

УТВЕРЖДАЮ

Директор ФГБУ «НЦПЗ» РАМН
Академик РАН
А.С. Тиганов
«13» октября 2014 года

**ПОЛОЖЕНИЕ
О ВЕДЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ
СТАЦИОНАРНОГО БОЛЬНОГО
(ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ)
В КЛИНИКЕ ФГБУ «НЦПЗ» РАМН**

Медицинская карта стационарного больного (далее - история болезни) является основным медицинским документом о больном, отражающим проявления и течение заболевания, лечение и его результат. История болезни - юридический документ, обосновывающий правомерность действий врача и имеющий значение при решении социально-правовых вопросов жизни больного. История болезни имеет существенное значение для научной работы, проводимой в клинических отделах ФГБУ «НЦПЗ» РАМН (далее - Клиники), что требует от врача четкости и полноты при описании данных анамнеза, динамики статуса больного, проведенных лечебных мероприятий, консультаций научных сотрудников.

1. История болезни заводится в приемном отделении в момент поступления больного и ведется строго в хронологическом порядке. Медицинская сестра приемного отделения на основании паспорта больного, а также медицинской карты амбулаторного больного (далее - амбулаторной истории болезни), заведенной в поликлиническом отделении, регистрирует больного в журнале приема больных и проставляет номер на историю болезни; заполняет паспортную часть истории болезни; дату и время поступления (пункты с 1 до 11 включительно и 24 а, б), вкладывает в историю болезни квитанцию на личные вещи и ценности больного; измеряет артериальное давление, температуру, вес, рост больного, индекс массы тела, после чего передает историю болезни дежурному врачу Клиники.

2. Дежурный врач проверяет правильность записей медсестры приемного покоя, проводит осмотр больного. В своей записи дежурный врач освещает краткие данные анамнеза, описывает психический статус больного при поступлении и особенности соматического статуса, включая данные аллергологического, эпидемиологического анамнезов. Подробно описываются имеющиеся телесные повреждения (локализация, размеры,

примерная давность). В конце осмотра больного дежурный врач выставляет предварительный диагноз при поступлении (пункт 24 б), назначает режим наблюдения. Учитывая особенности Клиники, лекарственные назначения дежурным врачом Клиники не делаются (кроме отдельных случаев - стационарирование больного после 16 часов).

3. Вместе с больной историей болезни передается в клиническое отделение, где постовая медсестра принимает больного, делает пометку о времени его поступления в отделение в дневнике наблюдений.

4. В день поступления или на следующий день больной осматривается всеми врачами отделения на совместной консультации с участием главного научного сотрудника (или иного научного сотрудника, назначенного заведующим научным отделом Клиники) и заведующего отделением. В результате осмотра квалифицируются статус больного, выставляется клинический диагноз (лечащий врач выносит данный диагноз на обложку - пункт 24 в), определяются основные направления его обследования и принципы терапии, делаются соответствующие назначения, о чем производится подробная запись в истории болезни за подписью главного научного сотрудника и заведующего отделением.

5. Главный (ведущий) научный сотрудник или заведующий отделением после совместной консультации поручают ведение больного конкретному врачу отделения, о чем делается соответствующая запись на обороте титульного листа истории болезни в отведенной для этого графе. Дальнейшие смены лечащих врачей отмечаются там же с указанием номера отделения, даты передачи истории болезни и фамилии врачей.

- Консультации главных научных сотрудников с подробной квалификацией состояния должны быть зафиксированы в истории болезни не менее 2 раз за время пребывания первичного больного в клинике (при поступлении и перед выпиской). У повторных больных допускается наличие в истории болезни одной подробной консультации при поступлении.

6. В случаях совместного осмотра больного главным научным сотрудником (или иным научным сотрудником, назначенного заведующим научным отделом Клиники) и заведующим отделением на следующий день после его поступления в отделение, больному в день поступления проводится краткий первичный осмотр заведующим отделением или иным врачом-психиатром по его распоряжению. Запись об этом осмотре помещается в графе «данные первичного осмотра в отделении» и должна быть достаточно лаконичной. Здесь же указываются рекомендуемые больному: режим наблюдения (строгое наблюдение, усиленное наблюдение, общий режим наблюдения), диетстол, анализы и предварительные лекарственные назначения (до совместной консультации ведущего научного сотрудника и заведующего отделением).

