

## **Инструкция по оформлению Медицинской карты стационарного больного (ф.003/у).**

### **1. Введение**

Медицинские документы являются важнейшей составной частью лечебно-диагностического процесса, обеспечивая взаимодействие медицинских работников и описание всего того что происходило с пациентом во время пребывания в лечебном учреждении и что было предпринято для оказания ему медицинской помощи.

Внутриведомственный и вневедомственный контроль качества медицинской помощи предполагают знакомство с медицинской картой стационарного больного.

Увеличение количества досудебных и судебных разбирательств, развитие системы вневедомственного контроля, в т. ч. медико-экономического контроля, значительно повышают требования к ведению медицинской документации. В связи с этим возрастает роль регламентации заполнения, ведения и хранения медицинских карт стационарного больного, в отношении чего в настоящее время отсутствуют современные нормативные документы.

### **2. Общие требования к записям в Медицинской карте стационарного больного (ф.003/у).**

1. Записи должны производиться как можно быстрее после событий, касающихся оценки состояния пациента или результатов получаемого им лечения;
2. Записи должны выявлять факторы, которые нарушают принятый стандарт или подвергают больного риску;
3. При оформлении, в случаях, когда это возможно, следует использовать терминологию, понятную для пациента;
4. Записи должны обеспечивать "защиту" медицинского персонала от возможности жалобы или судебного иска;
5. Юридическая грамотность при написании;
6. Точное обозначение времени каждой записи;
7. Наличие даты и подписи, каждой записи, сделанной дополнительно, изменений и зачеркивания записей.
8. Использование исключительно общепринятых сокращений.

### **3. Цели ведения в ЛПУ медицинских карт стационарного больного.**

1. Описание достаточно полной картины касающейся состояния пациента его лечения, исходов лечения и другой необходимой информации.
2. Отражение любых возникающих у пациента проблем, действий в ответ на эти проблемы в конкретное время.
3. Описание реакций больного на вмешательства.
4. Соблюдение хронологии событий, влияющих на принятие клинических и организационных решений.
5. Отражение в медицинской документации социальных, физических, физиологических и других факторов, которые могут оказать влияние на пациента и течение патологического процесса.
6. Подтверждение очевидности того, что лечащий врач понимал значимость медицинской документации, соблюдал юридические аспекты своей деятельности и выполнил в должной мере свои обязанности.
7. Отражение рекомендаций, данных пациенту на момент завершения обследования и лечения при выписке из стационара.

#### Примечание:

*Лечащий врач должен постоянно помнить о юридической стороне ведения медицинских карт стационарного больного, соблюдая основные правила заполнения данных медицинских документов и их хранения.*

*Правильно оформленная первичная медицинская документация должна соответствовать этическим принципам, обеспечивать правильность принятия клинических решений медицинским персоналом.*

### **4. Общая характеристика Медицинской карты стационарного больного.**

Медицинская карта стационарного больного (форма 003/у) является основным медицинским документом стационара, который составляется на каждого поступившего в стационар больного. Срок ее хранения - 25 лет. Карта содержит все необходимые сведения, характеризующие состояние пациента в течение всего времени пребывания в стационаре, организацию его обследования и лечения, результаты объективных, лабораторно-диагностических и других исследований.

Данные медицинской карты стационарного больного позволяют контролировать правильность организации лечебно-диагностического процесса и используются для выдачи информации по запросам ведомственных учреждений, а также суда, следствия, прокуратуры и в других предусмотренных законодательством случаях, с разрешения администрации (главный врач или его заместители).

Медицинская карта является юридическим документом, записи в ней должны быть четкими и легко читаемыми. Допускается вклеивание листов с текстом, отпечатанным на печатной машинке или принтере, особенно в тех случаях, когда текст пишется в нескольких экземплярах (протокол операции, выписной эпикриз и т.д.). Все исправления оговариваются за подписью лечащего врача.

Замазывание, вклеивание исправленного текста не допускается, равным образом не разрешается внесение дополнительных записей без соответствующих оговорок.

Количество записей позволяет судить о качестве диагностического процесса. Грамотные, содержательные записи - свидетельство качественного лечебно-диагностического процесса.

## **5. Порядок заполнения лицевой стороны Медицинской карты стационарного больного.**

1. Лицевая сторона медицинской карты стационарного больного заполняется в приемном отделении медицинской сестрой совместно с врачом, осматривающим пациента при его поступлении (лечащим врачом, дежурным врачом, заведующим отделением). Временем поступления следует считать время, в которое дежурным врачом или заведующим отделением было принято решение о госпитализации в профильное отделение. Следует считать, что в случаях госпитализации по экстренным и срочным показаниям это время должно быть максимально коротким и не должно превышать 2 часа.

