

## **ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ОФОРМЛЕНИЮ И ВЕДЕНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ АМБУЛАТОРНОГО БОЛЬНОГО**

*Т.В.Калинина, Н.М. Трофимов, Ю.Е. Демидчик, М.В. Щавелева,  
Т.В. Ясюля, И.Н. Мороз, С.В. Качура, Н.С. Деркач*

Государственное учреждение образования «Белорусская медицинская академия  
последипломного образования», г. Минск,  
Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации,  
управления и экономики здравоохранения, г. Минск  
УЗ 34-я центральная районная клиническая поликлиника Советского района г. Минска

Среди профессиональных дефектов оказания медицинской помощи, есть группа ошибок, которые не относятся напрямую к нарушению прав пациентов и, на первый взгляд, не приводят к возникновению неблагоприятных для пациента событий - это ошибки, связанные с оформлением медицинской документации. Причина их возникновения - небрежное отношение сотрудников медицинских организаций к ведению медицинской документации. Нередко это обусловлено элементарным незнанием требований к ее оформлению. Между тем, получение достоверной информации, отражающей в полной мере состояние здоровья пациентов и качество оказания медицинской помощи, возможно лишь при исключительно внимательном отношении к заполнению медицинской документации. Медицинские работники не всегда оценивают значимость этой проблемы и не фиксируют внимания на юридической значимости учетно-оперативных медицинских документов, используемых в работе.

Медицинская документация – это документы установленной формы, предназначенные для регистрации результатов лечебных, диагностических, профилактических, реабилитационных, санитарно-гигиенических и других мероприятий [1]. Ее держателем выступают медицинские организации, следовательно, работники этих организаций, несут ответственность за правильное оформление соответствующих документов.

Медицинская документация является важнейшей составной частью лечебно-диагностического процесса, обеспечивая при оказании медицинской

помощи взаимодействие медицинских работников, преемственность в ее оказании, мониторинг за состоянием здоровья пациентов, формирование общегосударственной статистики заболеваемости и смертности. Только правильно оформленная первичная медицинская документация позволяет медицинскому персоналу принимать адекватные решения в конкретных клинических ситуациях. Таким образом, медицинская документация, оформляемая в медицинских организациях, становится обязательным компонентом системы управления качеством медицинской помощи. Качество ведения медицинской документации во многом отражает качество оказания медицинской помощи.

Медицинская документация используется не только для решения вопросов организации медицинского обеспечения населения, но может быть затребована судебно-медицинскими экспертами и правоохранительными органами при решении тех или иных проблем, в т.ч. связанных с претензиями пациента (его представителей) к медицинской организации (конкретному медицинскому работнику) по проблеме ненадлежащего качества оказания медицинской помощи [2]. При наличии исправлений, зачеркиваний и добавлений, а также при неполном отражении в медицинской документации сведений о диагнозах, назначенных программах лечения и конкретных медицинских манипуляциях, медицинская документация может изменить свой процессуальный статус и из письменного доказательства превратиться в вещественное. В таких случаях действия медицинского работника в соответствии с Уголовным кодексом могут быть классифицированы как «служебный подлог» [3,4,5].

В Республике Беларусь основными первичными учетными документами амбулаторно-поликлинической помощи являются медицинские карты амбулаторного больного, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30.08.2007 № 710 «Об утверждении форм первичной медицинской документации в амбулаторно-поликлинических организациях» [6]:

форма N 025/у-07 "Медицинская карта амбулаторного больного";

форма N 065/y-07 "Медицинская карта амбулаторного больного инфекциями, передаваемыми половым путем";

форма N 065-1/y-07 "Медицинская карта больного грибковым заболеванием, чесоткой";

форма N 065-2/y-07 "Медицинская карта амбулаторного больного кожным заболеванием".