7. Лечащий врач проводит полный первичный осмотр больного. Запись осмотра больного помещается в графе «данные первичного осмотра в отделении» и включает в себя сведения о психическом, соматическом и

неврологическом состоянии больного, подробный план его обследования. Здесь же указываются назначенные больному: режим наблюдения (строгое наблюдение, усиленное наблюдение, общий режим наблюдения), диетстол, анализы и лекарственные назначения.

- Психический статус, входящий в полный первичный осмотр, должен отражать всестороннюю картину психического состояния больного на момент осмотра. Рекомендуется начинать его с описания внешнего облика больного (если есть данные, то поведение в первые часы пребывания в отделении), манеры держаться, активности, заинтересованности. Оценивается общее состояние больного - растерянность, напряженность, безразличие и т.п., при этом вначале излагаются наиболее существенные стороны психического статуса. Психопатологические явления следует не квалифицировать, а подробно описывать их содержательную и внешнюю сторону. Не рекомендуется злоупотреблять цитированием прямых высказываний больных, прибегая к этому только при иллюстрации неологизмов или особых оборотов, важных для оценки состояния пациента. Не допускаются выражения, содержащие квалификацию психического статуса (например - «высказывает бред преследования», «испытывает слуховые обманы», «депрессивен»).
- Всем поступившим больным назначаются: клинические анализы крови, мочи, биохимический анализ крови, анализы крови на антитела к HBS, HCV, к трепонемным антителам. Пациентам поступившим в 3, 4, 5, 6, 8 отделения назначаются также микробиологические анализы на диз.группу и дифтерию.
- Другие виды обследований (лабораторные, консультации специалистов, психологическое обследование и пр.) назначаются в соответствии с показаниями и планом обследования, предложенного главным (ведущим) научным сотрудником отделения.

Больным, находящимся на лечении в Клинике лабораторное обследование назначается регулярно (по показаниям), но не реже одного раза в месяц.

Все бланки с записями лабораторных исследований вклеиваются в историю болезни на лист «для лабораторных анализов».

8. Лечащий врач обязан сразу же сделать запросы в психиатрические лечебные учреждения, где прежде лечился больной, сделав об этом отметку на второй странице истории болезни в специальной графе.

При получении выписки из других психиатрических лечебных учреждений, лечащий врач рядом с отметкой об отправке запроса, делает запись о получении выписки. Выписки из других психиатрических учреждений подшиваются к амбулаторной истории болезни.

9. Пункты 18-21 титульного листа (повторность поступления, давность заболевания) должны быть заполнены в первые 10 дней пребывания больного в Клинике при получении анамнестических сведений.

10. Объективный и субъективный анамнезы (катамнезы) должны быть собраны и записаны в течение 10-ти календарных дней со дня госпитализации больного. В разделе «объективный анамнез» сведения от родственников или сослуживцев больного должны быть записаны отдельно, с указанием даты сбора сведений и фамилий, дающих сведения. Раздел «субъективный анамнез» может быть составлен поэтапно, с указанием дат дополнения к анамнезу, по мере улучшения состояния больного.

У пациентов детского отделения субъективный анамнез собирается в обязательном порядке с 15 лет, а если позволяет психическое состояние, то и в более раннем возрасте.

- Как субъективный, так и объективный анамнезы должны содержать следующие подробные сведения:
 - о наследственности, характере и особенностях личности родственников больного;
 - об особенностях беременности и родов у матери;
 - о болезнях и особенностях развития в раннем детском возрасте;
 - о поведении в период детских возрастных кризов, о характере больного в дошкольном возрасте;
 - об учебе и увлечениях в школьном возрасте (поэтапно в разных возрастных периодах), об особенностях подросткового периода, об увлечениях и их сменах;
 - о трудовой деятельности или дальнейшей учебе с характеристикой интересов, активности, достижений больного;
 - о личной жизни больного (отношениях с друзьями, сексуальной, семейной жизни). Для женщин - характеристику менструального цикла, данные об абортах, родах.
- Сведения о начале и развитии заболевания должны быть представлены в анамнезе последовательно - на том этапе биографии, на котором они возникли, на фоне событий жизни и социально-трудовых условий, в которых больной находился. При наличии датированных сведений рекомендуется, кроме дат, ставить в скобках возраст больного в указанном году. Необходимо четко указывать даты госпитализаций, выставленные диагнозы, наименования стационаров, в которых больной находился, методы лечения, особенно оказывающие наиболее плодотворное воздействие на больного, отмечать выявленные в процессе лечения побочные действия и осложнения.
- Течение заболевания должно быть представлено в целостной картине описания жизни больного и должно содержать (в части объективных данных) характеристику внешних форм

проявления болезни, а в части субъективных данных - содержание внутренних переживаний больного. Наряду с этим, последовательно, в динамике должны быть изложены данные об изменении характера больного, изменениях в его служебном и семейном положении, трудоспособности. Анамнез заканчивается сообщением о том, кем направлен данный больной на лечение в клинику.

