

Типовая инструкция к заполнению форм первичной медицинской документации лечебно- профилактических учреждений

Минздрав СССР: Инструкция № 27-14/70-83 от 20.06.1983 (с изм. от 25.01.1988)

ТИПОВАЯ ИНСТРУКЦИЯ к заполнению форм первичной медицинской документации лечебно-профилактических учреждений

(без документов лабораторий), утвержденных приказом Минздрава СССР от 4 октября 1980 г. № 1030 (утв. Минздравом СССР от 20 июня 1983 г. № 27-14/70-83) (с изменениями от 25 января 1988 г.)

1.1. Медицинская первичная документация, используемая в стационарах

Журнал учета приема больных и отказов в госпитализации (форма № 001/у)

Журнал служит для регистрации больных, поступающих в стационар. Записи в журнале позволяют разрабатывать данные о поступивших больных, о частоте и причинах отказов в госпитализации. Журнал ведется в приемном отделении больницы, один на всю больницу.

Инфекционные отделения больницы должны вести самостоятельные журналы приема больных и отказов в госпитализации в тех случаях, когда инфекционные больные поступают непосредственно в соответствующие отделения. В родильных отделениях и роддомах ведется журнал по форме № 001/у только на поступающих туда гинекологических больных и женщин, госпитализируемых для прерывания беременности. Поступающие беременные, роженицы и родильницы регистрируются в журнале по ф. № 002/у.

В журнал записывается каждый больной, обратившийся по поводу госпитализации, независимо от того, помещается ли он в стационар или ему отказано в госпитализации.

Графы 4-7 заполняются на основании медицинской карты амбулаторного больного, если больной направлен поликлиническим отделением данной больницы или выписки из медицинской карты (ф. № 027/у), если больной направлен другим лечебным учреждением.

Графы 11-12 заполняются на основании медицинской карты стационарного больного при выписке или в случае смерти больного.

Графы 13-14 заполняются в приемном отделении на больных, имевших направление на госпитализацию, по тем или иным причинам не госпитализированных.

На больных, которым отказано в госпитализации также подробно заполняются графы 4-7, 10. Необходимо точно указать причину отказа в госпитализации и принятые меры (оказана амбулаторная помощь, направлен в другой стационар).

Отказом в госпитализации считаются все случаи, когда больной, прибывший в стационар с направлением на госпитализацию, не госпитализируется в данном стационаре. Если больному по поводу одного и того же заболевания было отказано в госпитализации несколько раз, то каждый отказ в журнале регистрируется отдельно.

Журнал учета приема беременных, рожениц и родильниц (форма № 002/у)

Журнал ведется в родильных домах и больницах, имеющих отделения (палаты) для беременных и рожениц. В этот журнал, кроме беременных и рожениц записываются родильницы, доставленные в стационар после домашних (дорожных) родов, а также переведенные из других стационаров.

Графы: дата и время поступления, фамилия, имя, отчество, постоянное место жительства, каким учреждением направлена, диагноз при поступлении, а также отделение, в которое направлена женщина, заполняются в момент поступления женщины в стационар на основании записей в обменной карте (ф. № 113/у), полученной из женской консультации. Последующие графы (сведения о родах и о родившихся) заполняются по окончании родов на основании данных истории родов (ф. № 096/у). Остальные графы (заключительный диагноз, исход и отметка о регистрации) заполняются при выписке женщины из стационара. При рождении двух или более детей сведения о родившихся заполняются на каждого ребенка в отдельности.

В журнале на каждую поступившую женщину отводится не менее 4-5 строк.

Журнал используется для составления отчетных сведений о поступивших женщинах, в том числе родивших вне лечебного учреждения, а также о переведенных в другие стационары.

Медицинская карта стационарного больного (форма № 003/у)

Медицинская карта стационарного больного является основным медицинским документом стационара, который составляется на каждого поступившего в стационар больного. Ведется всеми больницами, стационарами диспансеров, клиниками вузов и НИИ, а также санаториями.

Карта содержит все необходимые сведения, характеризующие состояние больного в течение всего времени пребывания в стационаре, организацию его лечения, данные объективных исследований и назначения. Данные медицинской карты стационарного больного позволяют контролировать правильность организации лечебного процесса и используются для выдачи справочного материала по запросам ведомственных учреждений (суд, прокуратура, экспертиза и др.).

