**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства здравоохранения Донецкой

Народной Республики

от 12.03.2015 № 312

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | **МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ** |
| Форма первичной учетной документации**№ 003/у** |
| Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма |  | **УТВЕРЖДЕНО** |
|  |  | Приказ МЗ  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | Донецкой Народной Республики |
|  |  |  |
| Код  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **№** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА № \_\_\_\_\_**

 **стационарного больного**

|  |  |
| --- | --- |
| Дата и время поступления  |  |
| Дата и время выписки  |  |
| Отделение  |  |
| 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 больного  |  |
|  |
| 2. Пол муж.–1; жен.–2  |  |  |
|  |  |  |
| 3. Возраст  |  |  |  |  |  |  |  Полных лет, для детей: до 1 года – месяцев до 1 месяца – дней |
|  (число, месяц, год) |
| 4. Постоянное место жительства: город–1, село–2 (подчеркнуть) |  |  |
|  |
|  (вписать адрес, указав для приезжих - область, район) |
|  |
|  (населенный пункт, адрес родственников и № телефона) |
| 5. Место работы, профессия или должность  |  |
|  (для учащихся - место учебы; для детей - название детского учреждения, школы) |
|  |
|  (для инвалидов - род и группа инвалидности, ИОВ – да, нет подчеркнуть) |
| 6. Кем направлен больной  |  |
|  (название лечебного учреждения) |
| 7. Доставлен в стационар по экстренным показаниям: 1–да,  |
|  через \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ часов после начала заболевания, получения травмы; |
|  госпитализирован в плановом порядке–2 (подчеркнуть) |  |  |
| 8. Диагноз направившего учреждения  |  |
| 9. Диагноз при поступлении  |  |
| 10. Диагноз клинический  |  |  |  |  |
|  |  |  |  Дата установления |  Врач |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  | «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г |  фамилия, подпись |

 продолжение ф. № 003/у

|  |  |
| --- | --- |
| 11. Диагноз заключительный клинический |  |
|  а) основной: |  |
|  **Код МКБ-10** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  б) осложнение основного: |  |
|  |
|  в) сопутствующий: |  |
|  |
| 12. Госпитализирован в данном году по поводу данного заболевания: впервые-1, повторно-2 (подчеркнуть),  |  |  |
|  всего \_\_\_\_\_\_\_\_\_ раз. |
|  |
| 13. Хирургические операции, методы обезболивания и послеоперационные осложнения |
| **№****п/п** | **Название операции** | **Дата, час,****мин.** | **Метод обезболивания** | **Осложнения** | **Хирург****Ф.И.О.** | **Анестезиолог****Ф.И.О.** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | Оперировал |  |  |
| 14.Другие виды лечения |  |
|  |
|  (указать) |
| Для больных злокачественными новообразованиями |
| 1. Специальное лечение:  | хирургическое, лучевое (дистанционная гамматерапия, рентгенотерапия, быстрые электроны, |
|  контактная и дистанционная гамматерапия, контактная гамматерапия и глубокая рентгенотерапия); |
|  комбинированное (хирургическое и гамматерапия, хирургическое и сочетанное лучевое); |  |
|  химиопрепаратами, гормональными препаратами  |  |
| 2. Паллиативное  |  |
| 3. Симптоматическое лечение |  |
| 15. Отметка о выдаче листка нетрудоспособности |
| № \_\_\_\_\_\_\_ с \_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_ с \_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_ |
| № \_\_\_\_\_\_\_ с \_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_ с \_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 16. Внесение диагноза в лист нетрудоспособности согласен (а), не согласен (б) (подчеркнуть) |
|  |
| 17. Трудоспособность восстановлена полностью–1, снижена–2, временно утрачена–3, стойко утрачена-4  |
|  (в связи с данным заболеванием, с другими причинами) (подчеркнуть) |  |  |
|  |
| 18. Исход заболевания: выписан – с выздоровлением–1, с улучшением–2, без перемен–4, с ухудшением–3,  |
|  переведен в другое учреждение–6, умер–5 |  |  |
|  |
|  (название лечебного учреждения) |
| Умер в приемном отделении, умерла беременная до 28 недель беременности, умерла после 28 недель беременности,  |
| роженица, родильница |
| 19. Для поступивших на экспертизу-заключение |  |
| 20. Особые отметки |  |
|  |
| онкологический, профилактический осмотр |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  (число, месяц, год) |
|  флюорографическое (Rо-логическое профобследование) |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  (число, месяц, год) |
| 21. Отметка о страховании |  |
| Лечащий врач |  |  Зав. отделением |
|  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  Фамилия подпись |  |  Фамилия подпись |

