

«Согласовано»

Департамент здравоохранения
Томской области

Начальник А.В. Холопов

« 03 » _____ 2016



«Согласовано»

Томский территориальный
Фонд ОМС

Директор В.Г. Козлов

« 03 » _____ 2016



МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВЕДЕНИЮ ФОРМЫ № 003/у «Медицинская карта стационарного больного»

Медицинская карта стационарного больного (далее ф. № 003/у или Медицинская карта) является юридическим документом <1>, служит письменным доказательством в суде при урегулировании конфликтов между врачами и пациентами, а также первичным документом при формировании финансовых документов по оплате медицинской помощи, поэтому все записи в ней должны быть четкими, легко читаемыми. Сведения, внесенные в ф. № 003/у, должны быть достоверными, в полной мере отражающими факты и результат деятельности медицинских работников, точными и оформленными в соответствии с хронологическим порядком, а также не подвергшимися изменениям. Исправления возможны в исключительных случаях, при этом нельзя использовать маскирующие средства – неверная информация зачеркивается и пишется рядом верная с подписью лица, вносящего изменения.

<1> ст. 55, ст. 71 ГПК РФ, ст. 74, ст. 81 УПК РФ

I. Паспортная часть

Все разделы ф. № 003/у должны быть заполнены (отмечены) <1> в соответствии с приказом Министерства здравоохранения СССР от 04.10.1980 № 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения» <2>.

<1> п.4-а) приказа Министерства здравоохранения РФ от 07.07.2015 № 422ан «Об утверждении критериев качества медицинской помощи»

<2> Правомочность применения приказа Министерства здравоохранения СССР № 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения» подтверждено письмом Минздравоохранения России от 30.11.2009 № 14-6/242888, в котором указана соответствующая рекомендация.

1. Медицинская карта должна содержать дату и точное время поступления в стационар, перевода в другое профильное отделение, выписки, смерти пациента; вид госпитализации (экстренная, плановая), кем доставлен (бригадой скорой медицинской помощи, самостоятельно и т.п.)

2. Данные о группе крови, резус-факторе указываются только потенциальным реципиентам (в случае предстоящей операции, при наличии у пациента шока, анемии и т.п.) на основании подтвержденного в клинико-диагностической лаборатории исследования <1>. Данные о непереносимости лекарственных препаратов заносятся лечащим (принимающим) врачом со слов пациента.

<1> Приказ Министерства здравоохранения РФ от 02.04.2013 № 183н «Об утверждении правил клинического использования донорской крови и (или) ее компонентов»

3. На второй странице ф. № 003/у отмечается:

а) первичность или повторность поступления;

б) оперативные вмешательства (названия операций, допускаются общепринятые сокращения), их даты, фамилия оперировавшего врача;

- в) другие виды лечения (при онкологической патологии);
- г) данные по оформлению листка нетрудоспособности за период госпитализации, заключений ВК (врачебной комиссии);
- д) исход заболевания;
- е) трудоспособность;
- ё) фамилия и инициалы лечащего врача и заведующего отделением записываются разборчиво.

Оформление диагноза

4. Диагноз направившей медицинской организации указывается в соответствии с имеющейся документацией (направление ф. № 057/у-04). В случае самообращения и доставки «скорой помощью» данный раздел не заполняется.

5. Предварительный диагноз должен быть установлен в приемном отделении или врачом профильного отделения (дневного стационара) или врачом отделения (центра) анестезиологии-реанимации медицинской организации не позднее 2 часов с момента поступления пациента в медицинскую организацию <1>.

<1> п.4-в) приказа Министерства здравоохранения РФ от 07.07.2015 № 422ан «Об утверждении критериев качества медицинской помощи»

6. Клинический диагноз устанавливается на основании данных анамнеза, осмотра, данных лабораторных и инструментальных методов обследования, результатов консультаций врачей-специалистов, предусмотренных стандартами медицинской помощи, клинических рекомендаций (протоколов лечения) и записывается на лицевую сторону медицинской карты в течение 72 часов, по экстренным показаниям – не позднее 24 часов с момента поступления пациента в профильное отделение медицинской организации с указанием даты установления. Изменение клинического диагноза за время лечения пациента отражается в виде совместного осмотра лечащего врача и заведующего отделением либо (при необходимости) заключения консилиума врачей <1>.

