**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства

здравоохранения Донецкой

Народной Республики

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения |  | **МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ** |
| Форма первичной учетной документации |
|  |  |  | **№ 013/у** |
| Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма | УТВЕРЖДЕНО |
|  |  |  | Приказ МЗ  |
|  |  |  | Донецкой Народной Республики |
| Код  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **№** |  |  |  |  |

от 12.03.2015 № 312

|  |
| --- |
| **ПРОТОКОЛ****(карта)** **патолого-анатомического исследования\* № \_\_\_\_\_\_** |
| “\_\_\_\_\_\_”\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 \_\_\_\_\_\_\_\_\_ года |
| Местонахождение учреждения, которое заполнило протокол |  |
|  |  |
| Область  |  | район (город) |  |
| Больница  |  | отделение  |  |
|  |  |  |  |
| Карта стационарного больного № |  |  |
| 1. Фамилия, имя, отчество умершего  |  |
|  |  |
| 2. Пол: муж.–1, жен.–2 (подчеркнуть)  |  |  |
|  |  |  |
| 3. Возраст  |  | лет |
|  |  |  |
| 4. Место жительства  |  |
|  |  |
| 5. Место работы (должность) |  |
|  |
| 6. Доставлен (а) в больницу через \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ часов (дней) после начала заболевания. |
|  |
| 7. Проведено \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ койко-дней.  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. Дата смерти |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  (число, месяц, год, время) |
| 9. Дата вскрытия |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|  |  (число, месяц, год, время) |  |  |
|  |  |  |  |
| 10. Лечащий врач  |  |  |  |
|  | (фамилия, подпись) |  |  |
| 11. Присутствовали на вскрытии  |  |
| 12. Диагноз направившего учреждения |  |
|  |  |
| 13. Диагноз при поступлении |  |
|  |  |
| 14. Клинический диагноз в стационаре и дата его установления: |  |
|  |  |
| 15. Заключительный диагноз и дата его установления (основное заболевание, осложнения, сопутствующие заболевания): |  |

 продолжение формы № 013/у

|  |  |
| --- | --- |
| 16. Патолого-анатомический диагноз (основное заболевание, осложнение, сопутствующие заболевания):  |  |
|  |  |
| 17. Результаты клинико-лабораторных исследований  |  |
|  |

|  |
| --- |
| 18**.** Ошибки клинической диагностики(подчеркнуть, вписать) |
| **Расхождение диагнозов:** |  |  |
|  по основному заболеванию |  |
|  по осложнениям |  |
|  по сопутствующим заболеваниям |  |
| **Поздняя диагностика:** |  |  |
|  основного заболевания |  |
|  смертельного осложнения |  |
|  |  |
| **Причины расхождения диагнозов:**  объективные трудности диагностики - 1, кратковременное пребывание в больнице - 2, недообследование больного - 3;  переоценка данных обследования - 4; редкость заболевания - 5;  |
|  неправильное оформление диагноза - 6 (подчеркнуть)  |  |  |
|  |  |  |
| 19.Причина смерти (из пункта 11 учетной формы № 106/у "Врачебное свидетельство 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** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20. Клинико-патологоанатомический эпикриз: |  |
|  |
|  |
|  |
| 21. Клинический эпикриз: |
|  |
|  |
|  |
|  Протокольная часть на  |  | страницах прилагается. |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  **Патологоанатом** |  | **Заведующий отделением** |  |
| (фамилия, подпись) | (фамилия, подпись) |
|  |  |  |  |
|  Дата окончания работы над протоколом  |  |
|  и проверки его заведующим «\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_\_\_ г. |  |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | продолжение формы № 013/у |
| **Продолжение протокола патолого-анатомического исследования №** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| от “\_\_\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 \_\_\_\_ года  |
|  |
| 22. Результаты патолого-анатомического исследования |
|  |
| **Рост** | **Вес тела** | **Вес органов** |
| **мозг** | **сердце** | **легкие** | **печень** | **селезенка** | **почки** |
| **левая** | **правая** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 22. Взято кусочков для патолого-гистологического исследования  |  |
|  |  |
|  |  |
|  Изготовлено блоков |  |  |
|  |  |  |
|  Взят материал для других методов исследования: |  |  |
|  |
|  |
| 23. Текст протокола |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 24. Место болезни (status lokalis) ' |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| \*Заполняется в одном экземпляре. Схемы и фотоснимки прилагаются |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | продолжение формы № 013/у |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 25. Результаты гистологического исследования |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  Дополнение на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ листах |
|  Схемы, таблицы, рисунки (сколько) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  Дата обсуждения на конференции «\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_\_\_ г. |  |
|  |
|  **Патологоанатом** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (фамилия, подпись) |
|  |  |
|  |

