

Министерство здравоохранения Донецкой народной республики
Министерство образования и науки Донецкой народной республики
ГБПОУ «Донецкий медицинский колледж»

**МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА
открытого теоретического занятия**

**Тема: Правила и порядок оформления медицинской
документации в медицинских организациях**

**Название учебной дисциплины: ПМ.02 МДК .02.01 «ВЕДЕНИЕ
МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ, ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
НАХОДЯЩЕГОСЯ В РАСПОРЯЖЕНИИ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА»**

Курс: 1

Специальность: 34.02.01 «Сестринское дело»

Форма обучения: очная

Количество часов: 2

Разработчик:
преподаватель Попова Т.В.

.

Донецк, 2025

Организация разработчик: Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение «Донецкий медицинский колледж» (ГБПОУ «Донецкий медицинский колледж»).

Разработчик: Попова Татьяна Валериевна, преподаватель ГБПОУ «Донецкий медицинский колледж» высшей квалификационной категории.

Рецензент: Паниева Наталья Петровна, преподаватель ГБПОУ «Донецкий медицинский колледж» высшей квалификационной категории.

Рассмотрено и одобрено
на заседании ЦК
профессиональной и практической
подготовки основ сестринского дела
Протокол от 18.10.2024г. № 3
Председатель  Паниева Н. П.

СОДЕРЖАНИЕ

1. АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ:.....	4
2. ОБЩИЕ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ	4
ЛИТЕРАТУРА:.....	6
<i>Приложение №1</i>	<i>8</i>
<i>Приложение № 2</i>	<i>10</i>
<i>Приложение № 3.....</i>	<i>19</i>
<i>Приложение №4</i>	<i>20</i>
<i>Приложение №5</i>	<i>21</i>

1. Актуальность темы:

Знание и понимание системы охраны здоровья Российской Федерации, ее нормативно-правовых, организационных, финансовых основ является неотъемлемой частью профессиональной квалификации медицинских работников. Четкое понимание нормативно-правового регулирования процессов оказания медицинской помощи необходимо медработнику для полноценной реализации основных принципов охраны здоровья и прав граждан при обращении за медицинской помощью и ее получении, формирования высокого уровня правовой культуры и правомерного профессионального поведения медработника, обеспечивающего достижение надлежащего качества медицинской помощи.

2. Общие и профессиональные компетенции

Медицинская сестра должна обладать общими и профессиональными компетенциями:

ОК 01. Выбирать способы решения задач профессиональной деятельности применительно к различным контекстам

ОК 02. Использовать современные средства поиска, анализа и интерпретации информации и информационные технологии для выполнения задач профессиональной деятельности

ОК 03. Планировать и реализовывать собственное профессиональное и личностное развитие, предпринимательскую деятельность в профессиональной сфере, использовать знания по финансовой грамотности в различных жизненных ситуациях

ОК 04. Эффективно взаимодействовать и работать в коллективе и команде

ОК 05. Осуществлять устную и письменную коммуникацию на государственном языке Российской Федерации с учетом особенностей социального и культурного контекста

ОК 09. Пользоваться профессиональной документацией на государственном и иностранном языках

ПК 2.1. Заполнять медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа

ПК 2.2. Использовать в работе медицинские информационные системы и информационно-телекоммуникационную сеть «Интернет»

ПК 2.3. Контролировать выполнение должностных обязанностей находящимся в распоряжении медицинским персоналом

В результате освоения профессионального модуля обучающийся должен:

Владеть навыками:

- ведения медицинской документации, в том числе в форме электронного документа;

- использования медицинских информационных систем и информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»;

- проведение работы по контролю выполнения должностных обязанностей, находящимся в распоряжении медицинским персоналом;

Уметь:

- заполнять медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа;

- использовать в работе медицинские информационные системы и информационно-телекоммуникационную сеть «Интернет»;

- использовать в работе персональные данные пациентов и сведения, составляющие врачебную тайну;

- осуществлять контроль за выполнением должностных обязанностей находящегося в распоряжении медицинского персонала

Знать:

- правила и порядок оформления медицинской документации в медицинских организациях, в том числе в форме электронного документа;

- правила работы в медицинских информационных системах и информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»;

- основы законодательства Российской Федерации о защите персональных данных пациентов и сведений, составляющих врачебную тайну;

- должностные обязанности находящегося в распоряжении медицинского персонал

Междисциплинарные связи:

ОП.01 Основы латинского языка с медицинской терминологией; ОП.04. Фармакология

ОП. 05 Гигиена и экология человека;

ОП. 06 Основы микробиологии, вирусологии и иммунологии; ПМ.01 Проведение профилактических мероприятий;

ПМ. 02 Участие в лечебном и реабилитационном процессах;

ПМ.03 Оказание доврачебной помощи при неотложных и экстремальных ситуациях.

Внутридисциплинарные связи:

МДК 07.01; 04.01. Теория и практика сестринского дела; МДК 07.02;

04.02. Безопасная среда для пациента и персонала

Оснащение занятия:

технические средства обучения: компьютер, мультимедийная установка (проектор);

наглядные средства: мультимедийная презентация;

раздаточный материал: методическая разработка для преподавателя.

Литература:

Основная

1. Основы сестринского дела: курс лекций. Сестринские технологии: учебник/Л.И.Кулешова. Е.В.Пустоветова; под ред. В.В.Морозова – Ростов н\Д: Феникс, 2018

Дополнительная

2. СанПин 3.2.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней».

3. Национальный стандарт РФ «Технологии выполнения простых медицинских слуг. Функционального обследования» ГОСТ Р 52623.1-2008.

4. Практическое руководство к предмету "Основы сестринского дела" [Электронный ресурс] : учеб. пос. / Мухина С.А., Тарновская И.И. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018.

5. Приказ Минздрава СССР от 29.12.1978 N 1282 «О введении измененных форм статистической отчетности учреждений и органов здравоохранения об инфекционных заболеваниях и
утверждении медицинской документации».

6. Основы сестринского дела. Алгоритмы манипуляций : учебное пособие /Н. В. Широкова [и др.] – М. : ГЭОТАР – Медиа, 2016. – 160с.

7. Приказ Минздрава СССР от 29.12.1978 N 1282 «О введении измененных форм статистической отчетности учреждений и органов здравоохранения об инфекционных заболеваниях и утверждении медицинской документации».

