

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
«МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ЧАСТЬ №142  
ФЕДЕРАЛЬНОГО МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОГО АГЕНТСТВА»  
(ФГБУЗ МСЧ № 142 ФМБА России)**

**ПРИКАЗ**

---

г. Межгорье

11 января 2021 года

№ 4- П

**О правилах ведения первичной  
медицинской документации в  
ФГБУЗ МСЧ №142 ФМБА России**

В соответствии с ГОСТ ISO 9000 «Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь», ГОСТ ISO 9001-2015 (ISO 9001:2015) «Системы менеджмента качества. Требования», Федеральным законом от 21.11.2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ", Законом РФ от 07.02.1992 г. N 2300-I "О защите прав потребителей", Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 05.05.2012 г. N 502н "Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации", Приказом Минздрава СССР от 04.10.1980 №1030 "Типовая инструкция к заполнению форм первичной медицинской документации ЛПУ", Приказом Минздрава России от 15.12.2014 N 834н (ред. от 02.11.2020) "Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению", Приказом Минздрава РФ от 10.05.2017 года №203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи», в целях реализации Проекта «Внедрение Практических рекомендаций (предложений) по организации и развитию системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ФГБУЗ МСЧ № 142 ФМБА России» (Приказ ФГБУЗ МСЧ №142 ФМБА России № 252-П от 09.12.2019г), с целью упорядочения ведения и использования первичной медицинской документации приведения медицинской документации к единой системе стандартов, обеспечения полноты и достоверности информации, отражающей медицинскую деятельность,

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

**1. Утвердить и ввести в действие:**

1.1. «Правила ведения Медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, форма № 025/у» (Приложение №1)

1.2. «Правила ведения Медицинской карты стационарного больного, форма n 003/у» (Приложение №2).

**2. Заведующим отделений, лечащим врачам стационара и поликлиник принять к сведению исполнению:**

2.1. До момента официального перехода на электронную форму медицинских документов первичная медицинская документация должна составляться на официальных бланках, по установленным и принятым формам, иметь порядковый номер с указанием точного наименования учреждения и документа, удостоверяющего введение в действие данной унифицированной формы.

2.2. Все записи в медицинской документации должны быть четкими, легко идентифицируемыми и

восстанавливаемыми (в том числе, согласно требованиям ГОСТ 9001-2011), ясными и точными, должны быть заполнены разборчивым почерком.

2.3. Необходимым свойством языка медицинских документов являются официальность стиля, краткость, чеканность, нейтральность, отсутствие оригинальности и резко стиливой индивидуальности, сдержанность и эмоциональная холодность, отсутствие образных сравнений и пафосности.

2.4. Необходимо избегать терминологии, усложняющей понимание документа.

2.5. Должны быть исключены необоснованные сокращения и аббревиатуры, ошибки в последовательности вклеивания листов и результатов анализов.

2.6. Все разделы истории болезни должны быть заполнены соответственно хронологии развития событий. По ходу написания дневников не должно оставаться свободных от записей участков на листах в виде пропусков и (или) пустых страниц. Свободные от записей участки в истории болезни необходимо перечеркнуть в виде буквы Z.

2.7. История болезни должна обладать полнотой записей. Она должна подробно отражать все произведенные манипуляции, назначения, результаты инструментальных, лабораторных, иных исследований, проведенные хирургические вмешательства, перемещения пациента в пределах лечебного учреждения и за его пределами и пр.

2.8. История болезни должна обладать достоверностью изложенных в них сведений.

Под достоверностью понимается действительное отображение имевших место манипуляций, вмешательств и пр., действительные результаты произведенных анализов и др. исследований и т. д.

2.9. Недопустимы небрежное ведение записей, наличие дописок, исправлений, подчисток, замазываний корректирующей жидкостью, вклеек и больших пропусков между записями (свободных от записей участков бумаги по ходу написания дневников). Изменения и исправления, внесенные в медицинскую документацию, правоохранительными органами в соответствии со ст. 292 Уголовного кодекса РФ (УК РФ) в случаях следственных действий и судебных разбирательств могут быть квалифицированы как служебный подлог.

3. Довести приказ до сведения всех сотрудников. Ответственные: заведующие структурных подразделений стационара и поликлиник.

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возлагаю на заместителя начальника по медицинской части; заместителя начальника по поликлиническому разделу работы – по принадлежности.

Начальник  
ФГБУЗ МСЧ № 142 ФМБА России

Ф.Р. Ильченко

**Правила  
ведения медицинской карты пациента,  
получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, форма № 025/у**

**Требования к оформлению первичной медицинской документации амбулаторно-поликлинической службы**

Учетная форма №025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» и требования к ее оформлению утверждены Приказом Минздрава России от 15.12.2014 N 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению».

Основными принципами ведения медицинской карты амбулаторного больного являются:

- описание состояния пациента, лечебно-диагностических мероприятий, исходов лечения, рекомендаций пациенту при завершении обследования и окончании лечения и другой необходимой информации;
- соблюдение хронологии событий, влияющих на принятие клинических и организационных решений;
- отражение в медицинской документации социальных, физических, физиологических и других факторов, которые могут оказать влияние на пациента и течение патологического процесса;
- изложение объективной и обоснованной информации для обеспечения защиты медицинского персонала от возможности жалобы или судебного иска, понимание и соблюдение лечащим врачом юридических аспектов своей деятельности, обязанностей и значимости медицинской документации.