 продолжение ф. № 003/у

**ЗАПИСЬ ВРАЧА ПРИЕМНОГО ПОКОЯ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Жалобы** |  |
|  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Анамнез болезни** |  |
|  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Анамнез жизни** |  |
|  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Объективное состояние больного** |  |
|  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

 продолжение ф. № 003/у

**ЖАЛОБЫ, АНАМНЕЗ БОЛЕЗНИ, АНАМНЕЗ ЖИЗНИ, ОБЪЕКТИВНОЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО,**

**ПРЕДПОЛАГАЕМЫЙ ДИАГНОЗ, ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ, ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

 продолжение ф. № 003/у

**РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЙ**

**(лабораторные, ультразвуковые, рентгенологические, функциональной диагностики …)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Дата** |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

 продолжение ф. № 003/у

|  |  |
| --- | --- |
| **Дата** | **ДНЕВНИК** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

 продолжение ф. № 003/у

**ЛИСТОК ОСМОТРА И КОНСУЛЬТАЦИЙ СПЕЦИАЛИСТАМИ**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

продолжение ф. № 003/у

**МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА СТАЦИОНАРНОГО БОЛЬНОГО № \_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ф. И. О. больного |  | № палаты |  |  |

**Э П И К Р И З**

**(переводной, выписной, посмертный)**

(подчеркнуть)

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **ДАННЫЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ** |
| Общий анализ крови |  |
| Общий анализ мочи |  |
| Печеночные пробы  |  |
| Копрограмма |  |
| Анализ крови на глюкозу |  |
| Анализ крови на диастазу |  |
| Моча на глюкозу (с суточного количества) |  |
|  |  |
|  |
|  |
|  |
| По результатам проведенного обследования установлен клинический диагноз: |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

 продолжение ф. № 003/у

|  |  |
| --- | --- |
| а) основной: |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| б) осложнение  основного: |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| в) сопутствующий: |  |
|  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Лечение: |  |
|  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Лечебные и трудовые рекомендации: |  |
|  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Эффективность лечения: | выписан с выздоровлением–1, с улучшением–2, с ухудшением–3, без перемен–4, |
| умер–5, переведен в другое медицинское учреждение–6  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Лечащий врач |  |  | Заведующий отделением |  |
|  Ф.И.О. |  |  Ф.И.О. |
|  |  |  |  |  |
|  |  подпись |  |  |  подпись |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 20 \_\_\_\_ года |  |  |

 продолжение ф. № 003/у

|  |
| --- |
| **ВЫПИСКА ИЗ ПРОТОКОЛА (карты)** **патолого-анатомического обследования № \_\_\_\_\_** |
| Наименование учреждения составившего протокол |  |
|  |
|  |  |
|  Дата вскрытия |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  (число. месяц, год) |  |
| Патолого-анатомический диагноз: |  |
|  |
|  |  |
| а) основной |  |
|  |
|  |  |
| б) осложнение основного |  |
|  |
|  |  |
| в) сопутствующий |  |
|  |
|  |  |
| **Совпадение клинического и патолого-анатомического диагнозов:** |  |
|  полное совпадение–0  |  |  |
| **Расхождение диагнозов:** |  |
|  основного–1, сопутствующего–2, осложнений–3, полное расхождение–4 (подчеркнуть) |  |  |
| **Причина расхождения диагнозов:** |  |
|  объективные трудности диагностики–1, кратковременное пребывание в больнице–2,  |  |
|  недообследование больного–3, переоценка данных обследования–4, редкое заболевание–5, |  |
|  неправильное оформление диагноза–6 (подчеркнуть)  |  |  |  |
| Причина смерти в соответствии (п. 11 врачебного свидетельства о смерти) №  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | І. а) |  |  | приблизительное времямежду началом заболевания и смертью |
|  |  |  | (непосредственная причина смерти) |  |
|  |  | б) |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  | в) |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  | г) |  |  |
|  | (б, в, г - заболевание и патологические состояния, которые обусловили непосредственную причину смерти; основная причина смерти указывается в последнюю очередь) |
|  |  |
|  | Прочие существенные состояния (конкурирующие, объединенные, фоновые, подчеркнуть) которые способствовали смерти, но не были связаны с заболеванием или его осложнением, которое есть непосредственной причиной смерти |
|  |  |
|  | В случае смерти женщины во время беременности или после родов в течение одного года указать неделю беременности \_\_\_\_\_\_\_\_, день послеродового периода \_\_\_\_\_\_\_\_, неделя после родов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |
| **Код МКБ-10** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Патологоанатом |  |  | Заведующий патолого-анатомическим отделением |  |
|  Ф.И.О. |  |  Ф.И.О. |
|  |  |  |  |  |
|  |  подпись |  |  |  подпись |
| «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 20 \_\_\_\_ года |  |  |