Ход занятия

№ п\п	Элементы занятия, учебные вопросы	Методы и приемы обучения
1.	Организационный момент Приветствие студентов. Сообщение темы и плана занятия. Тема: «Прием пациента в стационар. Ведение документации»	Преподаватель приветствует студентов, проверяет готовность аудитории и студентов к занятию, в соответствии с требованиями, регистрирует присутствующих
2.	Постановка целей и задач занятия. Приемное отделение – одно из важнейших лечебно – диагностических отделений больницы. От организации профессиональной помощи медперсоналом зависит успех последующего лечения, а так же жизнь пациентов. Приёмное отделение является своего рода зеркалом ЛПУ, именно там	

	пациенты сталкиваются впервые со стационаром и его сотрудниками. От того, как их встретят, как о них позаботятся, часто зависит психологический настрой на лечение и выздоровление. Здесь огромную роль играют культура общения и поведения медиков, правильная организация их труда.	
3.	Профессионально - ориентированная мотивация изучаемой темы. Приём пациента в различные отделения стационара осуществляется через приёмное отделение. Исключением являются инфекционное и родильное отделения, которые имеют самостоятельные приёмные отделения. Медсестра приемного отделения является первым медицинским работником, с которым встречается пациент, поступающий на стационарное лечение, поэтому часто от поведения медсестры зависит психологическое состояние пациента. Беседуя с пациентом, медсестра приемного отделения должна проявить терпение, задавая вопросы, корректные по форме и тактичные по содержанию. Деонтологические аспекты поведения медсестры приемного отделения подразумевают быстрее оказание медицинской помощи пациенту (вызов дежурного врача, консультантов, лаборантов, быстрое оформление документов, а часто и оказание неотложной помощи). При приеме пациентов не должно быть никакого деления по социальному положению (бизнесмен или бомж), все пациенты имеют право получить при необходимости квалифицированную медицинскую помощь	
4.	Формирование новых знаний, понятий Изложение нового материала в соответствии с планом занятия. План: 1. Устройство и функции приемного отделения стационара. 2. Содержание деятельности сестринского персонала приемного отделения. 3. Прием и регистрация пациентов. 4. Пути госпитализации пациентов в стационар. 5. Медицинская документация приемного отделения стационара.	Словесные, наглядные методы. Метод информационных технологий (мультимедийная презентация) Конспект
5.	Перерыв (проветривание аудитории)	Здоровьесберегающие технологии. Перерыв проводится в соответствии с расписанием занятий.
6.	Закрепление изученного материала	(приложение № 2) Решение проблемно- ситуационной задачи (с использованием мультимедийной презентации)
7.	Подведение итогов занятия	Ответы на вопросы. Оценка преподавателем работы студентов.
8	Сообщение домашнего задания и рекомендации по его выполнению. Аналитическая работа с конспектом лекции и учебной литературой: Основы сестринского дела: курс лекций, сестринские технологии/ Л.И.Кулешова, Е.В.Пустоветова, 2018 - 296-306 Практическое руководство к предмету «Основы сестринского дела». С.А.Мухина, И.Н.Тарновская 2018. (электронный ресурс), стр 131-151 2. Подготовка доклада по темам: «Проблемы пациента и родственников в первые часы пребывания в стационаре»; «Виды лечебно–профилактических учреждений»	Повторение и закрепление пройденного материала.

Тестовые задания
(исходный уровень).

Инструктаж: «Вашему вниманию предлагается задание, в котором может быть один правильный ответ. Отметить буквы правильных ответов».

1. Все поступающие в стационар больные регистрируются в:
 - а) журнале регистрации амбулаторных больных
 - б) журнале учета приема больных и отказов в госпитализации
 - в) медицинской карте стационарного больного
2. При поступлении в приемное отделение ЛПУ тяжелобольного, медсестра должна в первую очередь:
 - а) оформить необходимую документацию
 - б) провести сан. гигиеническую обработку
 - в) срочно вызвать дежурного врача
3. Объем выполнения санитарной обработки определяет:
 - а) старшая медсестра отделения
 - б) дежурная медсестра
 - в) врач
4. Влажная уборка в кабинете дежурной м/с приемного отделения проводится не менее:
 - а) двух раз в сутки
 - б) трех раз в сутки
 - в) через каждый час
5. Больного, поступившего с подозрением на инфекционное заболевание, размещают в :
 - а) смотровой
 - б) лаборатории
 - в) изоляторе
6. После осмотра пациента врачом, данных для госпитализации нет, пациента отпускают домой, о чем делается запись в:
 - а) журнале телефонограмм
 - б) журнале регистрации амбулаторных больных
 - в) журнале учета приема больных и отказов в госпитализации
7. Медсестра приемного отделения ЛПУ заполняет:
 - а) лист назначения
 - б) титульный лист медицинской карты стационарного больного
 - в) температурный лист
8. Для сан. гигиенической обработки больных в приемном отделении есть:
 - а) изолятор
 - б) санузел
 - в) санпропускник
9. Учетная форма N 003/у – это:
 - а) экстренное извещение об инфекционном заболевании
 - б) журнал учета приема больных и отказов в госпитализации
 - в) медицинская карта стационарного больного

10. Учетная форма N 058/у – это:

- а) экстренное извещение об инфекционном заболевании
- б) журнал учета приема больных и отказов в госпитализации
- в) медицинская карта стационарного больного

11. К функциям приемного отделения относят:

- а) транспортировка в отделение;
- б) заполнение температурного листа;
- в) лечение пациента;
- г) перевод в другие лечебные учреждения

12. Пациентов, нуждающихся в экстренной помощи доставляют в:

- а) приемное отделение;
- б) реанимационное отделение;
- в) лечебное отделение;
- г) поликлинику

13. Виды приемных отделений:

- а) амбулаторного типа;
- б) стационарного типа;
- в) децентрализованного типа;
- г) общего типа.

14. При поступлении пациента медсестра заполняет:

- а) температурный лист;
- в) статистический талон;
- б) алфавитную книгу;
- г) паспортную часть медицинской карты стационарного больного.

15. Через приемное отделение поступают все пациенты, кроме:

- а) пациентов с огнестрельными ранениями
- б) пациентов с тяжкими телесными повреждениями;
- в) инфекционных больных;
- г) пациентов без сознания.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

№ вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
№ ответа	б	в	в	а	в	в	б	в	в	а	а	б	в	г	в

Этико - деонтологическое обеспечение

1. Медсестра приемного отделения является первым медицинским работником, с которым встречается пациент, поступающий на стационарное лечение, поэтому часто от поведения медсестры зависит психологическое состояние пациента.

2. Беседуя с пациентом, медсестра приемного отделения должна проявить терпение, задавая вопросы, корректные по форме и тактичные по содержанию.

3. Деонтологические аспекты поведения медсестры приемного отделения подразумевают быстрее оказание медицинской помощи пациенту (вызов дежурного врача, консультантов, лаборантов, быстрое оформление документов, а часто и оказание неотложной помощи).

4. При приеме пациентов не должно быть никакого деления по социальному положению (бизнесмен или бомж), все пациенты имеют право получить при необходимости квалифицированную медицинскую помощь.

1. Устройство и функции приемного отделения стационара.

Приемное отделение — одно из важнейших лечебно-диагностических отделений больницы. От организации профессиональной помощи медперсоналом зависит успех последующего лечения, а также жизнь пациента.

При централизованной системе планировки больницы лечебные и диагностические отделения расположены в одном корпусе, там же и приемное отделение. При павильонной (децентрализованной) — приемное отделение располагают в отдельном здании или в отдельных лечебных корпусах. На базе централизованного приемника организуют справочную службу больницы.

