

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Е. В. ЯКОВЛЕВА, Р.В. ХУРСА

**ОФОРМЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ
АМБУЛАТОРНОГО БОЛЬНОГО**

Методические рекомендации

Минск 2008

УДК 616 – 08 – 039.57 – 07(091)(075.8)

ББК 53.4 я 73

Я 47

Утверждено Научно-методическим советом университета в качестве методических рекомендаций 29.10.2008г., протокол № 2

А в т о р ы: канд. мед. наук, доц. Е.В. Яковлева, канд. мед. наук, доц. Р.В. Хурса

Р е ц е н з е н т ы: д-р мед. наук, проф. А.В. Хапалюк; канд. мед. наук доц. С.Е. Алексейчик.

Яковлева Е.В., Хурса Р.В.

Я 47 Оформление медицинской карты амбулаторного больного / Е.В. Яковлева, Р.В. Хурса – Мн.: БГМУ, 2008. -- с.

ISBN

Содержатся указания по оформлению учебной медицинской карты амбулаторного больного.

Предназначается для студентов IV курса лечебного факультета.

УДК 616 – 08 – 039.57 – 07(091)(075.8)

ББК 53.4 я 73

ISBN

© Оформление. Белорусский
государственный медицинский
университет, 2008

ВВЕДЕНИЕ

Практические навыки по оформлению медицинской документации, их отработка и закрепление -- одно из основных направлений учебного процесса на кафедре поликлинической терапии.

Важнейшим документом врача амбулаторной практики является «Медицинская карта амбулаторного больного», утвержденная Министерством здравоохранения Республики Беларусь как форма № 025/у.

Этот документ является медицинским паспортом, отражающим состояние и динамику здоровья человека на протяжении длительного периода времени, что позволяет получить целостное представление о пациенте и принимать адекватные медицинские решения врачам различных специальностей, пользующихся данным пациентом в течение жизни. Ответственность за правильность оформления и ведения «Медицинской карты амбулаторного больного» возлагается на врачей амбулаторной практики и, в первую очередь, на участкового терапевта.

Медицинская карта амбулаторного больного как утвержденная (т.е. обязательная, единая) форма, имеет следующие разделы: паспортная часть; лист для записи заключительных (уточненных) диагнозов; данные анамнеза и дополнения к анамнезу; листы для записи врачебных осмотров.

Однако время, прошедшее со дня утверждения формы № 025/у, показало необходимость дополнения ее рядом разделов, отражающих реальные требования практического здравоохранения. Поэтому в настоящее время «Медицинская карта амбулаторного больного» имеет следующую структуру:

- паспортная часть;
- лист для записи заключительных (уточненных) диагнозов;
- лист профилактических осмотров с данными опроса и осмотра;
- карта учета профилактических прививок;
- данные о профилактических гинекологических осмотрах для женщин;
- лист учета временной нетрудоспособности;
- лист учета рентгенологических обследований;
- данные анамнеза и дополнения к анамнезу;
- листы для записи врачебных осмотров.

Результаты лабораторных (общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови и т.д.) и инструментальных исследований (электрокардиограмма, спирограмма, ультразвуковое исследование и т.д.), заключения специалистов

консультативных поликлиник и диагностических центров, эпикризы из стационаров вклеиваются в конце медицинской карты амбулаторного больного или на месте врачебных записей.

ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

Фамилия, имя, отчество

Пол

Дата рождения

Телефон (домашний, служебный)

Адрес больного

Место работы (наименование и характер производства)

Профессия, должность

Группа диспансерного наблюдения. Для группы Д III указать заболевание.

На этот лист выносятся сведения об отягощенном аллергологическом анамнезе, о перенесенном вирусном гепатите, об отношении к группе льготных категорий граждан (инвалид ВОВ, инвалиды I, II групп, узник концлагеря и т.д.) с указанием номера документа, удостоверяющего льготу. На медицинских картах одиноко проживающих лиц пожилого и старческого возраста записываются координаты ближайших родственников, знакомых или закрепленных за ними сотрудников отдела по социальной помощи гражданам.

ЛИСТ ДЛЯ ЗАПИСИ ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫХ (УТОЧНЕННЫХ) ДИАГНОЗОВ

Указывается дата (число, месяц, год) обращения, кратко формулируется заключительный (уточненный) диагноз, отмечается знаком «плюс» впервые установленный диагноз, удостоверяется разборчивой подписью врача.

Информация, занесенная в данный лист, позволяет узнать патологию, с которой обращался пациент, а также решить вопрос о необходимости заполнения статистического талона (напомним, что статистический талон заполняется на все случаи острых заболеваний и только один раз в год на хроническую патологию).

ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ С ДАННЫМИ ОПРОСА И ДАННЫМИ ОСМОТРА

Заполняется по результатам опроса пациента (одна часть) и после личного осмотра пациента врачом (другая часть) с указанием даты осмотра (не реже одного раза в год).

Этот раздел позволяет врачу контролировать систематичность (регулярность) прохождения пациентом профилактически осмотров и не терять бдительность, прежде всего, в плане раннего выявления онкологических заболеваний.

ЛИСТ УЧЕТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ ДЛЯ ЖЕНЩИН

В карту учета профилактических прививок заносится информация о прививках против столбняка и дифтерии: указывается дата проведения вакцинаций и ревакцинаций, доза и наименование препарата, серия, местная и общая реакция на препарат (если таковая была). Отметку в амбулаторной карте делает медсестра прививочного кабинета, а в случае реакции на прививку – лечащий врач.

Для женщин в этом листе приводятся также сведения, полученные из смотрового кабинета: дата профилактического осмотра, диагноз, результаты цитологического исследования, подпись врача или акушерки.

ЛИСТ УЧЕТА ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

Отражаются все случаи временной нетрудоспособности пациента (дата выдачи и дата закрытия листка нетрудоспособности (ЛН), диагноз), а также подсчитывается количество дней нетрудоспособности по каждому случаю.

Дополнительное внесение данной информации в самостоятельный раздел (несмотря на то, что выдача ЛН обязательно отражается в записи врачебного осмотра), позволяет врачу быстро ориентироваться по частоте и длительности временной нетрудоспособности у данного пациента, облегчает оформление направления на МРЭК (при необходимости) и составление отчета по временной нетрудоспособности.

ЛИСТ УЧЕТА РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Выносятся информация обо всех видах рентгенологических исследований, проводимых у пациента (дата, и вид исследования, доза рентгенологического облучения, подпись врача).

Это необходимо для решения вопроса о кратности и возможности повторных рентгенологических исследований с учетом полученной пациентом дозы рентгенологического облучения.

ДАННЫЕ АНАМНЕЗА И ДОПОЛНЕНИЯ К АНАМНЕЗУ

Приводятся сведения со слов больного об имеющихся и перенесенных заболеваниях и операциях, о наследственности и имевшихся аллергологических реакциях, об имеющихся факторах риска (курение, злоупотребление алкоголем, психоэмоциональные нагрузки, гиперхолестеринемия, гиподинамия и др.), о профессиональном анамнезе (вредные и опасные условия труда), а также краткая информация об основном заболевании (с какого времени считает себя больным, вероятная причина болезни, частота обострений и факторы их обусловившие, проводимое лечение и его эффективность, частота госпитализаций и санаторно-курортного лечения, состоит ли на диспансерном учете и с какого времени).

Этот лист заполняется и подписывается лечащим врачом с указанием даты сбора анамнеза.

Дополнения к анамнезу заполняются в случае появления с течением времени новых данных о пациенте и вновь открывшихся обстоятельств: аллергических реакций, изменения условий труда и быта и др. Обязательно отмечается дата внесения дополнения.

ЛИСТЫ ДЛЯ ЗАПИСИ ВРАЧЕБНЫХ ОСМОТРОВ («дневники»)

Количество листов для записи врачебных осмотров, так называемых дневников, неодинаково у разных пациентов и зависит от частоты обращений, длительности каждого случая заболевания и т.д.

Структура врачебной записи: предполагает указание даты обращения (число, месяц, год), название специальности врача, проводящего осмотр, вида осмотра (амбулаторный или на дому), первичный или повторный, описание жалоб пациента, сначала главных, затем – второстепенных. Особо значимые симптомы детализируются. Приводятся сведения о длительности заболевания, его связи с какими-либо факторами, о проводившемся лечении (указываются медикаментозные препараты, «народные» средства и т.д.) и его эффективности.

Объективное исследование пациента проводится в соответствии со схемой, предусмотренной пропедевтикой внутренних болезней, однако в амбула-

торных условиях излагается кратко. Указываются результаты объективного исследования с подробным описанием патологических изменений и состояния тех органов и систем, которые имеют отношение к диагнозу. Обязательно измеряется температура, частота сердечных сокращений (ЧСС), артериальное давление (АД), частота дыхания (ЧД), при возможности -- рост и масса тела. Исходя из результатов анамнеза заболевания и данных осмотра формулируется диагноз согласно действующим классификациям. При необходимости указывается план лабораторно -- инструментальных исследований. Отмечаются назначенные лечебные мероприятия: рекомендации по режиму, питанию, по медикаментозному лечению (препараты с указанием дозы и кратности приема) и немедикаментозные методы (фитотерапия, физиотерапия, ЛФК и др.). При необходимости выдачи ЛН, в конце записи указываются его номер, дата выдачи и дата следующей явки для осмотра (при котором ЛН может быть закрыт или продлен, о чем также делается запись). Запись врачебного осмотра подтверждается личной подписью врача.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Хурса Р.В. Организация и содержание работы участкового терапевта: Метод. реком. – 2-е из., доп. и перераб. – Мн.:МГМИ, 2000. – 64 с.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Зав. кафедрой