- При невозможности собрать анамнезы в связи с неявкой родственников или по психическому состоянию больного, об этом должна быть сделана соответствующая запись. Не допускается объективный анамнез исчерпывать замечанием, что он «не отличается от субъективного», и наоборот. При повторном стационарировании больного в данную клинику анамнез заменяется катамнезом.

11. Дневниковые записи в истории болезни в течение первых 5 суток пребывания больного в Клинике делаются лечащим врачом ежедневно, в дальнейшем режим ежедневной записи дневника сохраняется для пациентов, находящихся в строгом режиме наблюдения. Также ежедневные записи дневников обязательны для больных с соматически обусловленным тяжелым или средней степени тяжести состоянием.

При тяжелом соматическом состоянии дневник ведения пациента фиксируется несколько раз в сутки. При этом в обязательном порядке указывается время осмотра пациента.

В остальных случаях дневниковые записи ведутся не реже 2 раз в неделю в зависимости от состояния больного.

Обязательно оформление дневниковой записи при выписывании промежуточного листка нетрудоспособности с указанием его номера, а также в день после представления больного на МСЭ с записью экспертного решения (определение/продление группы инвалидности, продление лечения и т.д.).

Общие требования к оформлению дневниковых записей:

- Каждый дневник датируется тем числом, когда выполняется запись;
- В тексте отражается состояние больного в дни, прошедшие со времени предыдущей записи, показываются динамические изменения в состоянии пациента;
- Приводятся данные объективного статуса, лабораторно-диагностических исследований;
- Из содержания дневника должна быть понятна лечебная тактика врача;
- Обязательно обосновывать причину перемен в терапии (отсутствие эффекта, появление нежелательных побочных эффектов и т.п.);

- На специально отведенной полосе справа указывается вид наблюдения за больными, диетстол. В каждом дневнике должны быть отражены лекарственные назначения;

12. Решение о назначении больному курса ЭСТ, гемосорбции, плазмафереза осуществляется на совместном осмотре пациента главным (ведущим) научным сотрудником либо заместителем главного врача и заведующим отделением. В записи совместного осмотра в истории болезни обязательно должно быть приведено обоснование для проведения соответствующей процедуры или назначения. Запись совместного осмотра с назначениями заверяется подписью главного (ведущего) научного сотрудника либо заместителя главного врача, заведующего отделением и лечащего врача.

13. Все записи о назначении лекарственных препаратов вносятся в историю болезни только на латинском языке с использованием международных непатентованных наименований (МНН). В случае отсутствия МНН – используется группировочное наименование, а при отсутствии у препарата МНН или группировочного наименования (в т.ч. комбинированные препараты) – используется торговое наименование лекарственного препарата на латинском языке.

14. В лист назначений, являющийся составной частью истории болезни, подлежат внесению все лекарственные назначения на латинском языке (как психотропные, так и соматические) с указанием в скобках после МНН торгового наименования лекарственного препарата.

Дозы в листах назначений проставляются в отдельности на каждый прием препарата в миллиграммах. Пометку «мг» рядом с дозой ставить не следует. Сложные прописи проставляются в таблетках (т). Записи в листе назначений заверяются ежедневно подписью лечащего врача и медсестры, выполнившей лекарственные назначения.

Листы назначений выписанных больных вклеиваются в историю болезни и нумеруются.

15. Назначения лекарственных препаратов клиническими ординаторами или аспирантами других учебных учреждений должны заверяться подписью заведующего отделением или научного сотрудника, назначенного лечащим врачом. Назначения, сделанные по дежурству клиническими ординаторами, должны подписываться ответственным дежурным врачом.

16. При назначении дежурным врачом лекарственных препаратов, оборот которых в Российской Федерации ограничен и в отношении которых допускается исключение некоторых мер контроля в соответствии с законодательством Российской Федерации и международными договорами Российской Федерации (список III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации), запись в истории болезни должна содержать расшифровку подписи дежурного врача.

17. Назначение одновременно (в течение суток) 5 и более лекарственных препаратов заверяется подписью:

- Заведующего отделением при назначении лечащим врачом;
- Заместителя главного врача при назначении заведующим отделением;
- При назначении в праздничные дни и ночное время – ответственного дежурного врача.