Основной поток пациентов поступает через центральное приемное отделение. Прием инфекционных пациентов, рожениц осуществляют децентрализованно в соответствующие подразделения (*инфекционное отделение, роддом*) в целях соблюдения санэпидрежима. Больных, требующих неотложной помощи по жизненным показаниям, доставляют в реанимационное отделение, минуя приемное.



Работа приёмного отделения протекает в строгой последовательности:

- 1) регистрация больных;
- 2) врачебный осмотр;
- 3) санитарно-гигиеническая обработка.

В такой же последовательности расположены и помещения приемного отделения.

Приемное отделение включает:

1. Зал ожидания — в нём находятся пациенты, не нуждающиеся в постельном режиме, и сопровождающие пациентов лица. Здесь должны стоять стол и достаточное количество стульев. На стенах вывешивают сведения о режиме работы лечебных отделений, часах беседы с лечащим врачом, перечне продуктов, разрешённых для передачи больным, для пациентов и их сопровождающих.

2. Регистратуру — в этом помещении проводят регистрацию поступающих больных и оформление необходимой документации.

3. Смотровые кабинеты (один или несколько): предназначен для врачебного осмотра больных с постановкой предварительного диагноза и определением вида санитарно-гигиенической обработки, антропометрии, термометрии и при необходимости других исследований, например, электрокардиографии (ЭКГ).

4. Процедурный кабинет, перевязочная, малая операционная — для оказания неотложной помощи.

5. Санпропускник — для санитарной обработки пациентов (ванна, комната для переодевания)

6. Изолятор с отдельным санузлом — для больных, у которых подозревается инфекционное заболевание.

7. Кабинет дежурного врача.

8. Кабинет заведующего приёмным отделением.

9. Помещение для хранения одежды поступивших больных.

10. Санузел.

Лаборатория и рентгенкабинет могут быть в структуре отделения или расположены поблизости.



Функции приемного отделения:

1. Прием и регистрация пациентов.
2. Обследование и диагностика пациентов.
3. Санитарная обработка пациентов.
4. Квалифицированная медицинская помощь.
5. Транспортировка пациентов в лечебные отделения по профилю заболевания.

2. Содержание деятельности сестринского персонала приемного отделения.

Обязанности медсестры приемного отделения:

1. Оформление медицинской документации.
2. Оказание неотложной доврачебной помощи.
3. Выполнение врачебных назначений.
4. Приглашение при необходимости врачей-консультантов.
5. Проведение санитарной обработки пациента.
6. Термометрия.
7. Определение показателей физического состояния (пульса, АД, ЧДД, антропометрических данных).
8. Осмотр и при необходимости — проведение противопедикулезных мероприятий.
9. Информирование центров ОГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии», эпидемиологический отдел о выявлении инфекционного или педикулезного пациента.
10. Поддержание и соблюдение санитарно-противоэпидемических мероприятий в различных подразделениях приемного отделения.
11. Транспортировка пациентов в лечебные отделения.

3. Прием и регистрация пациентов.

Если пациент доставлен в приемное отделение в состоянии средней тяжести, то кроме оформления перечисленной документации, м/с приемного отделения обязана оказать пациенту первую доврачебную помощь в пределах своей компетенции (остановка наружного кровотечения, сердечно-легочная реанимация, удаление инородного тела при закупорке дыхательных путей и т. п.). Оказывая помощь, она должна вызвать врача.

Если пациент не в состоянии сообщить сведения, необходимые для регистрации, их можно получить у сопровождающих его лиц и/или медицинского персонала скорой медицинской помощи. Дополнить или уточнить сведения о пациенте можно после улучшения состояния его здоровья.

Если у тяжелобольного пациента есть документы и/или ценности, м/с принимает их на хранение, составляя соответствующую опись в двух экземплярах. Документы и ценности пациента, находящегося в бессознательном состоянии и доставленного «скорой помощью», принимают по описи, сделанной в сопроводительном листе персоналом «скорой помощи».

При поступлении пациента в отделение реанимации (минуя приемное отделение) оформление необходимой документации производит сестра отделения реанимации с последующей регистрацией пациента в приемном отделении (соответствующие сведения заносят в «Журнал госпитализации»).

Если пациент доставлен в МО по поводу внезапного заболевания, возникшего вне дома, особенно угрожающего его жизни, а также в случае смерти пациента, м/с приемного отделения обязана дать телефонограмму родственникам, сделав соответствующую запись в «Журнале телефонограмм». Также следует поступить при госпитализации (перевode) пациента в другую МО.

После осмотра пациента врачом часто возникает необходимость в дополнительных инструментальных или лабораторных клинических исследованиях, а также в консультации другого специалиста (невропатолога, хирурга, травматолога, гинеколога и т. д.). Вызов лаборанта, других специалистов для уточнения диагноза тоже входит в обязанности м/с приемного отделения.

Осмотрев пациента, врач записывает в «Медицинскую карту стационарного больного» результаты осмотра, необходимые медицинские мероприятия, а на титульном листе указывает способ санитарной обработки и транспортировки, которые зависят от состояния пациента; наименование отделения. После этого м/с приемного отделения транспортирует пациента в лечебное отделение вместе с необходимой документацией.

Всю МЕДИЦИНСКУЮ ДОКУМЕНТАЦИЮ оформляет сестра приемного отделения после осмотра пациента врачом и решения им вопроса о госпитализации больного в данное лечебное учреждение.

Медсестра:

- измеряет температуру тела пациента и записывает ее в «Журнал учета приема больных и отказа в госпитализации» (ФОРМА №001 У);
- оформляет титульный лист «Медицинской карты стационарного больного» (форма №003 у) или истории болезни;
- заполняет паспортную и левую сторону «Статистической карты вышедшего из стационара (форма № 066 у).

При необходимости в дополнительных инструментальных и лабораторных клинических

исследованиях, консультациях вызывает всех необходимых специалистов.

По окончании дежурства сведения обо всех госпитализированных и находящихся в диагностических палатах приемного отделения пациентах заносятся в алфавитную книгу (для справочной службы).

4. Прием и хранение вещей и ценностей

Вещи и ценности госпитализированных больных, согласно описи, сдаются на хранение в больницу.

В приемном отделении выделяется специальное помещение для временного хранения вещей больных. Постоянное хранение вещей больных проводится на вещевом складе больницы.

В приемном отделении проводится опись вещей больного, и они затариваются в специальные чехлы с карманом для хранения обуви. В вечернее и ночное время вещи больного находятся в комнате временного хранения, а утром дежурным персоналом сдаются на вещевой склад.

Ответственность за сохранность вещей больного до сдачи их на вещевой склад несет медицинская сестра приемного отделения, а после сдачи на вещевой склад (под расписку на квитанции) - старшая медсестра приемного отделения.

Деньги и ценности больных передаются дежурной медицинской сестре с росписью на корешке квитанции.

Документы о сдаче на хранение вещей, документов, денег, ценностей:

- приемная квитанция заполняется медсестрой приемного отделения в 2-х экземплярах на сданные больным на хранение вещи и документы. Один из экземпляров хранится в истории болезни до выписки (смерти) больного;

В случаях, когда больной при поступлении в стационар не сдает ни вещей, ни денег, ни ценностей на титульном листе истории болезни делается отметка: "вещи, документы у больного на руках".