Записи врачебного наблюдения (в том числе, записи консультантов) должны:

- отражать жалобы больного, анамнез заболевания, результаты объективного обследования, клинический (верифицированный) диагноз, назначенные диагностические и лечебные мероприятия, рекомендации, необходимые консультации, а также всю информацию по наблюдению больного (профилактические медицинские осмотры, результаты диспансерного наблюдения, обращения на станцию скорой медицинской помощи и др.);
- выявлять и фиксировать факторы риска, которые могут усугублять тяжесть течения заболевания и повлиять на его исход;
- фиксировать дату каждой записи;
- каждая запись должна быть подписана врачом (с расшифровкой ФИО).
- оговаривать любые изменения, дополнения с указанием даты внесения изменений и подписью врача;
- быть последовательными, логичными и продуманными;
- максимально подробными при оказании экстренной медицинской помощи и в сложных диагностических случаях;
- иметь обоснование назначенного лечения льготной категории пациентов;
- в рекомендациях больному должны быть обозначены: набор диагностических, лечебно-оздоровительных мероприятий, вид лечебно-охранительного режима и необходимые консультации.

Особое внимание должно уделяться записям на листе заключительных (уточненных) диагнозов, куда заносятся врачами всех специальностей диагнозы, установленные при первом обращении в поликлинику и по помощи на дому в данном календарном году, независимо от того, когда был поставлен диагноз: при первом или последующих посещениях, или в предыдущие годы.

– В случаях, когда врач не может поставить точный диагноз при первом посещении больного, на странице текущих наблюдений записывается предполагаемый диагноз, в лист для записи уточненных диагнозов вносится только дата первого посещения. Диагноз вписывается после его уточнения.

– В случае, когда поставленный и записанный на «лист» диагноз заменяется другим, «неправильный» диагноз зачеркивается и вписывается новый диагноз без изменения даты первого обращения.

– Если у больного одновременно или последовательно обнаружено несколько заболеваний, этиологически не связанных друг с другом, то все они выносятся на «лист». В случае перехода болезни из одной стадии в другую (при гипертонической болезни и др.) записанный диагноз вновь повторяется с указанием новой стадии.

– Если при обращении больного обнаруживается заболевание, по поводу которого больной раньше ни в какое лечебное учреждение не обращался, то такое заболевание считается впервые выявленным и отмечается на «листе» знаком «+» (плюс).

– Заболевания, которые могут возникнуть у одного человека заново несколько раз (ангина, острое воспаление верхних дыхательных путей, абсцессы, травмы и т. д.), всякий раз при новом возникновении считаются впервые выявленными и отмечаются на «лист» знаком «+» (плюс).

– Хроническое заболевание, с которым больной обращался в предыдущие годы, в случае обращения с ним в отчетном году вновь вносится в лист, но со знаком «-» (минус).

– При постановке диагноза особое внимание следует уделять его обоснованности. Все болезненные состояния и проблемы, связанные со здоровьем, выявленные при контакте врача с пациентом, подлежат регистрации и кодированию. Кодирование нозологии осуществляется по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10).

Диспансерное наблюдение фиксируется в п.12 амбулаторной карты «Заболевания, по поводу которых осуществляется диспансерное наблюдение», где указываются заболевания, которые подлежат диспансерному наблюдению в данном медицинском учреждении, с указанием даты постановки и снятия с учета, должности и подписи врача, осуществляющего диспансерное наблюдение за больным.

Осмотры больного, находящегося под диспансерным наблюдением, оформляются так же в виде текущих записей врача (дневников наблюдения).

Ежегодно на больных диспансерной группы должны составляться эпикризы.

Больной может состоять под наблюдением по поводу одного и того же заболевания у нескольких специалистов (например, по поводу язвенной болезни, хронического холецистита у терапевта и хирурга), в таблице пункта 12 такое заболевание записывается один раз специалистом, первым взявшим его под диспансерное наблюдение. Если больной наблюдается по поводу нескольких, этиологически не связанных заболеваний у одного или нескольких специалистов, то каждое из них выносится на титульный лист.

Если у больного изменяется характер заболевания (например, к гипертонической болезни присоединяется ишемическая болезнь сердца), то в таблицу на титульный лист выносится новый диагноз без даты взятия на учет, а старая запись зачеркивается.

Записи в данной таблице делаются на основании «Контрольной карты диспансерного наблюдения» (учетной формы № 030/у-04).

Форма Контрольной карты диспансерного наблюдения утверждена Приложением N 5 к приказу Министерства здравоохранения РФ от 15 декабря 2014 г. N 834н. Приложением N 6 к приказу Министерства здравоохранения РФ от 15 декабря 2014 г. N 834н определен Порядок заполнения учетной формы №030/у «Контрольная карта диспансерного наблюдения».

При оформлении назначения лекарственных средств льготой категории пациентов медицинская карта амбулаторного больного должна содержать:

- запись врача о приеме, диагноз, результаты осмотра больного на момент выписки лекарственных средств, подтверждающие необходимость в них;
- дата выписки рецептов;

– копии выписанных рецептов с указанием номера рецепта;

– доза и кратность приема лекарственных препаратов.

Дата выписки рецепта, его номер, наименование лекарственных средств должны соответствовать записи в амбулаторной карте. Выписанные лекарственные средства должны соответствовать кодам заболеваний по МКБ-10. Выписка льготных лекарственных средств гражданам, не входящим в Федеральный регистр лиц, имеющих право на получение государственной социальной помощи, запрещена.