Министр здравоохранения

Донецкой Народной Республики В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства

здравоохранения Донецкой

Народной Республики

от 12.03.2015 № 312

Зарегистрировано в Министерстве

юстиции Донецкой Народной

Республики за регистрационным

№ 141 от 20.05.2015

**ИНСТРУКЦИЯ**

**по заполнению формы первичной учетной документации № 003/у**

**"Медицинская карта стационарного больного"**

Форма № 003/у «Медицинская карта стационарного больного» (далее – форма № 003/у) является основным медицинским документом стационара и заполняется на каждого поступившего в стационар больного. Форма № 003/у ведется во всех больницах, стационарах диспансерах, центрах, территориальных медицинских объединениях, клиниках высших учебных заведений, НИИ, санаториях.

Форма № 003/у содержит необходимые сведения, характеризующие состояние больного в течение всего времени пребывания в стационаре, организацию его лечения, данные объективных исследований, назначения.

Форма № 003/у служит для организации контроля лечебно-диагностического процесса и качества медицинской помощи, кроме того она является юридическим документом и используется при разборе конфликтных ситуаций (вплоть до судебного разбирательства), а также выступает в качестве первичного документа при формировании калькуляции стоимости оказанных медицинских услуг в стационаре.

Основными правилами при формировании формы № 003/у являются следующие:

1) все записи должны быть читабельными, четкими;

2) все записи медицинского персонала должны быть подписаны и содержать отметку о дате, времени осмотра пациента или медицинского вмешательства;

3) подписи врачей, принимающих участие в обеспечении лечебно-диагностического процесса должны быть оформлены полностью. Краткие подписи из нескольких букв запрещаются.

Содержимое формы № 003/у должно быть достаточно детализировано и организовано для того, чтобы обеспечить:

- лечащему врачу – возможность оказания эффективной помощи больному, возможность оценки состояния больного в определенный момент, оценки диагностических и терапевтических процедур, а также реакции больного на лечение;

- консультанту - возможность ознакомиться с анамнезом заболевания, изложить результат своего осмотра;

- дежурному врачу - возможность ознакомиться с лечением больного в любое время;

- всем допущенным и заинтересованным лицам (в том числе пациенту) - предоставление существенной информации, необходимой для оценки лечения и качества предоставленных услуг;

- возможность получения информации для административных, статистических целей, для оценки качества оказания медицинской помощи;

- использование только общепринятых символов и аббревиатур.

При поступлении пациента сотрудники приемного отделения на основании документов удостоверяющих личность (паспорт либо другой заменяющий его документ) вносят в форму № 003/у фамилию, имя, отчество, число, месяц, год рождения и место жительства пациента. Данные о группе крови, резус-факторе, непереносимости лекарственных препаратов заносятся лечащим врачом (врачом приемного отделения) при первом осмотре больного, за исключением тех случаев, когда эти данные получить невозможно.

В приемном отделении также отмечается дата и время поступления больного, пол пациента, для работающих - место работы, профессия или должность, каким учреждением здравоохранения направлен больной, осуществлена ли госпитализация по плановым или по экстренным показаниям (в случае экстренной госпитализации указывается - через сколько часов после начала заболевания, получения травмы госпитализирован пациент).

Врачом приемного отделения заполняется специально отведенный лист, в котором указываются данные анамнеза и данные обследования больного в приемном отделении, в пункт 9 лицевой части формы № 003/у вносится диагноз пациента при поступлении в стационар.

Дальнейшие записи в форме № 003/у, включая клинический диагноз, делает лечащий врач.