Медицинская карта амбулаторного больного является основным медицинским документом пациента, проходящего обследование и лечение в амбулаторно-поликлинических условиях [7,8,9]. Она заполняется на каждого пациента при первом обращении за получением медицинской помощи, оказываемой в амбулаторно-поликлинических условиях. Медицинская карта является собственностью медицинской организации, передача ее на руки пациентам запрещена, в большинстве случаев хранится в регистратуре. Записи в медицинской карте относятся к конфиденциальной информации и не подлежат разглашению.

«Медицинская карта амбулаторного больного» состоит из листков долговременной информации (вклеиваются в начало карты) и листков оперативной информации [1]. В листках долговременной информации отражаются: паспортная часть, в листе сигнальных отметок – группа крови, резус-фактор, аллергические реакции, перенесенные инфекционные заболевания и пр.

К листку долговременной информации относится лист для записи заключительных (уточненных) диагнозов. Эти записи крайне важны для полноты и точности учета заболеваемости. Своевременная выписка всех диагнозов в лист заключительных диагнозов позволяет врачу легко и быстро получить сведения о прежних заболеваниях, перенесенных больным, что важно для оценки состояния его здоровья. Записи в листе заключительных диагнозов позволяют лечащему врачу решать также вопросы диспансерного наблюдения, специального лечения, необходимости в консультировании и т. д.

Впоследствии в медицинскую карту амбулаторного больного вклеиваются листки оперативной информации – в порядке текущих событий. Лечащий врач в

первичной медицинской документации фиксирует дату, а в некоторых случаях и час обращения за медицинской помощью.

Основными принципами ведения медицинской карты являются:

- 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;
- понимание и соблюдение лечащим врачом юридических аспектов своей деятельности, обязанностей и значимости медицинской документации;
- формулировка рекомендаций пациенту при завершении обследования и лечения;
- грамотное читабельное описание состояния пациента, назначенных лечебно-диагностических мероприятий, исходов лечения и др.

Оформление медицинской карты необходимо проводить с соблюдением следующих требований. Титульный лист заполняется в регистратуре медицинского учреждения при первом обращении пациента за медицинской помощью. Фамилия, имя, отчество пациента, его пол, дата рождения, адрес постоянного места жительства в Республике Беларусь заполняются в соответствии с документом, удостоверяющим личность, признанным на территории Республики Беларусь. При отсутствии у пациента постоянного места жительства в Республике Беларусь указывается адрес регистрации по месту пребывания на основании представленного документа. Номера телефонов, домашнего и рабочего записываются со слов пациента.

Лечащий врач в первичной медицинской документации фиксирует:

- дату обращения, в некоторых случаях - час обращения;
- жалобы пациента;
- анамнез заболевания;
- объективные данные;

- диагноз заболевания по МКБ-10, наличие, степень тяжести осложнений, степень функциональных нарушений;
- назначенные необходимые диагностические и лечебные обследования и консультации;
- признаки временной нетрудоспособности пациента (в случае необходимости);
- факты оказания экстренной медицинской помощи, а также помощи в сложных диагностических случаях;
- рекомендуемые лечебно-оздоровительные мероприятия;
- факторы риска, которые могут усугублять тяжесть течения заболевания и повлиять на его исход;
- объективную обоснованную информацию для обеспечения “защиты” медицинского персонала от возможности жалобы или судебного иска.

При последующих посещениях пациента в медицинской карте отражается динамика заболевания, эффективность проводимого лечения. Каждую запись врач удостоверяет своей подписью (с расшифровкой фамилии, имени, отчества).

Особое внимание следует уделять оформлению назначения лекарственных средств льготой категории пациентов.

В амбулаторной карте должны быть отражены:

- запись врача о приеме, диагноз, результаты осмотра больного на момент выписки лекарственных средств, подтверждающие необходимость в них;
- дата выписки рецептов;
- номер рецепта;
- доза и кратность приема лекарственных препаратов.