В случае временной нетрудоспособности собирается экспертный анамнез, проводится экспертиза временной нетрудоспособности. При признании пациента временно нетрудоспособным, в т. ч. при посещении пациента на дому, оформляется листок нетрудоспособности (справка). Указываются серия, номер листка нетрудоспособности, срок продления, дата очередного посещения врача.

При последующих осмотрах в медицинской карте амбулаторного больного отражаются динамика течения заболевания; эффективность проводимого лечения; обосновывается либо продление сроков освобождения пациента от работы (учебы), либо закрытие листка нетрудоспособности (справки).

Протокол врачебной комиссии в амбулаторной карте должен содержаться в случаях, установленных следующими документами:

– Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 5 мая 2012 г. N 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации»;

– Приказ МЗ СР РФ от 29 июня 2011 г. №624н «Об утверждении Порядка выдачи листков нетрудоспособности» (в ред. Приказа Минздравсоцразвития РФ №31н от 24.01.2012 г.);

– Приказ Минздрава России от 20 декабря 2012 г. № 1175н «Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков, порядка оформления этих бланков, их учета и хранения» (в ред. Приказа Минздрава России от 02.12.2013 N 886н).

Протокол ВК оформляется:

– при определении трудоспособности граждан, в том числе продлении листка нетрудоспособности свыше 15 дней в соответствии с действующим законодательством;

– в клинически сложных случаях, требующих комиссионного рассмотрения;

– при наличии ятрогенных осложнений, внутрибольничного инфицирования;

– для принятия решения по вопросу о направлении пациента на медико-социальную экспертизу в соответствии с законодательством РФ;

– при проведении экспертизы профессиональной пригодности некоторых категорий работников;

– при изучение каждого случая смерти пациента в целях выявления причины смерти, а также выработки мероприятий по устранению нарушений в деятельности медицинской организации и медицинских работников в случае, если такие нарушения привели к смерти пациента;

– в случае проведение отбора пациентов, формирование и направление комплекта документов в Комиссию органа исполнительной власти субъекта РФ в сфере здравоохранения по отбору пациентов для оказания высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии с Порядком направления граждан РФ для оказания высокотехнологичной медицинской помощи за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете Министерству здравоохранения и социального развития РФ, путем применения специализированной информационной системы, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28 декабря 2011 г. N 1689н (зарегистрирован Министерством юстиции РФ 8 февраля 2012 г. N 23164);

– при вынесении медицинского заключения о наличии (отсутствии) медицинских показаний и медицинских противопоказаний для медицинской реабилитации, и санаторно-курортного лечения граждан в случаях, предусмотренных нормативными правовыми актами РФ и субъектов РФ, устанавливающими порядок направления граждан на медицинскую реабилитацию и санаторно-курортное лечение;

– при проведении обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда;

– при назначении и выписывании лекарственных препаратов в случаях:

1) одновременного назначения одному пациенту пяти и более лекарственных препаратов в течение одних суток или свыше десяти наименований в течение одного месяца;

2) назначения 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) назначения наркотических и психотропных лекарственных препаратов списков II и III (в случае принятия руководителем медицинской организации решения о необходимости согласования назначения с врачебной комиссией);

4) назначения лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения, не входящих в стандарт и (или) порядок оказания медицинской помощи в случае замены их при индивидуальной непереносимости;

5) назначения лекарственных препаратов по торговым наименованиям;

6) при направлении сообщений в Федеральную службу по надзору сфере здравоохранения в целях осуществления мониторинга безопасности лекарственных препаратов о выявленных случаях побочных действий, не указанных в инструкции по применению лекарственного препарата, серьезных нежелательных реакций и непредвиденных нежелательных реакций при применении лекарственных препаратов.

При направлении пациента на заседание врачебной комиссии врач оформляет краткий эпикриз с указанием цели направления, с обязательной оценкой состояния больного в динамике, анализом результатов обследования и лечения. Также отмечается количество дней временной нетрудоспособности по последнему случаю временной нетрудоспособности и за последние 12 месяцев, наличие (или отсутствие) группы инвалидности, предполагаемый трудовой и клинический прогноз (с обоснованием).

При направлении пациента(ки) на стационарное лечение оформляется учетная форма N 057/у-04 «Направление на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию».

Необходимость госпитализации обосновывается врачом после дневника наблюдения с указанием даты направления. По завершении стационарного лечения в амбулаторную карту вклеивается выписной эпикриз.

При направлении больного на санаторно-курортное лечение после дневника осмотра должно быть указание на выдачу санаторно-курортной карты, которая оформляется в соответствии с Приложениями №№ 13 и 14 к Приказу Минздрава России от 15.12.2014 N 834н.

В случае смерти больного, одновременно с выдачей свидетельства о смерти, в медицинской карте амбулаторного больного производятся записи о дате и причине смерти. В качестве причины смерти указывается болезнь или травма, вызвавшая цепь болезненных процессов, приведших к смерти, либо обстоятельства несчастного случая или акта насилия, которые вызвали смертельную травму. Медицинские карты умерших изымаются из действующей картотеки и передаются на хранение в архив, где хранятся 25 лет.

Порядок хранения и движения медицинских карт амбулаторного больного целесообразно регламентировать приказом главного врача ЛПУ. Система хранения первичной медицинской документации должна исключать нарушение конфиденциальности и возможность незаконного доступа к ней.

