

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КРЫМ
«РЕСПУБЛИКАНСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ
БОЛЬНИЦА ИМ. Н.А. СЕМАШКО»**

ПРИКАЗ

24.02.2023

г. Симферополь

№ 149

**Об утверждении требований к формам медицинской документации и
порядкам их ведения в
ГБУЗ РК «Республиканская клиническая больница им.Н.А.Семашко»**

Во исполнение приказа Министерства здравоохранения РФ от 05.08.2022г. №530н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара и порядков их ведения», в целях упорядочения ведения и использования первичной медицинской документации, обеспечения полноты и достоверности информации, отражающей деятельность учреждения

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

1.1. Перечень форм первичной медицинской документации, подлежащий дальнейшему использованию в учреждении и требования к их ведению, утвержденные приказом Минздрава России от 05.08.2022 № 530н (Приложение № 1).

1.2. Перечень дополнительных требований по ведению отдельных форм медицинской документации и содержанию записей (Приложение № 2).

1.3. Перечень требований к оформлению и подготовке к архивному хранению медицинской документации (Приложение № 3).

1.4. Форму «Лист назначений и их выполнение» (Приложение №4).

2. Назначить ответственным за ведение и использование медицинской документации в ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко» (далее-больница) заместителя главного врача по клинико-экспертной работе, врача-статистика Старовойтову А.И.

3. Ответственному за ведение и использование медицинской документации:

3.1. Провести инструктаж руководителей, врачей и медицинских сестер стационарных отделений о порядке ведения новых форм медицинской документации.

Срок – до 01.03.2023г.

3.2. Обеспечить с 1 марта 2023 года введение новых форм медицинской документации, для чего организовать их тиражирование в необходимом количестве.

3.3. Осуществлять постоянный контроль за ведением медицинской документации, качеством лечебно-диагностического процесса.

4. Семёновой Ю.А, заведующему отделом организационно-методической, статистической и клинико-экспертной работы, врачу-методисту:

4.1. внести соответствующие изменения в учетную и отчетную медицинскую документацию;

4.2. обеспечить постоянный контроль за оформлением, ведением медицинской документации, качеством лечебно-диагностического процесса врачами-методистами отдела организационно-методической, статистической и клинико-экспертной работы.

5. Заведующим отделениями:

5.1. ознакомить врачей вверенных отделений с приказом Министерства здравоохранения РФ от 05.08.2022г. №530н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара и порядков их ведения».

5.2. ознакомить врачей вверенных отделений с настоящим приказом под роспись.

5.3. использовать порядки ведения учетных форм, утвержденные приказом Министерства здравоохранения РФ от 05.08.2022г. №530н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара и порядков их ведения» при оформлении и ведении первичной медицинской документации.

5.3. обеспечить постоянный контроль за оформлением и ведением медицинской документации, качеством лечебно-диагностического процесса в вверенных отделениях.

5.4. обеспечить наличие настоящего приказа в «Папке заведующего отделением».

6. Начальнику отдела автоматизированной системы управления Матюшкину Ю.А. разместить данный приказ на официальном сайте больницы.

7. Приказ ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко» от 06.05.2022г. №408 «Об утверждении «Методических рекомендаций по оформлению и ведению медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях (ф.№003/у)» в ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко» считать утратившим силу.

8. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Главный врач

В.А.Фурсова

**Перечень форм первичной медицинской документации, подлежащих использованию в
ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко» с 01.03.2023 и требования к их ведению**

№ п/п	Название формы	Номер Приложений	Номер формы	Контроль полноты заполнения
1.	Журнал учета приема пациентов и отказов в оказании медицинской помощи в стационарных условиях, в условиях дневного стационара согласно настоящему приказу	1, 2 (к приказу МЗ РФ от 05.08.2022г. №530н)	001/у	Заведующий приемным отделением
2.	<p>Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара, в том числе:</p> <ul style="list-style-type: none"> • первичный осмотр врачом приемного отделения (дежурным врачом или лечащим врачом); • осмотр лечащим врачом, врачом-специалистом, заведующим отделением, лечащим врачом совместно с врачом-специалистом, лечащим врачом совместно с заведующим отделением; • предоперационный осмотр врачом-анестезиологом-реаниматологом; • предоперационный эпикриз; • протокол оперативного вмешательства (операции); • протокол анестезиологического пособия; • карта проведения анестезиологического пособия; • лабораторный мониторинг и проведения анестезиологического пособия, интенсивной терапии; • карта проведения реанимации и интенсивной терапии; • лист назначений и их выполнение; • лист регистрации трансфузии (переливания) донорской крови и (или) ее компонентов; • лист регистрации показателей жизненно важных функций организма; • лист учета лучевой нагрузки; 	3, 4 (к приказу МЗ РФ от 05.08.2022г. №530н)	003/у	Заведующий отделением