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 № 013/у**

"Протокол (карта) патологоанатомического исследования № \_\_\_\_"

форма № 013/у

Эта инструкция определяет порядок заполнения формы № 013/у врачом патологоанатомом после проведения вскрытия.

“Протокол (карта) патологоанатомического исследования" (форма № 013/у), в дальнейшем – протокол, заполняется четким почерком или машинописным текстом; черными, фиолетовыми, синими, голубыми чернилами или пастой.

Первая часть протокола заполняется по копирку в трех экземплярах: первый - хранится в патологоанатомическом отделении (бюро) с текстовой частью протокола, второй - подклеивается в клиническую документацию на умершего (мертворожденного, выкидыша), третий – в секционную карту.

Номер протокола должен соответствовать порядковому номеру проведенного патологоанатомического вскрытия.

Пункты 1 - 9 заполняются на основании медицинской карты стационарного больного, в них указываются: фамилия, имя, отчество умершего, его возраст, пол, место жительства, специальность (профессия), часы доставки в стационар, количество проведенных койко-дней , дата смерти.

В пунктах 10 - 14 указываются: фамилии лечащего врача и других врачей, которые присутствовали на вскрытии, диагноз умершего, поставленный учреждением здравоохранения, направившим его в стационар, а также диагноз при поступлении, клинический диагноз в стационаре и даты когда они установлены.

В пункте 15 указываются заключительный диагноз и дата когда он установлен, четко указываются основное заболевание, его осложнения и сопутствующие заболевания.

В пункте 16 отмечается патолого-анатомический диагноз, который также подразделяется на основное заболевание, осложнения и сопутствующие заболевания. Болезни, которые по этиологии и патогенезу не связанные с основным заболеванием или осложнением, указываются в пункте 16 как сопутствующие заболевания.

Патолого-анатомический диагноз формируется по этиопатогенетическим принципам с учетом существующих нормативных документов Министерства здравоохранения ДНР и требований Международной статистической классификации болезней и проблем здравоохранения Десятого пересмотра (далее - МКБ-10).

В пункте 17 указываются результаты клинико-лабораторных исследований. Необходимые клинические данные и результаты обследований в виде выписки из медицинской карты стационарного больного оформляются как приложение к протоколу.

В случае комбинированного основного заболевания четко указываются его составляющие. В таком случае шифр по МКБ-10 определяется по заболеванию, которое указано первым. Осложнения указываются в хронологической последовательности, с учетом взаимной патогенетической связи.

Болезни, которые этиологически и патогенетически не связаны с основным заболеванием или осложнением, выносятся в графу сопутствующей патологии.

В случае смерти от онкологической патологии четко указывается вид опухоли по степени зрелости и локализации.

В случае смерти от инфекционной патологии необходимо указать результаты бактериологического исследования.

В пункте 18 "Ошибки клинической диагностики" необходимо подчеркнуть или вписать в случае наличия расхождения диагнозов и данные поздней диагностики.

При заполнении позиции "Поздняя диагностика" этого пункта подчеркивается соответствующая строка или в квадрат справа проставляется цифра, которая соответствует причине ошибочной диагностики.

В пункте 19 "Причина смерти" указываются данные в соответствии с пунктом 11 формы первичной учетной документации N 106 / о «Врачебное свидетельство о смерти N \_\_\_» (утвержденной приказом Министерства здравоохранения ДНР от 09 января 2015 года N 12, зарегистрированным в Министерстве юстиции ДНР 30 января 2015 года за N 30) или «Врачебного свидетельства о перинатальной смерти» (форма № 106-2/у) с указанием его номера, в ячейках указываются - шифры согласно МКБ-10. Пункт 11 врачебного свидетельства о смерти состоит из двух частей с указанием соответствующих строк.

