

Министерство здравоохранения
Удмуртской Республики
(МЗ УР)

от «29» 04 2021

Территориальный фонд
обязательного
медицинского страхования
Удмуртской Республики
(ТФОМС УР)

№ 2845 / 21-14
05633 / 11-13

г. Ижевск

Главным врачам медицинских
организаций

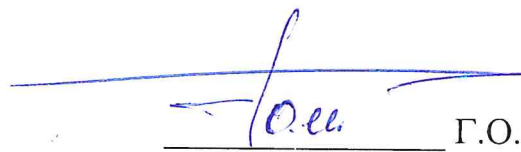
Руководителям страховых
медицинских организаций

**О правилах заполнения первичной медицинской
документации**


Направляем Вам для использования в работе информационное письмо о
правилах заполнения первичной медицинской документации.

Предлагаем при возникновении спорных случаев при неурегулированности
отдельных вопросов заполнения первичной медицинской документации
нормативно-правовыми документами федерального или регионального уровней при
проведении экспертных мероприятий руководствоваться настоящим письмом.

Министр здравоохранения
Удмуртской Республики

 Г.О. Щербак

И.о.директора Территориального фонда
обязательного
медицинского страхования
Удмуртской Республики

 Л.А.Олонова

О правилах заполнения первичной медицинской документации

1. Общие положения

1.1. В настоящем письме изложены правила оформления медицинской документации в медицинских организациях (далее - МО).

1.2. Цель настоящего письма - информирование медицинских работников о требованиях по оформлению первичной медицинской документации в соответствии с действующим законодательством.

1.3. Настоящее письмо разработано в соответствии с:

- Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
- Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»;
- Федеральным законом от 12.01.1996 № 8-ФЗ «О погребении и похоронном деле»;
- Постановлением Правительства Российской Федерации от 20.09.2012 г № 950 «Об утверждении Правил определения момента смерти человека, в том числе критериев и процедуры установления смерти человека, Правил прекращения реанимационных мероприятий и формы протокола установления смерти человека»;
- Приказом Минздрава России от 15.12.2014 № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению (вместе с «Порядком заполнения учетной формы № 025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях», «Порядком заполнения учетной формы 025-1/у «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях», «Порядком заполнения учетной формы № 030/у «Контрольная карта диспансерного наблюдения», «Порядком заполнения учетной формы № 030-13/у «Паспорт врачебного участка граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг», «Порядком заполнения учетной формы № 032/у «Журнал записи родовспоможений на дому», «Порядком заполнения учетной формы № 070/у «Справка для получения путевки на санаторно-курортное лечение», «Порядком заполнения учетной формы № 072/у «Санаторно-курортная карта», «Порядком заполнения учетной формы № 076/у «Санаторно-курортная карта для детей», «Порядком заполнения учетной формы К» 079/у

медицинская справка на ребенка, выезжающего в санаторный оздоровительный лагерь», «Порядком заполнения учетной формы № 086/у медицинская справка (врачебное профессионально-консультативное заключение)», «Порядком заполнения учетной формы № 086-2/у журнал регистрации выдачи медицинских справок (формы № 086/у и № 086-1/у)», «Порядком заполнения учетной формы № 043-1/у медицинская карта ортодонтического пациента»»;

- Приказом Минздравсоцразвития России от 02.12.2009 № 942 «Об утверждении статистического инструментария станции (отделения), больницы скорой медицинской помощи» (вместе с инструкцией по заполнению формы отраслевой статистической отчетности № 40, инструкциями по заполнению учетных форм № 109/у, № 110/у, № 114/у, № 115/у);

- Приказом Минздрава России № 345н, Минтруда России № 372н от 31.05.2019 «Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья»;

- Приказом Минздрава России от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»;

- Приказом Минздрава СССР от 09.06.1986 № 818 «О мерах по сокращению затрат времени медицинских работников на ведение медицинской документации и упразднении ряда учетных форм»;

- Приказом Минздрава России от 10.08.2017 № 514н (ред. от 13.06.2019) «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» (вместе с «Порядком заполнения учетной формы № 030-ПО/у-17 «Карта профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего», «Порядком заполнения и сроки представления формы статистической отчетности №030-ПО/о-17 «Сведения о профилактических медицинских осмотрах несовершеннолетних»);

- Приказом Минздравсоцразвития России от 23.04.2012 № 390н «Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи»;

- Приказом Минздрава России от 20.12.2012 № 1177н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства»;

- Приказом Минздрава России от 06.06.2013 № 354н «О порядке проведения патолого-анатомических вскрытий»;

- Приказом Минздрава России от 28.10.2020 N 1166н "Об утверждении порядка прохождения донорами медицинского обследования и перечня медицинских противопоказаний (временных и постоянных) для сдачи крови и (или) ее компонентов и сроков отвода, которому подлежит лицо при наличии временных медицинских показаний, от донорства крови и (или) ее компонентов"

- Приказом Минздрава России от 07.04.2016 N 216н «Об утверждении формы информированного добровольного согласия на проведение искусственного прерывания беременности по желанию женщины»;

- Приказом Минздрава России от 30.11.2017 №965н «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий» ;

- Приказом Минздрава России от 03.07.2000 № 241 «Об утверждении «Медицинской карты ребенка для образовательных учреждений» (вместе с «Инструкцией о порядке ведения учетной формы № 026/у-2000 «Медицинская карта ребенка для образовательных учреждений дошкольного, начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования, учреждений начального и среднего профессионального образования, детских домов и школ-интернатов»);

- Приказом Минздрава СССР от 04.10.1980 № 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения». (При применении следует учитывать, что настоящий Приказ утратил силу в связи с изданием Приказа Минздрава СССР от 05.10.1988 № 750, однако Письмом Минздравсоцразвития РФ от 30.11.2009 № 14-6/242888 сообщено, что до издания нового альбома образцов учетных форм учреждения здравоохранения по рекомендации Минздрава России используют в своей работе для учета деятельности бланки, утвержденные настоящим Приказом.);

- Приказом Минздрава России от 14.01.2019 №4н (ред. от 11.12.2019) «Об утверждении порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения»;

- Приказом Минздрава России от 15.02.2013 № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» (учетную форму № 030-Д/с/у-13 «Карта диспансеризации несовершеннолетнего»);

- Приказом Минздрава России от 11.04.2013 № 216н «Об утверждении порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе

усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью» (учетную форму № 030-Д/с/у-13 «Карта диспансеризации несовершеннолетнего»).

2. Понятия и общие требования к оформлению медицинской документации

2.1. Медицинская документация - это документы установленной формы, предназначенные для регистрации результатов лечебных, диагностических, профилактических, реабилитационных, санитарно-гигиенических и других мероприятий. Медицинская документация может быть учетной и отчетной, ее держателем выступают медицинские организации. Медицинские работники (врачи, фельдшеры, акушерки, зубные врачи) медицинских организаций несут ответственность за правильность оформления соответствующих документов.

2.2. К первичной медицинской документации относят следующие документы: медицинская карта стационарного больного, медицинская карта прерывания беременности, история родов, история развития новорожденного, медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, история развития ребенка, медицинская карта стоматологического больного, медицинская карта ортодонтического пациента, индивидуальная карта беременной и родильницы, карта вызова скорой медицинской помощи, сопроводительный лист станции (отделения) скорой медицинской помощи и талон к нему и др.

2.3. Первичная медицинская документация (далее - ПМД) является юридическим документом, все записи в ней должны быть четкими, легко читаемыми (возможен печатный (компьютерный) вариант внесения записей), каждая запись заверяется подписью медицинского работника с указанием должности и расшифровкой фамилии (при ведении записей в медицинской карте стационарного больного одним врачом, допускается расшифровка в первой записи), указывается дата, при оказании экстренной и неотложной медицинской помощи - дата и время внесения записи.

2.4. При оформлении ПМД обеспечивается гарантия достоверности, подлинности информации, защиты от несанкционированного доступа, дописок и искажений. В целях исправления технических ошибок, допущенных при оформлении записей в ПМД, допускаются дописки и исправления только лицом, осуществлявшим соответствующую первичную запись. Все необходимые исправления делаются непосредственно за подписью медицинского работника, либо записываются в строку после перечеркивания подлежащих исправлению слов.

2.5. ПМД должна обладать полнотой записей, отражать все произведенные манипуляции, назначения, результаты инструментальных, лабораторных, иных исследований, проведенные хирургические вмешательства, перемещения пациента в пределах медицинской организации и за ее

пределами и прочее.