Клинический диагноз записывается на лицевую сторону истории болезни в течение трех рабочих дней от момента поступления пациента в стационар. Заключительный диагноз записывается при выписке больного, в развернутом виде в соответствии с МКБ-10 (клиническим вариантом). Диагноз должен включать все осложнения и сопутствующие заболевания, имеющие клиническое значение. Запись о выдаче документа, удостоверяющего факт временной нетрудоспособности, осуществляет лечащий врач по установленным правилам.

Статус пациента при поступлении (первичный осмотр).

Плановый больной должен быть осмотрен лечащим (дежурным) врачом в течение 3 часов от момента поступления в стационар, экстренный больной осматривается дежурным врачом сразу после вызова в приемном покое. Плановым больным приемный статус записывается в течение текущего рабочего дня, экстренным - во время осмотра. Записи в приемном статусе должны быть информативными, содержать данные, имеющие клиническое значение.

Жалобы больного и анамнез настоящего заболевания записываются детально, с указанием патологических изменений и данных, непосредственно относящихся к заболеванию. В общем анамнезе отражаются данные, имеющие отношение к течению настоящего заболевания или влияющие на тактику ведения больного, обязательно отражается информация о наличии аллергических реакций, эпиданамнезе, предшествующих гемотрансфузиях, перенесенных туберкулезе, заболеваниях, передающихся половым путем, вирусном гепатите, ВИЧ-инфекции. Обязательно указываются данные экспертного анамнеза: с какого времени пациент имеет листок нетрудоспособности без перерыва, после 30 дней нетрудоспособности обязательно указывается дата, № и решение последней ВКК.

Данные объективного и физикального исследований заполняются по всем органам и системам, доступным осмотру. Выявленные патологические изменения описываются детально, с указанием характерных симптомов по авторам.

В случаях повреждений криминального характера, которые могут потребовать проведения судебно-медицинской экспертизы, все имеющиеся у больного повреждения описываются подробно. В конце статуса при поступлении обязательно формулируется клинический диагноз, план обследования и назначается лечение.

Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина.

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении, в интересах гражданина, решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением администрации учреждения здравоохранения.

Согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достигших возраста 18 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители. При отсутствии законных представителей решение о медицинском вмешательстве принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий (дежурный врач) с последующим уведомлением должностных лиц учреждения здравоохранения и законных представителей пациента. Информация предоставляется больному в доступной для него форме. Больной информируется о характере имеющейся у него патологии, методах и целях лечения, возможном риске, побочных эффектах и ожидаемых результатах. О предоставленной информации делается запись в форме № 003/у. Также оформляется согласие на переливание биологических жидкостей: крови, плазмы и их компонентов. При этом больной должен быть информирован о возможных осложнениях и опасности заражения ВИЧ-инфекцией, вирусными гепатитами, сифилисом в серонегативном периоде.

Ведение врачом дневников должно осуществляться не реже 3 раз в неделю. Больным, находящимся в тяжелом или среднетяжелом состоянии, записи в дневнике делаются ежедневно, а при необходимости несколько раз в день. В дневниках отражаются динамика в состоянии пациента, данных объективного осмотра и лабораторных исследованиях и изменения представлений врача о больном.

Заведующий отделением осматривает поступивших плановых больных не позднее трех дней с момента поступления. Тяжелые больные и больные в состоянии средней тяжести должны быть осмотрены заведующим в течение суток с момента госпитализации. Обходы заведующих отделениями проводятся один раз в неделю, оформляются записью в истории болезни, отражающей представление о больном с формулировкой клинического диагноза, рекомендациями, и подписываются заведующим лично.

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

Записи консилиумов ведутся максимально подробно с учетом мнения всех членов консилиума. Рекомендации консилиума обязательны для выполнения. В случае, если по каким-либо причинам выполнить их невозможно, лечащий врач обязан поставить об этом в известность председателя консилиума. Если пациенту выполнено хирургическое вмешательство, то на 2-ой странице формы № 003/у указывается дата (месяц, число, час) операции и ее название. Подробное описание операции делается в журнале записи оперативных вмешательств в стационаре (ф. № 008/у).

В случае смерти больного указывается патологоанатомический диагноз. При выписке или смерти больного указывается число проведенных койко-дней, причем день поступления и день выбытия считаются за один койко-день.