Заместитель начальника по поликлиническому разделу работы

А.А. Гальчанский

**Правила  
ведения медицинской карты  
стационарного больного, форма п 003/у**

**1. Общие требования**

1.1. Сведения, указываемые на титульном листе медицинской карты стационарного больного:

1.1. Паспортная часть:

- номер истории болезни;
- фамилия, имя, отчество (при госпитализации детей дополнительно указываются фамилия, имя, отчество матери и/или отца, место работы, должность, контактные телефоны);
- дата рождения и возраст (для детей до 1 года – количество месяцев, для детей до 1 месяца – дней);
- место работы и должность, в случае, если больной безработный – с какого времени имеет статус безработного; если пенсионер или студент сделать запись о том – работают ли они или нет;
- адрес регистрации и фактического проживания (если они отличаются), контактные телефоны, в том числе – ближайших родственников.

1.2. Общие сведения:

- дата и час обращения в приемный покой;
- дата и час первичного осмотра врача;
- дата и час госпитализации;
- дата и час выписки (перевода, смерти) пациента;
- наименование страховой медицинской организации, в которой застрахован больной, вид страхования, номер и серия страхового медицинского полиса;
- медицинская организация, направившая больного, или указание на самообращение;
- диагноз направившего учреждения (если имеется);
- показания для госпитализации – плановая или экстренная (неотложная); в случае экстренной госпитализации указывается количество часов, прошедших с момента начала заболевания или получения травмы до обращения;
- данные о группе крови, резус факторе, непереносимости лекарственных средств заносятся лечащим врачом при первичном осмотре больного, за исключением тех случаев, когда эти данные получить невозможно;
- данные о группе крови, резус факторе – заполняются врачом, проводившим первоначальное определение группы крови и резус-фактора, после подтверждения в клинико-диагностической лаборатории.

1.3. Диагноз при поступлении выставляется на лицевую часть истории болезни сразу после осмотра больного (диагноз оформляется полностью, с указанием сопутствующей патологии и без сокращений).

1.4. Клинический диагноз – с указанием даты установки и заверенный подписью лечащего врача с расшифровкой (устанавливается не позднее 72 часов с момента госпитализации в профильное отделение планового больного, не позднее 24 часов при поступлении пациента по экстренным показаниям).

1.5. Заключительный диагноз – рубрифицированный на основное заболевание, осложнения, сопутствующие заболевания, с указанием кода МКБ X и заверенный подписью лечащего врача.

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

1.7. Сведения об оперативных вмешательствах (в виде таблицы с указанием дат, времени, видов вмешательств и обезболивания, наличия осложнений, операционной бригады).

1.8. Дополнительная информация о прохождении пациентом осмотра на педикулез, чесотку, данные исследования на RW, ВИЧ, гепатиты, дату и № флюорографии или рентгенографии органов грудной клетки

1.9. Исход заболевания, дата, при летальном исходе – время.

1.10. Сведения об экспертизе нетрудоспособности (данные о выдаче листка нетрудоспособности и его продлении).

1.11. Отметки о получении пациентом разъяснений по правам и обязанностям, правилам внутреннего распорядка, листка нетрудоспособности, выписного эпикриза и др. особые отметки (с указанием даты и подписи).

2. Первичный осмотр пациента при поступлении в стационар

До начала первичного осмотра и обследования пациента оформляются информированные добровольные согласия на медицинские вмешательства и обработку персональных данных.

2.1. Проведение первичного осмотра пациента, выполнение необходимых диагностических исследований и установление предварительного диагноза врачом приемного или профильного отделения, отделения реанимации и интенсивной терапии осуществляется:

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

– в остальных случаях – не позднее 2 часов от момента обращения пациента в медицинскую организацию.

2.2. Записи при первичном осмотре должны быть информативными и содержать следующие данные, имеющие клиническое значение:

– Жалобы больного записываются подробно, с уточняющей характеристикой каждой жалобы.

– В анамнезе развития заболевания (*anamnesis morbi*) отражаются данные, имеющие отношение к течению настоящего заболевания или влияющие на тактику ведения больного.

– В анамнезе жизни (*anamnesis vitae*) содержится информация о ранее перенесенных острых и хронических заболеваниях, травмах и операциях, эпидемиологическом анамнезе, предшествующих гемотрансфузиях, перенесенном туберкулезе, заболеваниях, передаваемых половым путем, вирусном гепатите, ВИЧ-инфекции.

– У женщин указывают акушерско-гинекологический анамнез: сведения о беременностях и родах (с указанием срока беременности, даты и исхода), всех ранее перенесенных гинекологических заболеваниях и операциях.

– Аллергологический анамнез. При наличии аллергии на лицевой стороне истории болезни указываются лекарственные препараты, продукты питания, бытовые и природные факторы, вызывающие аллергическую реакцию, форма реакции. Рекомендовано выделение записей цветными сигнальными полосами. При отсутствии аллергии в анамнезе в медицинской карте делается соответствующая запись.

– 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, автодорожных, бытовых травм и несчастных случаев на производстве).

– Данные страхового анамнеза содержат сведения, с какого времени пациент имеет непрерывный листок нетрудоспособности. Указываются данные о листках нетрудоспособности за последние 12 месяцев. При незаконченном случае временной нетрудоспособности и наличии у пациента не закрытого листка нетрудоспособности, указывается номер первичного листка нетрудоспособности и его длительность, форма выдачи (электронная, бумажная). Продление листка нетрудоспособности свыше 15 дней осуществляется с разрешения врачебной комиссии после рассмотрения клинической ситуации на основании представления больного на ВК лечащим врачом и заведующим отделением.



