструментального обследования. Обоснование клинического диагноза выделяется в истории болезни отдельно, подписывается лечащим врачом с расшифровкой фамилии и указанием даты обоснования диагноза. Клинический диагноз на титульном листе карты подтверждается фамилией лечащего врача, ставится дата вынесения диагноза.

При лечении больных, сложных в постановке диагноза в истории болезни после клинического диагноза проводится и выставляется **дифференциальный диагноз**, в котором врач обосновывает выставляемый диагноз, сравнивая имеющуюся симптоматику у данного больного: жалобы, данные физикального осмотра, лабораторно-инструментальные обследования со схожими проявлениями других заболеваний; динамическое изменение состояния больного. При этом выделяются проявления заболевания у данного больного, на основании которых выставлен данный диагноз.

Заключительный диагноз записывается при выписке больного, в развернутом виде в соответствии с МКБ-10, указывается шифр диагноза по МКБ-10. Диагноз должен включать все осложнения и сопутствующие заболевания, имеющие клиническое значение.

Заключительный диагноз подписывается лечащим врачом с расшифровкой фамилии, указывается дата вынесения диагноза.

Запись о выдаче документа, удостоверяющего факт временной нетрудоспособности, осуществляет лечащий врач по установленным правилам.

В историю болезни обязательно должно быть вклеено направление на госпитализацию.

Приемное отделение.

Все больные, поступившие без письменных направлений на госпитализацию из территориальных поликлиник (самотеком), а также больные, нуждающиеся в оказании экстренной медицинской помощи должны быть осмотрены в приемном отделении дежурным врачом приемного отделения с привлечением необходимых специалистов лечебного учреждения. Экстренный больной осматривается дежурным врачом сразу при поступлении в приемном отделении.

В случае, когда в приемном отделении оказана медицинская помощь или какие-либо процедуры в период времени до 2 часов, история болезни не заводится, такие больные фиксируются только в Журнале приема больных и отказов от госпитализации (форма № 001/у).

В остальных случаях, когда определена необходимость госпитализации больного в стационарное отделение, история болезни заводится незамедлительно.

Записи врачебного осмотра в приемном отделении должны быть информативными, содержать данные, имеющие клиническое значение. В истории болезни в обязательном порядке необходимо отмечать дату и время осмотра больного в приемном отделении, после осмотра дежурный врач заверяет данные осмотра подписью и расшифровкой с указанием фамилии. В случае, если для уточнения диагноза и определения стационарного отделения, куда должен быть госпитализирован больной, на консультацию в приемное отделение приглашаются профильные специалисты. Каждый врач, консультирующий больного в приемном отделении должен указать дату и время осмотра, кратко изложить жалобы больного, анамнестические данные, данные общего осмотра; выставить предварительный диагноз и дать заключение – рекомендации по дальнейшей тактике ведения больного. При этом запись врача консультанта заверяется полной фамилией, подписью и указывается врачебная специальность.

До перевода больного в стационарное подразделение лечебного учреждения в приемном отделении в обязательном порядке каждому больному необходимо сделать:

1. забор крови на общий анализ;
2. забор мочи на общий анализ;
3. определение сахара крови;
4. ЭКГ-обследование;
5. флюорограмму легких (при наличии заболеваний органов дыхания - рентгенограмму легких);
6. забор крови на микрореакцию РПР (для выявления сифилиса);
7. забор крови на определение ВИЧ/СПИД для больных по показаниям и больным, которым планируется хирургическое вмешательство;

Аналогичный перечень обследования обязаны пройти все больные, направленные на плановую госпитализацию.

* Исключение составляют больные, которым перечисленное лабораторно-инструментальное обследование проведено в течение последних 10 дней (до поступления в данное учреждение).

Стационарное отделение.

Плановый больной должен быть осмотрен и лечащим (дежурным) врачом в течение 2 часов от момента поступления в стационар с оформлением в истории болезни первичного осмотра, экстренный больной – осматривается и оформляется первичный осмотр сразу при поступлении.

Жалобы больного и анамнез настоящего заболевания записываются с указанием патологических изменений и данных, непосредственно относящихся к заболеванию.

В анамнезе жизни отражаются данные, имеющие отношение к течению настоящего заболевания или влияющие на тактику ведения больного, обязательно содержать информацию о наличии аллергических реакций, эпиданамнезе, предшествующих гемотрансфузиях, перенесенных заболеваниях, вирусном гепатите, ВИЧ-инфекции, туберкулезе, употреблении алкоголя и наркотиков.

Для работающих больных обязательно указываются также данные анамнеза временной нетрудоспособности.

Данные первичного осмотра заполняются подробно по всем органам и системам, доступным осмотру. Выявленные патологические изменения описываются детально, с указанием характерных симптомов по авторам. В случаях повреждений криминального характера, все имеющиеся у больного повреждения описываются подробно. В конце первичного осмотра лечащего врача обязательно **формулируется предварительный клинический диагноз, план обследования и план лечения**. Первичный осмотр подписывается лечащим врачом с расшифровкой фамилии, обязательно указывается дата и время осмотра.

Лечащий врач после первичного осмотра больного из назначенного плана лечения и обследования заносит назначения в **Лист назначения**, который является составной частью истории болезни. Лечащий врач записывает назначения четко, подробно, в форме, исключающей двоякое или произвольное толкование, указывает дату назначения и дату отмены. Назначения ведутся на латинском языке, с указанием разовой дозы, кратности приема и определением курса. При одномоментном назначении пяти и более лекарственных препаратов одному больному, назначении наркотических средств и психотропных веществ, необходимо согласование с заведующим отделением.

