

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения  
Республики Крым «Черноморская центральная районная больница»  
(ГБУЗ РК «Черноморская ЦРБ»)**

**ПРИКАЗ**

**28 февраля 2023 года**

**№ 76**

***Об утверждении требований  
к формам медицинской документации  
и порядкам их ведения***

В целях упорядочения ведения и использования первичной медицинской документации в ГБУЗ РК «Черноморская ЦРБ», обеспечения полноты и достоверности информации, отражающей деятельность учреждения, во исполнение приказа Минздрава России от 05.08.2022 № 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»,

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить и ввести в действие с 01.03.2023 года:

1.1. Перечень форм первичной медицинской документации, подлежащий дальнейшему использованию в ГБУЗ РК «Черноморская ЦРБ» 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).

2. Назначить ответственным за ведение и использование медицинской документации в ГБУЗ РК «Черноморская ЦРБ» и.о. заместителя главного врача по медицинской части Кошман А.В.

3. Ответственному за ведение и использование медицинской документации:

3.1. Провести инструктаж руководителей стационарных отделений о порядке ведения новых форм медицинской документации.

3.2. Обеспечить с 1 марта 2023 года с 09.00 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. Руководителям структурных подразделений провести инструктаж врачей и медицинских сестер стационарных отделений о порядке ведения новых форм медицинской документации.

5. Считать утратившим силу с 01.03.2023 г. приказ ГБУЗ РК «Черноморская ЦРБ» № 306 от 08.09.2017 года «Об утверждении медицинской

карты пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях в ГБУЗ РК «Черноморская ЦРБ».

6. Инструктору по гигиеническому воспитанию Харченко И.А. разместить информацию на официальном сайте учреждения.

7. Делопроизводителю Подольской И.В. ознакомить заинтересованных лиц под роспись.

8. Контроль за исполнением данного приказа возложить на и.о. заместителя главного врача по медицинской части Кошман А.В.

**Главный врач**

Кошман А.В.



**Е. Ю. Титов**

**Перечень форм первичной медицинской документации, подлежащих использованию в ГБУЗ РК «Черноморская ЦРБ» с 01.03.2023 года и ответственность полноты заполнения**

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

| <b>№<br/>п/п</b> | <b>Название формы</b>   | <b>Номер<br/>приложе-<br/>ний</b> | <b>Номер<br/>формы</b> | <b>Контроль<br/>полноты<br/>заполнения</b>          |
|------------------|---|-----------------------------------|------------------------|---|
| 3.               | Лист ежедневного учета движения пациентов и коечного фонда медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара  | 5, 6                              | 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                              | 008/у                  | Старшая медицинская сестра хирургического отделения |
| 5.               | Сводная ведомость учета движения пациентов и коечного фонда медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара | 9, 10                             | 016/у                  | Медицинский статистик                               |
| 6.               | Статистическая карта выбывшего из медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара                           | 11, 12                            | 066/у                  | Медицинский статистик                               |

**Перечень дополнительных требований по ведению медицинской документации в ГБУЗ РК «Черноморская ЦРБ»**

| <b>№ п/п</b> | <b>Наименование документа и требования к оформлению</b>  |
|--------------|--|
| 1.           | <p><b>Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара</b></p> <p>Учетная форма № 003/у является основным учетным документом медицинской организации. Карта формируется медицинским работником в форме электронного документа в информационной системе «Промед», подписанным с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи медицинского работника. В случае чрезвычайной или нештатной ситуации (отсутствие электричества, доступа к сети Интернет и др.) карта оформляется на бумажном носителе согласно приложения № 4 к Приказу МЗ РФ № 530н. Все записи должны производиться четким, разборчивым почерком, светостойкими чернилами, шариковой ручкой на русском языке.</p>  |
| 1.1          | Заполнение лицевой стороны   |
|              | <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 в электронном виде, в медицинской информационной системе «Промед».</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.</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> |
| 1.2          | Первичный осмотр   |
|              | <p>Пациент, поступающий в ГБУЗ РК «Черноморская ЦРБ» в плановом порядке, осматривается лечащим врачом отделения, 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/лечащим врачом или заведующим отделением незамедлительно. При необходимости и наличии возможности, записи в медицинской карте стационарного больного дежурным врачом производятся непосредственно во время осмотра.</p>   |