– При наличии у пациента группы инвалидности уточняется, работает или нет, указывается причина, вызвавшая инвалидность, дата установления группы и сроки очередного переосвидетельствования.

– Данные объективного осмотра должны содержать сведения, имеющие клиническое значение по всем органам и системам, доступным осмотру:

– оценивается общее состояние больного;

– описывается выраженность общей интоксикации;

– состояние кожных покровов, видимых слизистых, лимфатических узлов;

– состояние костно – мышечной системы;

– у женщин состояние молочных желез с описанием данных осмотра и пальпации;

– состояние органов дыхания;

– состояние сердечно – сосудистой системы с описанием патологических данных, полученных при перкуссии, пальпации, аускультации;

– состояние органов желудочно-кишечного тракта с описанием патологических данных, полученных при пальпации, перкуссии, аускультации, оценка функций желудочно-кишечного тракта;

– состояние и функцию мочеполовой системы;

– состояние нервной системы.

2.3. Предварительный диагноз обязательно формулируется в конце первичного осмотра, обосновывается жалобами, анамнезом, клиническими, инструментальными и лабораторными обследованиями и выносится на лицевую часть истории болезни, при наличии осложнений – обосновывается их диагноз, отмечаются сопутствующие заболевания.

2.4. План обследования и лечения записывается в историю болезни врачом, осуществлявшим прием больного, с указанием даты и включает:

– цель и показания для госпитализации, тактику ведения пациента, планируемый результат лечения;

– обязательное назначение лабораторных и инструментальных исследований, включенных в стандарты медицинской помощи, имеющих частоту 1,0 и в клинические рекомендации (протоколы лечения),

– назначение исследований, включенных в стандарты и имеющих частоту менее 1,0 – по показаниям;

– обязательное назначение медикаментозных препаратов, манипуляций ухода за пациентом и физиотерапевтических воздействий, включенных в стандарты медицинской помощи, имеющих частоту 1,0 и в клинические рекомендации (протоколы лечения);

– назначение медикаментозных препаратов, манипуляций ухода за пациентом и физиотерапевтических воздействий, включенных в стандарты и имеющих частоту менее 1,0 – по показаниям;

– планируемые оперативные вмешательства и инвазивные диагностические процедуры.

### 3. Клинический и заключительный диагнозы

#### 3.1. Клинический диагноз должен быть:

– вынесен в историю болезни в двух местах – на первой странице (подписанный лечащим врачом с указанием даты), а также по тексту истории болезни, после дневника осмотра с заведующим отделением (старшим дежурным врачом) и обоснования (с указанием даты и времени);

– клинический диагноз должен быть установлен при плановой госпитализации пациента в течение 72 часов, при поступлении по экстренным показаниям – не позднее 24 часов от момента поступления в профильное отделение;

– клинический диагноз может быть уточнен после выполненных экстренных лечебных или диагностических оперативных вмешательств (при этом в медицинской карте должна быть сделана соответствующая запись об изменении диагноза);

– если своевременное вынесение диагноза оказалось невозможным, в истории болезни должно быть соответствующее объяснение на дату регламентированного законодательством его вынесения;

– клинический диагноз должен быть обоснован данными жалоб, анамнеза, консультаций специалистов, клинического, инструментального и лабораторного обследования, предусмотренного стандартами и клиническими рекомендациями, подписан лечащим врачом и заведующим отделением (старшим дежурным врачом);

– если за время пребывания на койке клинический диагноз был изменен, это также должно найти отражение в истории болезни, в форме этапного эпикриза и обоснования.

### 3.2. Заключительный клинический диагноз:

– формулируется при выписке больного из стационара;

– должен быть вынесен в истории болезни на титульном листе, в дневнике наблюдения в день выписки и в выписном эпикризе.

### 3.3. Клинический и заключительный диагнозы должны отражать:

– нозологическую форму (клинический синдром);

– локализацию патологического процесса;

– степень выраженности (тяжести) заболевания;

– течение заболевания (хроническое, рецидивирующее с установлением частоты и длительности рецидивов);

– степень функциональных нарушений.

### 3.4. Заключительный клинический диагноз должен содержать три рубрики:

– основное заболевание (одна или несколько нозологических форм, имеющих в данный момент времени наиболее выраженные проявления, угрожающие здоровью и жизни больного, по поводу которых проводилось обследование и лечение во время обращения за медицинской помощью, записанных в терминах, предусмотренных действующими номенклатурой и классификациями болезней);

– осложнения основного заболевания – отдельные нозологические формы или патологические процессы, синдромы, травмы, патогенетически связанные с основным заболеванием, но не являющиеся его проявлением, утяжеляющие его течение (присоединение к основному заболеванию синдрома нарушения физиологического процесса, нарушение целостности органа или его стенки, кровотечение, острая или хроническая недостаточность функции органа или системы органов);

– сопутствующие заболевания (нозологические формы, этиологически и патогенетически не связанные с основным заболеванием и его осложнениями, не оказавшие на их течение и развитие неблагоприятного влияния и не способствовавшие наступлению смерти в случае летального исхода, но по поводу которых проводились отдельные диагностические и лечебные процедуры.

Хирургические операции, лечебно-диагностические манипуляции, указываются вместе с патологическими процессами (в тех же рубриках), по поводу которых они производились в виде перечня с указанием названия, даты и времени проведения.