	<ul style="list-style-type: none"> • выписной (переводной) эпикриз. 			
3.	Лист ежедневного учета движения пациентов и коечного фонда медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара	5, 6 (к приказу МЗ РФ от 05.08.2022г. №530н)	007/у	Старшая медицинская сестра профильного отделения
4.	Журнал учета оперативных вмешательств (операций) в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара	7, 8 (к приказу МЗ РФ от 05.08.2022г. №530н)	008/у	Старшая медицинская сестра оперблока
5.	Сводная ведомость учета движения пациентов и коечного фонда медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара	9, 10 (к приказу МЗ РФ от 05.08.2022г. №530н)	016/у	Врач-статистик
6.	Статистическая карта выбывшего из медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара	11, 12 (к приказу МЗ РФ от 05.08.2022г. №530н)	066/у	Врач-статистик

**Перечень дополнительных требований по ведению медицинской документации в ГБУЗ РК
«РКБ им. Н.А. Семашко»**

№	Наименование документа и требования к оформлению
1.	Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара
1.1	<i>Заполнение лицевой стороны</i>
	<p>Заполнение лицевой стороны медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара (далее – МК) в приемном отделении выполняется медицинской сестрой/медицинским регистратором в электронном виде, в локальной медицинской информационной системе ЕМИСЗ РК.</p> <p>При заполнении паспортных данных они тщательно сверяются с паспортом пациента, а также с данными карты-направления учреждения, из которого он поступил. Ведение записей со слов пациента не допускается. Все записи должны производиться четким, разборчивым почерком, светостойкими чернилами, шариковой ручкой, либо с использованием печатающих лазерных устройств.</p> <p>Определение группы крови по системе АВ0 и резус-принадлежности организуется в отделении лечащим/дежурным врачом, прошедшим обучение по вопросам трансфузиологии. После получения из клинико-диагностической лаборатории результата, подтверждающего исследования на группу крови и резус-принадлежность крови пациента данные результата исследования лечащий/дежурный врач выносит на лицевую сторону титульного листа медицинской карты и скрепляет своей подписью. Запрещается переносить данные о группе крови и резус-принадлежности крови пациента на титульный лист с других документов.</p> <p>При выбытии пациента на лицевой стороне указывается код _____.</p>
1.2	<i>Первичный осмотр</i>
	<p>Пациент, поступающий в отделения больницы в плановом порядке, осматривается врачом отделения (дежурным, лечащим врачом), в течение двух часов с момента поступления. Оформление МК осуществляется в полном объеме в течение текущего рабочего дня.</p> <p>Пациент, поступающий экстренно, осматривается дежурным врачом или заведующим отделением незамедлительно. При необходимости и наличии возможности, записи в медицинской карте стационарного больного дежурным врачом производятся непосредственно во время осмотра.</p> <p>Запись должна отражать: дату и время осмотра; жалобы в порядке значимости; историю развития настоящего заболевания с указанием данных, непосредственно относящихся к заболеванию; «экспертный» анамнез с</p>

	<p>указанием информации о временной нетрудоспособности за последние 12 месяцев и количество дней временной нетрудоспособности по последнему случаю; объективный статус; формулировку клинического диагноза или заключение о причинах имеющегося у пациента состояния, которые носят предварительный характер; план обследования и лечения.</p> <p>Примечания: В случае поступления пациента в состоянии, которое по тем или иным причинам привело к смерти в приемном отделении (агональное, состояние клинической смерти и др.), на него также оформляется МК, 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.</p>
1.3	<i>Оформление записей заведующим профильного отделения</i>
	<p>Заведующий отделением осматривает пациентов, поступивших в плановом порядке, не позднее 3-х дней с момента госпитализации.</p> <p>Пациенты, поступившие экстренно, а также тяжелые 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 (врачом специалистом)». В этом случае под записью ставятся подписи всех участников совместного осмотра.</p> <p>Текущие осмотры заведующим отделением осуществляются не реже 1 раза в неделю. Запись осмотра заведующего отделение может быть оформлена как этапный эпикриз в тех случаях, когда она выполняет его функцию.</p> <p>Интервалы осмотра пациентов, находящихся в тяжелом состоянии или состоянии средней тяжести, индивидуальны. Целесообразно также произвести осмотр пациента за 1-2 дня до выписки, чтобы согласовать с лечащим врачом рекомендации и дальнейшую тактику ведения.</p> <p>Запись осмотра заведующего отделением должна состоять из трех частей: констатирующая (по своему содержанию идентична дневниковой и отражает состояние пациента на момент осмотра); оценивающая (отражает динамику состояния пациента, как правило за период со времени предыдущего осмотра) и заключительная (содержит информацию о принятом заведующим решении о дальнейшей тактике обследования и лечения)</p>
1.4	<i>Дневниковые записи</i>
	<p>Дневниковые записи в медицинской карте делает лечащий врач. Ведение врачом дневников (данные динамического наблюдения) должно осуществляться в зависимости от состояния пациента, но не реже 3-х раз в неделю. Детям до 3 лет дневники заполняются ежедневно. Пациентам, находящимся в тяжелом состоянии записи делаются ежедневно, при необходимости до 4 раз в сутки. Обязательна дневниковая запись в день проведения переливания крови и ее компонентов (запись должна содержать информацию о показаниях к переливанию), а также в день, следующий за</p>

днем проведения переливания крови и ее компонентов.