Медицинская сестра осуществляет запись в листе назначений в день назначения, удостоверяет это своей подписью и указывает дату снятия назначений. Медицинская сестра ежедневно делает в листе назначений отметки о выполнении с подписью. В случаях, когда для лечения больного используется препарат, принесенный самим пациентом, рядом с записью о назначении делается пометка "препарат пациента".

Температурный лист ведется медицинской сестрой, подклеивается к истории болезни. Записи динамики температуры производится 2 раза в день ежедневно.

Необходимым предварительным условием лечения и медицинского вмешательства является информирование добровольное согласие граждан. В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах гражданина решают родственники больного. Больной информируется о характере имеющейся у него патологии, методах и целях лечения, возможном риске, побочных эффектах и ожидаемых результатах. О предоставленной информации делается запись в истории болезни, запись лечащего врача о согласии на медицинское вмешательство подписывается больным (родственниками больного) с расшифровкой фамилии подписавшегося.

Если сам больной не может из-за тяжести состояния дать согласие и нет родственников, решение принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением администрации больницы.

Дневники наблюдения больного лечащий врач пишет при плановом ведении пациента не реже 1 раза в 2 дня, 2-4 раза в сутки при динамическом наблюдении;

При необходимости интенсивного наблюдения за больным, данные о состоянии здоровья и результаты врачебного осмотра, записываются в медицинские карты не реже каждые 2-х часов с отражением динамики. В среднетяжелом состоянии дневниковые записи делаются ежедневно, а при необходимости несколько раз в день. Трудовой и медицинский прогноз в дневниках оценивается 1 раз в 10 дней. В дневниках отражаются динамика в состоянии пациента, данных объективного осмотра и лабораторно-инструментального обследования и изменения представлений о больном.

Заведующий стационарным отделением в 1-2 день (в исключительных случаях на 3 день) после поступления на лечение (обследование) планового больного осуществляет личный осмотр поступившего. При этом, заведующий оценивает качество сбора информации о больном, правильность установленного лечащим врачом предварительного диагноза. При необходимости вносит коррективы в план обследования и лечения больного, о чем делается рекомендательная

запись в медицинской документации. Тяжелые и больные в состоянии средней тяжести должны осматриваться заведующим отделением в течение суток с момента госпитализации и ежедневно. Обходы заведующих отделением проводятся один раз в неделю, оформляются записью в истории болезни, отражающей представление о больном с формулировкой клинического диагноза, рекомендациями. Совместные осмотры лечащего врача и заведующего стационарным отделением заверяются подписью врача и заведующего отделением с расшифровкой фамилий, указывается дата и время осмотров.

Цель повторного осмотра заведующего отделением – контроль за соблюдением сроков, полнотой и качеством обследования больного, обоснованностью и целесообразностью назначенного лечения. Оценивает правильность выбора и применения методов обследования и лечения.

При выявлении ошибок вносит соответствующие коррективы в план ведения больного, о чем делается запись в медицинской документации.

Последний осмотр заведующий отделением должен проводиться перед выпиской пациента. Заведующий санкционирует выписку пациента из стационара на долечивание или к труду. Медицинская карта стационарного больного должна быть проверена и подписана заведующим отделением.

Протоколы записей консультантов должны содержать дату и время осмотра, специальность и фамилию консультанта, описание патологических изменений, диагноза и рекомендации по дальнейшему лечению, обследованию, ведению больного. Записи **консилиумов** ведутся максимально подробно с учетом заключений всех членов консилиума: описываются жалобы больного, анамнестические данные, данные объективного осмотра, динамические изменения в состоянии больного (в жалобах, везикулярном осмотре, инструментально-лабораторном обследовании...), обосновывается выставленный диагноз. Рекомендации консилиума обязательны для выполнения. В случае если по каким-либо причинам выполнить их невозможно, лечащий врач обязан поставить об этом в известность председателя консилиума.

При переводе больного в из одного стационарного отделения в другое в обязательном порядке пишется подробный переводной эпикриз. В эпикризе отмечаются сроки лечения в данном отделении; жалобы больного; анамнез; данные объективного осмотра; динамика состояния больного; проведенное лабораторно-инструментальное обследование по датам; консультации специалистов с указанием даты консультации, специальности консультанта и фамилии врача; диагноз больного при поступлении и на момент перевода; обосновывается перевод больного из данного отделения в другое стационарное отделение. Переводной эпикриз заверяется подписью лечащего врача, заведующего отделением с расшифровкой фамилии и указанием даты написания переводного эпикриза. В случае если больной переводится из одного отделения в другое в пределах одного лечебного учреждения, врач принимающего отделения пишет в истории болезни осмотр больного и отмечает данные больного, обосновывающие необходимость перевода.

При поступлении больного в **отделение интенсивной терапии** принимающий врач записывает краткое представление о больном с указанием или диагноза, или имеющегося симптомокомплекса. В отделении интенсивной терапии дневники записывают дежурные врачи каждые 2 часа. Записи в дневниках должны отражать динамику состояния больного и важнейших показателей жизнедеятельности организма. Заведующий отделением и старший ординатор реанимационного отделения ежедневно осматривают всех больных отделения, при этом записи осмотров заверяются подписями и расшифровкой фамилий с указанием даты и времени осмотра. В случае перевода тяжелого больного из стационарного отделения больницы в отделение реанимации лечащий врач профильного отделения ежедневно осматривает больного в отделении реанимации, подробно описывает в динамике состояние больного, указывает дату, время осмотров и проведенные лечебно-диагностические манипуляции.

При переводе больного из отделения реанимации в историю болезни должны быть отражены данные совместного осмотра заведующего отделением реанимации, врача реаниматолога.

При переводе больного из отделения интенсивной терапии оформляется переводной эпикриз.