Пункт 20. В клинико-патологоанатомическом эпикризе отображается клинико-морфологический анализ случая, результаты сравнения клинического и патологоанатомического диагнозов. В лаконичной форме в нем указывается этио-, пато- и танатогенез, непосредственная причина смерти. В случаях, когда не заполняются стандартные бланки формы № 013/у, в пункте 20 указываются также расхождение диагнозов, их категория причина ошибки, поздняя диагностика.

В пункте 21 под клинико-патологоанатомическим эпикризом записывается клинический эпикриз.

Под эпикризом указывается количество страниц протокола, фамилия и личная подпись патологоанатома и заведующего отделением с указанием даты окончания работы над протоколом и проверки его заведующим.

На третьей странице протокола указывается номер и дата проведения вскрытия, которая должна соответствовать пункту 9 страницы один.

В пункте 22 в таблицу вносятся результаты антропометрических данных: (для плодов, мертворожденных), а при необходимости в иных случаях (необходимые данные следует записывать за текстом).

Под таблицей указывается: сколько кусочков взято на исследование, сколько изготовлено блоков, какие дополнительные методы исследования используются (бактериологическое, вирусологическое и тому подобное). В текстовой части протокола патологоанатомического исследования обстоятельно, последовательно и объективно излагаются все изменения, которые были выявлены при вскрытии трупа. Сначала описывается состояние тела, цвет кожных покровов и видимых слизистых оболочек, указывается рост и масса тела. При наличии операционных рубцов указывается их длина, направление в соответствии с анатомическими данными, внешний вид, а также наличие в них катетеров, выпускников и тому подобное. При описании брюшной и грудной полостей трупа отмечается расположение внутренних органов, наличие в полостях содержимого и его вид, состояние серозных оболочек. Описание внутренних органов в тексте протокола следует проводить по системам в такой последовательности: головной и спинной мозг, органы дыхания, органы кровообращения, органы кроветворения, костно-мышечная система.

Патологические изменения внутренних органов и тканей описываются объективно, без навязывания личного мнения патологоанатома, пользуясь общепринятыми единицами и разновидностями цветов, избегая сравнений с размером и цветом тех или иных предметов. При этом не следует применять диагностическую терминологию (пневмония, нефрит и тому подобное) и сокращение слов. Описывать изменения необходимо, не допуская возможности трактовок, которые противоречат друг другу.

При осмотре внутренних органов, которые остались практически без изменений, указываются лишь их размеры, масса и отмечается отсутствие видимых патологических изменений. Если какие-либо органы не исследуются - указывают причину.

В случае смерти больного после операции, которая сопровождалась удалением тех или других органов или тканей, в протоколе вскрытия дается детальное описание операционного материала и участка оперативного вмешательства, анатомической взаимосвязи органов и тканей, которая возникла после операции, состояние анастомозов, культи полых органов и т.д.

В пункте 24 указываются результаты патологоанатомического исследования участка органа патология которого привела к смерти больного.

В пункте 25 "Результаты гистологического исследования" проводится описание имеющихся изменений кусочков тканей с выводами, отдельно указывается патология и дата гистологических исследований.

Арабскими цифрами отмечается количество дополнительных к форме листов (текста, гистологического исследования, клинических данных и тому подобное); количество схем, таблиц, рисунков, бланков - результатов анализов.

В случаях обсуждения на конференциях - дата их проведения.

Четко указывается фамилия патологоанатома и его личная подпись.

Форма № 013/у используется при составлении отчета по форме № 20 "Отчет лечебно-профилактического учреждения", таблицы 4500 "Деятельность патологоана-томического бюро (отделения)".

В случае ведения формы № 013/у в электронном формате в нее должна включаться вся информация, которая находится на утвержденном бумажном носителе.

Срок хранения формы № 013/у - 75 лет.

Министр здравоохранения

Донецкой Народной Республики В.В. Кучковой