<1> п.4-и), п.4-к) приказа Министерства здравоохранения РФ от 07.07.2015 № 422ан «Об утверждении критериев качества медицинской помощи»

7. Заключительный клинический диагноз выносится на титульный лист Медицинской карты при выписке пациента из стационара в развернутом виде, формулировка должна соответствовать клинической классификации с указанием степени тяжести, типа течения, функциональных расстройств. Код Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) основного заболевания указывается после проведения внутриведомственной экспертизы по кодированию. В случае наличия у пациента другого заболевания, которое не менее значимо для оценки тяжести и прогноза, чем основное, в графе «основной диагноз» устанавливается конкурирующее, сочетанное или фоновое заболевание.

Диагноз должен быть обоснованным, соответствовать имеющимся в медицинской карте данным. Все осложнения основного заболевания и сопутствующие заболевания вносятся в соответствующие подпункты пункта 11 Медицинской карты.

II. Госпитализация

1. Первичный осмотр пациента в приемном отделении или профильном отделении, или отделении (центре) анестезиологии-реанимации проводится в сроки: <1>

- при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента, неотлагательно с указанием даты и времени осмотра, фамилии врача;

- при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни – не позднее 2 часов с момента поступления пациента в приемное отделение (дневной стационар);
- врачом профильного отделения – не позднее 3 часов с момента поступления в отделение.

Записи результатов первичного осмотра должны быть информативными, содержать данные, имеющие клиническое значение.

<1> п.4-б) приказа Министерства здравоохранения РФ от 07.07.2015 № 422ан «Об утверждении критериев качества медицинской помощи»

2. При плановой госпитализации обязательно наличие направления (форма № 057/у-04), оформленного надлежащим образом, которое вклеивается в Медицинскую карту.

3. Жалобы пациента и анамнез заболевания записываются подробно с указанием существенных признаков, важных для установления диагноза и разработки плана лечения.

4. В анамнезе заболевания отражаются факторы, имеющие отношение к установлению диагноза, оценке тяжести и прогноза заболевания или влияющие на тактику ведения пациента. В хронологическом порядке излагается начало заболевания, обстоятельства, при которых оно возникло, симптомы проявления болезни и их динамика. Кроме того, необходимо уточнить изменение характера жалоб за прошедший период, отметить первое обращение за медицинской помощью, проведенное лечение и его эффективность. При описании основных симптомов должны быть указаны: их локализация, качественные характеристики (начало, длительность, частота), обстоятельства возникновения, усиливающие или облегчающие факторы, сопутствующие проявления.

Анамнез жизни излагается по следующей схеме: перенесенные ранее заболевания, операции и травмы, аллергологический анамнез (переносимость лекарственных препаратов), гемотрансфузионный анамнез (при необходимости), наследственность, вредные привычки (курение, прием алкоголя, наркотиков).

5. В анамнезе жизни работающим пациентам обязательно указывается, с какого времени он имеет непрерывный листок нетрудоспособности. При незаконченном случае временной нетрудоспособности и наличии у пациента незакрытого листка нетрудоспособности, указывается номер данного листка нетрудоспособности и общая длительность временной нетрудоспособности; продление листка нетрудоспособности свыше 15 дней осуществляется в соответствии с действующим порядком <1>. При наличии у пациента группы инвалидности уточняется, работает он или нет.

<1> Приказ Минздравсоцразвития РФ от 29.06.2011 № 624н «Об утверждении Порядка выдачи листков нетрудоспособности»

6. Если собрать анамнез (в том числе аллергический) в день поступления невозможно по состоянию пациента, то при первой же возможности в Медицинскую карту вносятся дополнения к анамнезу, оформленные отдельно с указанием даты или как часть дневниковой записи лечащего врача.

7. Данные первичного осмотра заполняются кратко по всем органам и системам, доступным осмотру. Независимо от профиля отделения указывают: общее состояние, положение и двигательную активность пациента, телосложение, массу тела, рост, температуру, состояние кожи и видимых слизистых, подкожной клетчатки. Со стороны органов дыхания: частота, ритмичность дыхания, форма грудной клетки, пальпация, перкуссия, аускультация. Со стороны сердечно-сосудистой системы: ЧСС, пульс, АД, пальпация, перкуссия и аускультация сердца, периферических сосудов. Со стороны органов пищеварения: полость рта и глотки, зубы, язык, зев, миндалины, осмотр, пальпация и перкуссия брюшной полости, физиологические опрвления. Осмотр и пальпация щитовидной железы. Пальпация лимфоузлов (подчелюстные, шейные, надключичные,

подмышечные, паховые). Выявленные патологические изменения описываются детально, с указанием характерных симптомов и синдромов.