| № п/п | Наименование документа и требования к оформлению   |
|-------|--|
|       | 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 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.   |
| 1.3   | Оформление записей заведующим профильного отделения  |
|       | <p>Заведующий отделением осматривает пациентов, поступивших в плановом порядке, экстренно, а также тяжелых, средней степени тяжести, в день госпитализации совместно с лечащим врачом 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   | Дневниковые записи   |
|       | <p>Дневниковые записи в медицинской карте делает лечащий врач. Ведение врачом дневников (данные динамического наблюдения) должно осуществляться ежедневно. Детям до 3 лет дневники заполняются ежедневно. Пациентам, находящимся в тяжелом состоянии, записи делаются ежедневно, при необходимости до 4 и более 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 днем проведения переливания крови и ее компонентов.</p> <p>Дневниковая запись должна содержать информацию о дате осмотра, времени осмотра (при повторных записях в течении суток, в т.ч. в отделении анестезиологии-реаниматологии), оценке динамических изменений в состоянии пациента; данных объективного статуса; оценке клинически значимых результатов лабораторно-диагностических исследований, назначенных или отмененных медикаментах.</p>   |

| № п/п | Наименование документа и требования к оформлению   |
|-------|--|
|       | <p>При переводе пациента из отделения в другое отделение врач клинического отделения или дежурный врач осматривает пациента и записывает дневник осмотра и переводной эпикриз.</p> <p>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.</p> <p>Оперирующий хирург (лечащий врач-хирург) ежедневно ведет дневниковые записи по результатам осмотра послеоперационного пациента. В дневниках отражаются общее состояние пациента, динамика симптомов, основные параметры жизнедеятельности, оценивается, состояние послеоперационной раны: 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, дата снятия швов; индивидуальные особенности течения п/операционного периода. Дневниковая запись должна содержать не только констатирующую часть, но и аналитическую.</p> <p>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.</p> <p>Во время пребывания пациента в отделении анестезиологии-реаниматологии дневниковые записи ведутся ежедневно врачом-анестезиологом-реаниматологом и врачом профильного отделения (хирургическое, терапевтическое, инфекционное отделения) весь период его пребывания в отделении анестезиологии-реаниматологии. Допускается оформление записи осмотра в отделении с заголовком «Совместный осмотр врача анестезиолога-реаниматолога с заведующим профильным отделением (врачом специалистом)». В этом случае под записью ставятся подписи всех участников совместного осмотра.</p> <p>Примечания:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) В день выписки из отделения дневниковая запись должна быть максимально подробной.</li> <li>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.</li> </ul> |
| 1.5   | Записи в отделении анестезиологии-реанимации   |
|       | Врач-анестезиолог-реаниматолог отделения анестезиологии-реаниматологии осматривает всех пациентов ежедневно, кратность определяется тяжестью состояния, необходимостью проведения манипуляций. Заведующий профильным отделением  |

| № п/п | Наименование документа и требования к оформлению   |
|-------|--|
|       | <p>(врач-специалист) обеспечивает ежедневный осмотр. В отделении анестезиологии-реанимации вместо листа назначений ведется Карта проведения реанимации и интенсивной терапии, в которой, кроме основных параметров жизнедеятельности, фиксируются все врачебные назначения. 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 (плевральная, лумбальная, суставная, брюшной полости), переливание крови, ее компонентов и кровезаменителей, подготовка и проведение эндоскопических исследований с возможной лечебно-диагностической биопсией, экстракорпоральные методы лечения) делается соответствующая запись в медицинской карте с указанием даты и времени проведения данной манипуляции.</p> <p>При переводе пациента из отделения реанимации врачом анестезиологом-реаниматологом оформляется переводной эпикриз.</p>   |
| 1.6.  | Предоперационный осмотр врачом анестезиологом-реаниматологом   |
|       | <p>Осмотр врача-анестезиолога-реаниматолога является обязательной записью в МК для всех видов обезболивания (вне зависимости от плановой или экстренной анестезии), кроме местной анестезии. Осмотр пациента врач-анестезиолог-реаниматолог проводит только после лечащего врача (и при наличии записи в карте пациента). В случае проведения плановой операции осмотр анестезиолога проводится накануне дня операции.</p> <p>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, планируемый вид анестезиологического пособия, индукция анестезии, поддержание анестезии, манипуляции, применение основных и специальных методик. Оценка риска операции проводится по общепринятым критериям.</p> <p>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.</p> <p>При необходимости дети направляются на дополнительное обследование.</p> <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   | Предоперационный эпикриз   |