Врач клинического отделения осматривает больного не позже чем через час после поступления из реанимационного отделения и записывает клиническое представление о больном с указанием жалоб больного, анамнеза, данных общего осмотра, динамики заболевания. Запись врача заверяется подписью с расшифровкой фамилии, указывается дата, время перевода и первичного осмотра больного в стационарное отделение.

Записи о трансфузиях биологической жидкости, введение наркотических и сильнодействующих препаратов, специфической терапии (белковые растворы, иммуноглобулины, сыворотки) производит врач, а медсестра делает отметку о выполнении с указанием номера и серии препарата и даты срока годности, отмечает время начала и конца инфузии. Запись осуществляется по правилам, регламентируемым приказами по больнице, и заверяются лечащим врачом. В начале и в конце введения указанных препаратов врачом кратко описывается состояние больного.

Этапный эпикриз, отражающий динамику представлений о больном, дальнейшую тактику ведения больного и прогноз, оформляется один раз в десять дней как один из обходов заведующего отделением, в котором по датам указываются данные проведенного лабораторно-инструментального обследования, все консультации врачей с указанием даты консультации и специальности-фамилии консультанта. Этапный эпикриз датируется и заверяется подписью лечащего врача и заведующего отделением с расшифровкой фамилии.

При выписке из стационара врач оформляет подробный осмотр больного, отражающий жалобы и объективное состояние пациента. При выписке больного с открытым листком нетрудоспособности обосновывается необходимость продления временной нетрудоспособности и обозначенного срока.

Выписной эпикриз должен содержать:

1. паспортные данные больного, место проживания (регистрации, прописки);
2. медицинская организация, отделение, в котором проведено стационарное лечение, указываются сроки лечения;
3. диагноз при поступлении;
4. диагноз при выписке;
5. историю настоящей госпитализации;
6. жалобы при поступлении;
7. данные анамнеза;
8. данные общего осмотра;
9. состояние больного при выписке;
10. характер и результаты проведенного лечения;
11. в эпикриз вносятся данные лабораторно-инструментального обследования (по датам);
12. с указанием даты, расшифровкой фамилий и специальности указываются заключения всех врачей-консультантов;
13. динамику симптомов и рекомендации по дальнейшему ведению больного;
14. у работающего пациента отражается трудовой и клинический прогноз.

Выписной эпикриз выполняется в трех экземплярах, один из которых остается в истории болезни, второй передается в поликлинику, третий выдается на руки больному. Выписной эпикриз подписывается лечащим врачом и заведующим отделением с расшифровкой фамилии. Экземпляр, выдаваемый на руки больному, заверяется печатью для листков нетрудоспособности и справок.

При выдаче выписного эпикриза для получения направления для иногороднего лечения эпикриз заверяется руководителем, председателем ВК и печатью медицинской организации.

При выписке работающего пациента из стационара оформляется лист нетрудоспособности в день выписки из стационара. Лист временной нетрудоспособности выдается больному на все время нахождения в стационаре. Если больной имеет непрерывный листок нетрудоспособности более 30 дней, на 28-29 день лечения оформляется Представление на клинико-экспертную комиссию, которое содержит жалобы, объективные данные, диагноз с функциональными нарушениями, количество дней временной нетрудоспособности, предполагаемый клинический и трудовой прогноз, цель представления на ВК. В карте отмечается номер и дата протокола врачебной комиссии.

Если больной нетрудоспособен после выписки из стационара, допускается выдача листка нетрудоспособности на время проезда до дома или на время до следующего осмотра врача по месту жительства. При этом количество дней нетрудоспособности после выписки должно быть объяснено в тексте выписного эпикриза.

В случае смерти больного в истории болезни заполняется посмертный эпикриз, заполняется также и врачебное свидетельство о смерти.

В случае, если смерть больного наступила до осмотра лечащего врача профильного отделения, например, в 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.

В этом случае врач, лечивший больного, должен в приемном статусе отразить свое мнение о диагнозе и заполнить (при отсутствии признаков насильственной смерти) врачебное свидетельство о смерти.

По желанию больного с истории болезни и отдельных видов обследования могут сниматься копии. По запросам больных с разрешения администрации им на руки для консультаций могут быть выданы стекла и блоки биопсийного материала и рентгеновские снимки.

История болезни хранится в архиве больницы в течение 25 лет, решение о целесообразности дальнейшего хранения или уничтожения историй болезни принимается администрацией больницы по истечении этого срока.

Особенности ведения истории болезни в отделениях хирургического профиля.

Истории болезни хирургических отделений содержат ряд дополнительных разделов.

В предоперационном эпикризе обосновывается необходимость планового и экстренного оперативного вмешательства, отражает диагноз по основному и сопутствующим заболеваниям, степень выраженности функциональных нарушений, абсолютные или относительные противопоказания к операции, адекватность предоперационной подготовки, план операции, степень риска оперативного вмешательства и обоснование диагноза. Эпикриз заверяется полной фамилией врача, указывается дата и время написания эпикриза.

Согласие больного на операцию должно быть подписано больным (родственником) и информированным, т.е. больному разъясняется необходимость оперативного вмешательства, характер планируемой операции, возможные наиболее часто встречающиеся осложнения.

Протокол операции.

Протокол операции должен содержать сведения о дате и продолжительности операции, фамилии членов операционной бригады, вид операции, вид обезболивания, описание операции. Описание операции: доступ (в какой области сделан разрез, его размер, направление, слои рассекаемых тканей). Описание патологических изменений, обнаруженных при операции, операционный диагноз. Наименование операции и подробное описание хода ее выполнения. Проведен ли гемостаз в ране, число тампонов и дренажей, оставленных в ране. Контрольный счет марли и инструментов. Завершение операции (вид швов, повязка). Описание удаленного макропрепарата. Подпись хирурга с расшифровкой фамилии.

Дневники наблюдения.