8. На основании данных, полученных при сборе анамнеза, при осмотре и клиническом обследовании пациента обязательно формулируется предварительный диагноз, план обследования и лечения с учетом клинических проявлений и тяжести заболевания, лабораторных и инструментальных методов исследований (при наличии).

План обследования и лечения составляется с учетом порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи, имеющих частоту применения 1,0, на основании клинических рекомендаций (протоколов лечения) <1>. Назначение лекарственных препаратов осуществляется по международному непатентованному наименованию, группировочному или торговому наименованию <2>.

<1> п.4-г, п. 4-д), п.4-е) приказа Министерства здравоохранения РФ от 07.07.2015 № 422ан «Об утверждении критериев качества медицинской помощи»

<2> п. 3.1 раздела I приказа Министерства здравоохранения РФ от 20.12.2012 № 1175н «Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения»

9. При переводе пациента из одного профильного отделения в другое в пределах одной медицинской организации оформляется переводной эпикриз, содержащий краткий анамнез, проведенные лечебные и диагностические мероприятия, цель перевода. Эпикриз должен быть подписан лечащим врачом и заведующим отделением, содержать информацию о согласовании решения о переводе пациента в другое отделение с заведующим соответствующего отделения <1>. Ведение формы № 003/у продолжается в другом отделении.

Перевод пациента из одной медицинской организации в другую оформляется решением врачебной комиссии в виде протокола с указанием №, даты и подписями председателя и членов врачебной комиссии с расшифровкой фамилий и устно согласовывается с руководителем медицинской организации, в которую переводится пациент, о чем делается отметка в ф. № 003/у <2>.

<1> п.4-н) приказа Министерства здравоохранения РФ от 07.07.2015 № 422ан «Об утверждении критериев качества медицинской помощи»

<2> п.4-о) приказа Министерства здравоохранения РФ от 07.07.2015 № 422ан «Об утверждении критериев качества медицинской помощи»

III. Информированное согласие

Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником информации. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от него оформляется в письменном виде в установленном порядке, подписывается пациентом и медицинским работником, оформившим такое согласие, и подшивается в медицинскую документацию пациента <1>.

<1> ст.20 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

1. Информация о предстоящем медицинском вмешательстве предоставляется пациенту в доступной для него форме. Пациент информируется о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах видов медицинских вмешательств, о последствиях этих медицинских вмешательств, в том числе о вероятности развития осложнений, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской

помощи. Лицо, проводившее информирование, делает запись с указанием даты, фамилии, инициалов, и заверяет личной подписью.

2. В случаях, когда медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители, решение о медицинском вмешательстве принимается консилиумом врачей, а в случае, если собрать консилиум невозможно - непосредственно лечащим (дежурным) врачом с внесением такого решения в медицинскую документацию пациента (бланк информированного добровольного согласия) и последующим уведомлением должностных лиц медицинской организации. Решение консилиума либо дежурных врачей смены оформляется с указанием ФИО пациента, причины, вызвавшей данное решение, даты, времени проведения и подписывается всеми участниками (подпись, расшифровка подписи).

3. Согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают один из родителей или иной законный представитель. При отсутствии законных представителей решение о медицинском вмешательстве принимается консилиумом врачей, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащим (дежурным) врачом и последующим уведомлением должностных лиц медицинской организации, одного из родителей или иного законного представителя лица.

4. При трансфузии (переливании) донорской крови и (или) ее компонентов необходимым предварительным условием указанного медицинского вмешательства является дача дополнительного информированного добровольного согласия реципиента или его законного представителя на трансфузию (переливание) донорской крови и (или) ее компонентов на основании предоставленной в доступной форме полной информации о целях и методах трансфузии (переливания) донорской крови и (или) ее компонентов, в том числе о возможных последствиях для здоровья в связи с предстоящей трансфузией (переливанием) донорской крови и (или) ее компонентов <1>.

<1> Приказ Министерства здравоохранения РФ от 25.11.2002 № 363 «Об утверждении инструкции по применению компонентов крови»

5. При проведении оперативного вмешательства и (или) анестезиологического пособия, согласие пациента оформляется дополнительно. При этом медицинская организация может самостоятельно разработать свой вариант информированного добровольного согласия с включением в него необходимой информации, предоставляемой пациенту.