2. Информация о группе крови, резус-факторе, побочном действии лекарственных средств (непереносимости) фиксируются дежурным врачом (врачом приемного отделения, лечащим врачом) при первичном осмотре больного, за исключением случаев, когда эту информацию в достоверном виде (по медицинским или иным документам) получить невозможно. Факт о невозможности собрать необходимую информацию должен быть подтвержден соответствующей записью.

3. Диагноз клинический (п. 10) записывается на лицевой стороне медицинской карты стационарного больного не позднее 3 суток с момента его поступления в стационар и носит предварительный характер.

4. Диагноз заключительный клинический (п. 11) записывается в день выписки пациента из стационара в развернутом виде, в соответствии с унифицированными классификациями и современными требованиями к формулировке диагнозов. Диагноз должен быть обоснованным, т. е. соответствовать имеющимся в истории болезни данным. Формулируются основной и сопутствующий диагнозы, их осложнения, степень выраженности функциональных нарушений.

5. п. 13 в обязательном порядке заполняется, если больной подвергался хирургическому вмешательству, указывается

5.1 название операции,

5.2 дата (месяц, число, час),

5.3 метод обезболивания.

Подробное описание операции делается в журнале записи оперативных вмешательств в стационаре (форма 008/у).

6. Отметка выдаче документа, удостоверяющего факт временной нетрудоспособности, производится лечащим врачом в п. 15. Указывается номер и серия листков нетрудоспособности или номер справки (форма 095/у), исход случая временной нетрудоспособности и дата явки к врачу поликлиники, если случай временной утраты трудоспособности не закончен.

7. п. 16 (исход заболевания) заполняется в соответствии с Классификатором исходов заболеваний (приложение 2 к приказу Минздрава России о ведении в действие Отраслевого стандарта "Протоколы ведения больных. Общие требования").

8. Если позволяет состояние больного, ставится его подпись об ознакомлении его с правами и правилами внутреннего распорядка.

## **6. Требования к оформлению записей в ф.003/у в приемном отделении**

1. Больной, поступающий в отделения стационара в плановом порядке, осматривается врачом приемного отделения (дежурным, лечащим врачом), в течении двух часов с момента поступления. Медицинская карта стационарного больного врачом приемного отделения (дежурным врачом) заполняется сразу после осмотра пациента.

Лечащим врачом оформление медицинской карты осуществляется в полном объеме в соответствии с требованиями в течение текущего рабочего дня.

2. Больной, поступающий экстренно, осматривается дежурным врачом или заведующим отделением сразу после вызова в приемное отделение. При необходимости и наличии возможности, записи в медицинской карте стационарного больного дежурным врачом производятся непосредственно во время осмотра. Лечащим врачом история болезни оформляется сразу при поступлении больного в отделение. В субботние, воскресные, праздничные дни история болезни оформляется дежурным врачом полностью, независимо оттого, в плановом или экстренном порядке поступает больной.

Врач в приемном отделении оформляет медицинскую карту. При этом запись должна отражать:

А) Дату и время осмотра.

Б) Жалобы больного в порядке значимости, при этом жалобы детализируются;

В) Историю развития настоящего заболевания (излагается кратко, с указанием данных, непосредственно относящихся к заболеванию. Не следует ограничивать изложение истории настоящего заболевания ссылками на пребывание в различных лечебных учреждениях. В анамнезе заболевания должны быть отражены сведения, имеющие отношение к

течению настоящего заболевания или влияющие на тактику ведения пациента);

Г) Данные "экспертного" анамнеза (указываются в обязательном порядке,

**Примечание:**

*«экспертный» анамнез это информация о временной нетрудоспособности за последние 12 месяцев и количество дней временной нетрудоспособности по последнему случаю (с какого времени пациент имеет непрерывный листок нетрудоспособности).*

Д) Объективный статус (оценивается состояние больного, излагается краткое описание всех органов и систем, доступных осмотру. Наиболее подробно описываются выявленные патологические изменения. В случаях наличия повреждений, особенно криминального характера, они описываются максимально подробно, т. к. могут потребовать проведения судебно-медицинской экспертизы);

Примечание: *в случаях, когда по какой-либо причине (в следствии состояния больного и т.д.) выполнить вышеизложенные пункты не представляется возможным, об этом делается отметка с указанием причины.*

Е) Формулировку клинического диагноза или заключение о причинах имеющегося у больного состояния, которые носят предварительный характер.