2.6. Эксперты, проводящие анализ ПМД, исходят из добросовестности МО при ведении документации, полагают, что лечебный процесс имеет полное отражение в документе, основываясь на принципе «что отражено - то имело место, что отсутствует - то не имело места».

2.7. Ведение медицинской документации является одним из критериев оценки качества медицинской помощи,.

2.8. ПМД может служить источником информации для пациента или его законного представителя о состоянии здоровья в соответствии с пп.4, 5 статьи 22 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

3. Особенности оформления отдельных видов первичной медицинской документации

3.1. Требования к оформлению медицинской карты стационарного больного

Медицинская карта стационарного больного (ф. № 003/у, далее также - история болезни, стационарная карта) является основным медицинским документом стационара, который оформляется на каждого поступившего в стационар больного. Стационарная 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 при осуществлении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в стационарных условиях.

Медицинская карта стационарного больного содержит следующую информацию.

Наименование страховой медицинской организации, в которой застрахован пациент, номер полиса обязательного медицинского страхования.

Направление пациента на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию по форме № 057/у-04.

Паспортная часть:

- номер истории болезни;
- фамилия, имя, отчество;
- дата рождения, возраст (для детей до 1 года - количество месяцев, для детей до 1

месяца - дней);

- адрес постоянного места проживания пациента (для иногородних также указывается адрес места пребывания);

- сотовый (домашний) телефон (при наличии);

- место работы / учебы, занимаемая должность;

- при госпитализации детей указываются фамилия, имя, отчество матери (отца), место работы, должность и контактные телефоны.

Общие сведения:

- дата и час поступления (обращения) в приемное отделение, время первичного осмотра врача, время госпитализации в стационар; дата выписки, дата и время смерти;

- медицинская организация, направившая больного;

- диагноз, установленный медицинской организацией, направившей больного;

- показания для госпитализации ~ плановая госпитализация или госпитализация для оказания медицинской помощи в экстренной или неотложной форме (при этом указывается количество часов, прошедших с момента начала заболевания или получения травмы).

Диагноз при поступлении, заверенный подписью установившего врача. Предварительный диагноз устанавливается врачом приемного отделения или врачом профильного отделения (дневного стационара) или врачом отделения (центра) анестезиологии-реанимации медицинской организации не позднее **2 часов** с момента поступления пациента в медицинскую организацию.

Клинический диагноз устанавливается на основании данных анамнеза, осмотра, данных лабораторных и инструментальных методов обследования, результатов консультаций врачей-специалистов, предусмотренных стандартами медицинской помощи, а также клиническими рекомендациями (протоколами лечения) в течение **72 часов** с момента поступления пациента в профильное отделение (дневной стационар) медицинской организации; при поступлении пациента по экстренным показаниям не позднее **24 часов** с момента поступления пациента в профильное отделение.

Клинический диагноз с указанием даты установления и заверенный подписью лечащего врача (с расшифровкой) должен быть вынесен на титульную страницу истории болезни. В случаях, когда трехдневный срок приходится на выходные (нерабочие дни), клинический диагноз оформляется в первый, следующий за выходным рабочий день.

Сопутствующие заболевания вне обострения / субкомпенсации / декомпенсации, указанные со слов больного, не относящиеся непосредственно к причине госпитализации, до установления специалистом соответствующего профиля могут в клинический диагноз не выноситься, но должны

быть упомянуты в анамнезе жизни.

Обоснование клинического диагноза оформляется соответствующей записью в стационарной карте, подписывается лечащим врачом и заведующим профильным отделением (дневным стационаром) не позднее трех рабочих суток от момента поступления пациента в стационар. В случаях, когда трехдневный срок приходится на выходные (нерабочие дни), обоснование диагноза оформляется в первый, следующий за выходным рабочий день.

При поступлении пациента в экстренном порядке, обострении хронического заболевания у длительно болеющих пациентов и / или в случае отсутствия необходимости в дообследовании для верификации диагноза, допускается обоснование клинического диагноза при поступлении. При этом дата клинического диагноза на первой странице должна совпадать с датой диагноза при поступлении.

В случаях кратковременного пребывания пациента в стационаре (менее 3-х суток) в связи с преждевременным прекращением лечения (перевод в другую медицинскую организацию по профилю заболевания, отказ от дальнейшего стационарного лечения, самовольный уход, летальный исход) при условии, что за этот период представление о диагнозе (предварительном диагнозе, выставленном при госпитализации) не изменилось, клинический диагноз может выноситься без оформления его обоснования, достаточным будет обоснование предварительного диагноза.

При установлении диагноза в результате оперативного вмешательства протокол операции может служить в качестве обоснования клинического диагноза.

При переводе пациента в дневной стационар, отделение медицинской реабилитации дополнительного обоснования клинического диагноза не требуется, выставляется диагноз, указанный в направлении.

При затруднении установления клинического диагноза и (или) выбора метода лечения решение принимается консилиумом врачей.

При изменении клинического диагноза окончательный клинический диагноз также должен быть обоснован.

Заключительный клинический диагноз должен быть рубрифицирован на основной, осложнения, сопутствующий, с указанием кода МКБ-10.

Кратность госпитализаций по поводу данного заболевания в текущем году (первичная, повторная и количество).

Исход заболевания, дата, при летальном исходе - время.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства оформляется в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Информированное добровольное согласие пациента является необходимым предварительным условием любого медицинского вмешательства.

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах гражданина решает консилиум в составе 3 врачей.

Согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители. При отсутствии законных представителей решение о медицинском вмешательстве принимает консилиум в составе 3 врачей.

Информация предоставляется пациенту в доступной для него форме. Пациент информируется о характере имеющейся у него патологии, методах и целях лечения, возможном риске, побочных эффектах и ожидаемых результатах. О предоставленной информации делается запись в бланке информированного добровольного согласия в медицинской карте стационарного больного. Так же оформляется согласие на медицинское вмешательство, на оперативное вмешательство (в том числе переливание крови и её компонентов), на анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства, введение сывороток. При этом пациент должен быть проинформирован о возможных осложнениях и опасности заражения вирусными инфекциями в случае, если донор находился в серонегативном периоде. Пациент оформляет согласие в формах установленного образца.

Согласие пациента на операцию должно быть информированным, т.е. пациенту разъясняется необходимость производства оперативного вмешательства, характер планируемой операции, возможные наиболее часто встречающиеся осложнения. При отказе от оперативного вмешательства предлагаются альтернативные методы лечения, если таковые имеются.

Пациент оформляет согласие на предоставление информации о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья, наличии заболевания, диагнозе, результатах обследования, прогнозе и методах лечения с указанием лица (лиц), которым дает согласие на передачу сведений, составляющих врачебную тайну.

Отказ от медицинского вмешательства оформляется в письменной форме с указанием последствий отказа, которые были разъяснены пациенту. В случае отказа пациента, как от медицинского вмешательства, так и от подписи под отказом, об этом делается соответствующая запись в медицинской карте стационарного больного (бланке отказа), которая подписывается консилиумом в составе 3 врачей.

Информированное согласие на обработку персональных данных согласно статье 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ (ред. от 21.07.2014) «О персональных данных».

Жалобы больного при поступлении должны записываться кратко, с указанием патологических изменений и данных, непосредственно относящихся к заболеванию.

Анамнез развития заболевания (anamnesis morbi) записывается кратко, с указанием лишь патологических изменений и данных, непосредственно относящихся к течению настоящего заболевания.

В анамнезе жизни (anamnesis vitae) фиксируются данные только в тех случаях, когда это необходимо врачу для установления диагноза, оценки состояния больного и определения плана лечения.

При необходимости анамнез жизни может содержать информацию о ранее перенесенных и хронических заболеваниях, травмах и операциях, предшествующих гемотрансфузиям, перенесенных туберкулезе, заболеваниях, передаваемых половым путем, вирусном гепатите, ВИЧ-инфекции (информация о ВИЧ-инфекции, зафиксированная со слов пациента в сопутствующий диагноз и на первую страницу титульного листа не выносится), неблагоприятном эпиданамнезе, патологической наследственной предрасположенности. Медицинская документация больных гепатитами подлежит маркировке в соответствии с нормативными и методическими документами.

У детей раннего возраста анамнез жизни описывается подробно, с указанием акушерского, родового анамнеза, вакцинального анамнеза, собирается эпидемический анамнез в случае инфекционных и подозрений на инфекционные заболевания.