6. При отказе от медицинского вмешательства гражданину, одному из родителей или иному законному представителю лица в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия такого отказа, о чем вносится информация в Медицинскую карту. Отказ от медицинского вмешательства оформляется в Медицинской карте в письменном виде по утвержденной форме и подписывается пациентом и лечащим врачом с указанием даты <1>.

<1> Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20.12.2012 N 1177н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства»

7. В случае самовольного ухода пациента из стационара лечащим или дежурным врачом делается соответствующая запись в Медицинской карте с указанием даты и времени, с последующим уведомлением заведующего отделением или руководителя медицинской организации в устной форме с соответствующей отметкой в Медицинской карте.

IV. Ведение Медицинской карты

1. Дневниковые записи в Медицинской карте должны содержать хронологический отчет в лечении пациента и отражать любые изменения в его состоянии в результате проводимого лечения. Дневники тяжелобольных записываются не реже 3-х раз в сутки, со средней степенью тяжести должны записываться лечащим врачом ежедневно, в удовлетворительном состоянии допускается запись через день, в дневном стационаре допускается перерыв в записях на выходные дни. Записи консультаций специалистов, протоколы диагностических и лечебных манипуляций подшиваются отдельно в хронологическом порядке.

2. В дневниковых записях отражаются: динамика состояния пациента, объективного статуса, значимых лабораторных показателей, обосновываются изменения в плане обследования и лечения. Дневники должны отражать время и дату осмотра.

Протоколы записей консультантов должны содержать дату и время осмотра, специальность и фамилию консультанта, описание патологических изменений, диагноз и рекомендации по дальнейшему ведению пациента.

В случае особенностей течения заболевания, требующих дополнительных сложных и длительно проводимых методов исследований, в Медицинскую карту вносится соответствующая запись, заверенная подписью заведующего профильным отделением (дневным стационаром). Решение о необходимости проведения дополнительных исследований вне данной медицинской организации оформляется протоколом врачебной комиссии и вносится в Медицинскую карту <1>. В день выписки дневниковая запись лечащего врача обязательна и должна отражать достигнутый результат лечения пациента.

<1> п.4-к) приказа Министерства здравоохранения РФ от 07.07.2015 № 422ан «Об утверждении критериев качества медицинской помощи»

3. Заведующий отделением осматривает поступивших пациентов не позднее 48 часов (рабочие дни) с момента поступления. Пациенты, находящиеся в тяжелом состоянии или нуждающиеся в ежедневном динамическом наблюдении, должны быть осмотрены заведующим в течение суток с момента госпитализации. В дальнейшем осмотры заведующего отделением проводятся по мере необходимости, но не реже одного раза в неделю, оформляются записью в медицинской карте, отражающей состояние пациента в динамике, с рекомендациями по диагностике и лечению и подписываются заведующим отделением лично (подпись, расшифровка подписи) <1>.

<1> п.4-л) приказа Министерства здравоохранения РФ от 07.07.2015 № 422ан «Об утверждении критериев качества медицинской помощи»

4. Записи консилиумов должны включать согласованную позицию по диагнозу, рекомендации по обследованию, лечению и подписываться всеми участниками консилиума (подпись, расшифровка подписи). В случае особого мнения одного из участников консилиума, отличающегося от мнения большинства, его мнение также регистрируется.

5. Назначение лекарственных препаратов в дневниковых записях и листе назначений оформляется по торговому наименованию, допускаются общепринятые сокращения названия препарата; отмечается дата назначения, а при неотложных состояниях и час назначения каждого препарата; обязательно указывается концентрация, доза лекарственного препарата, кратность применения (при однократном применении – время суток), путь введения, отмечается дата отмены каждого препарата. Документально регистрируются побочные эффекты лекарственных препаратов.

Выбор лекарственного препарата определяется конкретной клинической ситуацией в соответствии с клиническими рекомендациями и стандартами оказания медицинской помощи, инструкцией по применению препарата. Во избежание полипрагмазии не

допускается одновременное назначение лекарственных препаратов – синонимов, аналогов или антагонистов по фармакологическому действию.