Дневниковая запись должна содержать информацию о дате осмотра, времени осмотра (при повторных записях в течении суток, в т.ч. в АРО), оценке динамических изменений в состоянии пациента; данных объективного статуса; оценке клинически значимых результатов лабораторно-диагностических исследований.

При переводе пациента из отделения реанимации врач клинического отделения или дежурный врач осматривает пациента не позже, чем через час после поступления из реанимационного отделения, и записывает краткое клиническое представление о пациенте.

По завершению дежурства дежурный врач передает пациентов заведующему отделением (лечащему врачу), а в выходные дни - дежурному врачу, кратко отражает в медицинской карте стационарного пациента динамические изменения за прошедший период времени. Информация, подготовленная дежурным врачом, является предметом обсуждения на утренних конференциях.

Оперирующий хирург (лечащий врач-хирург) ежедневно ведет дневниковые записи по результатам осмотра послеоперационного пациента весь период его пребывания в АРО. В дневниках отражаются все манипуляции проводимые с пациентом (удаление дренажей, трубок, перевязки и др.). Оценивается общее состояние пациента, отражается динамика симптомов, основные параметры жизнедеятельности, состояние послеоперационной раны, индивидуальные особенности течения п/операционного периода. Дневниковая запись должна содержать не только констатирующую часть, но и аналитическую.

Дневники наблюдения в послеоперационном периоде хирургом записываются с кратностью: при состоянии средней тяжести – ежедневно; при тяжелом состоянии – через 4-6 часов. В дневниках отражаются: динамика состояния, основные параметры жизнедеятельности, детально описывается локальный статус, в том числе, состояние послеоперационной раны, манипуляции, проводимые пациенту (удаление дренажей, трубок, перевязки), указывается дата снятия швов.

Примечания:

а) В день выписки из стационара (отделения) 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.

1.5

Записи в отделении анестезиологии и реанимации (АРО)

Заведующий реанимационным отделением осматривает всех пациентов ежедневно. Заведующий профильным отделением обеспечивает ежедневные осмотры специалистами и контролирует ведение дневников

пациентов, находящихся в реанимационном отделении. В отделении реанимации вместо листа назначений ведется реанимационная карта АРО, в которой, кроме основных параметров жизнедеятельности, фиксируются все врачебные назначения. Пациентам, находящимся на лечении в отделении дневники записываются ежедневно в течение первых трех дней с момента операции, затем через день при удовлетворительном состоянии и благополучном течении послеоперационного периода. При состоянии средней тяжести – ежедневно, при тяжелом состоянии – через 4-6 часов.

В случаях проведения каких-либо врачебных манипуляций (перевязки, санация бронхиального дерева, установка катетера в периферические и центральные сосуды, различные виды диагностических пункций полостей и органов (стернальная, плевральная, люмбальная, суставная, брюшной полости), переливание крови, ее компонентов и кровезаменителей, подготовка и проведение эндоскопических исследований с возможной лечебно-диагностической биопсией, экстракорпоральные методы лечения, гипербарическая оксигенация) делается соответствующая запись в медицинской карте с указанием даты и времени проведения данной манипуляции.

При переводе пациента из отделения реанимации врачом реаниматологом оформляется переводной эпикриз.

1.6.

Предоперационный осмотр анестезиолога

Осмотр анестезиолога является обязательной записью в МК для всех видов обезболивания (вне зависимости от плановой или экстренной анестезии), кроме местной анестезии. Осмотр пациента анестезиолог проводит только после лечащего врача (и при наличии записи в карте пациента). В случае проведения плановой операции осмотр анестезиолога проводится накануне дня операции.

В осмотре отражаются: особенности анамнеза (аллергические реакции), сопутствующие заболевания, лекарственные препараты, которые принимал пациент, курение табака, употребление алкоголя, наркотиков, осложнения предыдущих анестезий, наличие гемотрансфузий. Указываются данные объективного осмотра: АД, пульс, частота дыхания; особенности лабораторного и инструментального обследования; характер предстоящей операции, предоперационная подготовка. В плане анестезиологического пособия указывается следующая информация: премедикация, анестезия (общая, регионарная), индукция анестезии, поддержание анестезии, манипуляции, применение основных и специальных методик. Оценка риска операции проводится по общепринятым критериям.