5. Пути госпитализации пациентов в стационар.

В зависимости от способа доставки пациента в больницу и его состояния различают следующие виды госпитализации пациентов:

1. Плановая госпитализация осуществляется:

- по направлению участкового врача в случае неэффективного лечения в амбулаторных условиях;
- перед проведением экспертизы медико-социальной экспертной комиссии (МСЭК);
- по направлению военкомата;
- переводом из других лечебно-профилактических учреждений (по договорённости с администрацией).

2. Экстренная госпитализация осуществляется при несчастных случаях, травмах, острых заболеваниях и обострении хронических заболеваний машиной скорой медицинской помощи. Если больного доставляют в приёмное отделение в состоянии средней тяжести и тем более в тяжёлом состоянии, то ещё до регистрации медицинская сестра обязана оказать больному первую медицинскую помощь, срочно пригласить к больному врача и быстро выполнить все врачебные назначения. Пациент может поступить, минуя приёмное отделение, в отделение реанимации.

3. Поступление пациентов в приёмное отделение стационара без направлений при самостоятельном обращении больного в случае ухудшения его самочувствия (самотёком, с улицы). Врач приёмного отделения осматривает больного и решает вопрос о необходимости его госпитализации в данное лечебное учреждение. В случае госпитализации медицинская сестра осуществляет регистрацию пациента и оформляет необходимую медицинскую документацию.

4. Переводят из других МО (отделений) по договоренности с администрацией.

В зависимости от тяжести состояния пациента всю информацию при заполнении истории болезни получают от самого пациента, а если он без сознания — от сопровождающих его лиц или родственников. При поступлении пациента без документов и сопровождающих его лиц необходимо сообщить в органы милиции о том, что поступил «неизвестный».

Персонал приемного отделения обязан известить родственников пациента, если он был доставлен машиной «скорой помощи», по поводу заболевания, наступившего вне дома.

После регистрации пациент направляется в смотровой кабинет для осмотра врачом и постановки диагноза. Если диагноз неясен, врач может назначить дополнительные исследования (лабораторные, эндоскопические, УЗИ)' или консультацию узкого специалиста. Дежурный врач решает, в какое отделение должен быть направлен пациент. Если диагноз остается неясным, пациента после санитарной обработки помещают в диагностическую палату приемного отделения, где обследуют, наблюдают, диагностируют, а затем уже направляют в соответствующее отделение. Пациенту, не нуждающемуся в стационарном лечении, оказывают помощь и направляют на лечение в поликлинику по месту жительства. Результаты осмотра, обследования, назначения врача, а также характер санитарной обработки и вида транспортировки пациента вписываются врачом

5. Медицинская документация приемного отделения стационара.

Приказ Минздрава РФ от 30.12.2002 N 413 "Об утверждении учетной и отчетной медицинской документации".

В Федеральном законе от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» очень часто встречается термин «медицинская документация». Частью 4 статьи 22 Федерального закона закреплено право пациента либо его законного представителя на непосредственное ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья. Частью 7 статьи 20 Федерального закона установлено, что информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство¹ или его отказ от медицинского вмешательства, оформленное в письменной форме, и подписанное пациентом, содержится в медицинской документации пациента.

Понятие медицинской документации

Медицинская документация — документы установленной формы, предназначенные для регистрации данных о состоянии здоровья населения и отдельных лиц, отражающих характер, объем и качество оказываемой медицинской помощи, лечебных, диагностических, профилактических, санитарно-гигиенических и других мероприятий для её оптимальной организации, а также анализа деятельности и управления службами здравоохранения.

Значение медицинской документации при оказании медицинской помощи

Медицинская документация отражает всю работу медицинского персонала. Она

служит для связи между врачами лечебно-профилактических учреждений и медицинскими сестрами, обслуживающими пациентов.

На основании медицинской документации осуществляется контроль за деятельностью медицинских работников ЛПУ, а также всего здравоохранения в целом. Медицинские документы служат как материалом планирования и развития лечебно-профилактической помощи в России, так и материалом научной и педагогической работы. Таким образом, медицинская документация имеет государственное, научное и практическое значение.

Основным (первичным) медицинским документом стационара является «Медицинская карта стационарного больного» (уч. ф. 003/у). Медицинская сестра несет юридическую ответственность за наличие истории болезни.

Основные требования, предъявляемые к заполнению медицинской учетной документации: достоверность, медицинская грамотность, полнота и своевременность записей. Медицинская учетная документация по своему характеру относится к документам сугубо служебного назначения и должна быть доступна только лицам, профессионально с ней связанным.

Цели заполнения документации:

1. Ведения статистического учета, на основании которого осуществляют планирование, прогнозирование и обеспечение здравоохранения
2. Отражение лечебно-диагностического процесса, который проходит пациент, чтобы иметь возможность наблюдать динамику процесса, провести его анализ, внести коррективы.
- 3.
4. Обеспечения преемственности между средним медицинским персоналом и врачами.
5. Контроль за содержанием и использованием материально-технических средств, которые применяются в ЛПУ
6. Учета выполненной работы и рабочего времени медперсонала.
7. Осуществления научной и педагогической работы

Ответственность, связанная с ненадлежащим ведением медицинской документации

Поскольку медицинская документация, а именно первичная, удостоверяет факты и события, которые важны с юридической точки зрения, действующим законодательством предусмотрена административная и уголовная ответственность в следующих случаях:

- нарушение правил хранения, комплектования, учета или использования архивных документов, за исключением случаев, предусмотренных статьей 13.25 (статья 13.20 Кодекса РФ об административных правонарушениях);
- служебный подлог: внесение должностным лицом в официальные документы заведомо ложных сведений, а равно внесение в указанные документы исправлений, искажающих их действительное содержание, если эти деяния совершены из корыстной или иной личной заинтересованности (при отсутствии признаков преступления, предусмотренного частью первой статьи 292.1 настоящего Кодекса) (статья 292 Уголовный кодекс РФ);
- похищение, уничтожение, повреждение или сокрытие официальных документов, штампов или печатей, совершенные из корыстной или иной личной заинтересованности (часть

1 статьи 325 Уголовного кодекса РФ);

- фальсификация доказательств по гражданскому делу лицом, участвующим в деле, или его представителем (статья 303 Уголовного кодекса РФ).

Следует отметить, что ненадлежащее заполнение медицинской документации лишает зачастую медицинскую организацию возможности доказать свою невиновность в судебном процессе, что естественно может привести к принятию судьей решения не в пользу медицинской организации.

5.1. Документация приемного отделения

1. Учетная форма №001/у - "Журнал учета приема больных и отказов в госпитализации". Ведется раздельно два журнала: один - на госпитализированных, второй - на больных, которым отказано в госпитализации, из числа направленных станцией скорой медицинской помощи и лечебно-профилактическими учреждениями.