6. Согласование назначения лекарственных препаратов заведующим отделением или ответственным дежурным врачом либо другим лицом, уполномоченным приказом главного врача медицинской организации, а также с врачом – клиническим фармакологом (при наличии) необходимо в случаях:

1) одновременного назначения пяти и более лекарственных препаратов одному пациенту;

2) назначения лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, при нетипичном течении заболевания, наличии осложнений основного заболевания и (или) сопутствующих заболеваний, при назначении лекарственных препаратов, особенности взаимодействия и совместимости которых согласно инструкциям по их применению приводят к снижению эффективности и безопасности фармакотерапии и (или) создают потенциальную опасность для жизни и здоровья пациента.

В указанных случаях назначение лекарственных препаратов фиксируется в медицинских документах пациента и заверяется подписью медицинского работника и заведующего отделением (ответственного дежурного врача или другого уполномоченного лица) <1>.

<1> п. 25 раздела II приказа Министерства здравоохранения РФ от 20.12.2012 № 1175н «Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения»

7. При назначении лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, в случае их замены из-за индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям, в Медицинской карте оформляется решение врачебной комиссии в виде краткого протокола с обоснованием назначений, датой и подписями председателя и членов врачебной комиссии с расшифровкой фамилий <1>.

<1> п. 27 раздела II приказа Министерства здравоохранения РФ от 20.12.2012 № 1175н «Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения»

8. У пациентов, подвергаемых плановому оперативному вмешательству (в том числе эндоскопическому), обязательным условием является оформление предоперационного эпикриза с обоснованием необходимости оперативного вмешательства (показаний к операции), с отражением диагноза по основному и сопутствующим заболеваниям, планируемого объема и вида операции, имеющих абсолютных и относительных противопоказаний (в случае отсроченного планового оперативного лечения), адекватности предоперационной подготовки (при необходимости последней).

При определении показаний к экстренной или неотложной операции допустимо краткое оформление показаний к ним в текущем дневниковом наблюдении лечащего (дежурного) врача без оформления предоперационного эпикриза в виде отдельной записи.

9. Осмотр врача-анестезиолога-реаниматолога и протокол анестезии являются обязательными записями в Медицинской карте для всех видов анестезии, сопровождающей оперативное вмешательство, кроме местной анестезии. В записи результатов осмотра врача-анестезиолога-реаниматолога отражаются данные, которые могут существенно повлиять на анестезиологическую тактику: особенности анамнеза, сопутствующие заболевания, лекарственные средства, которые принимал пациент, осложнения предыдущих анестезий, наличие гемотрансфузий. В записи осмотра обязательны физикальные данные (отражаются отклонения, полученные при физикальном обследовании, отмечаются АД, пульс,

особенности данных лабораторного и инструментального обследования), оценка степени анестезиологического риска согласно общепринятым классификациям и необходимости предоперационной подготовки.

В протоколе анестезиологического пособия отражаются оценка состояния пациента перед индукцией анестезии, вид анестезии, положение больного на операционном столе, манипуляции (катетеризация центральной вены, интубация, люмбальная пункция), индукция анестезии; поддержание, применение основных и специальных методик (ИВЛ и т.д.). Также в протоколе указываются данные интраоперационного мониторинга (лабораторные исследования, объем кровопотери, диурез), дозы и путь введения лекарственных средств, качественный состав и объем инфузионно-трансфузионной терапии, необычное течение анестезии.

10. Протокол операции должен содержать сведения о дате и продолжительности операции, фамилии членов операционной бригады, вид и наименование операции, вид обезболивания, описание операции (доступ, ревизия операционного поля или полости, выявленные патологические изменения, основной этап, надежность гемостаза, установленные тампоны и дренажи, способ закрытия раны, описание удаленного макропрепарата). При завершении операции указывается контрольный счет марли и инструментов, вид швов, повязка. Обязательно наличие подписи хирурга.

Обязательна запись хирурга на следующие сутки после операции (при полостных вмешательствах должна быть дневниковая запись хирурга в сутки выполнения операции). В дальнейших дневниковых записях должны быть отражены наличие и характер отделяемого по дренажам, сроки их удаления, особенности перевязок, вид заживления раны.

11. Записи о трансфузиях крови и её компонентов, введении наркотических и сильнодействующих препаратов осуществляются по правилам, регламентируемым ведомственными приказами, и заверяются лечащим врачом.