Паспортная часть, диагноз направившего учреждения и диагноз, установленный врачами при поступлении больного в больницу записываются в приемном отделении. Врачом приемного отделения заполняется также специально отведенный лист, в котором указываются краткие данные анамнеза и данные обследования больного в приемном отделении. Остальные записи в карте, включая клинический диагноз, делает лечащий врач.

Если больной подвергнулся хирургическому вмешательству, то на 2-ой странице карты указывается дата (месяц, число, час) операции и ее название. (Подробное описание операции дается в журнале записи оперативных вмешательств в стационаре (ф. № 008/у). В случае смерти больного указывается патологоанатомический диагноз. При выписке или смерти больного указывается число проведенных койко-дней, причем день поступления и день выписки считаются за один койко-день.

Во время пребывания больного в стационаре карта хранится в папке лечащего врача. Врач делает ежедневные записи о состоянии и лечении больного; назначения записываются в дневнике карты; на прилагаемом к карте температурном листе (ф. № 004/у) палатная сестра графически изображает температуру, пульс, дыхание, больного и т.д.

При выписке (смерти) больного лечащий врач составляет эпикриз, в котором кратко резюмируются данные о состоянии больного при поступлении и выписке, обосновывается диагноз, указываются лечебные мероприятия и их эффективность, даются рекомендации по дальнейшему лечению и режиму больного (если они необходимы).

Медицинская карта стационарного больного подписывается лечащим врачом и заведующим отделением. На основании данных медицинской карты составляется карта, выписанная из стационара (ф. № 066/у), после чего карта сдается в архив учреждения.

Медицинская карта прерывания беременности (форма № 003-1/у)

Заполняется в учреждениях, имеющих отделения (палаты, койки) для производства аборта на всех женщин, поступивших в стационар для

искусственного прерывания беременности или по поводу самопроизвольного аборта.

Строка «название операции» заполняется после производства операции.

Строки «диагноз клинический», «диагноз при выписке», «осложнения» заполняются при выписке больной из стационара.

Примечание:

при прерывании беременности по медицинским показаниям на женщину заполняется медицинская карта стационарного больного (ф. № 003/у).

История родов (форма № 096/у)

История родов является основным медицинским документом родильного дома (родильного отделения больницы), который составляется на каждую поступившую беременную, роженицу или родильницу 1*.

В истории родов должны найти свое отражение характер течения родов, а также все диагностические и лечебные мероприятия лечащего врача (или акушерки), записанные в их последовательности. История родов должна дать ясное представление о всей картине течения родов без дополнительных пояснений.

Все необходимые в истории родов исправления делаются немедленно, оговариваются за подписью врача, отвечающего за ведение истории родов, либо записываются в строку после перечеркивания подлежащих исправлению слов.

Замазывание исправленного текста не разрешается, как равно и внесение дополнительных записей без соответствующих оговорок.

За ведение истории родов отвечает непосредственно дежурный врач - в части, касающейся течения родов, и лечащий врач - в части, касающейся течения беременности или послеродового периода.

В случае консультации по поводу состояния женщины с главным врачом, заведующим отделением или со специалистами, приглашенными извне, в истории родов записывается заключение консилиума за подписью всех консультантов.

Каждая операция вписывается в историю родов с указанием условий и показаний к операции, последовательности ее производства, лиц, производивших операцию, ассистентов, операционной сестры, анестезиологов, а также примененных наркотических средств и их количества.

При выписке беременной, родильницы и ее ребенка история родов подписывается палатным врачом, заведующим отделением, после просмотра главным врачом передается на хранение в архив родильного дома.

Истории родов могут выдаваться на руки сотрудникам родильного дома для составления статистических отчетов или научных разработок, согласно письменному разрешению главного врача, под расписку.

История развития новорожденного (форма № 097/у)

История развития новорожденного заполняется на всех новорожденных, прошедших через стационар, как родившихся в стационаре, так и поступивших в стационар после домашних или дорожных родов, а также на переведенных из других роддомов. В этом документе содержатся все необходимые сведения о медицинском обслуживании новорожденных, включая сведения о матери, характере родов, состоянии при рождении, наличии пороков развития и родовой травмы, подробное состояние новорожденного во время пребывания в роддоме, текущие наблюдения и состояние при выписке. Сведения «истории развития новорожденного» служат для заполнения данных о новорожденных в журнале отделения (палаты) новорожденных (ф. № 102/у) и в отчете-вкладыше № 3.

Температурный лист (форма № 004/у)

Температурный лист является оперативным документом, служащим для графического изображения основных данных, характеризующих состояние здоровья больного.