18. Для температурающих больных, в ряде случаев, заводится специальный лист, отражающий динамику температурной кривой, который вклеивается в историю болезни.

19. Врачи консультанты (за исключением гинеколога и окулиста) записывают результаты осмотра и рекомендуемые назначения в дневниковой части истории болезни. Гинеколог и окулист делают свои записи в конце истории болезни в разделе «запись консультантов».

20. Записи научных сотрудников, касающиеся участия больных в международных психофармакологических исследованиях, могут быть как в дневниковой части истории болезни, так и на отдельных листах в конце истории болезни.

21. Запись первичной беседы клинического психолога/психотерапевта должна отражать настоящее состояние больного, включать оценку уровня нарушений/развития личности, ведущей психологической проблематики, адаптационных возможностей, а также предварительные задачи и предпочтительные методы вмешательства. Каждая последующая запись должна отражать динамику состояния больного, содержание проведенной работы, оценку промежуточных результатов работы. При участии больного в психотерапевтической группе запись в истории болезни должна отражать тему работы, степень активности и вовлеченности больного в работу группы, а также оценку основных особенностей межличностного взаимодействия. Заключительная запись должна включать описание состояния больного при выписке, динамику изменений в ходе работы, а также её результаты и рекомендации относительно дальнейшего психотерапевтического /психокоррекционного вмешательства.

22. В истории болезни допускается вклеивание напечатанных на компьютере анамнезов, катамнезов, отдельных дневников, при условии соблюдения оформления их содержательной части и даты написания.

23. Предоставление больному лечебного отпуска как в отделениях, так и в дневном стационаре производится в соответствии с решением комиссии, состоящей из заведующего отделением и лечащего врача, о чём делается соответствующая запись в истории болезни, в которой отражается продолжительность лечебного отпуска, рекомендации лечащего врача на этот период, при необходимости сопровождения пациента - указывается лицо, сопровождающее больного. Больные отпускаются в лечебный отпуск

с реабилитационной целью на срок не более 7 дней. На второй странице обложки лечащий врач указывает даты нахождения больного в лечебном отпуске.

24. Все больные, находящиеся в клинике, помимо лечащих врачей, регулярно (не реже одного раза в 10 дней) осматриваются во время совместных обходов главным научным сотрудником (или иным научным сотрудником назначенным заведующим Отделом) и заведующим отделением.

Совместные обходы оформляются в истории болезни с обязательным указанием даты обхода, Ф.И.О. научного сотрудника и заведующего отделением, проводивших совместный обход. В записи обхода должны содержаться констатирующая и рекомендательная части; в случае необходимости указывается дата повторного осмотра; уточняется срок продления листка нетрудоспособности и необходимость представления больного на заседание клинико-экспертной комиссии (КЭК), проведения консилиума. Запись о совместном обходе заверяется подписью проводившего обход научного сотрудника, заведующего отделением и лечащего врача.

При участии в совместном обходе заместителя главного врача, информация об этом указывается в записи совместного обхода, которая также заверяется его подписью.

25. Этапный эпикриз оформляется не реже 1 раза в 2 недели и может быть оформлен как один из совместных обходов с заведующим отделением. В этапном эпикризе должна быть дана оценка клинического состояния пациента в динамике и аналитическая оценка результатов проведенных обследований и лечения, указывается дальнейшая тактика ведения пациента.

- Перед направлением на КЭК в истории болезни оформляется этапный эпикриз с обоснованием причины представления больного на КЭК и оформляется по образцу этапного эпикриза с анализом «экспертного» анамнеза, обосновывается дальнейшее пребывание пациента в стационаре или его выписка.

26. При оформлении записи консилиума должны быть указаны дата и время его проведения, Ф.И.О. председателя консилиума и всех его участников. Записи консилиумов ведутся максимально подробно, учитывается мнение всех членов консилиума.

27. Перевод больного в другое отделение производится по распоряжению заместителя главного врача или ответственного дежурного врача в вечернее и ночное время. История болезни с листом назначения передается в другое отделение. Отметка о переводе делается в соответствующей графе на оборотной странице обложки истории болезни.

28. При переводе больного в другое лечебно-профилактическое учреждение в выписном дневнике описывается состояние больного при переводе и указываются причины перевода, а так же номер наряда бригады скорой помощи и с кем переведен больной. С сопровождающим больного

медицинским персоналом передается выписка из истории болезни и другие документы. В графах 12 -14 делается отметка когда, с кем и куда больной выписан.