Группа крови и Резус-принадлежность. При поступлении больного в стационар в плановом порядке группу крови по системе АВО и Резус-принадлежность определяет врач или другой специалист, имеющий подготовку по иммуносерологии. Бланк с результатом исследования группы крови и Резус-фактора вклеивают в медицинскую карту стационарного больного на оборотной стороне титульного листа. Лечащий врач переписывает данные результата исследования группы крови и Резус-фактора на лицевую сторону титульного листа медицинской карты стационарного больного в правый верхний угол, указывает дату определения, Ф.И.О. врача, установившего группу крови и Резус-принадлежность, и скрепляет своей подписью. Запрещается переносить данные о группе крови и Резус-принадлежности на титульный лист медицинской карты стационарного больного из других документов. Аналогичная процедура внесения отметки в ПМД о группе крови и Резус-принадлежности больного производится и в отношении больных, поступающих в экстренном порядке.

Аллергологический анамнез записывается всегда, с вынесением информации на лицевую сторону истории болезни (указывается международное название лекарственного препарата и клинические проявления лекарственной непереносимости). Рекомендовано указывать дату, Ф.И.О. врача и подпись специалиста, выявившего данную информацию.

При **травмах** указывается время, причины и обстоятельства травмы, а также время обращения за первичной медицинской помощью, причины, по которым не обращался к врачу (касается криминальных).

Сроки проведения первичного осмотра пациента в приемном отделении или профильном структурном подразделении/дневном стационаре или отделении (центре) анестезиологии-реанимации медицинской организации:

- при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента, требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме - **безотлагательно**;

- при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме - не позднее **2 часов** с момента поступления пациента в приемное отделение (дневной стационар) медицинской организации;

- проведение первичного осмотра врачом профильного отделения медицинской организации - не позднее **3 часов** с момента поступления пациента в профильное отделение (дневной стационар).

Данные объективного обследования больного заполняются кратко с описанием только патологических изменений, выявленных при обследовании больного. Выявленные патологические изменения описываются с указанием характерных симптомов, всем больным хирургического профиля описывается локальный статус с отражением органических и функциональных изменений, выносятся критерии тяжести состояния.

Новорожденным и детям раннего возраста указывается оценка физического развития, недоношенным новорожденным оценка гестационной зрелости. Заключение по уровню физического развития делается всем детям.

Детям раннего возраста проводится оценка нервно-психического развития с соответствующей записью в медицинском документе.

После описания приемного статуса обязательно формулируется предварительный диагноз, формируется план обследования и план лечения.

План обследования и лечения. Формирование плана обследования пациента при первичном осмотре проводится с учетом предварительного диагноза, клинических проявлений заболевания, тяжести заболевания или состояния пациента, лабораторных и инструментальных методов исследования (при наличии). В плане лечения указывается метод (объем) хирургического вмешательства при заболевании (состоянии) и наличии медицинских показаний, требующих хирургических методов лечения и (или) диагностики.

Особенности течения заболевания, требующие дополнительных сложных и длительно проводимых методов исследований вносятся в стационарную карту соответствующей записью, заверенной подписью заведующего профильным отделением (дневным стационаром).

Необходимость проведения дополнительных исследований вне данной медицинской организации принимается врачебной комиссией медицинской организации с оформлением протокола и внесением в стационарную карту.

В план обследования и план лечения включается перечень лекарственных препаратов для медицинского применения с учетом лекарственных препаратов, включенных в стандарты медицинской помощи (с частотой применения 1,0) и клинические рекомендации (протоколы лечения).

Лекарственные препараты назначаются с учетом инструкций по применению лекарственных препаратов, возраста пациента, пола пациента, тяжести заболевания, наличия осложнений основного заболевания (состояния) и сопутствующих заболеваний;

Назначение и выписывание лекарственных препаратов при оказании медицинской помощи в стационарных условиях осуществляется по международному непатентованному, группировочному или торговому наименованию. Назначения оформляются на русском или латинском языках.

В плане лечения указываются общие группы препаратов, необходимые для лечения пациентов в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи, с последующей детализацией (способ введения, форма выпуска, разовая доза и кратность приема в сутки, дата назначения и дата отмены) лечащим врачом в листах назначений.

Случаи незапланированной отмены лечения и назначения другого препарата, редукции дозы (изменения дозы) обосновываются в дневниках.

Расчет парентерального питания документируется.

Химиотерапия должна быть обоснована с учетом гистологической формы опухоли, с расчетом (обоснованием) дозы препарата.

При назначении наркотических препаратов ведение отдельного листа, либо отдельная

запись в дневниках врача с указанием названия препарата, формы выпуска, дозы, формы введения, даты и времени, подпись врача, назначившего препарат, и подпись медсестры, выполнившей назначение.

Согласование назначения лекарственных препаратов с заведующим отделением или ответственным дежурным врачом либо другим лицом, уполномоченным приказом главного врача медицинской организации, а также, при наличии, с врачом - клиническим фармакологом необходимо в случаях:

1) одновременного назначения пяти и более лекарственных препаратов одному пациенту;

2) назначения лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, при нетипичном течении заболевания, наличии осложнений основного заболевания и (или) сопутствующих заболеваний, при назначении лекарственных препаратов, особенности взаимодействия и совместимости которых согласно инструкциям по их применению приводят к снижению эффективности и безопасности фармакотерапии и (или) создают потенциальную опасность для жизни и здоровья пациента;

3) в случаях назначения лекарственных средств по показаниям, не утверждённым государственными регулирующими органами, не упомянутым в инструкции по применению (Off-label).

4) не включенных в клинические рекомендации и стандарты оказания медицинской помощи.

5) для лечения сопутствующей патологии.

В вышеуказанных случаях назначение лекарственных препаратов фиксируется в медицинских документах пациента и заверяется подписью медицинского работника и заведующего отделением (ответственного дежурного врача или другого уполномоченного лица). В медицинской организации, расположенной в сельском населенном пункте или населенном пункте, расположенном в удаленных и труднодоступных местностях, назначение лекарственных препаратов в случаях, указанных выше, осуществляется медицинским работником единолично.

Лекарственные препараты, не включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, в случае их замены из-за индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям назначаются по решению врачебной комиссии. Решение врачебной комиссии фиксируется в медицинских документах пациента и журнале врачебной комиссии.

По решению врачебной комиссии назначаются:

1. Лекарственные препараты, зарегистрированные в установленном порядке в Российской Федерации и разрешенные к медицинскому применению, но не включенные в Перечень жизненно

необходимых и важнейших лекарственных препаратов, в случае их замены из-за индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям.

2. При наличии медицинских показаний (индивидуальная непереносимость, по жизненным показаниям) лекарственные препараты, зарегистрированные в установленном порядке в РФ и разрешенные к медицинскому применению, но не входящие в стандарты медицинской помощи, в соответствии с которыми осуществляется ведение пациента. В соответствии с информационным письмом МЗ СР РФ от 24.11.2011 № 14-3/10/2-11668 если у больного в процессе лечения выявляются признаки развития конкурирующего, фонового или сопутствующего заболевания, то лечение данного заболевания должно проводиться в соответствии со стандартом медицинской помощи при данном заболевании с исключением дублирующих услуг.

3. При наличии медицинских показаний (индивидуальная непереносимость, по жизненным показаниям) лекарственные препараты по торговым наименованиям.

Температурный лист является оперативным документом, служащим для графического изображения основных данных, характеризующих состояние здоровья больного, оформляется с обязательной ежедневной отметкой среднего медицинского работника о выполнении, не реже 2 раз в сутки в круглосуточном стационаре. При необходимости, в зависимости от профиля заболевания пациента, по назначению лечащего врача, отражаются и др. показатели.

Отметка о выданных листках нетрудоспособности. Оформление экспертного анамнеза.

Экспертиза временной нетрудоспособности проводится в соответствии с установленными требованиями: наличие экспертного анамнеза, протокола врачебной комиссии по продлению сроков временной нетрудоспособности свыше 15 дней, указание периода временной нетрудоспособности и номера листка нетрудоспособности.

При выписке работающего пациента из стационара, дневного стационара оформляется листок нетрудоспособности в соответствии с приказом МЗ РФ от 01.09.2020 №925н «Об утверждении порядка выдачи и оформления листков нетрудоспособности, включая порядок формирования листков нетрудоспособности в форме электронного документа». Листок нетрудоспособности выдается пациенту на весь период стационарного лечения. В случае временной нетрудоспособности более 15 дней продление листка нетрудоспособности осуществляется врачебной комиссией. При направлении на врачебную комиссию лечащим врачом совместно с заведующим отделением оформляется эпикриз на врачебную комиссию (ВК) с обоснованием причины продления сроков временной нетрудоспособности и предполагаемой длительности временной нетрудоспособности.