Ежедневно лечащий врач записывает в карте стационарного больного (истории родов, истории развития новорожденного) сведения о состоянии больного (роженицы, родильницы, новорожденного), палатная сестра переносит данные о температуре, пульсе, дыхании и т.д. в температурный лист и вычерчивает кривые этих показателей.

Лист регистрации переливания трансфузионных сред (форма № 005/у)

Форма применяется для регистрации каждого переливания трансфузионных сред (крови, ее компонентов и препаратов, кровезаменителей), производимого больному, а также реакций и осложнений после трансфузии.

Лист вклеивается в медицинскую карту стационарного больного (ф. № 003/у).

Заполняется врачом, проводившим трансфузию, на основании данных журнала регистрации переливания трансфузионных сред (ф. № 009/у).

При регистрации каждой трансфузии заполняются все графы формы.

Журнал регистрации переливания трансфузионных сред (форма № 009/у)

Форма применяется для регистрации всех переливаний трансфузионных сред, проводимых в лечебно-профилактическом учреждении.

В крупных учреждениях на отдельные виды трансфузионных сред можно вести отдельные журналы: на кровь, ее компоненты, препараты, кровезаменители.

Журнал заполняется врачом, проводящим трансфузии.

Каждая трансфузия, кроме журнала, должна быть зафиксирована в листе регистрации переливания трансфузионных сред (ф. № 005/у), вклеенном в медицинскую карту стационарного больного.

В журнале регистрируются также трансфузионные реакции (графа 18) и осложнения (графа 19), наблюдаемые у больного, перенесшего трансфузию.

В конце года по данным граф 3, 5, 9-14, 18-19 подводится итог, на основании которого заполняется таблица № 4 «Переливание крови и кровезамещающих жидкостей» раздела III отчета лечебно-профилактического учреждения (отчетная форма №1).

Журнал записи оперативных вмешательств в стационаре (форма №008/у)

В журнале регистрируются все оперативные вмешательства, произведенные в стационаре. На каждую операцию отводится отдельный лист, в котором подробно описывается ход операции, указывается вид обезболивания, доза наркотического средства, отмечается продолжительность операции, состояние больного во время оперативного вмешательства, а также указываются лечебные мероприятия, проводившиеся во время операции (инъекции сердечных средств, дача кислорода и др.), записываются фамилии оперирующих врачей и наркотизатора, исход операции.

Журнал хранится в операционной, заполняется врачом, если в больнице несколько операционных (для чистых, гнойных операций), то в каждой из них ведется свой отдельный журнал.

Журнал записи родов в стационаре (форма №010/у)

Журнал является одним из основных документов родильного дома и содержит сведения о родах, проведенных в стационаре, об обезболивании родов, об осложнениях при родах и мероприятиях, проведенных во время родов, а также о новорожденных (живой, мертвый, пол, масса, рост).

Журнал ведется в родовой комнате, акушеркой под контролем врача. При регистрации многоплодных родов сведения о новорожденных (графы 10-14) показываются отдельной строкой о каждом из новорожденных. В указанный журнал заносятся и все сведения о роженицах, доставленных в акушерский стационар в III-ем периоде родов (с отметкой в журнале о том, что женщина поступила после рождения ребенка с невыделившимся последом)^{2*}.

Журнал записи родов может использоваться для составления отчета-вкладыша № 3 «О медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам».

1.2. Медицинская первичная документация в поликлиниках (амбулаториях)

Медицинская карта амбулаторного больного (форма № 025/у)

Медицинская карта является основным первичным медицинским документом больного, лечашегося амбулаторно или на дому, и заполняется на всех больных при первом обращении за медицинской помощью в данное лечебное учреждение.

На каждого больного в поликлинике ведется одна медицинская карта, независимо от того, лечится ли он у одного или нескольких врачей.

Карта заполняется во всех учреждениях, ведущих амбулаторный прием общих и специализированных, городских и сельских, включая фельдшерско-акушерские пункты, врачебные и фельдшерские здравпункты.