При поступлении больного в отделение реанимации и интенсивной терапии врач приемного отделения записывает краткое представление о больном с указанием либо диагноза, либо имеющегося симптомокомплекса. В отделении интенсивной терапии дневники записывают дежурные врачи не реже трех раз в сутки. Записи в дневниках должны отражать динамику состояния больного и важнейших показателей жизнедеятельности организма. Заведующий отделением ежедневно осматривает всех больных отделения. Лечащий врач профильного отделения записывает дневники больным, находящимся в отделении реанимации и интенсивной терапии, ежедневно; заведующий профильным отделением осматривает их не реже 2-х раз в неделю.

Вместо листа назначения в отделении реанимации и интенсивной терапии ведется официальная форма 011/у, где, кроме основных параметров жизнедеятельности, фиксируются все врачебные назначения. При переводе больного из отделения реанимации и интенсивной терапии оформляется краткий переводной эпикриз. Врач клинического отделения осматривает больного не позже чем через час после поступления из реанимационного отделения и записывает краткое клиническое представление о больном.

Записи о трансфузиях биологических жидкостей, введении наркотических и сильнодействующих препаратов производит медсестра, выполнившая данное назначение. Записи осуществляются по правилам, регламентируемым ведомственными приказами, и заверяются лечащим врачом.

Этапный эпикриз, отражающий динамику представлений о больном, дальнейшую тактику ведения больного и прогноз, оформляется раз в две недели как один из обходов заведующего отделением.

Во время пребывания больного в стационаре форма № 003/у хранится в папке лечащего врача. Врач делает ежедневные записи о состоянии и лечении больного; назначения записываются в дневнике формы № 003/у и листе назначений, который является составной частью истории болезни.

Лечащий врач записывает назначения четко, подробно, в форме, исключающей двоякое или произвольное толкование, указывает дату назначения и дату отмены.

Медицинская сестра осуществляет проверку листов назначения ежедневно. Выполнение врачебных назначений удостоверяется подписью медицинской сестры с указанием даты выполнения назначений.

В случаях, когда для лечения больного используется лекарственный препарат, принесенный самим пациентом, рядом с записью о назначении делается пометка "препарат пациента".

Температурный лист (ф. № 004/у) ведется медицинской сестрой, подклеивается к истории болезни. Записи динамики температуры тела производятся 2 раза в день, кроме того палатная сестра графически изображает температуру, пульс, дыхание больного и т. д.

При выписке (смерти) больного лечащий врач составляет эпикриз, в котором резюмируются данные о состоянии больного при поступлении и выписке, обосновывается диагноз, указываются лечебные мероприятия и их эффективность, даются рекомендации по дальнейшему лечению и режиму больного (если они необходимы); для лиц, находившихся на лечении по листку нетрудоспособности, указывается дата выдачи, серия и № листка нетрудоспособности, сроки нетрудоспособности, дата с которой пациент должен приступить к труду либо дата явки на прием к врачу (для лиц у которых трудоспособность не восстановлена). Если в период стационарного лечения больной освидетельствован на ВКК – указывается дата, № и решение ВКК. Выписной эпикриз оформляется в печатном виде в трех экземплярах, один из которых остается в форме № 003/у, второй подклеивается в форму № 025/у, третий выдается на руки больному. Выписной эпикриз подписывается лечащим врачом и заведующим отделением с расшифровкой фамилий.

Экземпляр, выдаваемый на руки больному, заверяется печатью и штампом учреждения.

В случае смерти больного в форме № 003/у заполняется посмертный эпикриз. Посмертный эпикриз содержит краткую историю госпитализации, представления о больном врачей, лечивших пациента, динамику симптомов, характер проведенного лечения и диагностических процедур, причину и обстоятельства наступления летального исхода и развернутый клинический посмертный диагноз. В случае, если смерть больного наступила до осмотра лечащего врача профильного отделения, например, в выходные или праздничные дни, в течение нескольких часов от момента госпитализации в вечернее и ночное время, посмертный эпикриз оформляется совместно врачом приемного или реанимационного отделения, лечившим больного, и врачом профильного отделения.

После проведения патологоанатомического исследования трупа в историю болезни не позднее чем через 10 дней вносится краткий протокол исследования с подробным патологоанатомическим диагнозом и эпикризом, а в случае расхождения диагнозов предположительной причиной и степенью расхождения.