Не следует употреблять словосочетание «состояние после...», а должно быть указано полное наименование (из медицинской карты больного) той или иной операции, медицинской манипуляции или процедуры в соответствии с утвержденной номенклатурой.

Интенсивная терапия и реанимационные мероприятия, а также их осложнения (при наличии) указываются отдельной подрубрикой, с красной строки после перечисления всех осложнений в рубрике «осложнений основного заболевания».

## 4. Оформление дневников наблюдения

4.1. Дневники наблюдения должны содержать точные данные в хронологической последовательности о лечении больного и любых изменениях в его состоянии.

4.2. В дневниках отражается динамика состояния пациента, данных объективного осмотра и лабораторных анализов, изменение диагноза, лечебной тактики, новые назначения, оценка эффективности этапного и курсового лечения.

4.3. Дневники должны отражать дату и время осмотра врачом. Кроме лечащего врача, могут быть сделаны записи другими врачами-специалистами, принимавшими участие в обследовании, лечении и консультировании больного.

4.4. При получении данных клинико-лабораторного обследования, консультаций специалистов, динамики заболевания, заключения врачебной комиссии, консилиума, требующих изменения лечебной и диагностической тактики, независимо от давности предыдущей записи, оформляется дневник наблюдения, в котором указываются изменения, вносимые в план ведения пациента.

4.5. В учреждениях акушерско-гинекологического профиля, в целях формирования единого подхода к протоколированию состояния больных и с учетом специфики работы, рекомендован следующий порядок и частота ведения дневников наблюдения. В период стационарного лечения дневники наблюдения оформляются:

- при экстренном поступлении в круглосуточный стационар в течение 2 часов после госпитализации в профильное отделение (с указанием результатов обследования и изменения при необходимости первоначально определенной тактики);

- в процессе обследования и лечения – ежедневно (в выходные и праздничные дни -дежурными врачами);

- при динамическом наблюдении (для решения тактических задач, определения диагноза и показаний к экстренному оперативному лечению), а также больным в тяжелом состоянии – не реже 4 раз в сутки с указанием времени, а при нестабильном состоянии – каждые 2–4 часа и чаще по показаниям;

- дневники наблюдения оперированным больным заполняются ежедневно; в течение первых суток послеоперационного периода частота их заполнения зависит от состояния пациента, но не реже 2 раз в сутки;

- осмотр пациента врачом анестезиологом-реаниматологом в подразделении, оказывающем анестезиолого-реанимационную помощь, осуществляется не реже 4 раз в сутки, о чем в медицинскую документацию пациента вносится плановая запись динамического наблюдения врача анестезиолога – реаниматолога, отражающая эффективность проводимого лечения, результаты лабораторных, функциональных и других исследований, промежуточное заключение;

- в случаях внезапного изменения состояния больного, находящегося в отделении реанимации или профильном отделении, производится внеплановая запись либо подробное описание ситуации в плановой записи с точным указанием времени происшествия и проведенных мероприятий;

- заведующий профильным отделением ежедневно осматривает больных, находящихся в отделении реанимации и интенсивной терапии, с оформлением дневника.

4.6. При завершении стационарного лечения дневник в день выписки должен быть подробным, содержать заключительный диагноз, обоснование прекращения лечения (улучшение, выздоровление, перевод в другое профильное отделение и т.д.). Из записи должно быть понятно, в каком состоянии выписывается пациент, какой результат достигнут в результате лечения, имелись ли осложнения в процессе лечения.

Если срок лечения в стационаре был сокращен и составил 50–75% от нормативного по стандартам или сложившейся практике, выписка пациента осуществляется по решению совместного осмотра с заведующим отделением (старшим дежурным врачом). При сокращении срока лечения более, чем на 50%, рекомендовано принятие решения о выписке врачебной комиссией медицинской организации с оформлением протокола ВК в медицинской карте и внесением записи в журнал ВК.

## 5. Протоколы записей консультантов

Должны содержать:

- дату и время осмотра;

- специальность, фамилию, инициалы консультанта;

- описание жалоб, объективного статуса, проведенных исследований, необходимых для постановки диагноза;

- диагноз заболевания (или указание на отсутствие патологии);

- рекомендации по обследованию и лечению;

- заключение о прогнозе имеющегося заболевания при отдельных состояниях и планируемых вмешательствах (например, наличие или отсутствие противопоказаний для пролонгирования беременности, планового оперативного лечения, выбор метода родоразрешения при наличии экстрагенитальной патологии и др.).

## 6. Общие обходы и осмотры пациентов заведующим отделением

6.1. Общие обходы (заведующего отделением, зам. главного врача) совершаются еженедельно и фиксируются в истории болезни. Запись должна содержать время и дату осмотра, данные клинико-лабораторных исследований, объективного статуса на момент осмотра, сведения о проводимом лечении, краткое резюме о правильности выставленного клинического диагноза, адекватности и полноте обследования и лечения, достижении результата, замечания заведующего отделением (при наличии), рекомендации лечащему врачу по дальнейшему обследованию и лечению больного.

Общие обходы подписываются лечащим врачом и должностными лицами, принимавшими в них участие.