Протокол ВК с решением вносится в медицинскую карту стационарного больного. В случае сохраняющихся признаков временной нетрудоспособности на день выписки из стационара

пациенту продлевается листок нетрудоспособности на срок до 10 дней по решению врачебной комиссии, с указанием даты явки на прием к врачу в поликлинику по месту медицинского обслуживания. Дальнейшее продление листка нетрудоспособности осуществляется врачом по месту медицинского обслуживания.

Лист регистрации переливания трансфузионных сред: отмечаются показания к трансфузии, дата и время трансфузии, возникшие реакции или осложнения в ходе трансфузии или после нее, фамилия врача, проводившего трансфузию. Записи о трансфузии делает лечащий врач / дежурный врач или врач - трансфузиолог.

Осмотр заведующего профильным отделением (дневным стационаром): проводится в обязательном порядке в течение **48 часов** (рабочие дни) с момента поступления пациента в профильное отделение (дневной стационар) медицинской организации, далее по необходимости, но не реже 1 раза в неделю, с внесением в стационарную карту соответствующей записи, подписанной заведующим профильным отделением (дневным стационаром), допустимо совмещение дневниковой записи лечащего врача с записью осмотра заведующего отделением.

Больные в тяжелом состоянии и в состоянии средней тяжести должны быть осмотрены заведующим отделением (в рабочие дни) в течение суток с момента госпитализации.

Результаты лабораторных анализов, рентгенологических, функциональных и эндоскопических исследований должны быть закончены, записаны или вклеены (вложены) в историю болезни (исключение - электронное ведение истории болезни).

Запись врача-рентгенолога, врача эндоскопической диагностики, врача функциональной диагностики должна отражать полную картину исследуемого органа или системы, патологические изменения, функциональное состояние и ход проведения исследования. Заключение должно отражать найденные изменения, допускается вынесение предполагаемого диагноза.

Оформление дневников, этапных и выписных эпикризов. Дневники оформляются с указанием даты, а при необходимости и времени осмотра, в них отражается динамика состояния пациента, т.е. изменения, которые происходят в процессе его лечения, данные объективного осмотра, изменения представлений о больном, изменения в плане обследования и лечения.

Данные о гемодинамических показателях, температуре тела у пациентов в удовлетворительном состоянии должны быть зафиксированы средним медицинским персоналом в температурном листе формы № 004/у, дублирование этой информации в дневниках не обязательно.

Ведение врачом дневников должно осуществляться в зависимости от состояния больного,

кратко и четко, но не реже 3-х раз в неделю, **за исключением находящихся в тяжелом состоянии или в состоянии средней тяжести.**

Больным, находящимся в тяжелом состоянии, дневниковые записи делаются ежедневно, а при необходимости несколько раз в день с указанием времени осмотра.

При проведении **заместительной почечной терапии** запись делается врачом обязательно в день проведения процедуры, в тяжелом состоянии – ежедневно, а при необходимости несколько раз в сутки.

В выходные и праздничные дни дневники наблюдения оформляются дежурным врачом пациентам, требующим динамического наблюдения, и пациентам, обратившимся за помощью в течение дежурства.

В дневнике наблюдения лечащего врача после выходных (праздничных) дней необходимо указать динамику состояния пациента за прошедшие дни.

При корректировке плана обследования и лечения требуется внеочередная / дополнительная дневниковая запись. Смена лечащего врача должна быть зафиксирована соответствующей записью в истории болезни.

Детям до 3 лет при лечении в круглосуточном стационаре дневники заполняются ежедневно, в дневном стационаре или в отделении медицинской реабилитации ведение врачом дневников для больных в стабильном состоянии должно осуществляться не реже 3 раз в неделю.

Ведение дневников детям старше трех лет в удовлетворительном состоянии должно осуществляться 3 раза в неделю, в состоянии средней тяжести - 5 раз в неделю, при тяжелом состоянии - не менее 4 раз в сутки с указанием времени осмотра, а при необходимости - чаще.

Больным, получающим наркотические и сильнодействующие препараты, дневниковые записи делаются ежедневно.

Ведение врачом дневников больным в стабильном состоянии, получающим паллиативную медицинскую помощь стационарно, должно осуществляться не реже 1 раза в неделю.

Обязательно заполнение дневника в день введения химиотерапевтического препарата онкологическим больным.

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

Принятие решения при затруднении установления клинического диагноза и (или) выбора

метода лечения проводится консилиумом врачей.

Консилиум врачей - совещание нескольких врачей одной или нескольких специальностей, необходимое для установления состояния здоровья пациента, диагноза, определения прогноза и тактики медицинского обследования и лечения, целесообразности направления в специализированные отделения медицинской организации или другую медицинскую организацию и для решения иных вопросов, созывается по инициативе лечащего врача в медицинской организации либо вне медицинской организации (включая дистанционный консилиум врачей).

Решение консилиума врачей оформляется протоколом, подписывается всеми участниками консилиума врачей и вносится в медицинскую документацию пациента. В протоколе консилиума врачей указываются фамилии врачей, включенных в состав консилиума врачей, сведения о причинах проведения консилиума врачей, течении заболевания пациента, состоянии пациента на момент проведения консилиума врачей, включая интерпретацию клинических данных, лабораторных, инструментальных и иных методов исследования и решение консилиума врачей. При наличии особого мнения участника консилиума врачей в протокол вносится соответствующая запись.

При проведении консультации (консилиума) с применением телемедицинских технологий по результатам консультант оформляет медицинское заключение (протокол консилиума врачей). Подписанное медицинское заключение (протокол консилиума врачей) направляется в электронном виде лечащему врачу либо обеспечивается дистанционный доступ лечащего врача к медицинскому заключению (протоколу консилиума врачей) и сопутствующим материалам. Заключение (протокол) должен быть вклеен в карту стационарного больного для последующей оценки экспертом страховой организации полноты исполнения рекомендаций.

Индивидуальный медицинский пост организуется решением врачебной комиссии с записью в первичной медицинской документации путем дежурства медицинской сестры (фельдшера, акушерки) с обеспечением в том числе непрерывного визуального контроля за пациентом, фиксации результатов контроля в карте стационарного больного (данные пульса, АД, ЧДД, сатурация и т.д.), а также с целью выполнения врачебных назначений и гигиенических процедур и отражением в карте стационарного больного.

Этапные эпикризы. Эпикриз должен отражать динамику представлений о больном, дальнейшую тактику ведения больного и прогноз; этапные эпикризы оформляются не реже 1 раза в **14 дней**. В случаях, когда дата оформления этапного эпикриза приходится на день выписки пациента из стационара или предшествует ему, то необходимости в оформлении этапного эпикриза нет. Допускается оформление записи этапного эпикриза совместно с записью обхода заведующего отделением, дневниковой записью лечащего врача. Эпикриз должен содержать краткую

информацию о:

- трактовке результатов лабораторных исследований;
- консультациях;
- возникших осложнениях в ходе лечения;
- изменениях в плане обследования или лечения.

Пациентам, получающим паллиативную медицинскую помощь, этапные эпикризы могут не оформляться.

Переводной эпикриз. При наличии медицинских показаний для перевода пациента в другое профильное отделение внутри медицинской организации решение о переводе принимается заведующими соответствующими структурными подразделениями (из которого переводится пациент и в которое переводится пациент) с внесением соответствующей записи в стационарную карту.

При наличии медицинских показаний для перевода пациента в другую медицинскую организацию, имеющую оборудование в соответствии со стандартом оснащения и кадры в соответствии с рекомендуемыми штатными нормативами, утвержденными соответствующими порядками оказания медицинской помощи по профилям или группам заболеваний, решение о переводе принимается врачебной комиссией медицинской организации, из которой переводится пациент (с оформлением протокола и внесением в стационарную карту), и согласованием с руководителем медицинской организации (заместителем руководителя), в которую переводится пациент.

Преемственность в наблюдении и лечении осуществляется посредством переводного эпикриза, который содержит краткий анамнез, сведения о проведенных лечебных и диагностических мероприятиях, цель перевода, рекомендации по лечению и обследованию. Переводной эпикриз заверяется подписью заведующего отделением.