Дети, с целью определения операционно-анестезиологического риска, для выбора метода анестезии и проведения предоперационной подготовки, осматриваются врачом-анестезиологом-реаниматологом перед плановым хирургическим вмешательством не позднее чем за сутки до предполагаемой операции, а в случае экстренного вмешательства - сразу после принятия решения о необходимости его выполнения.

При необходимости дети направляются на дополнительное обследование.

	<p>Перед проведением анестезии дети повторно осматриваются врачом-анестезиологом-реаниматологом.</p> <p>Результаты осмотров оформляются врачом-анестезиологом-реаниматологом в виде заключения, которое вносится в медицинскую документацию детей.</p>
1.7	<p><i>Предоперационный эпикриз</i></p>
	<p>Оформляется перед выполнением хирургического вмешательства. Содержит обоснования: показаний и предполагаемому объему оперативного вмешательства; необходимости планового и экстренного оперативного вмешательства; отражения диагноза по основному и сопутствующим заболеваниям; степени выраженности функциональных нарушений; абсолютных или относительных противопоказаний к операции; адекватности предоперационной подготовки; плана операции; степени риска оперативного вмешательства; согласие пациента на операцию;</p>
1.8	<p><i>Дневник наблюдения за пациентами после оперативных вмешательств</i></p>
	<p>Ведется перевязочными операционными медицинскими сестрами.</p> <p>В дневнике регистрируются: Ф. И. О. пациента, возраст, пол, возраст; номер медицинской карты пациента; наличие факторов риска (сахарный диабет, ожирение); дата и вид оперативного вмешательства, анатомическая область оперативного вмешательства (грудина, голень и т.д.); состав хирургической бригады; оценка состояния повязки (сухая, чистая, др.), визуальная оценка шва послеоперационной раны (состоятельность шва, отек, гиперемия, некроз); отделяемое; оценка установленных дренажей (фиксация, количество отделяемого по дренажам); использование антисептических средств, лекарственных препаратов; дата удаления дренажей, электродов, подключичного катетера; дата снятия швов; забор материала на бактериологическое исследование</p> <p>Сведения о выполненных перевязках заполняются до момента отмены перевязок. Врач и перевязочная сестра, выполняющие перевязку, подтверждают достоверность сведений дневника своей подписью.</p> <p>Дневник является составной частью медицинской карты пациента. По завершении ведения, клеивается и сдается вместе с медицинской картой в архив.</p>
1.9	<p><i>Записи консультантов</i></p>
	<p>Должны содержать: дату и времени проведения консультаций; Ф. И. О. и специальность консультанта; описание патологических изменений; формулировку диагноза; рекомендации по дальнейшей тактике ведения пациента, включающие в обязательном порядке маршрутизацию в соответствии с профильными Порядками оказания медицинской помощи.</p>
1.10	<p><i>Консилиум</i></p>
	<p>Запись консилиума врачей в медицинской карте пациента производится лечащим врачом и содержит: дату и время проведения консилиума; ФИО</p>

	<p>председателя консилиума и всех его участников; причину и цель проведения; оценку состояния пациента; совокупность данных о заболевании (жалобы пациента, анамнез заболевания, значимые результаты дополнительных исследований и заключения консультантов, новые данные, полученные членами консилиума во время его проведения); заключение и рекомендации консилиума.</p> <p>В случае, если мнения членов консилиума разноречивы, то каждое из них записывается отдельно, с кратким обоснованием.</p> <p>Рекомендации консилиума реализуются лечащим врачом по его усмотрению, так как вся полнота ответственности за лечение пациента и исход заболевания ложится именно на него.</p>
1.11	<p>Этапный эпикриз</p>
	<p>Оформляется не реже 1 раза в 10 дней. Должен содержать: оценку клинического состояния пациента в динамике; оценку результатов лабораторных исследований; решение о тактике ведения пациента и прогноз; уточнение «экспертного» анамнеза, (указывается количество дней временной нетрудоспособности по последнему случаю).</p> <p>Примечание: этапный эпикриз может быть оформлен в один из обходов с заведующим отделением</p>
1.12	<p>Выписной (переводной) эпикриз</p>
	<p>Выписной эпикриз содержит: Ф. И. О. пациента, возраст (дату рождения), даты поступления и выписки из стационара, тяжесть состояния и жалобы при поступлении; заключительный клинический диагноз, степень выраженности функциональных нарушений, результаты проведенных обследований.</p> <p>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 пациента из стационара.</p> <p>При проведении операции в обязательном порядке указываются результаты обследований проведенных до операции, после ее проведения и перед выпиской пациента из отделения.</p> <p>При назначении медикаментозного лечения все назначаемые лекарственные средства с указанием доз и продолжительность лечения.</p> <p>При проведении оперативного лечения указывается дата и вид проведенной операции, вид обезболивания, осложнения операции.</p> <p>Указывается состояние при выписке; динамика состояния в процессе лечения; даты открытия и закрытия листка нетрудоспособности и дата выхода на работу или явки к врачу поликлиники; дата проведения заседания врачебной комиссии, его номер, содержание решения (в случаях, когда в период стационарного лечения пациент представлялся на заседание врачебной комиссии); рекомендации по дальнейшей тактике ведения пациента</p>