6.2. Осмотры пациента заведующим отделением должны быть отражены в первичной медицинской документации, подписаны им и проведены в соответствии со следующими правилами:

- при плановом поступлении в стационар – в рабочие дни не позднее 48 часов с момента госпитализации с формулировкой и обоснованием клинического диагноза и уточнением плана лечебно-диагностических мероприятий, далее – не реже 1 раза в неделю;
- при госпитализации в экстренном порядке, в тяжелом состоянии – незамедлительно при поступлении, в приемном отделении;
- при госпитализации в неотложном порядке, требующих определения показаний к операциям или сложным лечебнодиагностическим вмешательствам – в день поступления в течение двух часов от момента госпитализации;
- в отделении реанимации и интенсивной терапии – ежедневно (осмотр заведующих отделением реанимации и профильным отделением);
- при осуществлении по медицинским показаниям перевода пациента в другое профильное отделение внутри медицинской организации.

В выходные и праздничные дни осмотр пациентов, подлежащих консультированию заведующим отделением, в установленные сроки осуществляет старший дежурный врач.

## 7. Протокол консилиума врачей

7.1. 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.

7.2. Консилиум созывается по инициативе лечащего врача в медицинской организации либо вне медицинской организации (включая дистанционный консилиум врачей). Необходимость и обоснованность созыва консилиума подтверждает заведующий отделением, о чем делает запись в истории болезни.

7.3. Консилиум врачей оформляется протоколом, в котором указываются дата, время его проведения, фамилии, инициалы и должности всех участников. Протокол консилиума записывается лечащим врачом и отражает следующие данные:

- начало и течение заболевания, проведенное обследование и лечение;
- состояние больного в момент проведения консилиума (включая данные объективного и специального осмотра, интерпретацию клинических данных, лабораторных, инструментальных и иных методов исследования);
- эффективность ранее проведенного лечения;
- причины, вызвавшие, по мнению членов консилиума, ухудшение состояния больного или неясность диагноза и состояния больного;

По завершении протокола формулируется диагноз и его обоснование, даются подробные рекомендации по лечебной и диагностической тактике, отражается необходимость повторного консилиума и сроки его проведения.

7.4. Заключение консилиума должно быть подписано всеми его участниками с указанием занимаемой должности, специальности, фамилии, даты и времени проведения консилиума.

7.5. В случае, если кто-либо из участников консилиума не согласен с принятым большинством его членов заключением, он должен записать свое особое мнение, подробно его обосновав.

Мнение участника дистанционного консилиума, с его слов, вносится в протокол медицинским работником, находящимся рядом с пациентом.

## 8. Протокол врачебной комиссии (ВК)

8.1. В медицинской карте стационарного больного Протокол ВК оформляется в случаях, установленных следующими нормативно-правовыми документами: Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 5 мая 2012 г. N 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации» (в ред. Приказа Минздрава России от 02.12.2013 N 886н); Приказ Министерства здравоохранения РФ от 1 сентября 2020 г. № 925н «Об утверждении порядка выдачи и оформления листков нетрудоспособности, включая порядок формирования листков нетрудоспособности в форме электронного документа»; Приказ Минздрава России от 20 декабря 2012 г. № 1175н «Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков, порядка оформления этих бланков, их учета и хранения» (в ред. Приказа Минздрава России от 02.12.2013 N 886н).

### 8.2. Протокол ВК оформляется:

- при продлении листка нетрудоспособности свыше 15 дней (включая дни нетрудоспособности при амбулаторном лечении);
- в клинически сложных случаях лечения пациентов, требующих комиссионного рассмотрения;
- при назначении лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения, не входящих в стандарт и (или) порядок оказания медицинской помощи, в перечень ЖНВЛС в случае замены их при индивидуальной непереносимости;
- при назначении лекарственных препаратов по торговым наименованиям;
- при направлении сообщений в Федеральную службу по надзору сфере здравоохранения в целях осуществления мониторинга безопасности лекарственных препаратов о выявленных случаях побочных действий, не указанных в инструкции по применению лекарственного препарата, серьезных нежелательных реакций и непредвиденных нежелательных реакций при применении лекарственных препаратов;
- в случае направления на долечивание в санаторно-курортные учреждения непосредственно после стационарного лечения;
- при наличии осложнений послеоперационного, послеродового периода, внутрибольничного инфицирования, ятрогенных осложнений;
- при осуществлении по медицинским показаниям перевода пациента в другую медицинскую организацию, имеющую оборудование в соответствии со стандартом оснащения и кадры, в соответствии с рекомендованными штатными нормативами, по согласованию с руководителем медицинской организации, в которую переводится пациент.

Рекомендуется так же оформлять протокол ВК при продолжении лечения в стационаре сверх установленных стандартами сроков или сокращении сроков лечения более 50% от установленного стандартом (сложившейся клинической практикой);

8.2. Формы протоколов ВК для каждого из перечисленных случаев утверждаются приказом главного врача. К медицинской карте стационарного больного приобщается соответствующий Протокол ВК с подписями всех его членов, запись о принятом решении делается в журнале ВК.

## 9. Этапный эпикриз

9.1. Этапный эпикриз должен отражать динамику состояния больного, дальнейшую тактику ведения и прогноз.

9.2. Этапные эпикризы оформляются не реже 1 раза в 10 дней, а так же – при передаче больного другому специалисту, при превышении нормативных сроков стационарного лечения, определенных стандартом оказания медицинской помощи (при наличии) – для обоснования задержки больного в стационаре.

9.3. Этапный эпикриз должен кратко содержать следующую информацию:

- сроки нахождения в стационаре;

- трактовка результатов лабораторных и инструментальных исследований и консультаций;
- диагноз и проводимое лечение;
- динамические изменения в состоянии больного;
- степень эффективности лечения, причина безуспешности, возникшие осложнения в ходе лечения, причины длительной госпитализации;
- исходя из диагноза, определение дальнейшего способа обследования и лечения с указанием вносимых изменений.