Выписной эпикриз оформляется по окончании госпитализации. Выписной эпикриз должен содержать в краткой форме историю настоящей госпитализации, характер и результаты проведенного обследования и лечения, сведения о проведенном медикаментозном лечении указываются кратко (названия препаратов, общие группы препаратов). При необходимости продолжения медикаментозного лечения в разделе «рекомендации» выписного эпикриза отражается подробная информация о рекомендованном лечении: указывается международное непатентованное наименование (МНН), разовая доза и кратность приема в сутки, длительность рекомендованного курса лечения, при необходимости время приема препарата, вопросы реабилитации. В случае проведенного оперативного вмешательства указывается дата и вид

вмешательства, динамика симптомов и рекомендации по дальнейшему ведению больного. Указываются дозы лучевой нагрузки.

Выписка из истории болезни стационарного больного выполняется в печатном варианте в двух экземплярах, а также загружается в электронном виде в Единый информационный ресурс ТФОМС УР.

При выявлении (декомпенсации уже имеющегося) сопутствующего непрофильного заболевания в период стационарного лечения по основному заболеванию, если это потребовало дополнительного обследования, консультаций специалистов по профилю сопутствующего заболевания и коррекции лечения, в первичной документации все этапы диагностики и лечения должны быть отражены по общим требованиям, включая развернутую информацию в выписном эпикризе и рекомендации по дальнейшему лечению.

Медицинская карта стационарного больного должна быть оформлена в день выписки больного из стационара.

Протокол установления смерти человека. Информация о времени прекращения реанимационных мероприятий и (или) констатации смерти вносится в медицинские документы умершего человека. Констатация биологической смерти человека осуществляется медицинским работником (врачом или фельдшером) и оформляется протоколом установления смерти человека.

Посмертный эпикриз содержит краткую историю госпитализации, динамику симптомов, характер проведенного лечения и диагностических процедур, причину и обстоятельства наступления летального исхода и развернутый клинический посмертный диагноз.

Если смерть больного наступила до осмотра лечащего врача профильного отделения, например, в выходные и праздничные дни, в течение нескольких часов от момента госпитализации в вечернее и ночное время, посмертный эпикриз оформляется совместно дежурным врачом приемного или реанимационного отделения, лечившим больного, и врачом профильного отделения. В этом случае врач, лечивший больного, должен в приемном статусе отразить свое мнение о диагнозе.

Не позднее тридцати суток после проведения патологоанатомического исследования врач-патологоанатом вносит в медицинскую карту стационарного больного патологоанатомический диагноз и клинико-патологоанатомический эпикриз, а также копию протокола патологоанатомического вскрытия.

В случае отказа от патологоанатомического вскрытия в истории болезни оформляется письменное «Заявление об отказе от вскрытия» от лица, взявшего на себя обязанность осуществить

погребение умершего с указанием причины отказа (в соответствии с п. 3 ст. 67 Федерального Закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Приказом Минздрава России от 06.06.2013 № 354н «О порядке проведения патолого-анатомических вскрытий», ст. 5 Федерального закона от 12.01.1996 № 8-ФЗ «О погребении и похоронном деле»).

В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" по религиозным мотивам при наличии письменного заявления супруга или близкого родственника (детей, родителей, усыновленных, усыновителей, родных братьев и родных сестер, внуков, дедушки, бабушки), а при их отсутствии иных родственников либо законного представителя умершего или при волеизъявлении самого умершего, сделанном им при жизни, патолого-анатомическое вскрытие не производится, **за исключением случаев:**

- 1) подозрения на насильственную смерть;
- 2) невозможности установления заключительного клинического диагноза заболевания, приведшего к смерти, и (или) непосредственной причины смерти;
- 3) оказания умершему пациенту медицинской организацией медицинской помощи в стационарных условиях менее одних суток;
- 4) подозрения на передозировку или непереносимость лекарственных препаратов или диагностических препаратов;
- 5) смерти:
 - а) связанной с проведением профилактических, диагностических, инструментальных, анестезиологических, реанимационных, лечебных мероприятий, во время или после операции переливания крови и (или) ее компонентов;
 - б) от инфекционного заболевания или при подозрении на него;
 - в) от онкологического заболевания при отсутствии гистологической верификации опухоли;
 - г) от заболевания, связанного с последствиями экологической катастрофы;
 - д) беременных, рожениц, родильниц (включая последний день послеродового периода) и детей в возрасте до двадцати восьми дней жизни включительно;

6) рождения мертвого ребенка;

7) необходимости судебно-медицинского исследования.

3.1.1. Особенности ведения медицинской карты стационарного больного хирургического профиля

Предоперационное заключение / эпикриз должен содержать краткую информацию о следующих данных:

- показания к операции;
- обоснование необходимости планового или экстренного оперативного вмешательства и манипуляций;
- абсолютные или относительные противопоказания к операции;
- условия для проведения оперативного вмешательства с указанием степени выраженности функциональных нарушений;
- намеченный план операции, предполагаемый объем операции;
- Ф.И.О. оперирующего хирурга.

Предоперационный осмотр анестезиолога содержит осмотр анестезиолога и протокол анестезии для всех видов 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, аллергологический анамнез. Отражаются отклонения, выявленные при физикальном обследовании, отмечаются артериальное давление (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.

Протокол анестезиологического пособия должен быть вклеен в историю болезни в течение первых 24 часов после операции. Оценка состояния больного описывается непосредственно перед индукцией анестезии. Указывается вид анестезии (общая, регионарная), положение больного на операционном столе, манипуляции (катетеризация центральной вены,

интубация); индукция анестезии, поддержание, применение основных и специальных методик (искусственная вентиляция легких (ИВЛ) и т.д.); данные интраоперационного мониторинга, включая лабораторные исследования, объем кровопотери и диурез; дозы и путь введения лекарственных средств, качественный состав и объем инфузионно-трансфузионной терапии; необычное течение анестезии и осложнения.

Протокол операции - указывается дата и час проведения операции, название выполненной операции, вид применяемого обезболивания, этапы, ход и техника операции, встретившиеся находки или отклонения в ходе выполнения операции, все патологические изменения, встретившиеся во время операции, описание удаленного макропрепарата, послеоперационный диагноз, состав операционной бригады с указанием фамилий врачей и среднего медицинского персонала, длительность операции.

В протоколе полостных операций должны быть указаны выполненные меры по предупреждению оставления инородных тел: контрольный счет марли, инструментов; методы гемостаза и его качество.

Протокол операции заполняется и подписывается оперирующим хирургом в день операции. При установлении диагноза в результате оперативного вмешательства, протокол операции может служить в качестве обоснования клинического диагноза.

Дневники наблюдения записываются в первые сутки после оперативного вмешательства, далее по состоянию пациента; офтальмологическим больным необходимо писать дневник наблюдения на следующий день после операции, далее при удовлетворительном состоянии допускается осмотр через день.

В дневниках отражаются все манипуляции, проводимые пациенту (удаление дренажей, трубок, перевязки и т.д.), состояние, динамика симптомов, основные параметры жизнедеятельности, состояние послеоперационной раны.

3.1.2. Особенности ведения медицинской карты стационарного больного в отделении реанимации и интенсивной терапии

При поступлении больного в отделение реанимации и интенсивной терапии (далее - ОРИТ) принимающий врач записывает краткое представление о больном с указанием имеющегося симптомокомплекса, обусловившего тяжесть состояния.

В ОРИТ больной наблюдается лечащим врачом профильного отделения и/или дежурным реаниматологом, о чем делаются записи в истории болезни, не реже 3 раз в сутки с указанием

времени осмотра. Записи в дневниках должны отражать динамику состояния больного и важнейших показателей жизнедеятельности организма; изменения терапии; обоснование дополнительных видов обследования.

Заведующий ОРИТ в рабочие дни ежедневно осматривает всех больных отделения. Лечащий врач профильного отделения ведет дневниковые записи больным, находящимся в отделении интенсивной терапии, ежедневно, кроме выходных и праздничных дней, заведующий профильным отделением осматривает больных не реже 2 раз в неделю.

Вместо листа назначения в ОРИТ ведется «Лист основных показателей состояния больного, находившегося в отделении (палате) реанимации и интенсивной терапии», в котором фиксируются основные параметры жизнедеятельности, все врачебные назначения. Возможно ведение отдельных листов назначений для базисной терапии.

При переводе больного из ОРИТ оформляется краткий переводной эпикриз.

Врач профильного отделения осматривает больного не позже чем **через час** после поступления из ОРИТ и записывает краткое клиническое представление о больном.