| <b>№ п/п</b> | <b>Наименование документа и требования к оформлению</b>  |
|--------------|--|
|              | 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;   |
| 1.8          | Записи консультантов   |
|              | Должны содержать: дату и времени проведения консультаций; Ф. И. О. и специальность консультанта; данные объективного осмотра, описание патологических изменений; формулировку диагноза; рекомендации по дальнейшей тактике ведения пациента, включающие в обязательном порядке маршрутизацию в соответствии с профильными Порядками оказания медицинской помощи.   |
| 1.9          | Консилиум  |
|              | Запись консилиума врачей в медицинской карте пациента производится лечащим врачом и содержит: дату и время проведения консилиума; ФИО всех его участников и специальность; 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.<br>В случае, если мнения членов консилиума разноречивы, то каждое из них записывается отдельно, с кратким обоснованием.<br>Рекомендации консилиума реализуются лечащим врачом по его усмотрению, так как вся полнота ответственности за лечение пациента и исход заболевания ложится именно на него. |
| 1.10         | Этапный эпикриз  |
|              | Оформляется 1 раз 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).<br>Примечание: этапный эпикриз может быть оформлен как один из обходов заведующего отделением при совпадении сроков.  |
| 1.11         | Выписной (переводной) эпикриз  |
|              | 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.<br>В случаях, когда результат какого-либо обследования существенно отклонялся от нормы и изменялся в динамике – как минимум, результат обследования при поступлении,  |

| <b>№ п/п</b> | <b>Наименование документа и требования к оформлению</b>  |
|--------------|--|
|              | <p>результат, наиболее отклоняющийся от нормы и результат обследования при выписке пациента из стационара.</p> <p>При возникновении острой коронарной патологии к выписному (переводному) эпикризу следует приложить копию одной из первых электрокардиограмм и одну из электрокардиограмм зарегистрированных у пациента перед маршрутацией в ПСО.</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 (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 Учреждения.</p> <p>г) Пациент (законный представитель) должен быть ознакомлен с выпиской и рекомендациями под роспись.</p> |
| 1.12         | Посмертный эпикриз   |
|              | <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 отделения анестезиологии-реаниматологии, лечившим пациента совместно с дежурным врачом профильного отделения.</p> <p>Заключительный клинический диагноз в посмертном эпикризе должен быть изложен с максимальной достоверностью, информативностью и полнотой, сформулирован с подразделениям его на: основное заболевание (комбинированное сочетанное или</p>  |

| <b>№ п/п</b> | <b>Наименование документа и требования к оформлению</b>  |
|--------------|--|
|              | конкурирующее); фоновое заболевание; осложнения основного заболевания; сопутствующие заболевания; выполненные манипуляции.   |
| 1.13         | Иные формы документов, включенные в состав МК.   |
| 1.13.1       | Согласия/отказы на выполнения вмешательств, обработку персональных данных<br><br>Подписываются пациентом или его законным представителем на этапе оформления МК, хранятся вместе с МК.<br>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 учреждения (главного врача или заместителя главного врача по медицинской части), гражданина, в отношении которого проведено медицинское вмешательство, одного из родителей или иного законного представителя пациента. |
| 1.13.2       | Правила лечебно-охранительного режима пациентов в стационарных отделениях<br><br>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 Учреждении.<br>Ознакомление подписывается пациентом и подклеивается в МК.  |
| 1.13.3       | Температурный лист<br><br>Записи динамики температуры осуществляются 2 раза в сутки медицинской сестрой. В температурном листе медицинской сестрой делаются отметки уровня АД, показатели диуреза, введеной жидкости.  |
| 1.13.4       | Карта сестринского наблюдения за тяжелым пациентом<br><br>Ведется медицинской сестрой, подписывается в конце каждой рабочей смены. Контроль за ведением Карты осуществляют старшая медицинская сестра отделения. По завершении ведения вклеивается и сдается вместе с медицинской картой в медицинский архив.  |
|              | Формы, составляющих документацию МК по разделу «Трансфузиология», в том числе:   |
| 1.13.5       | Протокол определения группы крови по системам АВО и Rh- фактор (Ф 2.2/02-180) (Приказ Минздрава России от 20.10.2020 № 1134н)  |
|              | 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.   |
| 1.13.6       | Заключение о подборе крови для переливания пациенту (проба на совместимость перед переливанием компонентов крови   |