При госпитализации пациентов в стационар  скорой помощью лечащий врач заполняет талон к сопроводительному листу скорой помощи, подписывает его и сдает вместе с историей болезни. Заместитель главного врача по лечебной работе проверяет правильность заполнения талона, подписывает его и отправляет на станцию скорой медицинской помощи.

Форма № 003/у подписывается лечащим врачом и заведующим отделением. На основании данных формы № 003/у составляется карта выбывшего из стационара (ф. № 066/у), после чего форма № 003/у сдается в архив учреждения.

**Особенности ведения формы № 003/у в хирургических отделениях**

Форма № 003/у хирургических отделений содержит ряд дополнительных разделов.

**В предоперационном эпикризе** обосновывается необходимость планового или экстренного оперативного вмешательства, отражаются диагноз по основному и сопутствующим заболеваниям, степень выраженности функциональных нарушений, абсолютные или относительные противопоказания к операции, адекватность предоперационной подготовки, план операции, степень риска оперативного вмешательства.

Согласие больного на операцию должно быть информированным, т.е. больному разъясняется необходимость оперативного вмешательства, характер планируемой операции, возможные наиболее часто встречающиеся осложнения. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство оформляется в письменной форме, подписывается пациентом, одним из родителей или иным законным представителем, медицинским работником и хранится в форме № 003/у.

**Осмотр анестезиолога**

Перед плановым оперативным вмешательством больной должен быть осмотрен анестезиологом за 24-48 часов до операции. При экстренных операциях осмотр анестезиолога проводится исходя из сложившейся клинической ситуации.

Осмотр анестезиолога в обязательном порядке вносится в форму № 003/у при всех видах обезболивания, кроме местной анестезии.

В записи результатов осмотра отражаются данные, которые могут существенно повлиять на анестезиологическую тактику: особенности анамнеза, сопутствующие заболевания, лекарственные средства, которые принимал больной, курение табака, употребление алкоголя, прием наркотиков, осложнения предыдущих анестезий, наличие гемотрансфузий. Отражаются отклонения выявленные при физикальном обследовании, отмечаются АД, пульс, особенности в данных лабораторного и инструментального обследования. Характер предстоящей операции, предоперационная подготовка. План анестезиологического пособия должен содержать следующую информацию: премедикация, анестезия (общая, регионарная), положение больного на операционном столе, индукция анестезии, поддержание анестезии, манипуляции, применение основных и специальных методик.

Риск операции оценивается по Гологорскому.

**Протокол анестезиологического пособия** в ф № 003/у заполняется при особенностях течения анестезии либо при развитии осложнений.

**Протокол операции.** Должен содержать сведения о дате и продолжительности операции, фамилии членов операционной бригады, вид операции, вид обезболивания, описание операции. Описание операции: доступ (в какой области сделан разрез, его размер, направление, слои рассекаемых тканей).

Описание патологических изменений, обнаруженных при операции, операционный диагноз. Наименование операции и подробное описание хода ее выполнения. Проведен ли гемостаз в ране, число тампонов и дренажей, оставленных в ране. Контрольный счет марли и инструментов. Завершение операции (вид швов, повязка). Описание удаленного макропрепарата. Подпись хирурга.

**Дневники наблюдения**. Записываются ежедневно в течение первых трех дней с момента операции, затем через день при благополучном течении послеоперационного периода. В дневниках отражаются все манипуляции, проводимые с больным (удаление дренажей, трубок, перевязки и т.д.), состояние больного, динамика симптомов, основные параметры жизнедеятельности, состояние послеоперационной раны.

**Эпикриз.** В эпикризе отражается диагноз заболевания, дата и вид произведенного вмешательства, особенности послеоперационного течения (сроки удаления дренажей, снятия швов, характер заживления раны), эффективность проведенного лечения. В эпикризе должны быть указаны рекомендации по дальнейшему лечению и прогноз течения заболевания.

 История болезни может быть выдана из архива по запросу органов суда, следствия и прокуратуры с разрешения администрации больницы. История болезни хранится в архиве больницы в течение 25 лет, решение о целесообразности дальнейшего хранения или уничтожения историй болезни принимается администрацией больницы по истечении этого срока.

 В случае ведения формы № 003/у в электронном виде она должна содержать все реквизиты и данные, которые имеются в утвержденном бумажном варианте.

Министр здравоохранения

Донецкой Народной Республики В.В. Кучковой