Ж) План обследования;

З) Назначенное лечение.

Примечания:

*а) Объем оказанной в приемном отделении неотложной (в т.ч. реанимационной) помощи записывается с указанием времени;*

*б) В случае поступления больного в приемное отделение в состоянии, которое по тем или иным причинам привело к смерти в приемном отделении (агональное, состояние клинической смерти и др.), на него также оформляется история болезни, в которой указывается характер выявленной патологии, объем проведенных диагностических и лечебных мероприятий с максимально точным соблюдением и указанием хронологии, а так же диагноз, который может быть выставлен в предположительной форме.*

**7. Требования к оформлению записей в медицинской карте стационарного больного заведующим отделением**

1. Заведующий отделением осматривает больных, поступивших планово, не позднее 3-х дней с момента госпитализации.

2. Больные, поступившие экстренно, а так же тяжелые больные и больные средней степени тяжести осматриваются в день госпитализации или в первый рабочий день после поступления с отметкой о времени осмотра.

Допускается оформление записи первичного осмотра в отделении с заголовком «Совместный осмотр с заведующим отделением

(консультантом-специалистом)». В этом случае под записью ставятся подписи всех участников совместного осмотра.

3. Текущие осмотры заведующим отделением осуществляются не реже 1 раза в неделю. Запись осмотра заведующего отделением может быть оформлена как этапный эпикриз в тех случаях, когда она выполняет его функцию.

4. Интервалы осмотра пациентов, находящихся в тяжелом состоянии или состоянии средней тяжести, индивидуальны. Целесообразно также произвести осмотр больного за 1-2 дня до выписки, чтобы согласовать с лечащим врачом рекомендации и дальнейшую тактику ведения.

5. Запись осмотра заведующего отделением должна состоять из трех частей:

А) Констатирующая (по своему содержанию идентична дневниковой и отражает состояние больного (жалобы, оценку общего состояния, объективные данные)).

Б) Оценивающая (должна оценивать динамику состояния больного, как правило за период со времени предыдущего осмотра (например итог диагностического периода с уточнением формулировки диагноза, динамика послеоперационного периода)).

В) Решающая (должна содержать информацию о принятом заведующим решении о дальнейшей тактике обследования и лечения больного (объем дополнительных исследований, изменение проводимого лечения, необходимость операции, разрешение на выписку больного или его перевод в другое отделение)).

## **8. Требования к преемственности работы клинических отделений и отделения реанимации и интенсивной терапии**

1. Заведующий реанимационным отделением осматривает всех больных ежедневно.

2. Заведующий профильным отделением ведет дневники больных, находящихся в реанимационном отделении, также ежедневно.

3. В отделении реанимации вместо листа назначений ведется официальная ф.011/у «Лист основных показателей состояния больного, находившегося в палате реанимации и интенсивной терапии», в которой, кроме основных параметров жизнедеятельности, фиксируются все врачебные назначения.

4. При переводе больного из отделения реанимации оформляется переводной эпикриз.

5. Врач клинического отделения или дежурный врач осматривает больного не позже чем через час после поступления из реанимационного отделения, и записывает краткое клиническое представление о больном.

## **9. Требования к оформлению записей консультантов**

1. Наличие даты и времени проведения консультаций,

2. Ф.И.О. и специальность консультанта,

3. Описание патологических изменений,

4. Формулировку диагноза,
5. Рекомендации по дальнейшей тактике ведения больного.

Примечание: Согласно ст.8 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, рекомендации консультантов реализуются только по согласованию лечащим врачом, за исключение случаев, угрожающих жизни больного. То есть по закону за лечебно-диагностический процесс отвечает лечащий врач, консультант же несет ответственность опосредовано.

#### **10. Требования к записям консилиумов.**

Запись консилиума должна содержать:

1. Дату и время проведения консилиума,
2. ФИО председателя консилиума и всех его участников.
3. Причину и цель проведения.
4. Оценку состояния больного,
5. Совокупность данных о заболевании (жалобы больного, анамнез заболевания, значимые результаты дополнительных исследований и заключения консультантов, новые данные, полученные членами консилиума во время его проведения),
6. Заключение и рекомендации консилиума,
7. В случае, если мнения членов консилиума разноречивы, то каждое из них записывается отдельно, с кратким обоснованием.