29. В день выписки больного заполняется графа «окончательный диагноз» (графа 24 г) на обложке истории болезни. Диагноз должен быть четко сформулирован нозологически с указанием формы течения заболевания и ведущего синдрома. Заполняются графы сопутствующего диагноза и осложнений (графа 24. г), а также графы 12, 13, 14, 16, 17, 22, 23 (дата выписки, кем выписан, количество дней и даты отпусков, койко-дней, трудоспособность, состояние при выписке). Состояние при выписке оценивается соответственно указанным в пункте 23 разграничением. На второй странице обложки проставляются №№ листков нетрудоспособности и число дней временной нетрудоспособности, заполняются пункты, указывающие на прохождение МСЭ в период лечения и его рекомендации. На паспортной части истории болезни проставляется шифр диагноза, соответствующий МКБ-10.

30. В выписном дневнике описывается статус больного на момент выписки и указываются рекомендации в отношении поддерживающей терапии, записывается информация об отсылке выписки из истории болезни в ПНД (по решению КЭК, заявление больного и пр.), указывается номер выписанного листка нетрудоспособности. В амбулаторной истории болезни делается краткая запись с указанием даты выписки больного, диагноза при выписке, рекомендуемой поддерживающей терапии, указываются лекарства, выписанные на рецептурных бланках формы № 148- 1/у-88 и № рецептов.

31. Выписка больных до окончания срока лечения производится по письменному заявлению больного или его законного представителя на имя главного врача. В стационарной и амбулаторной историях болезни делается запись, что больной выписывается до окончания срока лечения, вопреки совету врачей. В выходные и праздничные дни решение по этому вопросу принимает ответственный дежурный врач.

32. История болезни заканчивается составлением выписки из истории болезни (эпикриза). В эпикризе все формальные сведения должны точно соответствовать истории болезни, диагноз должен полностью совпадать с диагнозом в пункте 24 г. на обложке истории болезни.

Эпикриз должен содержать:

- подробные анамнестические сведения о течении заболевания и биографии больного или катамнестические сведения с момента последней выписки больного из Клиники;
- психический статус больного при поступлении и динамику состояния на фоне проводимой психотропной терапии, а также побочные явления, осложнения;
- соматический и неврологический статус больного с указанием заключения невролога, терапевта и иных

консультантов; результаты клинического анализа крови и мочи, биохимического анализа крови, анализов на антитела к HBS, HCV, к трепонемным антителам; результаты микробиологических исследований на диз. группу и дифтерию; результаты иных инструментальных методов исследования;

- результаты психологического обследования;
- развернутый клинический диагноз с указанием квалификации ведущих научных сотрудников;
- проведенное лечение с указанием доз, длительности;
- дозу ионизирующего облучения полученного больным во время рентгеновских исследований в клинике, указанную в листе учета дозовых нагрузок пациента;
- подробные рекомендации по дальнейшей поддерживающей терапии с указанием доз, кратности приема, а также рекомендации в отношении проведения социально-реабилитационных мероприятий;
- оценку трудоспособности больного при выписке;
- номера и даты выписки всех листков нетрудоспособности за текущий период стационарного лечения с указанием срока нетрудоспособности;
- в случае оформления/продления инвалидности – дату представления больного на МСЭ.

Необходимо помнить, что выписка из истории болезни свидетельствует не только о профессиональной квалификации лечащего врача и заведующего отделением, поставивших под ней свою подпись, но для врачей ПНД и других психиатрических клиник, продолжающих ведение больного, отражает клинический и научный потенциал всех сотрудников ФГБУ «НЦПЗ» РАМН.

33. Форма 066-1/у-02 (статистическая карта выбывшего из психиатрического стационара) заполняется лечащим врачом и сдается с амбулаторной историей болезни старшей сестре отделения в день выписки больного.

34. После выписки больного, старшей сестрой отделения производится подшивка и нумерация всех листов и вкладышей истории болезни, на последнем листе ставится подпись о выполненной работе. В 14-дневный срок история болезни, подписанная заведующим отделением, главным (ведущим) научным сотрудником и заместителем главного врача по медицинской части и с вклеенной в нее выпиской должна быть сдана в медицинский архив. В каждой сданной истории болезни должны быть две дополнительных выписки.

Главный врач Клиники ФГБУ «НЦПЗ» РАМН,
Заслуженный врач РФ, к.м.н.



О.С.Румянцева