Журнал служит для регистрации больных, поступающих в стационар. Записи в журнале позволяют разрабатывать данные о поступивших больных, о частоте и причинах отказов в госпитализации. Журнал ведется в приемном отделении больницы, один на всю больницу.

В журнал записывается каждый больной, обратившийся по поводу госпитализации, независимо от того, помещается ли он в стационар или ему отказано в госпитализации.

2. Учетная форма N 003/у - "Медицинская карта стационарного больного".

Заполняется на всех госпитализированных пациентов.

Медицинская карта стационарного больного является основным медицинским документом стационара, который составляется на каждого поступившего в стационар больного. Ведется всеми больницами, стационарами диспансеров, клиниками вузов и НИИ, а также санаториями.

Карта содержит все необходимые сведения, характеризующие состояние больного в течение всего времени пребывания в стационаре, организацию его лечения, данные объективных исследований и назначения. Данные медицинской карты стационарного больного позволяют контролировать правильность организации лечебного процесса и используются для выдачи справочного материала по запросам ведомственных учреждений (суд, прокуратура, экспертиза и др.).

3. Учетная форма №066/у - "Статистическая карта выбывшего из стационара".

В приемном отделении заполняется паспортная часть формы N 066/у вместе с историей болезни (форма N 003/у).

«Статистической карты выбывшего из стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении, дневного стационара при амбулаторно-поликлиническом учреждении, стационара на дому» (далее Карта выбывшего) является статистическим учетным документом, содержащим сведения о пациенте, выбывшем из стационара (дневного стационара).

Заполняется на всех выбывших из стационара (дневного стационара) любого типа, в том числе родильниц. Она заполняется также на выбывших новорожденных, родившихся больными или заболевших в стационаре.

4. Учетная форма №060/у - "Журнал учета инфекционных заболеваний",

выявленных в приемном или одном из клинических отделений стационара.

5. Учетная форма №058/у - "Экстренное извещение об инфекционном заболевании".

6. Журнал телефонограмм.

Телефонограммы подаются:

- *в Центр гигиены и эпидемиологии в случае выявленного при поступлении инфекционного заболевания, пищевого отравления, педикулеза;*
- *в милицию в случае поступления пациента в бессознательном состоянии и без документов с указанием примет поступившего (пол, приблизительный возраст, рост, телосложение, одежда).*
- *родственникам пациента в случае экстренной доставки пациента в стационар по причине внезапного угрожающего жизни заболевания, развившегося вне дома, а также при госпитализации (переводе) пациента в другое ЛПУ.*

Медсестра фиксирует текст телефонограммы, дату и время ее подачи, кем она принята.

7. Приемная квитанция (Ф№1-73).

Указывается перечень и краткая характеристика принятых от пациента вещей в камеру хранения. Один экземпляр вкладывается в «Медицинскую карту стационарного пациента», второй прикрепляется к вещам.

8. Температурный лист (Учетная форма №004/у)

Температурный лист является оперативным документом, служащим для графического изображения основных данных, характеризующих состояние здоровья больного.

Ежедневно лечащий врач записывает в карте стационарного больного (истории родов, истории развития новорожденного) сведения о состоянии больного (роженицы, родильницы, новорожденного), палатная сестра переносит данные о температуре, пульсе, дыхании и т.д. в температурный лист и вычерчивает кривые этих показателей.

9. Журнал учета амбулаторных пациентов (Ф№074/у).

Указывается: Ф.И.О. пациента, дата рождения, данные паспорта и страхового полиса, домашний адрес, место работы и должность, телефоны (домашний, служебный, близких родственников), дата и время обращения за помощью, диагноз приемного отделения, объем оказанной помощи.

10. Листок учета движения больных и коечного фонда стационара (Учетная форма №007/у)

Учетная форма N 007/у-02 является первичным учетным документом, на основании которого ведется ежедневный учет движения больных и использования коечного фонда в отделении, стационаре. Эта учетная форма позволяет следить за изменением коечного фонда и движением больных. Кроме того, она обеспечивает возможность регулировать прием больных в стационаре, так как в графах 20 и 21 формы N 007/у указывается наличие свободных мест.

Листок учета движения больных и коечного фонда заполняется в каждом отделении, выделенном в составе больницы в соответствии со сметой и приказами вышестоящего органа управления здравоохранением.

Сестра оформляет медицинскую документацию после осмотра пациента врачом, информирования о необходимости стационарного лечения и получения согласия на госпитализацию.

Приложение № 3

Для закрепления знаний, полученных при изучении темы, вам предлагается выполнить задания для решения следующей проблемно- ситуационной задачи.

Вопросы по теме:

Фронтальный опрос

1. Каково устройство приемного отделения стационара?
2. Какие вы знаете функции приемного отделения?
3. Какие пути госпитализации пациентов в стационар вы знаете?
4. Каковы обязанности сестринского персонала приемного отделения?
5. Как осуществляется прием и регистрация пациента в приемном отделении?
6. Какая документация заполняется медицинской сестрой в приемном отделении стационара?
7. Назовите основные требования, предъявляемые к заполнению медицинской учетной документации.
8. Назовите назначение изолятора и санпропускника.
9. Как должна поступить м/с приемного отделения, если пациент, которому на улице стало плохо, доставлен прохожим и проживает в другом районе города, не относящемся к данному ЛПУ?
10. Что такое антропометрия?
11. Как часто измеряют массу, рост человека при поступлении в стационар?
12. Расскажите последовательность действий медсестры при определении массы тела человека.
13. Расскажите последовательность действий медсестры при определении роста.
14. Расскажите последовательность действий медсестры при измерении окружности грудной клетки.

Задача

Внимательно прочитайте проблемно-ситуационную задачу и каждое задание к ней.

В приёмное отделение больницы машиной скорой помощи доставлен пациент С., 18 лет, с жалобами на боли в животе.

Дежурный врач, осмотрев пациента, принял решение госпитализировать его в хирургическое отделение.

Задания:

1. Является ли данный случай ИСМП? Ответ обоснуйте.
2. Определите тактику медицинской сестры приёмного отделения в данной ситуации.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Нет. Заболевание пациента не связано с обращением за медицинской помощью.
2. При госпитализации пациента в лечебное отделение, после осмотра пациента врачом, медицинская сестра должна:
 - 1) заполнить необходимую документацию:
 - титульный лист «Медицинской карты стационарного больного» (форма № 003/у);
 - «Статистическую карту выбывшего из стационара» (форма № 006/у);
 - зарегистрировать пациента в «Журнале учета приёма больных» (форма № 001/у);
 - 2) измерить температуру тела;
 - 3) провести осмотр пациента для выявления педикулеза;
 - 4) заполнить в двух экземплярах «Приёмную квитанцию» (форма № 1-73), где указывает перечень вещей, их краткую характеристику;
 - 5) провести, согласно указаниям врача, мытьё пациента;
 - 6) переодеть пациента (в случае необходимости) в чистое больничное бельё;
 - 7) осуществить транспортировку пациента в лечебное отделение согласно способа транспортировки, указанным дежурным врачом.