3.2. Требования к оформлению первичной медицинской документации дневного стационара

При лечении в условиях дневного стационара на каждого пациента оформляется и ведется «Карта больного дневного стационара поликлиники (стационара на дому), стационара дневного пребывания в больнице» (ф. № 003-2/у-88) или «Медицинская карта стационарного больного» (ф. № 003/у) в соответствии с «Инструкцией о порядке учета больных, находящихся на лечении в дневных стационарах поликлиник, стационарах на дому и стационарах дневного пребывания в больницах», утвержденной «Союзмедстатистикой» № 27-14/4-88 от 08.04.1988, или требованиями к оформлению медицинской карты стационарного больного (п. 3.1 настоящего Порядка).

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства оформляется в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказом Минздрава РФ от 20.12.2012 № 1177н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства».

При проведении **заместительной почечной терапии** запись врача делается обязательно в

день проведения процедуры.

При выписке пациента из дневного стационара или переводе пациента из дневного стационара в круглосуточный стационар в порядке преемственности заполняется выписной или переводной эпикриз, в котором указываются основные этапы проведенного лечения, достигнутые результаты и рекомендации по дальнейшему наблюдению и лечению пациента в амбулаторных условиях.

Досрочная выписка пациента из дневного стационара должна быть обоснована в первичной медицинской документации пациента дневного стационара, о факте его выписки необходимо сообщить в МО, направившую пациента в дневной стационар.

Требования к выписному / переводному эпикризу пациентов дневного и круглосуточного стационара едины (п. 3.1 настоящего Порядка).

3.3. Требования к оформлению медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях

Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (ф. № 025/у), утвержденная приказом Минздрава России от 15.12.2014 № 834н (далее также Карта, амбулаторная карта) является основным первичным медицинским документом больного, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях или на дому,.

Карта заполняется на каждого впервые обратившегося за медицинской помощью в амбулаторных условиях. На каждого пациента в медицинской организации или его структурном подразделении, оказывающем медицинскую помощь в амбулаторных условиях, заполняется одна Карта, независимо от того, сколькими врачами проводится лечение.

В специализированных медицинских организациях или их структурных подразделениях по профилям онкология, дерматология, стоматология и ортодонтия заполняются свои учетные формы.

Карта заполняется врачами, медицинскими работниками со средним профессиональным образованием, ведущими самостоятельный прием.

Заполнение всех разделов, предусмотренных амбулаторной картой, в соответствии с Порядком заполнения учетной формы № 025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях», утвержденным Приказом Минздрава России от 15.12.2014 № 834н, обязательно.

Каждая запись в амбулаторной карте должна подписываться врачом, с расшифровкой подписи как минимум в 1 записи одного и того же врача, с указанием даты записи.

Информированное добровольное согласие оформляется в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказом Минздрава РФ от 20.12.2012 № 1177н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства».

Лист уточненных диагнозов

Записи об амбулаторных посещениях производятся на русском языке, аккуратно, без сокращений в соответствии с пунктами 24, 25 Порядка заполнения учетной формы № 025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях», утвержденного Приказом Минздрава России от 15.12.2014 № 834н.

При внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме, результаты первичного осмотра, включая данные анамнеза заболевания, оформляются записью в амбулаторной карте не позднее 2 часов с момента обращения в регистратуру медицинской организации;

В ходе первичного приема пациента лечащим врачом:

- устанавливается предварительный диагноз;
- формируется план обследования пациента;
- формируется план лечения с учетом предварительного диагноза, клинических проявлений заболевания, тяжести заболевания или состояния пациента.

В план обследования и план лечения включается перечень лекарственных препаратов для медицинского применения с учетом лекарственных препаратов, включенных в стандарты медицинской помощи, имеющих частоту применения 1,0, и клинические рекомендации (протоколы лечения).

Лекарственные препараты назначаются и выписываются в соответствии с установленным порядком (Приказ Минздрава России от 14.01.2019 № 4н (ред. от 11.12.2019) «Об утверждении порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения»).

Клинический диагноз устанавливается на основании данных анамнеза, осмотра, данных лабораторных, инструментальных и иных методов исследования, результатов консультаций

врачей-специалистов, предусмотренных стандартами медицинской помощи, а также клиническими рекомендациями (протоколами лечения), должен быть полным, согласно принятым клиническим классификациям по основному, сопутствующим заболеваниям с указанием форм, стадий заболеваний, осложнений, кода по МКБ-10.

Обоснование клинического диагноза оформляется соответствующей записью в амбулаторной карте в течение 10 дней с момента обращения.

При затруднении установления клинического диагноза проводится консилиум врачей с внесением соответствующей записи в амбулаторную карту с подписью заведующего амбулаторно-поликлиническим отделением медицинской организации и всех участников консилиума.

С учетом клинического диагноза, состояния пациента, особенностей течения заболевания, наличия сопутствующих заболеваний, осложнений заболевания и результатов проводимого лечения проводится коррекция плана обследования и плана лечения на основе стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения).

Оформление направления на госпитализацию. При наличии заболевания (состояния), требующего оказания медицинской помощи в стационарных условиях, вносится соответствующая запись в амбулаторную карту с указанием перечня рекомендуемых лабораторных и инструментальных методов исследований. При направлении пациента в стационар, дневной стационар лечащий врач (участковый терапевт, врач узкой специальности, др.) определяет показания для направления, о чем делается запись в амбулаторной карте. Лечащий врач выдает пациенту направление по форме № 057/у, в котором указывается Ф.И.О. пациента, домашний адрес, клинический диагноз, дата согласованной госпитализации, фамилия, инициалы и подпись направившего врача (с расшифровкой). Направление обязательно вносится в медицинскую информационную систему с целью последующей загрузки в Единый информационный ресурс и контроля соблюдения сроков госпитализации.

Эпикриз. В случае выбытия пациента из района обслуживания медицинской организации оформляется эпикриз, который направляется в медицинскую организацию по месту медицинского наблюдения пациента или выдается на руки пациенту.

В случае смерти оформляется посмертный эпикриз, в котором отражаются все перенесенные заболевания, травмы, операции, выставляется посмертный заключительный рубрифицированный диагноз; указывается серия, номер и дата выдачи учетной формы «Медицинское свидетельство о смерти», а также указываются все записанные в нем причины смерти.

Рекомендуется выделять в амбулаторной карте лист флюорографических и других целевых осмотров.

На диспансерных больных в амбулаторной карте оформляется эпикриз при постановке на диспансерный учет в виде плана наблюдения на последующий период

На диспансерных больных также заполняется Учетная форма 030/у **Контрольная карта диспансерного наблюдения (далее – карта).**

Карта заполняется в медицинских организациях и их структурных подразделениях врачом и (или) медицинским работником со средним профессиональным образованием. Карта формируется в форме электронного документа, подписанного с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи врача, и (или) на бумажном носителе.

Карта заполняется на каждое заболевание, по поводу которого проводится диспансерное наблюдение.

Карты не ведутся на пациентов(ок), обращающихся за медицинской помощью в амбулаторных условиях в специализированные медицинские организации или их структурные подразделения по профилям онкология, фтизиатрия, психиатрия, наркология, дерматология, стоматология и ортодонтия, которые заполняют свои учетные формы.

Номер карты должен соответствовать номеру "Медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях" (форма N 025/у).

В карте отмечаются даты назначенных и фактических посещений в соответствии с индивидуальным планом диспансерного наблюдения. При изменении диагноза, по поводу которого производится диспансерное наблюдение, делается отметка в карте.

В карте отмечаются все назначенные и проведенные лечебно-профилактические мероприятия (например, консультации, обследования, госпитализации, санаторно-курортное лечение, рекомендации по трудоустройству, установление инвалидности).

При проведении **заместительной почечной терапии** в амбулаторных условиях запись делается врачом в карте обязательно в день проведения процедуры.

3.4. Требования к оформлению истории развития ребенка

История развития ребенка (ф. № 112/у) является основным медицинским документом детской поликлиники. Она предназначена для ведения записей наблюдения за развитием и состоянием здоровья ребенка и о его медицинском обслуживании от рождения до 17 лет включительно.

История развития ребенка заполняется на каждого ребенка при взятии его на учет: в детской

поликлинике - при первичном патронаже (вызове на дом) или при первом обращении в поликлинику. История развития ребенка содержит следующую информацию:

Наименование страховой медицинской организации, в которой застрахован ребенок, номер полиса ОМС.

Паспортная часть содержит:

- паспортные данные: фамилия, имя, отчество; дата рождения;
- домашний адрес;
- информацию о родителях (ФИО, возраст, место работы и должность).