	<p>(продолжение медикаментозного лечения с указанием названий лекарственных средств, кратности приема, доз, а при необходимости – длительности лечения; режим и диета, необходимость той или иной манипуляции).</p> <p>Примечание:</p> <p>а) Выписной эпикриз выполняется в печатном виде в двух экземплярах, один из которых остается в медицинской карте, второй выдается на руки пациенту (его законному представителю).</p> <p>б) Выписной эпикриз подписывается лечащим врачом и заведующим отделением с расшифровкой фамилий.</p> <p>в) Экземпляр, выдаваемый на руки пациенту (его законному представителю), заверяется печатью или штампом больницы.</p> <p>г) Пациент (законный представитель) должен быть ознакомлен с выпиской и рекомендациями под роспись</p>
1.13	<i>Посмертный эпикриз</i>
	<p>Оформляется по образцу выписного эпикриза с описанием причин и обстоятельства наступления летального исхода. Если летальный исход наступил до осмотра лечащим врачом профильного отделения (выходные, праздничные дни), посмертный эпикриз оформляется врачом анестезиологом-реаниматологом ОАР, лечившим пациента совместно с врачом-специалистом (или заведующим) профильного отделения.</p> <p>Заключительный клинический диагноз в посмертном эпикризе должен быть изложен с максимальной достоверностью, информативностью и полнотой, сформулирован с подразделением его на: основное заболевание (комбинированное сочетанное или конкурирующее); фоновое заболевание; осложнения основного заболевания; сопутствующие заболевания; выполненные манипуляции.</p>
1.14	Иные формы документов, включенные в состав МК в учреждения
1.14.1	<i>Согласия/отказы на выполнения вмешательств, обработку персональных данных</i>
	<p>Подписываются пациентом или его законным представителем на этапе оформления МК, хранятся вместе с МК.</p> <p>Решение о проведении медицинского вмешательства без согласия гражданина принимается консилиумом врачей, а в случае, если собрать консилиум невозможно, – непосредственно лечащим (дежурным) врачом с внесением такого решения в медицинскую документацию пациента и последующим уведомлением (не позднее следующего рабочего дня) должностных лиц больницы (главного врача или заместителя главного врача по профилю заболевания), гражданина, в отношении которого проведено медицинское вмешательство, одного из родителей или иного законного представителя пациента.</p>

1.14.2	<i>Правила лечебно-охранительного режима пациентов в стационарных отделениях</i>
	<p>При поступлении в отделение медсестра в течение 1 дня с момента поступления пациента в отделение обязана ознакомить пациента с правилами поведения, режимом дня, общественной и личной гигиены, утвержденных в больнице.</p> <p>Ознакомление подписывается пациентом и подклеивается в МК.</p>
1.14.3	<i>Лист регистрации показателей жизненно важных функций организма</i>
	<p>Записи динамики температуры осуществляются 2 раза в сутки (и более, при необходимости) медицинской сестрой. В листе регистрации показателей жизненно важных функций организма медицинской сестрой делаются отметки, о ЧДД, показатели сатурации и диуреза (по назначению врача), ежедневная отметка о массе тела и росте пациента.</p>
1.14.4	<i>Карта сестринского наблюдения</i>
	<p>Ведется медицинской сестрой, подписывается в конце каждой рабочей смены. Контроль за ведением Карты осуществляет старшая медицинская сестра отделения. По завершении ведения вклеивается и сдается вместе с медицинской картой в медицинский архив.</p>
1.14.5	<i>Лист оценки риска падений</i>
	<p>Лечащий/дежурный врач в течение 24 часов после госпитализации пациента в отделение указывает в карте планирования результатов лечения категорию риска падения: обычный, средний, высокий. В первичном осмотре/дневнике МК указывается также: больничный режим; режим эвакуации. При необходимости назначает услугу по маркировке пациента с высоким риском падений.</p>
1.14.6	<i>Формы, составляющих документацию МК по разделу «Трансфузиология», в том числе:</i>
1.14.6.1.	<i>Протокол определения группы крови по системам АВО и Rh- фактор (Ф 2.2/02-180) (Приказ Минздрава России от 20.10.2020 № 1134н)</i>
	<p>Заполняется врачом, проводившим первичное определение группы крови перед оперативным вмешательством, переливанием компонентов крови. Указываются фамилия и инициалы, дата и подпись врача. Одновременно выполняется направление образца крови реципиента в лабораторию для подтверждающего исследования.</p>
1.14.6.2.	<i>Заключение о подборе крови для переливания пациенту (проба на совместимость перед переливанием компонентов крови)</i>
	<p>Исследование проводится и оформляется врачом лаборантом по утвержденной форме. подтверждается фамилией и инициалами, датой выполнения и подписью врача лаборанта</p>
1.14.6.3.	<i>Протокол трансфузии донорской крови и ее компонентов (Приказ Минздрава России от 28.10.2020 № 1170н)</i>
	<p>Заполняется врачом, проводившим гемотрансфузию. Заполнение дневников</p>