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА АМБУЛАТОРНОГО БОЛЬНОГО
(учебная)

Фамилия, имя, отчество больного

Куратор: Ф.И.О., номер учебной группы, курс, факультет
Преподаватель: должность, Ф.И.О.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РБ

УЗ "6-я центральная районная клиническая
поликлиника Ленинского района г. Минска"
г. Минск, ул. Ульяновская, 5

Код формы по ОКУД
Код учреждения по ОКПО
Медицинская документация
Форма 025/у

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА АМБУЛАТОРНОГО БОЛЬНОГО №

или код

Фамилия, имя, отчество _____

Пол М/Ж _____ Дата рождения _____ Телефон: Домашний _____ Служебный _____

Адрес больного: область _____ населенный пункт _____

район _____ улица (переулок) _____

дом № _____ корпус _____ кв. № _____

Место службы, работы _____ отделение, цех _____

наименование и характер производства

Профессия должность _____ иждивенец _____

Взят на диспансерное наблюдение

Дата взятия на учета	По поводу	Дата сня- тия с уче- та	Причина снятия

Перемена адреса и работы

Дата	Новый адрес (новое место работы)

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ОСМОТРЫ

ДАННЫЕ ОПРОСА (нужное подчеркнуть)	
1. Изменились ли за последние месяцы цвет и размеры пигментных (родимых.) пятен?	Да или нет?
2. Есть ли на коже, губах, слизистой полости рта и языка язвы, трещины, разрастания, уплотнение и шелушение?	Да или нет?
3. Имеются ли затруднения при проглатывании жидкой или твердой пищи?	Да или нет?
4. Отмечаете ли в настоящее время общую слабость, ухудшение аппетита, нарастающее похудение, постоянные отрыжки и рвоты, чувство тяжести и боли в поджелудочной области, запоры, поносы?	Да или нет?
5. Отмечается ли примесь крови в моче, кале или дегтеобразный стул?	Да или нет?
6. Есть ли в настоящее время кашель, кровохаркание, боли в грудной клетке, осиплость голоса?	Да или нет?
7. Имеются ли уплотнения в молочных (грудных) железах, язвы, трещины в области соска, кровянистые выделения из соска?	Да или нет?
8. Имеются ли кровянистые выделения из влагалища, не связанные с месячными?	Да или нет?
9. Другие жалобы	Да или нет?

ДАННЫЕ ОСМОТРА

	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200
Кожа											
Губа											
Язык и слизистая рта											
Пищевод											
Желудок											
Прямая кишка											
Легкие											
Молочная железа											
Матка											
Прочие											

Подпись врача _____

Карта учета профилактических прививок

ПЛАНОВЫЕ ПРИВИВКИ							
Прививки против		Дата проведения	Доза	Наименование препарата	Серия	Реакция	
						местная	общая
Столбняка и дифтерии	Вакцинация № 1						
	Вакцинация № 2						
	Ревакцинация № 1						
	Ревакцинация № 2						
	Ревакцинация № 3						
	Ревакцинация № 4						

Смотровой кабинет (осмотр гинеколога)

Дата	Диагноз	Цитология	Подпись

АНАМНЕЗ

1. Перенесенные заболевания, операции: _____

2. Наследственность: _____

3. Медикаментозная аллергия: _____

4. Факторы риска: курение, злоупотребление алкоголем, гиподинамия,
психоэмоциональные нагрузки, гиперхолестеринемия, сахарный диабет, излишняя масса тела /подчеркнуть/, АГ

5. Вредные и опасные условия труда: _____

6. Краткие сведения об основном заболевании: _____

7. Прочие сведения: _____

8. Дата взятия на «Д» учет: _____

Дата _____ Подпись врача: _____

ЛИСТ ДЛЯ ВРАЧЕБНЫХ ЗАПИСЕЙ
(схема)

Дата	Осмотр терапевта на приеме (на дому)
t --	Жалобы на ...
АД--	
пульс--	
ЧСС--	
ЧД--	
	Объективно:
	Диагноз:
	План обследования:
	Лечение:
	Сведения о выдаче листка нетрудоспособности или справки (при необходимости)
	Подпись куратора