Дата выписки рецепта, его номер, наименование лекарственных средств должны соответствовать записи в амбулаторной карте. Выписка льготных лекарственных средств пациентам, не имеющим право на получение государственной социальной помощи, запрещена. Право пациента на льготное обеспечение фиксируется в блоке долговременной информации медицинской карты [1, 6].

При проведении экспертизы временной нетрудоспособности выдача, продление и оформление листков нетрудоспособности, другие вопросы, связанные с ними, в установленном порядке фиксируются лечащим врачом (врачебно-контрольной комиссией - ВКК) в медицинской документации. Лечащий врач отражает в медицинской карте экспертный анамнез, признаки временной нетрудоспособности на основании медицинских причин и социальных факторов, обуславливающих временное освобождение от работы, учебы и т.д.

В диагнозе отражаются проявления заболевания, обуславливающие временную нетрудоспособность, делается запись о временной нетрудоспособности пациента, определяются ее сроки с учетом индивидуальных особенностей течения заболевания. В медицинской карте амбулаторного больного указываются серия, номер листка нетрудоспособности, срок продления, дата очередного посещения врача. При последующих осмотрах отражается динамика заболевания, эффективность проводимого лечения и обосновывается продление или закрытие листка нетрудоспособности, направление на ВКК, госпитализацию.

Листок нетрудоспособности (справка) оформляется в соответствии с Инструкцией о порядке выдачи листков нетрудоспособности и справок о временной нетрудоспособности и Инструкцией по заполнению листков нетрудоспособности и справок о временной нетрудоспособности, утвержденными Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь, Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь от 09.07.2002 г. № 52/97 (с изменениями и дополнениями) [10].

Продление листка нетрудоспособности пациентам, у которых временная нетрудоспособность продолжается больше 30 дней, проходит после обязательного их освидетельствования на ВКК в определенные Инструкцией сроки, о чем также делается запись в медицинской карте. Также в медицинской карте отражается факт направления больного на заседание медико-реабилитационной экспертной комиссии для проведения медико-социальной экспертизы.

Сегодня одним из центральных в системе юридического обеспечения медицинской деятельности становится вопрос информированного согласия

пациента на медицинское вмешательство [4,5]. Более чем в половине так называемых «врачебных дел», которые расследуются по поводу неблагоприятных исходов медицинских вмешательств, в той или иной мере имеются погрешности в процедуре получения информированного согласия пациента [11]. В соответствии со статьей 44 Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. №2435-ХП «О здравоохранении» необходимым условием оказания медицинской помощи пациенту является наличие предварительного согласия пациента или (с учетом возраста пациента и его дееспособности) его законных представителей. Кроме того, в той или иной мере вопрос согласия пациента на оказание медицинской помощи отражен в статьях 17, 18, 41 и 45 Закона «О здравоохранении» [12].

Законодательством предусмотрены три принципа, соблюдение которых обязательно при осуществлении медицинского вмешательства:

- предварительность (у пациента должно быть время, чтобы изучить информацию и принять решение относительно предложенного варианта обследования и лечения);
- информированность (включает в себя сведения о наличии заболевания, методах лечения, связанных с ними рисках, возможных вариантах медицинских вмешательств, их последствиях и результатах проведенного лечения);
- добровольность (пациент должен сам принять решение о медицинском вмешательстве, при этом он может консультироваться у других специалистов).

При этом согласие пациента на медицинское вмешательство должно быть в обязательном порядке зафиксировано в медицинской документации. В случае простого медицинского вмешательства пациент дает устное согласие на него; отметка о согласии делается медицинским работником в документации единолично. Обязательным условием проведения сложного медицинского вмешательства является наличие предварительного письменного согласия пациента (законных представителей); оно вносится в медицинскую документацию и подписывается пациентом либо его законными представителями и лечащим врачом [12].

В экстренных случаях в отсутствие законных представителей пациента, решение принимается врачебным консилиумом, а при невозможности его проведения - лечащим врачом с оформлением записи в медицинской документации.