Тестовые задания
«Документация приемного отделения»

Дать один правильный ответ

1. Все поступающие в стационар больные регистрируются в:
а) журнале регистрации амбулаторных больных
б) журнале учета приема больных и отказов в госпитализации
в) медицинской карте стационарного больного
2. При поступлении в приемное отделение ЛПУ тяжелобольного медсестра должна в первую очередь:
а) оформить необходимую документацию
б) провести сан. гигиеническую обработку
в) срочно вызвать дежурного врача
3. Объем выполнения санитарной обработки определяет:
4. а) старшая медсестра отделения
б) дежурная медсестра
в) врач
5. Влажная уборка в кабинете дежурной м/с приемного отделения проводится не менее:
а) двух раз в сутки
б) трех раз в сутки
в) через каждый час
6. Больного, поступившего с подозрением на инфекционное заболевание, размещают в :
а) смотровой
б) лаборатории
в) изоляторе
7. После осмотра пациента врачом, данных для госпитализации нет, пациента отпускают домой, о чем делается запись в:
а) журнале телефонограмм
б) журнале регистрации амбулаторных больных
в) журнале учета приема больных и отказов в госпитализации
8. Медсестра приемного отделения ЛПУ заполняет:
а) лист назначения
б) титульный лист медицинской карты стационарного больного
в) температурный лист
9. Для сан. гигиенической обработки больных в приемном отделении есть:
а) изолятор
б) санузел
в) санпропускник
10. Учетная форма N 003/у – это:
а) экстренное извещение об инфекционном заболевании
б) журнал учета приема больных и отказов в госпитализации
в) медицинская карта стационарного больного
11. Учетная форма N 058/у – это:
а) экстренное извещение об инфекционном заболевании
б) журнал учета приема больных и отказов в госпитализации
в) медицинская карта стационарного больного.

Эталоны ответов к тестовым заданиям

«Документация приемного отделения»

1. б, 2. в, 3. в, 4. а, 5. в, 6. в, 7. б, 8. в, 9. в, 10.а

наименование учреждения

Медицинская документация Форма № 001/у
 Утверждена Минздравом СССР
 04.10.80 г. № 1030

ЖУРНАЛ
учета приема больных и отказов в
госпитализации Начат "... " _____ 19 г. Окончен "... " _____ 19

№ п/п	Поступление		Фамилия, И., О.	Дата рождения	Постоянное место жительства или адрес родственников, близких и № телефона	Каким учреждением был направлен или доставлен	Отделение, в которое помещен больной
	дата	час					
1	2	3	4	5	6	7	8

и т.д. до конца страницы

ф. № 001/у

продолжение

№ карты стационарного больного (истории родов)	Диагноз направившего учреждения	Выписан, переведен в другой стационар, умер (вписать и указать дату и название стационара, куда переведен)	Отметка о сообщении родственникам или учреждению	Если не был госпитализирован		Приме- чание
				указать причину и принятые меры	отказ в приеме первичный, повторный (вписать)	
9	10	11	12	13	14	15

и т.д. до конца страницы

Инструкция по заполнению учетной формы № 001/у

ЖУРНАЛ УЧЕТА ПРИЕМА БОЛЬНЫХ И ОТКАЗОВ В ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

Журнал служит для регистрации больных, поступающих в стационар. Записи в журнале позволяют разрабатывать данные о поступивших больных, о частоте и причинах отказов в госпитализации. Журнал ведется в приемном отделении больницы, один на всю больницу.

Инфекционные отделения больницы должны вести самостоятельные журналы приема больных и отказов в госпитализации в тех случаях, когда инфекционные больные поступают непосредственно в соответствующие отделения. В родильных отделениях и роддомах ведется журнал по форме № 001/у только на поступающих туда гинекологических больных и женщин, госпитализируемых для прерывания беременности. Поступающие беременные, роженицы и родильницы регистрируются в журнале по ф. № 002/у.

В журнал записывается каждый больной, обратившийся по поводу госпитализации, независимо от того, помещается ли он в стационар или ему отказано в госпитализации.

Графы 4—7 заполняются на основании медицинской карты амбулаторного больного, если больной направлен поликлиническим отделением данной больницы или выписки из медицинской карты (ф. № 027/у), если больной направлен другим лечебным учреждением.

Графы 11—12 заполняются на основании медицинской карты стационарного больного при выписке или в случае смерти больного.

Графы 13—14 заполняются в приемном отделении на больных, имевших направление на госпитализацию, по тем или иным причинам не госпитализированных.

На больных, которым отказано в госпитализации также подробно заполняются графы 4—7, 10. Необходимо точно указать причину отказа в госпитализации и принятые меры (оказана амбулаторная помощь, направлен в другой стационар).

Отказом в госпитализации считаются все случаи, когда больной, прибывший в стационар с направлением на госпитализацию, не госпитализируется в данном стационаре. Если больному

по поводу одного и того же заболевания было отказано в госпитализации несколько раз, то каждый отказ в журнале регистрируется отдельно.

Оформление титульного листа «Медицинской карты стационарного больного»

Цель: регистрация и учет пациентов, поступивших в стационар на госпитализацию.

Оснащение: Учетная форма № 003/у - "Медицинская карта стационарного больного"

Последовательность действий:

Заполнить титульный лист медицинской карты стационарного больного по следующим графам указанной формы:

- порядковый № медицинской карты стационарного больного;
- дата (число, месяц, год) и время (часы, минуты) поступления;
- паспортная часть (фамилия, имя, отчество — Ф. И. О., пол, возраст, дата рождения, количество полных лет), домашний адрес, телефон, место работы, должность, телефон или адрес ближайших родственников, если пациент одинок;
- доставлен в стационар по экстренным показаниям (подчеркнуть);
- диагноз направившего учреждения;
- номер страхового полиса.

Сделать отметки:

- аллергическая реакция на лекарства, пищевые продукты;
- вирусный гепатит, глаукома (дата болезни);
- выявленный педикулез;
- вид санитарно-гигиенической обработки;
- вид транспортировки;
- температура пациента при поступлении;
- отметка о реакции Вассермана;
- номер и серия паспорта, номер и серия страхового полиса.

Примечания.

1. Медицинская сестра в любом медицинском документе имеет право самостоятельно заполнить только его паспортную часть, а данные, касающиеся заболевания пациента или лечения, переписать с другого документа, заверенного врачом, либо написать под диктовку врача, и эта запись должна быть заверена врачом.
2. Медицинская документация заполняется точно по содержанию и аккуратно по форме.
3. История болезни должна храниться в недоступном для пациента месте и ни в коем случае не выдается ему на руки.
4. За неправильное ведение и хранение медицинской документации медицинская сестра несет как моральную, так и судебную ответственность.
5. Если у больного есть документ, подтверждающий группу крови больного, то медицинская сестра может эти данные занести в историю болезни в соответствующую графу.
6. Если пациент поступает с направлением, то медицинская сестра приемного покоя точно переписывает указанный в нем диагноз в графу «Диагноз направившего лечебного учреждения». Если пациент, подлежащий госпитализации, не имеет направления, тогда в этой графе записывают «Без направления».
7. В графе «Кем направлен больной» правильным будет указать название лечебного учреждения или номер лечебного учреждения, направившего пациента для стационарного лечения.
8. При госпитализации пациента в бессознательном состоянии и не имеющем при себе документов, в графе «Ф.И.О. больного» записать «Неизвестный» и сообщить по телефону в отделение милиции. В журнале телефоннограмм указать, кто принял Ваше сообщение о неизвестном пациенте.
9. Врач приемного покоя после осмотра пациента определяет вид санитарной обработки и способ транспортировки. На титульном листе «Медицинской карты стационарного больного» делается отметка о выполненной санитарной обработке специальным штампом или записью от руки «Санитарная обработка произведена. Осмотрен на педикулез». Отметка подтверждается датой выполнения санитарной обработки и подписью медсестры приемного покоя. При обнаружении педикулеза на титульном листе рядом со штампом о выполненной санитарной обработке следует поставить латинскую букву «Р».