	протокола выполняется в табличном варианте за требуемые промежутки времени (через час, через два часа, через три часа) после завершения гемотрансфузии
1.14.6. 4.	<i>Протокол интраоперационной гемодилюции (аутодонорство)</i>
	Протокол заполняется врачом-трансфузиологом
1.14.7	Формы, составляющих документацию МК по разделу «Реабилитация», в том числе:
1.14.7. 1.	<i>Заключение мультидисциплинарной реабилитационной команды (МДРК, МРК) при поступлении взрослого пациента на 2 этап стационарной реабилитации (Приказ Минздрава России от 31.07.2020 № 788н)</i>
	Заключение МДРК (МРК) при поступлении содержит: определение уровня курации; первичную оценку по МКФ; реабилитационный потенциал и его оценку (вероятность реализации реабилитационного потенциала) по окончании курса медицинской реабилитации; оценку по шкале реабилитационной маршрутизации (далее – ШРМ), цели проведения реабилитационных мероприятий; факторы, ограничивающие проведение реабилитационных мероприятий в стационарных условиях, индивидуальный план медицинской реабилитации.
1.14.7. 2.	<i>Оценка реабилитационного статуса взрослого пациента в динамике с учетом заключений специалистов, МДРК на 2 этапе</i>
	Документ формируется при проведении реабилитационных мероприятий в стационарных условиях по разделам, обозначенным при поступлении
1.14.7. 3.	<i>Заключение МДРК (реабилитационный эпикриз), по оценке эффективности проведенных реабилитационных мероприятий взрослого пациента, по окончании курса медицинской стационарной реабилитации на 2 этапе (взрослые)</i>
	Заключение МРК формируется перед выпиской и содержит: оценку динамики по МКФ; реабилитационный потенциал и его оценка в динамике; оценку по динамике шкалы реабилитационной маршрутизации (ШРМ); достижение цели проведения реабилитационных мероприятий; эффективность этапа реабилитации; реабилитационный прогноз; факторы, ограничивающие проведение реабилитационных мероприятий на амбулаторном этапе реабилитации; уровень курации; медицинские рекомендации
1.14.7. 4.	<i>Лист учета выполнения ребенком ЛФК по схеме реанимации /кардиохирургическое отделение. 1 этап</i>
	Используется для записи данных о ребенке, который проходит реабилитацию после выполнения кардиохирургического вмешательства
1.14.7. 5.	<i>Индивидуальная реабилитационная карта пациента кардиохирургического отделения для 2-го этапа</i>
	Карта содержит установленные контролируемые показатели с их регистрацией при «Ежедневном контроле физической активности и выполненных процедур ЛФК». Заполняется Карта инструктором ЛФК

1.14.8	Формы, составляющих документацию МК при выполнении диагностических исследований, в том числе:
1.14.8. 1.	<i>Протоколы функциональных методов диагностики</i>
	<p>Протоколы выполняемых исследований содержат: наименование медицинской организации в соответствии с уставом медицинской организации, в которой проводилось функциональное исследование, адрес ее места нахождения; дату и время функционального исследования; фамилию, имя, отчество (при наличии) пациента, дату его рождения; технологические характеристики проведенного функционального исследования; подробное описание результатов проведенного функционального исследования; расчетные показатели функциональных нарушений; заключение по результатам функционального исследования; фамилию, имя, отчество врача функциональной диагностики проводившего анализ результатов функционального исследования, контактный телефон (при наличии), адрес электронной почты (при наличии).</p>
1.14.8. 2.	<i>Протоколы ультразвуковых методов исследования</i>
	<p>Протоколы выполняемых исследований содержат: наименование Учреждения, адрес его местонахождения; дату и время проведения ультразвукового исследования; фамилию, имя, отчество (при наличии) пациента, дату его рождения; номер медицинской карты стационарного больного или медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях; значимую для интерпретации результатов ультразвукового исследования информацию; название ультразвуковой диагностической системы и тип датчика (датчиков) с указанием его (их) диапазона частот; область ультразвукового исследования; название, дозировку и способ введения ультразвукового контрастного препарата (при ультразвуковом исследовании с контрастным усилением); название, дозировку и способ введения лекарственных препаратов, использованных для анестезии; информацию о наличии осложнений ультразвукового исследования; подробное описание результатов проведенного ультразвукового исследования с необходимыми измерениями (в том числе описание выявленных патологических изменений и вариантов развития); заключение по результатам ультразвукового исследования с указанием: стандартизированных шкал оценки результатов; ультразвуковых признаков: заболеваний (болезней); травм; физиологических или патологических состояний; врожденных пороков развития (в том числе внутриутробно); неспецифических изменений; заболеваний и состояний, которые позволяют сформировать дифференциально-диагностический ряд; фамилию, имя, отчество (при наличии), подпись врача ультразвуковой диагностики, проводившего ультразвуковое исследование.</p>
1.14.8. 3.	<i>Протоколы лучевых исследований</i>
	<p>В протоколах исследований должно быть отражено: Ф. И. О. пациента, дата рождения, дата и время проведения исследования, номер МК, отделение, протокол исследования, заключение, Ф. И. О. врача проводившего исследование, подпись.</p>