При отказе пациента от оказания медицинской помощи, в том числе от медицинского вмешательства, пациенту (его законным представителям) разъясняются последствия отказа. Отказ оформляется записью в медицинской документации и подписывается пациентом (его законными представителями) и лечащим врачом.

В случае смерти больного одновременно с выдачей свидетельства о смерти в медицинской документации 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.

В заключение следует подчеркнуть, что ведение первичной медицинской документации в строгом соответствии с требованиями законодательства Республики Беларусь является обязательным и гарантирует соблюдение интересов медицинской организации в случае возникновения судебных споров с пациентами. В этой связи добросовестное исполнение своих служебных обязанностей и четкое и грамотное ведение медицинского документооборота и делопроизводства является наиважнейшим доказательством неуязвимости врача в суде и подтверждает, во-первых, соответствие действий врача протоколам ведения больных (стандартам), во-вторых, получение информированного согласия пациента, в-третьих, документальное подтверждение всех медицинских вмешательств.

*Литература*

1. Хальфин Р.А. Статистический учет и отчетность учреждений здравоохранения /Р.А.Хальфин, Е.П.Какорина, Л.А.Михайлова; под общ. ред. академика РАМН В.И.Стародубова. – М.: МЦФЭР, 2005. – 368 с.
2. Фоменко А.Г. Системы отчетности о медицинских ошибках и неблагоприятных событиях в здравоохранении - важнейший элемент укрепления безопасности пациентов /А.Г.Фоменко //Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2008. - № 2. - С. 17-26.
3. Уголовный кодекс Республики Беларусь, 9 июля 1999г. № 275-3 (с изменениями и дополнениями)//Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 [Электронный ресурс] /ООО «ЮрСпектр». – Минск, 1992 – 2010.
4. Тришин А.П. Основные ошибки, допускаемые медицинскими учреждениями (организациями) при оказании медицинской помощи гражданам / А.П.Тришин //Главный врач. – 2007. - № 3.
5. Бондаренко Д.В. К вопросу о юридической ответственности медицинских работников / Д.В.Бондаренко //Медицинское право. – 2006. - № 4.
6. Об утверждении форм первичной медицинской документации в амбулаторно-поликлинических организациях: Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30 августа 2007г. №710 //Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 [Электронный ресурс] /ООО «Юрспектр». – Минск, 1992 – 2010.
7. Калинина Т.В. Методика анализа деятельности поликлиники для взрослых /Т.В.Калинина, Л.П.Плахотя, М.В.Щавелева: Учебно-методическое пособие. – Мн.: БелМАПО, 2003. – 36 с.
8. Справочник по организации работы амбулаторно-поликлинических учреждений (нормативные материалы). – М.: Грантъ, 1999. – 1248 с.
9. Об организации амбулаторно-поликлинической помощи взрослому и детскому населению и мерах по введению врача общей практики: Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28 декабря 1998г. №384 //Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 [Электронный ресурс] /ООО «ЮрСпектр». – Минск, 1992 – 2010.

10. Об утверждении инструкции о порядке выдачи листков нетрудоспособности и справок о временной нетрудоспособности и инструкции по заполнению листков нетрудоспособности и справок о временной нетрудоспособности: Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь и Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь от 9 июля 2002г. №52/97//Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 [Электронный ресурс] /ООО «ЮрСпектр». – Минск, 1992 – 2010.

11. Кралько А.А. Медико-правовые аспекты получения информированного согласия на медицинское вмешательство/А.А. Кралько //Медицинские новости. - 2009. - №12. – С. 41 - 45

12. О здравоохранении: Закон Республики Беларусь, 18 июня 1993 г., №2435- XII: в ред. Закона Респ. Беларусь, 20 июня 2008, N 363-З (с изменениями и дополнениями) //Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 [Электронный ресурс] /ООО «ЮрСпектр». – Минск, 1992 – 2010.