Дневники наблюдения записываются ежедневно в течение первых трех дней с момента операции, затем через день при благополучном течении послеоперационного периода. В дневниках отражаются все манипуляции, проводимые с больным (удаление дренажей, трубок, перевязки и т.д.), состояние больного, динамику симптомов (жалоб, общего состояния, лабораторно-инструментального обследования...), основные параметры жизнедеятельности, состояние послеоперационной раны. Дневники заверяются подписью врача с расшифровкой фамилии, указывается дата и время осмотра.

Эпикриз.

В дополнение к правилам оформления выписного эпикриза (см. стр.8) в эпикризе послеоперационного больного отражается диагноз заболевания, дата и вид произведенного вмешательства, особенности послеоперационного течения (сроки удаления дренажей, снятие швов, характер заживления ран), эффективность проведенного лечения. В эпикризе должны быть указаны рекомендации по дальнейшему лечению и прогноз течения заболевания (клинический и трудовой прогноз).

Регистрация деятельности анестезиолога.

В истории болезни планового хирургического больного анестезиолог под заголовком «Предоперационный осмотр анестезиолога» (приложение №3) записывает результаты предварительного и, если это было необходимо, повторных осмотров перед операцией. В случаях, когда в силу тяжести состояния больного или сложности предстоящей операции осмотр произведен заблаговременно, наряду с оценкой отягощающих факторов и степени операционно-анестезиологического риска анестезиолог может давать, с учетом срочности ситуации, рекомендации по дополнительным мерам диагностики, интенсивной лечебной подготовки, в т.ч. в условиях терапевтических отделений, ОРИТ и др.

Накануне операции на основании всесторонней оценки исходного состояния больного, характера предстоящей операции, оснащения и других факторов он составляет и записывает в историю болезни план анестезии, где указывается характер премедикации, вид и основные компоненты анестезии. У больных с высокой степенью риска, а также при отказе от традиционных вариантов в анестезии анестезиолог, принимая решение, должен согласовать его с хирургом.

В срочных случаях анестезиолог производит запись «Предоперационный осмотр анестезиолога», когда на основе данных объективного исследования в палате или приемном отделении по его инициативе были проведены дополнительные диагностические мероприятия или интенсивная инфузионная и медикаментозная подготовка, которые привели к задержке операции.

Течение анестезии документируется в «Карте течения анестезии» (см. приложение № 4), в которой регистрируются паспортные данные больного, функциональное отделение, вид анестезии, степень риска операции и анестезии, оператор, анестезиолог, анестезист, принимавший участие. Указывается диагноз больного, вид вмешательства, вид анестезии. Описываются коротко исходное состояние больного и данные лабораторного обследования. По ходу анестезии ведется хронологически точное, письменно-графическое отражение формирования поддержания и завершения анестезии в комплексе, в динамике изменяемых параметров состояния больного (артериальное давление, пульс, температура тела, почасовой диурез, сатурации кислорода, ЦВД, ЭКГ...и другие необходимые показатели). Отмечается количество и формы медикаментозных средств, используемых для проведения анестезии, медикаментозная поддержка по ходу анестезии (инфузионные среды, трансфузии компонентов крови...)

При выходе из анестезии указывается проводилась ли декураризация.

По завершении анестезии анестезиолог заносит в историю болезни «Протокол анестезии» (см. приложение №5), в котором дает краткое описание и оценку этапов анестезии, расхода медикаментов и инфузионно-трансфузионных средств, состояния больного во время операции и особенностей выхода его из анестезии, которая служит для врача источником необходимой информации.

Использование типовых (типографических) форм для регистрации деятельности анестезиолога можно допустить только для записей предварительного осмотра и заключения по неосложненным и не имеющим большого риска анестезиям.

В случаях осложненного течения операции и анестезии, при высоком операционно-анестезиологическом риске описание действий анестезиолога должно быть подробным и четким, написанным собственноручно анестезиологом с указанием даты, времени и расшифровкой фамилии анестезиолога.

Осмотр анестезиолога и протокол анестезии являются обязательными записями в истории болезни для всех видов обезболивания, кроме местной анестезии.

У срочных больных, например, когда анестезиолог вызывается к больному непосредственно в операционную, перевязочную, манипуляционную и т.п., по завершении анестезии может производиться однократная запись в форме заключения (подход индивидуальный, по состоянию пациента).

Если больной доставляется из операционной в хирургическое отделение, заключение анестезиолога завершается лечебными рекомендациями на первые сутки после операции.

После перевода больного из операционной в ОРИТ анестезиолог-реаниматолог обязан сделать запись в истории болезни, в котором должно быть отражено состояние больного, уровень сознания, основные жизненно важные показатели дыхания и гемодинамики, отмечалось ли ухудшение состояния при транспортировке. В случае госпитализации больного в ОРИТ, дальнейшие назначения и рекомендации делаются по согласованию анестезиолога, проводившего анестезию, с реаниматологом в виде назначений в реанимационной карте (см. приложение № 6).

При операции под эндотрахеальным наркозом (исключая кратковременные эндоскопические исследования и манипуляции), а также под внутривенным и масочным (в т.ч. ЛМА) наркозом продолжительностью более часа, при ЭА с катетеризацией эпидурального пространства оформляется основной вариант протокола анестезии с хронологически точным отражением действий анестезиолога, этапов операции, диаграммы показателей гемодинамики больного и др. В случаях, когда операция (и анестезия) длится свыше 3-4 часов, размер стандартного бланка «Карта течения анестезии» можно наращивать путем подклеивания фрагмента или всей диаграммной части нового бланка.