10. При поступлении ребенка в стационар выясняют его контакты с инфекционными больными.

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА № 85

стационарного больного

Дата и время поступления 20.02.13. 20 ч. 10 мин.

Дата и время выписки _____

Отделение кардиология Палата _____

Переведен в отделение _____

Проведено койко-дней _____

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

Группа крови _____ Резус - принадлежность _____

Побочное действие лекарств (непереносимость) _____

название препарата, характер побочного действия

1. Фамилия, имя, отчество Сидоров Василий Иванович

2. Пол муж

3. Возраст 59 (полных лет, для детей до 1 года - месяцев, до 1 месяца - дней)

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

г. Тайшет, ул. Ленина 344.

кв.51

вписать адрес, указав для приезжих - область, район, населенный пункт, адрес родственников и № телефона

телефон дочери 44 - 54 - 12

5. Место работы, профессия или

должность

пенсионер

для учащихся - место учебы, для детей - название детского

учреждения, школы, для инвалидов - род и группа инвалидности, ИОВ - да, нет- подчеркнуть

6. Кем направлен больной врачом скорой помощи

название лечебного учреждения

7. Доставлен в стационар по экстренным показаниям: да, нет, через 1 часов

после начала заболевания, получения травмы, госпитализирован в плановом порядке

(подчеркнуть)

8. Диагноз направившего учреждения Гипертоническая болезнь II стадия.

Гипертонический криз

9. Диагноз при поступлении _____

10. Диагноз

клинический _____ Дата

_____ установления _____

«Оформление заполнения документации при выписке из стационара»

Цель: статистический учет заболеваемости населения с учетом стационарного лечения.

Показания: завершение пребывания больного в стационаре.

Оснащение:

Учетная форма N 003/у - "Медицинская карта стационарного больного"

Учетная форма N 001/у - "Журнал учета приема больных и отказов в госпитализации".

Учетная форма N 066/у - "Статистическая карта выбывшего из стационара".

Последовательность действий

Отметить наименование лечебного учреждения.

Указать паспортные данные пациента: Ф. И. О., пол, дата рождения (год, месяц, число), адрес постоянного места жительства.

Заполнить левую сторону карты по следующим графам:

жителем города или села является пациент;

кем направлен в лечебное учреждение;

в какое отделение;

профиль коек;

доставлен в стационар по экстренным показаниям или нет;

через сколько часов после заболевания (получения травмы) поступил в стационар; дата поступления в стационар (год, месяц, число, час, минуты).

Вложить заполненную карту в медицинскую карту стационарного больного.

Примечание:

Паспортную часть и левую сторону карты заполняет медицинская сестра приемного отделения на основании медицинской карты стационарного больного, другие графы заполняет врач.

Документация, которая, оформляется при выписке больного из стационара:

карта стационарного больного - врачом заполняется выписной эпикриз, заканчивается оформление данных на титульном листе «Медицинской карты стационарного больного»; на основании данных «Медицинской карты стационарного больного» выписывается «Листок нетрудоспособности» (для работающих пациентов) и справка о пребывании больного в стационаре - при необходимости сообщить данные о лечении в стационаре в поликлинику; используя данные «Медицинской карты стационарного больного», заканчивается заполнение «Журнала госпитализации» в приемном покое (уч. ф. № 001 /у) в графах «Исход заболевания», «Куда выписан», «Когда выписан»;

оформляется «Карта выбывшего из стационара» по данным «Медицинской карты стационарного больного».

2. В случае смерти больного - заканчивается оформление «Медицинской карты стационарного больного» по всем оставшимся разделам, «Карта выбывшего из стационара», «Журнал госпитализации больных» в приемном покое; перед отправкой трупа в патологоанатомическое отделение на него заполняется сопроводительная записка, родственникам умершего врачом выдается

«Заключение о смерти».

**Статистическая карта
выбывшего из стационара №**

1. СМО ТФОМС
Полис (0,1,2,3,4,5,6) серия GGI 08 Номер 27243
2. Ф.И.О. Сидоров Василий Иванович
3. Пол (М-1, Ж-2) 1 4. Дата рождения (возраст) 20.04/1944 г
5. Адрес постоянного места жительства г. Тайшет, ул. Ленина 344 кв. 51
адрес проживания (факт.)
6. Работает: (Да-1, Нет-2, учащийся - 3, студент-4, посещает ДДУ-5) 2
Место работы пенсионер
7. Декларированные группы: (ИОВ-5, УВОВ-6, чернобылец-7, подвер. рад. облуч.-71, Семипалатинск-72, интернационалис-8, одинокий престарелый-9, инвалид-10, многодетная мать-11, семья погибшего-12, вдова УВОВ-12.1, блокадник-13, нагр. орд. и медалями-14, инвалид труда-15, ребенок-инвалид-16, реабилитированный-17, ребенок до года-18, медработник-191,192, ребенок 1-го года-27)
8. Кем направлен больной врач ССМП
9. Госпитализация экстренная (да - 1, нет-2, перевод из другого ЛПУ-3)
10. Через несколько часов после начала заболевания (травмы) в первые 6 часов 1
от 7 до 24 часов 2
позднее 24 часов 3
11. Дата поступления в стационар " 20 " февраля 2013 г.
12. Отделение кардиология
13. Исход заболевания: (здоров-0, выздоровление-1, улучшение-2, без перемен-3, ухудшение-4, умер-5, переведен в др. ЛПУ-6)
14. Трудоспособность: (восстановлена-1, снижена-2, временно утрачена - 3, стойко утрачена-4, не работает-5) _____
15. Вид документа (б/л-1, справка-
2) _____ Б/л (справка)
выдан _____ закрыт _____ к-во
дней _____ Находился на б/л (справке) с _____ Дата
выписки: _____
16. Проведено дней всего _____ в том числе до операции _____
17. Внутрибольничные переводы:

Дата поступления	Время. поступления	Дата выписки	Время выписки	Код отделения

18. Диагноз направившего учреждения: _____
_____ код по МКБ _____
19. Госпитализирован в данном году по поводу данного заболевания
Впервые - 1, повторно – 2
20. Диагноз заключительный
Основной (1,2,3) _____

Шифр МКБ	Характер обострения	Код врача

Сопутствующие _____

Для каждого заболевания: острое - 1, впервые выявленное хр.-2, известное хр. пер.-3,
Обострение (для 2-4): есть-8, нет-0

21. В случае смерти паталого - анатомический диагноз _____
_____ код МКБ _____

22. Хирургические операции:

Дата	Название операции	Категория сложности	Вид обезболивания	Осложнения	Хирург – 1 ассистент 2-3 анестезиолог 4, таб. №

Всего операций _____ Из них экстренных _____

23. Обследован на сифилис "___" _____ 20___ г. на ВИЧ "___" _____ 20___ г. г.