| <b>№ п/п</b> | <b>Наименование документа и требования к оформлению</b>  |
|--------------|--|
|              | Исследование проводится и оформляется врачом лаборантом по утвержденной форме. подтверждается фамилией и инициалами, датой выполнения и подписью врача лаборанта   |
| 1.13.7       | Протокол трансфузии донорской крови и ее компонентов<br>(Приказ Минздрава России от 28.10.2020 № 1170н)  |
|              | Заполняется врачом, проводившим гемотрансфузию. Заполнение дневников протокола выполняется в табличном варианте за требуемые промежутки времени (через час, через два часа, через три часа) после завершения гемотрансфузии  |
| 1.14         | Формы, составляющих документацию МК при выполнении диагностических исследований, в том числе:  |
| 1.14.1       | Протоколы функциональных методов диагностики   |
|              | Протоколы исследований содержит: 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.  |
| 1.14.2       | Протоколы ультразвуковых методов исследования  |
|              | Протоколы исследований содержит: 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; область 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: стандартизованных 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. |
| 1.14.3       | Протоколы лучевых исследований   |

| <b>№ п/п</b> | <b>Наименование документа и требования к оформлению</b>  |
|--------------|--|
|              | 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.  |
| 1.14.4       | Протоколы клинических лабораторных исследований  |
|              | 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; дату выполнения исследования; фамилию, имя, отчество (при наличии) и должность медицинского работника, проводившего исследование. |
| 1.14.5       | Протокол эндоскопического исследования   |
|              | Протокол по результатам эндоскопического исследования 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 исследование.   |
| 2.           | <b>Статистическая карта выбывшего из медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара</b>   |
|              | Заполняется на всех выбывших из стационара автоматизировано в электронном виде, в системе Промед.  |

## Требования к оформлению и подготовке к архивному хранению медицинской документации

| № п/п | Требования к оформлению и подготовке к архивному хранению медицинских карт стационарного больного  |
|-------|--|
| 1.    | <b>Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара, в том числе</b>   |
| 1.1   | Формирование<br><br>МК формируется в отделениях из документов, сформированных при каждой госпитализации пациента. В МК включаются все относящиеся к ней документы: направления, выписные эпикризы, вкладные листы, листы врачебных назначений, температурные листы, электрокардиограммы, описание рентгеновских исследований и другие материалы обследования пациента, информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и отказ от медицинского вмешательства.<br>Документы в МК подшиваются в нее в хронологическом порядке с записями врачей. Результаты исследований, полученные после его выписки (например – результат анализа на ВИЧ), также подшиваются в МК в хронологическом порядке. В процессе ведения медицинской карты необходимо проверять правильность оформления документов в соответствии с установленными требованиями (наличие подписей врачей, даты осмотра пациента врачами и другие).<br>При группировке документов в историю болезни необходимо соблюдать строгую хронологическую последовательность. |
| 1.2   | Оформление медицинской карты, передаваемой в архив<br><br>Начальной датой медицинской карты стационарного больного является дата поступления пациента в стационар. Датой окончания – дата выписки или смерти пациента.<br>Медицинские карты, подготовленные к сдаче в архив должны быть подшиты или скреплены соответствующим образом оформлены.<br>Листы медицинской карты подшиваются или скрепляются в обложки на расстоянии не более 2-2,5 см от края листа. Листы должны быть подшиты таким образом, чтобы осуществлялся свободный доступ к чтению текста, снятою ксерокопии и т.д. Металлические скрепки должны быть изолированы. При прошивке необходимо следить, чтобы не были прошиты сложенные в несколько раз длинноформатные результаты исследований (например, электрокардиограммы, реанимационные или анестезиологические карты и др.).<br>Все листы МК нумеруются простым графитным карандашом или нумератором в правом верхнем углу листа, не задевая текста. Лист формата, подшитый за один                                   |

| <b>№<br/>п/п</b> | <b>Требования к оформлению и подготовке к архивному хранению медицинских карт стационарного больного</b>  |
|------------------|---|
|                  | край, нумеруется как один лист. Лист, сложенный вдвое и пришитый за середину, нумеруется как два листа. Если к листу подклеены одним краем другие документы, 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.   |
| <b>2.</b>        | <p style="text-align: center;"><b>Журналы</b></p> <p style="text-align: center;"><b>(операционные журналы, журналы поступления пациентов)</b></p>   |
|                  | <p>Журналы должны быть прошиты, страницы – пронумерованы. На последней странице должна присутствовать заверительная надпись. На обложку журнала должна выноситься вся необходимая информация.</p> <p>В операционных журналах обязательно проверяется наличие подписей (с расшифровкой и указанием на должности) лиц, принимавших участие в операции (хирург, ассистент, анестезиолог и т.д.).</p> <p>На операционные журналы и на журналы поступления пациентов составляются отдельные описи, оформляемые в соответствии с правилами, составления описей.</p> |