При операциях малой и средней травматичности продолжительностью менее 60 минут под внутривенным или масочным наркозом, под эпидуральной или другими видами регионарной анестезии пункционным методом, в случаях привлечения анестезиологической бригады для потенцирования местной анестезии – целесообразно оформление сокращенного варианта протокола анестезии, где отмечается общий расход медикаментов, пределы колебаний артериального давления, пульса, частоты дыхания и др.

«Карта течения анестезии» заполняется во время и после проведения анестезии совместно врачом и медсестрой, заверяется их подписями и сдается стершей сестре или заведующему отделением. После проверки правильности оформления «Карта течения анестезии» и оценки действий анестезиолога протоколы заверяются заведующим отделением. При наличии компьютерного учета формализованные данные «Карта течения анестезии» вводятся в банк данных программы «Анестезиология», при этом оператором производится отметка порядкового номера «Карта течения анестезии».

В соответствии с присвоенным порядковым номером «Карта течения анестезии» накапливаются, переплетаются (или сшиваются) ежемесячно, поквартально и т.п., маркируются и хранятся в отделении в течение трех лет. В этот период «Карта течения анестезии» используется врачами отделения для подготовки аттестационных материалов, в исследовательской работе, извлекаются и копируются в случаях отсроченных административных разбирательств, страховых или судебных исков и т.д. Спустя три года «Карта течения анестезии» сдаются для дальнейшего хранения в архив больницы.

Таким образом, «Карта течения анестезии» является формой первичной регистрации, которая не вкладывается в историю болезни, является внутренним документом ОРИТ и предназначена для оперативного управления анестезиологической деятельностью.

Медицинская карта амбулаторного больного – учетная форма N 025/у-04.

Медицинская карта амбулаторного больного" (далее - Карта) является основным первичным медицинским документом больного, лечащегося амбулаторно или на дому, и заполняется на всех больных при первом обращении за медицинской помощью в данное лечебное учреждение.

На каждого больного в поликлинике ведется одна медицинская Карта, независимо от того, лечится ли 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 находятся в регистратуре по участковому принципу. Карты граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг, маркируются литерой "Л".

Медицинские карты амбулаторного больного, истории развития ребенка хранятся в регистратуре: в поликлиниках - по участкам, а в центральных районных больницах, сельских амбулаториях - по населенным пунктам и в алфавитном порядке.

По желанию больного с амбулаторной карты и отдельных видов обследования могут сниматься копии. При смене места жительства пациента или прикреплении его для медицинского обслуживания к другой поликлинике передача- перевод амбулаторной карты осуществляется только на основании официального запроса медицинской организации, где будет в дальнейшем наблюдаться и лечится больной.

Медицинская карта амбулаторного больного заполняется в соответствии с приложением № 8 к приказу МЗ и СР РФ от 22.11.04г. № 255 «О порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг».

Титульный лист Карты заполняется в регистратуре медицинского учреждения при первом обращении пациента за медицинской помощью (консультацией).

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

Вносится номер Карты - индивидуальный номер учета Карт, установленный медицинским учреждением.

В строке 1 "Страховая медицинская организация" 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, который формируется в Федеральном регистре лиц, имеющих право на государственную социальную помощь в виде набора социальных услуг (Федеральный закон от 17.07.1999 N 178-ФЗ "О государственной социальной помощи", Собрание законодательства Российской Федерации от 30 августа 2004 года N 35, ст. 3607).

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

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 - 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.

Далее Карта заполняется медицинским работником (участковым врачом, врачом-специалистом, фельдшером на ФАПе, врачом общей практики), осуществляющим наблюдения 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" (учетной формы N 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.

В случае смерти больного одновременно с оформлением врачебного свидетельства о смерти в карте производится запись о дате и причине смерти.

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

Больной может состоять под наблюдением по поводу одного и того же заболевания у нескольких специалистов (например, по поводу язвенной болезни, хронического холецистита у терапевта и хирурга), в таблице пункта 17 такое заболевание записывается один раз специалистом, первым взявшим его под диспансерное наблюдение. Если больной наблюдается по поводу нескольких, этиологически не связанных, заболеваний у одного или нескольких специалистов, то каждое из них выносится на титульный лист.

Если у больного изменяется характер заболевания (например, к гипертонической болезни присоединяется ишемическая болезнь сердца), то в таблицу на титульный лист выносится новый диагноз без даты взятия на учет, а старая запись зачеркивается.

Особое внимание должно уделяться записям на листе заключительных (уточненных) диагнозов, куда заносятся врачами всех специальностей диагнозы, установленные при первом обращении в поликлинику и по помощи на дому в данном календарном году, независимо от того, когда был поставлен диагноз: при первом или последующих посещениях или в предыдущие годы.

“Лист записи заключительных (уточненных) диагнозов” заполняется врачами всех специальностей на каждое заболевание, по поводу которого больной обратился в данное учреждение в отчетном году. Заболевание, обнаруженное у больного впервые в жизни, считается впервые выявленным и отмечается знаком “+” (плюс). При этом если заболевание установлено при обращении по поводу заболевания, то знак “+” проставляется в 3 графу; если заболевание выявлено при профосмотре, то знак “+” проставляется в 4 графу. Заболевания, которые могут возникнуть заново несколько раз (ангина, грипп, ОРЗ, пневмония, травма и т.д.) всякий раз считаются впервые выявленными и отмечаются знаком “+” (плюс). Хроническое заболевание, с которым больной обращался в предыдущие годы, в случае обращения с ним в отчетном году вновь вносится в лист, но со знаком “-” (минус).

В случаях, когда 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. Клинический диагноз должен быть полным, согласно принятой классификации, с указанием основного и сопутствующего заболевания, их форм, стадии, осложнений.

В случае, когда поставленный и записанный на “лист” диагноз заменяется другим, “неправильный” диагноз зачеркивается и вписывается новый диагноз без изменения даты первого обращения.