Примечания:

- а) Возможно оформление консилиума как заседания Врачебной комиссии.*
- б) Записи консилиумов ведутся максимально подробно, в тексте учитывается мнение всех членов консилиума.*
- в) Рекомендации консилиума реализуются лечащим врачом по его усмотрению, так как вся полнота ответственности за лечение больного и исход заболевания ложится именно на него.*

#### **11. Требования к дневниковым записям в медицинской карте стационарного больного.**

1. Записи в медицинской карте делает лечащий врач.
2. Ведение врачом дневников (данные динамического наблюдения) должно осуществляться в зависимости от состояния больного, но не реже 3-х раз в неделю (Приказ Минздрава СССР от 09.06.86г. «О мерах по сокращению затрат времени медицинских работников на ведение медицинской документации и упразднении ряда учетных форм»).
3. Больным, находящимся в тяжелом состоянии записи делаются ежедневно. При необходимости записи больным, находящимся в тяжелом состоянии делаются от 2 до 4 раз в день.
4. Детям до 3 лет дневники заполняются ежедневно.

5. Обязательна дневниковая запись в день проведения переливания крови и ее компонентов (запись должна содержать информацию о показаниях к переливанию),
6. Обязательна дневниковая запись в день, следующий за днем проведения переливания крови и ее компонентов,
5. Больным, находящимся на лечении в отделении реанимации записи делаются по мере необходимости при изменении состояния, но не реже 4-х раз в сутки, если иное не предусмотрено действующими стандартами.
6. Дневниковая запись должна содержать информацию о:
  - а) дате осмотра,
  - а) оценке динамических изменений в состоянии пациента,
  - б) данных объективного статуса,
  - в) оценке клинически значимых результатов лабораторно-диагностических исследований.
  - г) время осмотра (при повторных записях в течении суток, в т.ч. в ОРИТ).

Примечания:

- а) в день выписки из стационара дневниковая запись должна быть максимально подробной.*
- б) записи о трансфузиях биологических жидкостей, введения наркотических и психотропных лекарственных средств и трамадола осуществляются в соответствии с нормативными документами, и заверяются подписью лечащего врача.*

## **12. Оформление согласия на медицинское вмешательство**

В соответствии со ст. 32 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина.

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет выразить ему свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, согласно ст. 32 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан вопрос о его проведении в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц ЛПУ.

В медицинской документации форма добровольного информированного согласия пациента должна быть зафиксирована в соответствии с п. 03.02.10 "Форма информированного согласия пациента при выполнении протокола и дополнительная информация для пациента и членов его семьи"

Отраслевого стандарта "Протоколы ведения больных. Общие требования", утвержденного приказом Минздрава России от 03.08.99 № 303.

Форма информированного согласия составляется с учетом особенностей для каждого пациента и должна включать общие сведения об:

- А) этиологии и патогенезе заболевания,
- Б) методах диагностики,

- В) методах лечения,
- Г) методах реабилитации,
- Д) методах первичной и вторичной профилактики,
- Е) перспективах и результатах медицинского вмешательства,
- Ж) возможных осложнениях, методах и результатах их коррекции,
- З) влиянии медицинского вмешательства на качество жизни.

Возможно создание нескольких форм информированного согласия больного, отражающих вопросы, связанные с диагностикой заболевания, отдельными методами профилактики, лечения и реабилитации конкретного заболевания.

При наличии потенциально опасных для жизни и здоровья пациента методов профилактики, диагностики и лечения врач должны выделить их в отдельный раздел информированного согласия и привести сведения о возможных осложнениях методах их профилактики и коррекции.

При разработке формы информированного согласия необходимо учитывать сложившиеся в стране традиции, особенности менталитета, национальные и религиозные ограничения.

Обязательна подпись пациентом и лечащего врача.

#### Примечание:

*а) Согласие на медицинское вмешательство в обязательном порядке оформляется не только в отделениях стационара хирургического профиля, но и во всех других, т. к. медицинское вмешательство - это обследование, лечение и иное действие, имеющее профилактическую, диагностическую, лечебную, реабилитационную, исследовательскую направленность, выполняемое врачом либо другим медицинским работником по отношению к конкретному пациенту.*

*б) Особое внимание следует уделять согласию пациента или его законного представителя на переливание крови и ее компонентов. В случаях повторных переливаний следует получать согласие на каждое повторное переливание.*

### **13. Оформление отказа от медицинского вмешательства**

В соответствии со ст. 33 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан гражданин или его законный представитель имеет право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения.

При отказе от медицинского вмешательства гражданину или его законному представителю в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия. Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается гражданином либо его законным

представителем, а также медицинским работником. В случае отказа подписать отказ этот факт следует отразить отдельной записью и заверить подписями присутствовавших при этом медицинских работников, желательно врачей.