12. Этапный эпикриз, отражающий динамику заболевания, дальнейшую тактику ведения пациента, оформляется не реже одного раза в 2 недели. Этапный эпикриз должен отражать динамические изменения в состоянии пациента, возникшие в ходе лечения осложнения; эффективность проведенного лечения или его безуспешность; причины длительной госпитализации; определять дальнейшую тактику лечения. Этапный эпикриз может быть оформлен как результат совместного осмотра лечащего врача с заведующим отделением в виде записи: «Совместный осмотр с заведующим отделением (Этапный эпикриз)», с наличием соответствующих подписей и их расшифровкой. В случае, когда лечащим врачом является заведующий отделением, осмотр дважды заверяется подписью данного врача с обозначением соответствующих должностей, фамилии и инициалов.

13. Передача пациента от одного врача к другому на курацию должна быть фиксирована соответствующей записью в Медицинской карте.

14. При электронном ведении Медицинской карты после каждого осмотра и дневниковой записи должна указываться фамилия и инициалы врача, при распечатывании записи заверяются личной подписью или электронной цифровой подписью (при наличии) и вклеиваются в Медицинскую карту.

V. Особенности ведения Медицинской карты в отделении (палате) реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ)

1. В ОРИТ пациент наблюдается лечащим врачом профильного отделения и дежурным врачом-анестезиологом-реаниматологом.

2. При поступлении пациента в ОРИТ принимающий врач кратко описывает состояние пациента с указанием диагноза или ведущего синдрома, планируемого лечения.

3. Лечащий врач профильного отделения заполняет дневниковые записи на пациента, находящегося в ОРИТ, ежедневно.

4. В ОРИТ дневники записывают дежурные врачи-анестезиологи-реаниматологи не

реже 3-х раз в сутки. Записи в дневниках должны отражать динамику состояния пациента и важнейших показателей жизнедеятельности организма.

5. Заведующий ОРИТ ежедневно осматривает всех пациентов отделения. Заведующий профильным отделением осматривает пациентов своего профиля совместно с лечащим врачом не реже 3-х раз в неделю.

6. При переводе пациента из ОРИТ врач профильного отделения осматривает пациента в день перевода.

VI. Данные исследований

1. Результаты лабораторных, рентгенологических, функциональных и эндоскопических исследований должны быть подписаны медицинским работником, проводившим исследование, и вклеены в Медицинскую карту в течение суток с момента проведенного исследования.

2. При электронном оформлении результатов лабораторных тестов и заключений различных методов диагностики каждый распечатанный бланк должен быть заверен личной/электронной подписью медицинского работника, проводившего исследование, или заведующего лабораторным отделением.

3. В Медицинской карте должны храниться оригиналы лабораторных исследований с указанием даты взятия биоматериала (в случаях, предусмотренных приказом Министерства здравоохранения СССР от 04.10.1980 № 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения», дополнительно - времени забора), даты выдачи анализов, основные электрокардиограммы (при поступлении, выписке, важные для оценки динамики состояния), данные холтеровского мониторирования с ЭКГ, суточного АД с рисунками/графиками, отражающими имеющиеся отклонения и расчетными параметрами, данные лучевого исследования и др.

4. Запись врача лучевой диагностики, врача-эндоскописта, врача функциональной диагностики должна отражать полную картину исследуемого органа или системы, патологические изменения, функциональное состояние и ход проведения исследования. Заключение должно отражать найденные изменения и их интерпретацию. Запись должна быть подписана врачом, проводившим исследование (подпись и расшифровка).

VII. Листы врачебных назначений

1. Лист врачебных назначений является составной частью Медицинской карты. Лечащий врач записывает назначения четко, подробно, в форме, исключающей двоякое или произвольное толкование, указывает дату назначения и дату отмены лекарственных препаратов. Лист должен быть подписан лечащим врачом. В случаях одновременного назначения пяти и более лекарственных препаратов одному пациенту согласование назначения лекарственных препаратов заведующим отделением или ответственным дежурным врачом либо другим лицом, уполномоченным приказом главного врача медицинской организации, а также врачом – клиническим фармакологом (при наличии) может быть отражено в листе врачебных назначений либо по тексту в Медицинской карте <1>.

<1> п. 25 раздела II приказа Министерства здравоохранения РФ от 20.12.2012 № 1175н «Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения»

2. Лекарственные препараты пишутся с указанием торгового названия препаратов (при его отсутствии - международного непатентованного наименования или группировочного) с указанием дозы, кратности и пути введения.