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

Если при обращении больного обнаруживается заболевание, по поводу которого больной раньше ни в какое лечебное учреждение не обращался, то такое заболевание считается впервые выявленным и отмечается на “листе” знаком “+” (плюс).

Амбулаторная карта должна содержать следующие разделы: паспортную часть, анамнез жизни. Все записи лечащего врача, консультации специалистов должны быть им подписаны и содержать отметку о дате и времени осмотра пациента.

Лечащий врач в первичной медицинской документации фиксирует:

- дату обращения, в некоторых случаях – час обращения;
- жалобы пациента;
- анамнез заболевания;
- объективные данные;

- формулирует диагноз заболевания по МКБ – 10, наличие, степень тяжести осложнений, степень функциональных нарушений;
 - назначает необходимые обследования и консультации;
 - рекомендует лечебно – оздоровительные мероприятия;
 - * аллергологический анамнез (при наличии аллергии на медицинские препараты, лекарственные средства, вызывающие аллергию, должны быть указаны на лицевой стороне амбулаторной карты), эпидемиологический анамнез;
 - * анамнез ВН для работающих пациентов;
 - при следующих посещениях врач отражает динамику заболевания, эффективность проводимого лечения;
- четко оформленные записи об амбулаторных посещениях с обоснованием диагноза, показаний к госпитализации;

- лечебные и профилактические назначения;
- результаты дополнительных исследований;
- лист флюорографических и других целевых осмотров;
- данные о консультациях специалистов;
- для диспансерных больных вводные и этапные годовые эпикризы;
- выписки из историй болезни или их копии (в случае стационарного лечения).

В амбулаторной карте соответствующим образом (даты, подписи с расшифровкой фамилии и специальности врача) должны быть оформлены записи:

- представление на ВК (КЭК), данные осмотра и решения ВК (КЭК) с указанием номера протокола и даты заседания комиссии;
- о направлении на госпитализацию;
- о направлении на санаторно-курортное лечение и т.п.;
- о выписке льготного рецепта.

Оформление первичной медицинской документации при проведении экспертизы временной нетрудоспособности на амбулаторном приеме.

Обязательным условием является заполнение анамнеза временной нетрудоспособности.

Лечащий врач определяет признаки временной нетрудоспособности на основании:

- оценки состояния здоровья;
- характера и условий труда;
- социальных факторов.

В диагнозе отражается проявление заболевания, обуславливающие временную нетрудоспособность, делается запись о временной нетрудоспособности пациента, определяются ее сроки с учетом индивидуальных особенностей течения заболевания. Запись о выдаче листка временной нетрудоспособности с указанием серии, номера и даты очередного посещения врача. При последующих осмотрах отражается динамика заболевания, эффективность проводимого лечения и обосновывается продление или закрытие листка нетрудоспособности, направление на клиничко-экспертную комиссию, госпитализацию.

При нетрудоспособности более 30 календарных дней на 28-29 день оформляется Представление на клиничко-экспертную комиссию, которое содержит представление лечащего врача на ВК, жалобы, объективные данные, диагноз с функциональными нарушениями, количество дней временной нетрудоспособности, предполагаемый клинический и трудовой прогноз, цель представления на ВК. В протоколе заседания ВК, отражаются рекомендации по обследованию, лечению и продлению листка временной нетрудоспособности при благоприятном трудовом прогнозе или необходимости направления пациента на МСЭ.

При необходимости направления больного на стационарное лечение необходимо оформить **направление на госпитализацию (приложение № 7 к приказу).**

**Правила
заполнения медицинской карты
стоматологического больного**

Медицинская карта стоматологического больного — ф. № 043/у

Медицинская карта стоматологического больного заполняется при первичном обращении больного в поликлинику; паспортные данные — медицинской сестрой в кабинете первичного врачебного осмотра или регистратором.

Диагноз и все последующие разделы карты заполняются непосредственно лечащим врачом соответствующего профиля.

В строке «диагноз» на титульном листе карты лечащим врачом проставляется окончательный диагноз после окончания обследования больного, производства необходимых клиника-лабораторных исследований и их анализа. Допускается последующее уточнение диагноза, расширение или даже изменение его с обязательным указанием даты. Диагноз должен быть развернутым, описательным по заболеваниям зубов и полости рта с учетом современных классификаций стоматологических заболеваний.

Под зубной формулой вписываются дополнительные данные относительно зубов, костных тканей альвеолярных отростков (изменение их формы, положения и т.д.), прикуса.

В раздел «лабораторные исследования» вносят результаты примененных дополнительных необходимых исследований, проведенных по показаниям для уточнения диагноза.

Записи повторных обращений пациента с данным заболеванием, а также в случае обращений с новыми заболеваниями производятся в «дневнике карты».

Завершают ее «эпикриз» (краткое описание результатов лечения) и предлагаемые лечащим врачом практические рекомендации (наставления).

В стоматологической поликлинике, отделении или кабинете на больного заводится только одна медицинская карта, в которой записи всеми врачами-стоматологами, к которым больной обращался. При обращении к другому специалисту, например, врачу – стоматологу – ортопеду или ортодонту, может возникнуть необходимость внесения изменений в диагноз, дополнений в зубную формулу, в описание стоматологического статуса, общесоматических данных, а также запись всех этапов лечения со своим самостоятельным исходом и наставлениями. С этой целью необходимо взять вкладыш с вписанным тем же номером карты и прикрепить, к уже ранее заведенной. (Вкладыш печатается дополнительно каждым лечебным учреждением в виде первого листа карты без паспортной части, включая диагноз и зубную формулу. Допускается изготовление клише).