1.14.8. 4.	<i>Проколы клинических лабораторных исследований</i>
	<p>Результаты проведения клинических лабораторных исследований медицинским работником, их проводившим, формируется отчет о результатах клинических лабораторных исследований который содержит: наименование, адрес электронной почты медицинской организации (лаборатории); фамилию, имя, отчество (при наличии) пациента, пол, дату его рождения, номер истории болезни; дату и время поступления биоматериала; наименование биоматериала, с использованием которого проводились клинические лабораторные исследования; тип пробы или указание локализации, откуда был взят биоматериал и способ взятия (при необходимости); метод исследования (при необходимости); результаты клинических лабораторных исследований, выраженные в соответствующих единицах измерения в сопоставлении с референтными интервалами с использованием четырех видов шкал (количественная, номинальная, описательная и порядковая); заключение по результатам клинических лабораторных исследований (при необходимости), требующих оценки врача клинической лабораторной диагностики; дату выполнения исследования; фамилию, имя, отчество (при наличии) и должность медицинского работника, проводившего исследование.</p>
1.14.8. 5.	<i>Протоколы микробиологических исследований</i>
	<p>Заключение оформляется в форме электронного документа и содержит: фамилию, имя, отчество (при наличии), пол пациента, дату его рождения; дату поступления биоматериала в лабораторию; наименование биоматериала; результат микробиологического исследования; сведения об использованных медицинских изделиях «in vitro» диагностики с указанием тест-системы (название, номер лота/серии, срок годности) и оборудования (название анализатора) при проведении исследований для диагностики социально значимых инфекций иммунохимическими методами (иммуноферментный анализ, иммунохемилюминесцентный анализ и другие); фамилию, имя, отчество (при наличии), должность медицинского работника, выполнившего микробиологическое исследование и составившего Заключение, его подпись.</p>
1.14.8. 6.	<p><i>Протокол эндоскопического исследования /операции (название эндоскопического исследования/операции по номенклатуре) (Приказ Минздрава России от 06.12.2017 № 974н «Об утверждении Правил проведения эндоскопических исследований»)</i></p>
	<p>Протокол по результатам эндоскопического исследования, которое проводилось в Учреждении, направившей пациента на эндоскопическое исследование, содержит: наименование медицинской организации в соответствии с уставом медицинской организации, в которой проводилось эндоскопическое исследование; адрес ее местонахождения; дату и время эндоскопического исследования; фамилию, имя, отчество (при наличии) пациента, дату его рождения; характер выявленных изменений исследуемого органа (ткани); информацию о патологических процессах (заболеваниях, достоверно выявляемых при эндоскопическом исследовании), которые могут обуславливать обнаруженные изменения исследуемого органа (ткани); заключение по результатам эндоскопического исследования; фамилию, имя, отчество (при наличии) врача-эндоскописта, проводившего эндоскопическое</p>