24. Лечащий врач _____ табельный № _____ УКЛ

«Оформление экстренного извещения об инфекционном заболевании»

Цель. Сообщить в «Центр эпидемиологии и гигиены», эпидемиологический отдел

по месту жительства пациента о случае инфекционного или паразитарного заболевания.

Показания. По указанию врача при выявлении у пациента инфекционного или паразитарного заболевания.

Противопоказания. Нет.

Оснащение:

1. **Учетная форма N 058/у** - "Экстренное извещение об инфекционном заболевании"
2. Медицинская карта амбулаторного больного или стационарного больного с диагнозом инфекционного или паразитарного заболевания.

Последовательность действий

1. Четко и аккуратно заполнить паспортную часть извещения.
2. Диагноз без изменений и искажений переписать из первичного документа, т.е. медицинской карты.
3. Экстренное извещение должно быть доставлено в «Центр гигиены и эпидемиологии» (ЦГиЭ) по данной территории в течение 12 часов с момента установления диагноза. При получении экстренного извещения ЦГиЭ организует проведение дезинфекции по месту жительства и работы заболевшего.

Примечания.

1. Экстренное извещение заполняет врач или медицинская сестра.
2. При выявлении у больного педикулеза в «Центр гигиены и эпидемиологии» также отправляют экстренное извещение.

Инструкция по заполнению учетной формы № 058/у ЭКСТРЕННОЕ ИЗВЕЩЕНИЕ ОБ ИНФЕКЦИОННОМ ЗАБОЛЕВАНИИ, ПИЩЕВОМ, ОСТРОМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ ОТРАВЛЕНИИ, НЕОБЫЧНОЙ РЕАКЦИИ НА ПРИВИВКУ

Экстренное извещение составляется врачами и средним медицинским персоналом лечебно-профилактических учреждений всех ведомств, медицинским персоналом школ, детских домов, детских дошкольных учреждений в случае выявления инфекционного заболевания (подозрения на него), пищевого, острого профессионального отравления, неправильной реакции на прививку, укуса, оцарапывания, ослюнения животными независимо от условий выявления: при обращении за лечением, профилактическом осмотре, обследовании в стационаре, на секции и т. д.

Кроме того, в оперативном порядке информация сообщается по телефону в территориальную санэпидстанцию, с целью принятия необходимых противоэпидемических мер.

Инструкция по заполнению извещений приложена к приказу Министерства здравоохранения СССР № 1282 от 29.12.78 г.

Сведения о заболевшем также вносятся в журнал учета инфекционных заболеваний (МЗ СССР, ф. № 60)

**ЭКСТРЕННОЕ ИЗВЕЩЕНИЕ
ОБ ИНФЕКЦИОННОМ ЗАБОЛЕВАНИИ, ПИЩЕВОМ, ОСТРОМ
ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ ОТРАВЛЕНИИ,
НЕОБЫЧНОЙ РЕАКЦИИ НА ПРИВИВКУ**

1. Диагноз пищевая токсикоинфекция
подтверждено лабораторно: да, нет (подчеркнуть)
2. Фамилия, имя, отчество Иванов Петр Иванович
3. Пол муж
4. Возраст (для детей до 14 лет - дата рождения) 34 года
5. Адрес, населенный пункт г. Тайшет Район _____ ул. Свердлова дом 244 кв. 38
-
- (индивидуальная, коммунальная, общежитие - вписать)
6. Наименование и адрес места работы (учебы, детского учреждения)
ОАО Тайшетский ДОК
Даты:
заболевания 24.02.13 г.
первичного обращения (выявления) 24.02.13 г.
установление диагноза 24.02.13 г.
последующего посещения детского учреждения, школы _____ госпитализации
24.02.13 г.
7. Место госпитализации Тайшетская ЦРБ
8. Если отравление - указать, где оно произошло, чем отравлен пострадавший
столовая № 1, пирожным
9. Проведенные первичные противоэпидемические мероприятия и дополнительные сведения _____
10. Дата и час первичной сигнализации (по телефону и пр.) в СЭС 24.02.13 г. 15 час.
Фамилия сообщившего Петрова А.П.
Кто принял сообщение Григорьева А.Н. - эпидемиолог
Дата и час отсылки извещения 24 февраля 2013 г. Подпись пославшего
извещение Петрова
Регистрационный № _____ в журнале ф. № _____ санэпидстанции
Подпись получившего извещение Григорьева

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

Посылается в сан. эпид. станцию по месту выявления больного не позднее 12 часов с момента обнаружения больного.

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

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

ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНЫХ ДОКУМЕНТОВ

№	Наименование формы	№ формы	Срок хранения	Предназначение документа	Кем ведется	Примечание
1.	Журнал учета приема больных и отказов в госпитализации	001/у	25 лет	Для регистрации поступивших в стационар пациентов и для регистрации пациентов, которые не госпитализированы по разным причинам	Медсестра приемного отделения	В журнале обязательно указывают причину отказа в госпитализации
2.	Медицинская карта стационарного больного	003/у	25 лет	Для регистрации лечебно–диагностического процесса, который проходит пациент в стационаре	Паспортная часть заполняется медсестрой приемного отделения	Заводится на каждого пациента, поступившего в стационар
3.	Температурный лист	004/у	25 лет	Для изображения динамики показателей ПУЛЬСА, АД, ЧДД, ТЕМПЕРАТУРЫ. Также в него записывают, при необходимости, показатели водного баланса, физиолог. оправления, вес пациента. Ведется ежедневно	Ведется медсестрой отделения	Для наглядности графического изображения для каждого показателя принят соответствующий цвет карандаша
4.	Статистическая карта выбывшего из стационара	066/у	10 лет	Для регистрации госпитализиров. пациентов с различными заболеваниями. Это основной стат. документ стационара, на основании которого составляются отчеты	Паспортная часть заполняется медсестрой приемного отделения, другая часть – врачом отделения	Статистическая карта сдается в кабинет медицинской статистики
6.	Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку	058/у	1 год	Извещение отсылается в течение 12 часов в ФГУЗ «ЦЭиГ» по месту регистрации заболевания (независимо от места жительства больного).	Медсестра или врач	Необходимо также сообщить в СЭС по телефону и записать в извещение

7.	журнал учета инфекционных заболеваний	№ 60		Сведения о заболевшем инфекционным заболеванием также вносятся в журнал	Медсестра или врач	
----	---	------	--	--	-----------------------	--