При повторных обращениях к специалистам любого профиля через год два необходимо вновь взять вкладыш (первый лист медицинской карты), отразив в нем весь статус. Сравнение этих данных с последующими позволит сделать заключение о динамике или стабилизации патологических состояний.

Медицинская карта стоматологического больного как юридический документ в течение 5 лет после последнего посещения больного хранится в регистратуре, после чего сдается в архив.

Общие правила заполнения Карты вызова скорой медицинской помощи - форма 110/у.

(утверждена приказом Минздравсоцразвития РФ от 02.12.2009г. № 942 «Об утверждении статистического инструментария станции (отделения), больницы скорой медицинской помощи»).

Карта вызова скорой медицинской помощи должна содержать:

- полностью оформленную паспортную часть;
- время приема вызова;
- время передачи вызова. Фамилию врача или фельдшера, принявшего вызов;
- время выезда и прибытия бригады;
- жалобы пациента;
- анамнез заболевания;

- объективный статус (признаки, значимые для постановки диагноза);
- диагноз;
- оценка транспортабельности;
- назначения;
- сведения о состоянии пациента после оказания медицинской помощи.

В случае необходимости:

- время вызова и прибытия специализированной бригады;
- время и обстоятельства получения травмы;
- диагноз, установленный в приемном покое, куда доставлен больной.

Все записи врача или фельдшера скорой помощи должны быть им подписаны и фиксированы во времени.

Правила оформления Журнала прием больных и отказов от госпитализации. (форма 001/у).

В журнале приема больных и отказов в госпитализации регистрируются все больные, поступившие в приемное отделение.

Дежурная медицинская сестра приемного покоя записывает паспортные данные, данные страховых документов, время поступления и убытия больного, диагноз направившего учреждения.

Дежурный врач-консультант должен указать в журнале свою фамилию, специальность и время осмотра. Кратко записываются жалобы больного, объективные данные, аллергологический анамнез. При наличии алкогольного опьянения все его признаки описываются подробно согласно инструкции, имеющейся в приемном покое, на наличие алкоголя исследуется кровь и моча больного. Врач записывает назначения, диагноз и указывает, куда направлен больной после оказания медицинской помощи. В случае криминального характера травм имеющих у больного повреждения описываются подробно, учитывая необходимость дальнейшего определения степени тяжести телесных повреждений. При введении сывороток, вакцин, гамма-глобулина в истории болезни должна быть сделана отметка о номере-серии препарата, срока его годности, наличии или отсутствии реакции на введение.

При криминальном характере повреждений медицинская сестра делает отметку о сообщении в милицию по установленной форме.

После оказания медицинской помощи врач принимает решение о возможности отпустить домой больного; больному на руки выдается справка, в которой отражаются: жалобы, диагноз, характер оказанной помощи.

ЛПУ/ _____ / **Предоперационный осмотр анестезиолога**

Отделение _____ Дата /___/ _____ 201__ г. Время /___/ч. /___/мин

Общие сведения о пациенте

Фамилия _____	№ ист.б-ни _____	Рост _____ см: _____
Имя _____	Группа кр. ___ Rh	Масса _____ кг _____
Отчество _____		Возраст _____ лет
Диагноз _____		
Сопутствующая патология _____		
Предстоящее оперативное вмешательство _____		
Жалобы _____		

Данные анамнеза		
Аллергологический анамнез: _____		
Злоупотребление наркотическими, психотропными средствами: да/нет; алкоголем: да/нет		
Анестезии в анамнезе жизни _____		
Переливание компонентов донорской крови в анамнезе: да/нет		
Анамнез жизни (для детей-история родов, наследственный анамнез и др.) _____		

Последний приём пищи, жидкостей- _____		
Наличие съёмных зубных протезов: нет/есть _____		
Данные объективного осмотра		
Общее состояние на момент осмотра _____		
Положение в постели _____		
Психоневрологический статус: уровень сознания (ясное, оглушение, сопор, кома- по ШГ-I;II;III).		
Глаза: косоглазие, нистагм, экзофтальм и др. _____		
Окулоцефалический рефлекс- (не)сохранен; холодовая реакция (не) вызывается _____		
Зрачки: _____		
ЧМН, очаговая симптоматика _____		
Менингеальные знаки _____		
Сухожильные, патологические, рефлекс- _____		
Кожа и видимые слизистые _____	Отёки _____	
Регионарные лимф./узлы- _____		
Анатомия шеи, особенности (тироментальная дистанция: >6; <6см) _____		
Одышка есть/нет; ЧДД _____ в мин. SpO2 _____, патологическое дыхание _____		
Система дыхания: аускультативно- _____		

Перкуторно- _____		

Система кровообращения: тоны сердца- _____		
АД _____ / _____ мм рт. ст. PS _____ В 1 мин. ЦВД _____ см вод. ст.		
Варикоз _____		
Органы пищеварения: Язык _____		
Живот _____		
Печень _____		

Селезёнка	
Кишечные шумы-	
Стул-	
Мочеполовая система-	
Лабораторные данные:	
Дополнительные методы обследования:	
Индекс трудной интубации (ИТН) в баллах:0-трудности не ожидаются;1-2- возможна трудная интубация;3-4-высокая вероятность трудной интубации;>5-облигатная трудная интубация	
Операционно-анестезиологический риск по МНОАР:- по состоянию пациента: I;II;III;IV;V ст. -по объёму вмешательства: I;II;III;IV;V ст.	
Риск тромбоэмболических осложнений:низкий,умеренный,высокий,особый случай	
Планируемый вид анестезии	
Особые условия анестезии,операции	
Отмена операции,причины	
Предоперационная подготовка	
Премедикация	
Накануне операции	В день операции
1. _____	1. _____
2. _____	2. _____
3. _____	3. _____
Врач / _____ / _____ М/с	
Врач-анестезиолог- / _____ / _____ / _____ /	
Информированное согласие на анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства больного(родственника)	
Я, _____ год	
а рождения,проживающий(щая),.по адресу _____	
находясь на лечении(обследовании,родоразрешении)в отделении _____	
добровольно даю согласие на проведение медицинского вмешательства под _____	
_____ анестезией(возможно изменение анестезиологической тактики по	
ходу медицинского вмешательства)	
О последствиях (возможных осложнениях при выполнении анестезии) и связанных с ними риском, информирован врачом-анестезиологом _____	
/ ____/ / ____/ 201__ г. Подпись пациента(родственника)	
Врач анестезиолог / _____ // _____ /	