	<p>исследование.</p> <p>Бланк с заключениями передается в отделение и вклеивается в медицинскую карту постовой медсестрой отделения в течение 24 часов с момента проведенного исследования. У пациентов с экстренными показаниями исследований результат должен быть передан в клиническое отделение незамедлительно.</p>
2.	<p>Статистическая карта выбывшего из медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара</p>
	<p>Заполняется на всех выбывших из стационара автоматизировано в электронном виде, в ПО ЕМИСЗ РК «Промед». Вводится приложение к статистической карте, которое заполняется в электронном виде, в МИС учреждения и включает информацию об инвазивном диагностическом исследовании, влияющем на уровень оплаты случая лечения, о кодах Росздравнадзора и серийных номерах расходного материала, о кодах группы ВМП и метода лечения, коэффициенты сложности лечения пациента.</p>
3.	<p>Журнал учета приема пациентов и отказов в оказании медицинской помощи в стационарных условиях, в условиях дневного стационара</p>
	<p>Ведется, в соответствии с требованиями приказа МЗ РФ от 05.08.2022г. №530н (приложение №2), в электронном виде. Отчетным периодом ведения журнала в форме электронного документа считать с 1 числа месяца по последний включительно. При окончании отчетного периода, журнал подписывается с использованием электронной квалифицированной подписи заведующим приемного отделения (в случае его отсутствия – лица, исполняющего обязанности), распечатывается на бумажном носителе, прошивается, страницы должны быть пронумерованы.</p> <p>В случае сбоя в работе медицинской информационной системе ЕМИСЗ РК, временно, до восстановления её работы, журнал ведется на бумажном носителе. При восстановлении работы медицинской информационной системе ЕМИСЗ РК, сведения с бумажного носителя должны быть перенесены в программный продукт.</p>

Требования к оформлению и подготовке к архивному хранению медицинской документации

№	Требования к оформлению и подготовке к архивному хранению медицинских карт стационарного больного
1.	Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара, в том числе
1.1	Формирование
	<p>МК формируется в отделениях из документов, откладываемых при каждой госпитализации пациента самостоятельным томом. Каждый том медицинской карты должен содержать не более 100-150 листов.</p> <p>В зависимости от количества листов документы медицинские карты в несколько самостоятельных томов, номера томам присваиваются в хронологическом порядке их заведения.</p> <p>В МК включаются все относящиеся к ней документы: направления, выписные эпикризы, вкладные листы, листы врачебных назначений, температурные листы, электрокардиограммы, осциллограммы, энцефалограммы, описание рентгеновских исследований и другие материалы обследования пациента, информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и отказ от медицинского вмешательства, договор возмездного оказания (платных) медицинских услуг (при их наличии).</p> <p>Документы в МК подшиваются в нее в хронологическом порядке с записями врачей. Результаты исследований, полученные после его выписки, также подшиваются в МК в хронологическом порядке.</p> <p>В процессе ведения медицинской карты необходимо проверять правильность оформления документов в соответствии с установленными требованиями (наличие подписей врачей, даты осмотра пациента врачами и другие).</p> <p>При группировке документов в историю болезни необходимо соблюдать строгую хронологическую последовательность.</p>
1.2	Оформление медицинской карты, передаваемой в архив
	<p>Начальной датой медицинской карты стационарного больного является дата поступления пациента в стационар. Датой окончания – дата выписки или смерти пациента.</p> <p>Медицинские карты, подготовленные к сдаче в архив больницы, должны быть подшиты и соответствующим образом оформлены.</p> <p>Листы медицинской карты подшиваются в обложки нитками в 3-4 прокола на расстоянии не более 2-2,5 см от края листа. Листы должны быть подшиты таким образом, чтобы осуществлялся свободный доступ к чтению текста, снятию ксерокопии и т.д. Металлические скрепления (булавки, скрепки и т.п.) должны быть удалены из дел. При прошивке необходимо следить, чтобы не были прошиты сложенные в несколько раз длинноформатные результаты исследований (например, электрокардиограммы, реанимационные или анестезиологические карты и др.).</p> <p>Все листы МК, кроме чистых листов, нумеруются простым графитным карандашом или нумератором в правом верхнем углу листа, не задевая текста. Листы медицинской карты, разделенной на тома, нумеруются по каждому тому отдельно. Лист формата, подшитый за один край, нумеруется как один лист. Лист, сложенный вдвое и пришитый за середину, нумеруется как два листа. Если к листу подклеены одним краем другие документы,</p>

например, направления на госпитализацию, анализы и т.п., то они нумеруются отдельным листом; лист с наглухо наклеенными документами, фотографиями, электрокардиограммами и т.п., нумеруется как один лист.

В конце каждого тома медицинской карты на отдельном листе составляется заверительная надпись, в которой цифрами и прописью указывается количество листов в данной медицинской карте, оговариваются особенности нумерации. Заверительная надпись подписывается сотрудником, составившим ее, разборчиво, с указанием должности сотрудника и даты составления надписи.

МК лиц, обслуживаемых на договорной основе, формируются отдельно от медицинских карт лиц, обслуживаемых в лечебно-профилактических учреждениях.

2.

Журналы
(операционные журналы, журналы поступления пациентов)

Журналы должны быть прошиты, страницы – пронумерованы. На последней странице должна присутствовать заверительная надпись. На обложку журнала должна выноситься вся необходимая информация.

В операционных журналах обязательно проверяется наличие подписей (с расшифровкой и указанием на должности) лиц, принимавших участие в операции (хирург, ассистент, анестезиолог и т.д.).

На операционные журналы и на журналы поступления пациентов составляются отдельные описи, оформляемые в соответствии с правилами, составления описей.