Особое внимание следует уделять отказу пациента или его законного представителя на переливание крови и ее компонентов. Если показания к переливанию крови и ее компонентов сохраняются, то при повторных отказах их следует оформлять повторно.

#### **14. Требования к оформлению листа назначений**

1. Назначения записываются лечащим врачом четко, подробно, с указанием даты назначений и даты их отмены.
2. Записи лечащего врача должны исключать двоякое или произвольное толкование сделанных назначений.
3. Медицинская сестра осуществляет снятие записей в день назначения и ставит свою подпись.

#### Примечания:

*А) В случаях, когда используется препарат, приобретенный самим пациентом, рядом с записью о назначении делается отметка "препарат пациента".*

*Б) Рекомендации консультантов реализуются только после того, как лечащий врач внесет их в лист назначений.*

#### **15. Температурный лист**

1. Записи динамики температуры осуществляются 2 раза в сутки.
2. Температурный лист (ф.004/у) заполняется медицинской сестрой.
3. Медицинская сестра переносит данные о температуре, пульсе, дыхании и т.д. в температурный лист.
4. Медицинская сестра вычерчивает кривые этих показателей температуры, пульса, дыхания и т.д.

#### **16. Этапный эпикриз**

1. Оформляется не реже 1 раза в 15 дней.
2. Должен содержать:
  - а) оценку клинического состояния больного в динамике,
  - б) оценку результатов лабораторных исследований.
  - в) решение о тактике ведения пациента и прогноз.
  - г) уточнение "экспертного" анамнеза, (указывается количество дней временной нетрудоспособности по последнему случаю).

Примечание: *Этапный эпикриз может быть оформлен как один из обходов заведующего отделением.*

## **17. Выписной эпикриз**

При оформлении выписного эпикриза в обязательном порядке указывать:

1. ФИО больного.
2. Возраст (дату рождения).
3. Домашний адрес.
4. Место работы (для работающих граждан).
5. Даты поступления и выписки из стационара.
6. Тяжесть состояния и жалобы при поступлении.
7. Заключительный клинический диагноз, при постановке которого следует учитывать результаты проведенных исследований и консультаций специалистов.
8. Степень выраженности функциональных нарушений.
9. Результаты проведенных обследований.
  - А) В случаях, когда результат какого-либо обследования соответствует возрастнo-половой норме – результат.
  - Б) В случаях, когда результат какого-либо обследования существенно отклонялся от нормы и изменялся в динамике - как минимум, результат обследования при поступлении, результат, наиболее отклоняющийся от нормы и результат обследования при выписке больного из стационара.
  - В) Заключение рентгенологических, ультразвуковых, электрокардиографических и других исследований с указанием даты.
  - Г) При острой коронарной патологии к выписному эпикризу следует приложить одну из первых электрокардиограмм и одну из электрокардиограмм зарегистрированных у больного перед выпиской.
  - Д) При проведении операции в обязательном порядке указываются результаты обследований проведенных до операции, после ее проведения и перед выпиской больного из отделения.
10. При назначении медикаментозного лечения.
  - А) Без исключения все назначаемые больному лекарственные средства.
  - Б) В клинически значимых случаях – дозы и продолжительность лечения.
11. При проведении оперативного лечения
  - А) Дату и вид проведенной операции.
  - Б) Вид обезболивания.
  - В) Осложнения операции.
12. Состояние больного при выписке (удовлетворительное, средней степени тяжести и т.д.).
13. Динамику состояния в процессе лечения (улучшилось, ухудшилось, не изменилось).
14. Даты открытия и закрытия листка нетрудоспособности (в случаях, когда он выдавался) и дату выхода на работу или явки к врачу поликлиники.

15. Дату проведения заседания врачебной комиссии, его номер, содержание решения (в случаях, когда в период стационарного лечения больной представлялся на заседание врачебной комиссии).

16. Рекомендации по дальнейшей тактике ведения больного.

А) Продолжение медикаментозного лечения с указанием названий лекарственных средств, кратности приема, доз, а при необходимости - длительности лечения.

Б) Режим и диету.

6

необходимость той или иной манипуляции, о чем делает соответствующую запись в медицинской документации.

6. В случае изменения ранее намеченной тактики ведения больного дежурный врач обосновывает свое решение.

7. По завершению дежурства дежурный врач передает пациентов заведующему отделением (лечащему врачу), а в выходные дни - дежурному врачу, кратко отражает в медицинской карте стационарного больного динамические изменения за прошедший период времени.

Информация, подготовленная дежурным врачом, является предметом обсуждения на утренних конференциях.