№ истории б-ни	Отделение	Карта течения анестезии			
Дата	Гр. кр. _____ Rh	Оператор:		Ассистент (ы):	
Возр./ год рожд.	Муж.п.	Вес-			
	Женс.п.	Рост-			
Ф.И.О. б-го		Анестезиолог:		Анестезист:	
Диагноз:					
Сопутствующие диагнозы:					
Вмешательство:					
Вид анестезии:					
Способ: полуоткрытый, полужакрытый, закрытый					
Положение больного на столе: на спине, на боку, на животе и т.д.					
Техника анестезии: масочная, интубация (через рот/нос), регионарная анестезия _____					
Исходное состояние больного:					
Система дыхания			Лабораторные данные		
С.С.С.	ЧДД-	SpO2-	Hb	Ht	Eg
	АД-	PS-	ВСК	Фибриноген	L
	Общ.белок кр.		СОЭ	Глюкоза	ПТИ
Желудок опорожнён	Да/нет		Мочевина	Креатинин	Амилаза кр.
ЭКГ					
УЗИ					
Другие виды обследования					
Особенности анамнеза					
Премедикация (эффект в балл.)					
0	1	2	3		
Без премедикации	Слабый	Удовлетворительный	Хороший		
Особенности течения анестезии					
Осложнения анестезии					
/ __ / ____ 201 __ г.	Подпись анестезиолога / _____ / _____ /				
	Подпись анестезиста / _____ / _____ /				

/ ____ / / ____ / 201 ____ г. **Протокол течения анестезии**

Состояние б-го _____	Вид анестезии _____
Степень анестезиологического риска: 1,2,3,4,5 по классификации МНОАР	Наркозный аппарат _____
Премедикация в палате, на о/столе: _____	Эндотрахеальная трубка № _____ С манжеткой/без манжетки
	Положение на о/столе

Вводный наркоз _____

Интубация трахеи с _____ попытки ,после в/в введения релаксанта _____
_____ через рот/носовой ход(правый/левый)

В желудок введен зонд через рот/носовой ход(справа/слева)(№ _____),
отделяемое _____

Особенности интубации трахеи _____

После интубации трахеи дыхание проводится _____

Проводился интраоперационный
мониторинг _____

Основной наркоз _____

Итраоперационная инфузионно-трансфузионная терапия: _____

Особенности течения анестезии _____

Необходимость в продлённой ИВЛ определялась _____

После операции сознание восстановилось через _____

Экстубация трахеи _____

Нарушения дыхания после экстубации трахеи _____

Пациент переведён в п/о палату, профильное отделение ,ОАРИТ _____

Параметры мониторингового контроля в палате: АД _____ / _____ мм рт.ст. PS _____ в 1
мин. _____

Подаётся увлажнённый кислород через лицевую маску _____ л в 1 мин.

Заключение _____

Рекомендации _____

Врач-анестезиолог / _____ / _____ /

М/с- анестезист / _____ / _____ /

Длительность анестезии: _____

При проведении анестезии использованы в суммарной дозе:

Врач-анестезиолог / _____ / _____ /

М/с-анестезист / _____ / _____ /

Дата / __ / __ / 201 г. Лист назначений реанимационного больного. Группа кр./ ____ / (____)Rh
 ФИО _____
 Отделение _____

№	Назначения	Операция																								
		9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	
1																										
2																										
3																										
4																										
5																										
6																										
7																										
8																										
9																										
10																										
12																										
13																										
14																										
15																										
16																										
17																										
18																										
19																										
20	SpO2 %																									
21	ЦВД, см вод.ст.																									
22	АД мм рт.ст.																									
23	PS в 1 мин.																									

Инструкция
по заполнению учетной формы N 057/у-04 "Направление на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию".

"Направление на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию" (далее - Направление) выдается медицинским учреждением, осуществляющим наблюдение или прием больных.

В верхнем левом углу указывается **полное наименование** медицинского учреждения, его адрес или штамп учреждения с указанием кода учреждения по ОГРН.

В направлении указывается полное наименование медицинского учреждения, куда направлен пациент.

В **пункте 1** Направления вписывается номер страхового полиса ОМС.

В **пункте 2** указывается код льготы.

Пункты 3, 4, 5 - Ф.И.О., дата рождения, адрес постоянного места жительства - заполняются на основании документа, удостоверяющего личность, или Медицинской карты амбулаторного больного.

Причем если гражданин Российской Федерации не имеет ни в одном из субъектов России постоянного места жительства, то указывается адрес регистрации места пребывания.

Для иностранных граждан указывается адрес регистрации пребывания в Российской Федерации.

В **пункте 6** указываются место и должность работы со слов пациента.

В **пункте 7** вписывается код диагноза по МКБ.

В **пункте 8** "Обоснование направления" указывается основная причина, послужившая поводом для госпитализации, восстановительного лечения, обследования, консультации.

Должность медицинского работника, направившего больного, указывается в соответствии со штатным расписанием учреждения, проставляется Ф.И.О. и подпись.

Направление подписывается заведующим отделением с указанием Ф.И.О. и заверяется печатью учреждения.