3. В отделении (палате) реанимации и интенсивной терапии ведется форма № 011/у, где фиксируются основные параметры жизнедеятельности пациента. Форма подписывается врачом, медицинской сестрой.

VIII. Температурный лист (форма № 004/у)

Температурный лист заполняется на каждого пациента стационара (дневного стационара) медицинской сестрой. Записи динамики температуры производятся минимум два раза в день, изображаются графически. Артериальное давление отражается при каждом его измерении.

IX. Выписка, выписной эпикриз

1. Выписной эпикриз должен содержать в краткой форме историю настоящей госпитализации, диагноз, результаты лабораторных и дополнительных методов исследования, проведенное лечение, результат и рекомендации по дальнейшему лечению, обследованию и наблюдению, сведения о временной утрате нетрудоспособности.

2. Рекомендации по дальнейшему приему лекарственных препаратов должны содержать для каждого из них название на русском языке, лекарственную форму (таблетки, раствор и т.д.), разовую дозу и кратность приема в течение суток, планируемую длительность приема. Лекарственный препарат указывается в форме международного непатентованного названия (при отсутствии МНН указывается группировочное наименование). В случае непереносимости, существенных различий в эффекте, отсутствия международного непатентованного названия возможно употребление торгового наименования препарата.

3. Выписка из Медицинской карты стационарного больного (форма № 027/у, № 027-1/у) подписывается лечащим врачом и заведующим отделением с расшифровкой фамилий, заверяется печатью медицинской организации, на которой идентифицируется полное наименование медицинской организации в соответствии с учредительными документами.

4. При выписке работающего пациента из стационара оформляется листок временной нетрудоспособности, который выдается пациенту на все время нахождения в стационаре. Если пациент имеет непрерывный листок временной нетрудоспособности более 15 дней, его продление оформляется через врачебную комиссию медицинской организации <1>.

<1> Приказ Минздравсоцразвития РФ от 29.06.2011 № 624н «Об утверждении Порядка выдачи листков нетрудоспособности»

5. По желанию пациента ему могут быть выданы копии Медицинской карты и отдельных видов обследования. Копия Медицинской карты выдается по заявлению пациента с разрешения главного врача. По запросам пациентов с разрешения администрации им на руки для консультаций могут быть выданы стекла и блоки биопсийного материала и рентгеновские снимки с соответствующей отметкой в Медицинской карте. Медицинская карта хранится в архиве медицинской организации в течение 25 лет, решение о целесообразности дальнейшего хранения или уничтожения Медицинской карты принимается администрацией медицинской организации по истечении этого срока.

X. Смерть пациента

1. В случае смерти пациента в медицинской организации в Медицинской карте заполняется посмертный эпикриз. Посмертный эпикриз содержит краткую историю госпитализации, динамику симптомов, лабораторные тесты, подтверждающие диагноз, проведенное лечение. Детально, в хронологической последовательности описываются причина и обстоятельства наступления летального исхода и проведенные реанимационные мероприятия с указанием доз и путей введения лекарственных препаратов, длительности сердечно-легочной реанимации, количества и мощности разрядов дефибриллятора, критериев прекращения реанимационной помощи.

2. Диагноз оформляется с указанием основного (конкурирующего, сочетанного) заболевания, его осложнений, фоновых и сопутствующих заболеваний. В диагнозе необходимо четко сформулировать причину смерти.

3. В случае если смерть пациента 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 врачом приемного или реанимационного отделения, либо дежурным врачом.

4. Патологоанатомическое исследование должно быть проведено в соответствии с действующим законодательством <1>.

<1> ст. 67 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»; приказ Министерства здравоохранения РФ от 06.06.2016 № 354н «О порядке проведения патологоанатомических вскрытий

5. После проведения патологоанатомического исследования трупа в Медицинскую карту вклеивается протокол исследования с патологоанатомическим диагнозом и эпикризом, а в случае расхождения диагнозов – предположительная причина и категория расхождения.

6. В случае отказа законных представителей от проведения патологоанатомического исследования в соответствии с действующим законодательством оформляется заявление с обязательным указанием степени родства родственника (законного представителя) и мотивации. В резолюции ответственного лица медицинской организации указывается ссылка на пункт статьи закона, в соответствии с которым вынесено решение о проведении или отказе от проведения патологоанатомического исследования.