Информация о дородовом патронаже.

Выписка из родильного дома для детей 1 года жизни. При ее отсутствии, для детей, прибывших с других территорий, допустимо внесение информации о течении беременности, родов, оценки состояния новорожденного при рождении, динамики раннего неонатального периода со слов родителей.

Информация о патронаже новорожденного с указанием: течения беременности, родов, оценки состояния новорожденного при рождении, динамики раннего неонатального периода.

Данные повторных патронажей (врачебных, сестринских).

Этапные эпикризы в декретированные возрастные периоды с комплексной оценкой состояния развития, оценками физического и нервно-психического развития (в 3, 6, 9, 12, в 24 и 36 месяцев):

- метрические данные (антропометрия, параметры нервно-психического развития);
- анамнестические данные (генеалогический, биологический, социальный анамнез, сведения за предшествующий осмотру период);
- объективные данные (соматический статус, жалобы, самочувствие, поведенческие реакции, состояние органов и систем, результаты лабораторных исследований, перенесенные заболевания);
- заключение (уровень физического и нервно-психического развития, поведение, диагноз, группа здоровья);
- назначения (профилактические, лечебно-оздоровительные и медико-педагогические);

Данные осмотра специалистов.

Карта учета профилактических иммунизаций.

Лист уточненных диагнозов.

Для диспансерных пациентов:

- этапный эпикриз с комплексной оценкой состояния здоровья, динамикой соматического и неврологического статуса, данных физического, биологического и нервно - психического развития, функционального состояния организма;
- клинический диагноз (в соответствии с современными классификациями),
- данные о направлениях на госпитализацию;
- рекомендации, включающие медикаментозные и немедикаментозные методы лечения и организацию здорового образа жизни;
- данные о направлениях на санаторно-курортное лечение.

При прохождении несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них, заполняется учетная форма № ОЗО-ПО/у-17 «Карта профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего » или учетная форма № 030-Д/с/у-13 «Карта диспансеризации несовершеннолетнего» при прохождении диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью.

3.5. Требования к оформлению первичной медицинской документации при оказании скорой медицинской помощи

3.5.1 Оформление карты вызова скорой медицинской помощи

Карта вызова скорой медицинской помощи является учётной формой документации станции (отделения) скорой медицинской помощи и заполняется на станциях (подстанциях, отделениях) скорой медицинской помощи (далее СМП) выездными врачебными и фельдшерскими бригадами; заполняется на каждый случай выезда бригады скорой медицинской помощи в соответствии с Инструкцией по заполнению учетной формы №110/у «Карта вызова скорой медицинской помощи» (приложение № 8 к Приказу Минздравсоцразвития РФ от 02.12.2009 № 942).

Карта вызова скорой медицинской помощи содержит необходимые сведения, характеризующие состояние больного (пострадавшего) в течение времени оказания скорой медицинской помощи, согласно установленной нозологической единице.

Большая часть строк заполняется путем отметки знаком «V» нужного признака; возможно ведение в электронном виде.

Жалобы - записываются на основании опроса больного, со слов родственников и, при

необходимости, со слов знакомых или окружающих (в случаях, когда пациент не может самостоятельно предъявлять жалобы). Жалобы больного должны записываться кратко, с указанием лишь патологических изменений и данных, непосредственно относящихся к заболеванию или состоянию.

Анамнез развития заболевания (anamnesis morbi) - отражаются данные, имеющие отношение к течению настоящего заболевания. Анамнез настоящего заболевания должен записываться кратко, с указанием лишь данных, непосредственно относящихся к заболеванию.

Анамнез жизни (anamnesis vitae) заполняется медицинским работником только в тех случаях, когда это необходимо врачу (фельдшеру) для установления диагноза, оценки состояния больного и определения дальнейшей тактики.

Аллергологический анамнез заполняется в случае наличия в анамнезе аллергических реакций.

Данные объективного обследования - заполняется путем отметки знаком «V» нужного признака. Дополнения по течению настоящего заболевания или состояния отмечаются в соответствующем разделе и заполняются кратко с описанием только патологических изменений, выявленных при обследовании больного.

Заключение электрокардиограммы - при регистрации электрокардиограммы (ЭКГ), расшифровывается при грубых отклонениях от нормы ЭКГ. Приложение ЭКГ к карте вызова не обязательно.

Диагноз и его код по МКБ-10 является предварительным, устанавливается врачом / фельдшером в результате опроса и осмотра больного. Возможно установление синдромального диагноза. При наличии осложнений указывается код осложнения основного диагноза в соответствующем поле.

По завершении медицинской эвакуации медицинский работник выездной бригады СМП передает пациента в соответствующую медицинскую организацию с указанием времени доставки в карте вызова, в карте вызова СМП уполномоченный медицинский работник приемного отделения медицинской организации обязательно ставит подпись. Подпись должна быть разборчивой с указанием ФИО медицинского работника.

В целях оптимизации работы станций (отделений) скорой медицинской помощи по заполнению первичной медицинской документации (в том числе в электронном виде) пункт 13 («Вызов») Карты вызова скорой медицинской помощи может быть дополнен следующими значениями: «вызов совместный»; «вызов активный».

3.5.2. Оформление Сопроводительного листа станции (отделения) скорой медицинской помощи и талона к нему

Сопроводительный лист станции (отделения) скорой медицинской помощи и талон к нему (далее - Сопроводительный лист, Талон) является учётной формой документации станции (отделения) скорой медицинской помощи (ф. № 114/у), предназначен для обеспечения преемственности и последовательности в оказании медицинской помощи больным, заполняется выездными врачебными и фельдшерскими бригадами на больных и пострадавших в случаях их транспортировки в медицинские организации самостоятельно или по направлению лечащего врача.

Сопроводительный лист, Талон заполняются в соответствии с Инструкцией по заполнению учётной формы (приложение № 9 к Приказу Минздравсоцразвития РФ от 02.12.2009 №942).

Талон заполняется в следующем порядке:

- 1) лицевую сторону в полном объеме заполняют медицинские работники (врач, фельдшер) бригады СМП при передаче больного в приемное отделение стационара;
- 2) обратная сторона заполняется в стационаре больничного учреждения врачом отделения, в которое был госпитализирован больной.

Талон при выписке больного (или в случае его смерти) отрывается и по заполнении пересылается на станцию (отделение) скорой медицинской помощи, которая доставила больного в стационар.

Содержание Сопроводительного листа, Талона не может быть сокращено по числу пунктов, но может быть дополнено, например: показатели гемодинамики до и после оказания скорой медицинской помощи (дополнения должны быть утверждены внутренним приказом учреждения).

Паспортные данные и сведения о полисе обязательного медицинского страхования вносятся по предъявлению документов бригаде СМП при наличии. При их отсутствии в период работы бригады СМП делается отметка: «ФИО, возраст - со слов...».

3.6. Требования к оформлению медицинской карты стоматологического больного

При оказании стоматологической медицинской помощи основным первичным медицинским документом является Медицинская карта стоматологического больного (ф. № 043/у, далее также МКСБ).

В медицинских организациях /отделениях/ кабинетах стоматологического профиля на каждого пациента заводится одна карта, где производятся записи всеми врачами стоматологического профиля, к которым пациент обращался, кроме врача-ортодонта

Если МКСБ предоставлена по запросу суда или органов следствия, оформляется дубликат МКСБ, в соответствии с настоящими требованиями, с номером, соответствующим оригиналу.

Медицинская карта стоматологического больного содержит описание проведенного осмотра, обследования (в том числе лабораторного, инструментального), консультации, проводимого лечения, назначений, выполненной операции или процедуры, обобщенного заключения о состоянии пациента и т.д., записи визируются подписью врача с расшифровкой подписи.