Этапный эпикриз подписывается лечащим врачом и заведующим отделением.

#### 10. Переводной эпикриз

Оформляется при переводе больного из одного отделения в другое в пределах одного стационара, содержит краткий анамнез, данные осмотра, диагноз, проведенные лечебные и диагностические мероприятия, цель перевода. В целом, переводной эпикриз должен содержать сведения, включаемые в выписку из стационарной карты.

#### 11. Выписка из стационарной карты

Оформляется по окончании госпитализации.

##### 11.1. Выписка из стационарной карты должна содержать:

- фамилию, имя, отчество (при наличии) пациента, дату рождения, адрес, номер медицинской карты;
- сроки госпитализации и выписки, название отделения, в котором пациент проходил лечение;
- заключительный клинический диагноз;
- в краткой форме историю настоящей госпитализации;
- полные данные обследования за период госпитализации;
- проведенное лечение, в т. ч. – медикаментозное лечение с указанием названий препаратов, дозы и длительности приема, видов физиотерапевтических и других процедур;
- в случае проведенного оперативного вмешательства, указывается его дата, вид, объем, наличие (отсутствие) осложнений, а так же прилагается копия протокола операции;
- сведения о достижении результата лечения (улучшение, выздоровление, без перемен, ухудшение);
- сведения о наличии (отсутствии) прогнозируемых осложнений обследования, лечения, выбора метода хирургического вмешательства или ошибок в процессе его выполнения;
- сведения о наличии (отсутствии) признаков внутрибольничного инфицирования и ятрогенных осложнений;
- рекомендации по дальнейшему лечению, обследованию и наблюдению больного: подробные и понятные пациенту, оформленные на русском языке, с указанием для каждого рекомендованного к амбулаторному приему лекарственного препарата международного непатентованного наименования, лекарственной формы (таблетка, раствор и т. д.), разовой дозы и кратности приема в течение суток, планируемой длительности приема (в случае непереносимости, существенных различий в эффекте, отсутствия МНН возможно указание торгового наименования лекарственного препарата);
- указание конкретной даты явки в поликлинику, женскую консультацию по месту жительства после выписки из стационара;
- сведения о временной утрате трудоспособности (в том числе номер и дату выданного листка нетрудоспособности).

11.2. Выписка из медицинской карты стационарного больного выполняется в печатном виде в двух одинаковых экземплярах, один из которых остается в медицинской карте, второй выдается на руки пациенту.

11.3. Выписка подписывается лечащим врачом и заведующим отделением с расшифровкой фамилии и заверяется печатью медицинской организации, на которой идентифицируется ее полное наименование в соответствии с учредительными документами.

11.4. Пациент должен ознакомиться с выпиской из медицинской карты стационарного больного в день выписки из медицинской организации и расписаться в медицинской карте о ее получении.

## 12. Особенности оформления медицинской документации в случае смерти пациента

12.1. В медицинской документации подробно оформляется порядок проведения реанимационных мероприятий. Согласно постановлению Правительства РФ от 20.09.2012 № 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» информация о времени прекращения реанимационных мероприятий и (или) констатации смерти вносится в медицинские документы умершего человека. Реанимационные мероприятия, направленные на восстановление жизненно важных функций, прекращаются при их неэффективности в течение 30 мин. В записях врача, проводившего сердечно-легочную реанимацию, должны быть четко указаны дата и время начала и окончания реанимационных мероприятий. Во всех случаях смерти оформляется протокол установления смерти человека и посмертный эпикриз.

12.2. Протокол установления смерти человека заполняется по форме, утвержденной Постановлением Правительства РФ от 20.09.2012 № 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».

12.3. Посмертный эпикриз: содержит краткую историю госпитализации, представления о больном, динамику симптомов, характер проведенного лечения и диагностических процедур, причину и обстоятельства наступления летального исхода и развернутый клинический посмертный диагноз. В случае, если смерть больного наступила до осмотра лечащего врача профильного отделения, например, в выходные 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, непосредственно оказывавшим медицинскую помощь пациенту, и врачом профильного отделения.

В заключительном (посмертном) клиническом диагнозе, в отдельных случаях, должна содержаться формулировка о нанесении вреда здоровью пациента при оказании ему медицинской помощи.

Для кодирования случаев смерти в результате вмешательств, упущений, неправильного лечения или цепи событий, возникших от любой из перечисленных причин, используются соответствующие коды, входящие в блоки рубрик 19-го и 20-го классов: Т36 – Т50, Т80 – Т88, Х40 – Х49, У40 – У84. При летальных исходах, связанных с терапевтическими, хирургическими и диагностическими вмешательствами, важно получить информацию об их отрицательных эффектах. Поэтому в качестве истинных ятрогенных болезней, приведших к смерти больного (ятрогенных осложнений, возведенных в понятие основных заболеваний), указываются и кодируются:

- передозировка правильно назначенного лечебного средства;
- прием ошибочно назначенного лекарственного вещества;
- все непрофессионально выполненные диагностические, терапевтические и хирургические вмешательства и лечебные манипуляции;
- смертельные осложнения профилактических мероприятий, вакцинации;
- смертельные осложнения косметологических медицинских мероприятий;
- анафилактический шок;
- смертельные осложнения наркоза, других мероприятий, связанных с обезболиванием.

Заместитель начальника по медицинской части

Н.Ф. Кудаяров