Медицинская карта стоматологического больного содержит:

- Паспортную часть;
 - Анкету пациента о сопутствующих и перенесённых заболеваниях;
 - Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (ИДС), утвержденное приказом МЗ РФ №1177 от 20.12.2012 при выборе медицинской организации и ИДС по форме, утвержденной локальным актом руководителя медицинской организации на виды медицинских вмешательств, сопровождающиеся лечебными мероприятиями;
 - Лист отказа от медицинского вмешательства (при необходимости);
 - Лист визуального скрининга онкостоматологических заболеваний;
 - Лист учета дозовых нагрузок пациента при рентгенологических исследованиях содержит дату проведения рентгенологического исследования, номер зуба, вид рентгеновского исследования, эффективную эквивалентную дозу (ЭЭД);
 - Лист согласия пациента на обработку персональных данных. Заполняется самим пациентом (в отношении лиц, не достигших возраста 14 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, заполняется их законными представителями);
 - **Дневник оказанной медицинской помощи** пациенту оформляется лечащим врачом. Записи должны быть четкими и разборчивыми и содержать в себе только утвержденные внутренним приказом по медицинской организации сокращения. Все необходимые исправления в карте делаются за подписью врача, либо записываются в строку после перечеркивания подлежащих исправлению слов.
- Дневник содержит:
- **План обследования и лечения.**
 - **Жалобы** - включают информацию о характере, продолжительности, локализации, периодичности боли, усугубляющие и успокаивающие факторы, а также сопровождающие симптомы.
 - **Анамнез заболевания** (когда заболел, с чего началось заболевание, куда обращался,

где обследовался и лечился, какие ставились диагнозы, влияние лечения на течение заболевания и т.п.

■ **Аллергологический анамнез** записывается всегда, с вынесением информации на лицевую сторону карты (указывается международное название лекарственного препарата и клинические проявления лекарственной непереносимости). Рекомендовано указывать дату, Ф.И.О. врача и подпись специалиста, выявившего данную информацию.

■ При обращении с травмами описываются обстоятельства полученной травмы, дата и время ее получения, также время обращения за первичной медицинской помощью, причины, по которым не обращался к врачу.

■ Вид вскармливания, наличие аномалий прикуса в семье (при ортодонтическом приеме).

Данные объективного осмотра - внешнего осмотра и общего состояния пациента (по необходимости), описание состояния слизистой оболочки полости рта, десен, альвеолярных отростков, языка и нёба, наличие патологической стираемости зубов, патологической подвижности зубов, состояния региональных лимфатических узлов и т.д.

Данные объективного обследования больного заполняются кратко с описанием только патологических изменений, выявленных при обследовании больного. Выявленные патологические изменения описываются с указанием характерных симптомов, всем больным хирургического профиля описывается локальный статус с отражением органических и функциональных изменений, выносятся критерии тяжести состояния, внешнего осмотра и общего состояния пациента (по необходимости стандарта, протокола, общепринятых требований).

Зубная формула:

Данные первичного (первый раз в календарном году) осмотра полости рта с заполнением зубной формулы с использованием официально принятых сокращений (О - отсутствует, R- корень, С - кариес, Р - пульпит, Рt - периодонтит, П- пломбированный, А - пародонтит, I, II, III - степень подвижности, К - коронка, И - искусственный зуб, Im - имплант, F – герметик); описание прикуса (ортогнатический (физиологический, нейтральный), прогенический, прогнатический, прямой, открытый, перекрестный, сменный, молочный).; описание состояния слизистой оболочки полости рта.

План обследования и лечения составляется при первичном осмотре. В плане обследования указываются дополнительные методы обследования и консультации специалистов. В плане лечения указываются профилактические и лечебные мероприятия.

Результаты проведения пробы на термические раздражители.

На пародонтологическом и ортодонтическом приеме указываются: состояние слизистой оболочки полости рта, лицевой профиль, описываются преддверие полости рта, уздечки, прикус, имеющиеся нарушения функций жевания, глотания, речи, дыхания:

Необходимые индексы на пародонтологическом приеме, при обучении гигиене полости рта (в том числе гигиенистом стоматологическим), при неудовлетворительной гигиене полости рта на ортодонтическом приеме, на терапевтическом приеме перед проведением профессиональной гигиены полости рта.

Данные дополнительных методов обследования (при необходимости): описание данных дополнительных методов обследования (электроодонтодиагностики (ЭОД), рентгенологических методов обследования).

Радиовизиография, ортопантограмма (ОПТГ) на бумажном носителе хранятся в медицинской карте. Описание и интерпретация внутриротовых рентгенологических снимков, и панорамной томограммы производятся врачами-стоматологами всех специальностей, зубными врачами. Описание и интерпретация телерентгенографических снимков производится врачом-ортодонтом. Данные компьютерной томографии, рентгенографические снимки костей лицевого черепа, височно-нижнечелюстного сустава описываются врачом-рентгенологом с последующим оформлением протокола.

Данные лабораторных, гистологических исследований, выписки являются неотъемлемой частью медицинской карты стоматологического больного и должны быть зафиксированы в карте.

Диагноз - оформляется без сокращений, включая стадию течения, степень тяжести. На терапевтическом приеме при лечении патологии твердых тканей зубов - указывается номер зуба, поверхность зуба, класс по Блэку, указывается код по МКБ-10. На ортодонтическом, пародонтологическом и ортопедическом повторном приеме допустимо писать диагноз сокращенно.

Лечение описывается полностью, с допустимыми сокращениями в том числе с указанием вида обезболивания, наименования, дозы и объема вводимого анестетика; наименования применяемых лекарственных препаратов с указанием применяемой концентрации и дозы (объема); количества подверженных инструментальной обработке корневых каналов и применяемого расходного материала, а также с описанием рентгенологического контроля пломбирования корневых каналов.

Лекарственные препараты назначаются с учетом - стандартов медицинской помощи (с частотой применения 1,0) и клинических рекомендаций (протоколы лечения), инструкций по

применению лекарственных препаратов, возраста пациента, пола пациента, тяжести заболевания, наличия осложнений основного заболевания (состояния) и сопутствующих заболеваний.

Назначение и выписывание лекарственных препаратов при оказании медицинской помощи осуществляется по международному непатентованному, группировочному или торговому наименованию. Назначения оформляются на русском или латинском языках.

При сложных стоматологических нозологиях, требующих продолжения лечения (воспалительные заболевания нервной системы, слизистой оболочки полости рта (СОПР), тканей пародонта, травмы), на пародонтологическом и ортодонтическом приеме должна быть указана дата последующей явки на прием.

При применении девитализирующего препарата указывается рекомендуемый срок его удаления. Обязательно проводится запись об удалении девитализирующего препарата.

Назначения: фиксируются все врачебные назначения, с указанием формы лекарственного препарата, его разовой дозы, кратности приема, курса лечения; вида физиотерапевтического лечения и курса процедур. При необходимости ведется процедурный лист и лист регистрации физиотерапевтический процедур.

Данные о направлении на госпитализацию обязательно вносятся в МКСБ.

Реабилитационные мероприятия - при необходимости, а также при постановке на диспансерный учет и снятии с учета отмечаются с указанием кратности приемов (посещений).

Записи повторного осмотра отражают динамику патологических изменений. Сведения об осложнениях в ходе лечения, если таковые были.

Консультации заведующими отделениями, заведующими поликлиник, заместителем главного врача по медицинской части, протокол консилиума врачей, врачебной комиссии с отраженными результатами в медицинской документации фиксируются с указанием должности, Ф.И.О. консультанта, состава консилиума, врачебной комиссии.

Выписной эпикриз врача: при завершении лечения с экспертизой временной нетрудоспособности, у врача на пародонтологическом приеме, у ортодонта после окончания лечения.

Выписки другой МО после оказания неотложной помощи по поводу острой боли, а также выписки из стационаров и копии выписок консультаций из других медицинских организаций.

Отметка - «санирован», «ранее санирован», «здоров», «лечение завершено» - ставится по окончании лечения или после проведения осмотра.

При установлении временной нетрудоспособности: заполнение карты осуществляется согласно вышеперечисленным требованиям, в карте указывается номер, дата выдачи листка нетрудоспособности гражданину, период нетрудоспособности, дата продления листка нетрудоспособности, дата повторного посещения, дата восстановления трудоспособности. При повторном осмотре пациента в обязательном порядке указывается диагноз, динамика заболевания (жалобы, данные объективного осмотра, данные дополнительных методов исследования и т.д.). Если решение о выдаче, продлении листка нетрудоспособности рассматривается на врачебной комиссии, то в карту вносится решение ВК.

Случаи неявки, опоздания пациента на прием регистрируются соответствующей записью. В случае изменения даты и времени приема пациента указывается причина данных изменений.

Медицинская карта ортодонтического пациента (ф. № 043-1/у) оформляется согласно порядку заполнения, утвержденному Приказом Минздрава России от 15.12.2014 № 834н.

1.7. Оформление протокола установления смерти человека

В случае смерти пациента в медицинские документы умершего человека вносится информация о времени прекращения реанимационных мероприятий и (или) констатации смерти. Констатация биологической смерти человека осуществляется медицинским работником (врачом или фельдшером) и оформляется в виде протокола установления смерти человека по форме, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 20.09. 2012 № 950.