Примечания:

1. Медицинская карта амбулаторного больного заполняется:

- в противотуберкулезных учреждениях - на первично обратившихся и консультативных больных; на контингенты, взятые на учет противотуберкулезным учреждением, заполняется медицинская карта больного туберкулезом (ф. № 081/у);

- в кожно-венерологических учреждениях - на больных кожными болезнями и больных, направленных на консультацию; на больных венерическими болезнями заполняется карта больного венерическим заболеванием (ф. № 065/у), на больных грибковыми болезнями - медицинская карта больного грибковым заболеванием (ф. № 065-1/у);

- в женских консультациях - на гинекологических больных и женщин, обратившихся по поводу прерывания беременности; на беременных и родильниц заполняется индивидуальная карта беременной и родильницы (ф. № 111/у);

2. На фельдшерско-акушерских пунктах и здравпунктах в случае надобности вместо медицинской карты амбулаторного больного разрешается вести журнал регистрации амбулаторных больных (ф. № 074/у).

В случае госпитализации больного в стационар, объединенный с поликлиникой, карта передается в стационар и хранится в медицинской карте стационарного больного. После выписки больного из стационара, или его смерти, медицинская карта амбулаторного больного с эпикризом лечащего врача стационара возвращается в поликлинику.

В случае смерти больного, одновременно с выдачей врачебного свидетельства о смерти в карте производится запись о дате и причине смерти.

Медицинские карты умерших изымаются из действующей картотеки и передаются в архив лечебного учреждения.

На титульном листе медицинской карты амбулаторного больного предусмотрено место для записи заболеваний, по поводу которых больной был взят под диспансерное наблюдение, с указанием дат взятия и снятия с учета и причины снятия.

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), на титульном листе он 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.

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 «листе» знаком «+» (плюс).

Все остальные записи в медицинской карте производятся лечащими врачами в порядке текущих наблюдений. Здесь же записываются консультации специалистов, ВКК и т.д.

Медицинские карты амбулаторного больного хранятся в регистратуре: в поликлиниках - по участкам и в пределах участков по улицам, домам, квартирам; в ЦРБ и сельских амбулаториях - по населенным пунктам и алфавиту.

«Вкладной лист на подростка к медицинской карте амбулаторного больного» (форма № 025-1/у)

Вкладной лист на подростка к медицинской карте амбулаторного больного (форма № 025-1/у) заполняется при периодических осмотрах подростков, проводимых лечебно-профилактическими учреждениями, обслуживающими подростков - рабочих промышленных предприятий, сельского хозяйства, строительства, учащихся системы профтехобразования, общеобразовательных и специальных школ, техникумов и вузов в возрасте 15-17 лет включительно.

Вкладной лист состоит из паспортной части, включающей сведения о подростке, - его фамилию, адрес, профессию, возраст, место работы и т.д.; некоторых сведений о родителях - болезни родителей.

В разделе «Данные медицинских обследований» предусмотрено место для записи 3-х обследований. При обследовании должны быть указаны: состояние кожи, костно-мышечной системы, лимфатических желез, полости рта, органов пищеварения и др. органов.

В разделе «Оздоровительные мероприятия» врач записывает назначенные мероприятия, даты их назначения и выполнения.

Вкладной лист используется для составления отчета о медицинской помощи подросткам (отчет-вкладыш №1).

Медицинская карта студента ВУЗа, учащегося среднего специального учебного заведения (форма № 025-3/у)

1. Медицинская карта студента вуза, учащегося среднего специального учебного заведения заполняется в студенческих поликлиниках и поликлиниках, к которым прикреплены для оказания медицинской помощи высшие или средние специальные учебные заведения.

2. Карта заполняется на каждого студента (учащегося) при проведении первого профилактического осмотра в учебном заведении или при первом обращении студента в данную поликлинику за медицинской помощью.

3. Карты хранятся в регистратуре в отдельной картотеке по каждому учебному заведению в отдельности.

4. Карта ведется взамен медицинской карты амбулаторного больного.

5. В карте предусмотрены листы: для записи результатов профилактических осмотров, рассчитанные на 4 осмотра: на 1-ом, 2-ом и предпоследнем курсах и осмотра при отъезде в ССО; для записи вакцинаций и ревакцинаций, текущих наблюдений при обращении за медицинской помощью.

6. Как и в медицинской карте амбулаторного больного в карте отведено место для записи заключительных (уточненных) диагнозов, куда в календарной последовательности заносятся сведения о выявленных заболеваниях. Сюда вносятся сведения о медицинских заболеваниях, выявленных при профосмотре и при обращениях за медицинской помощью, в т. ч. и обращениях, зарегистрированных в справке ф. № 095/у.

Заболевания, выявленные впервые в жизни, отмечаются знаком «+»,

7. В случае взятия студента под диспансерное наблюдение, делается отметка в специально отведенном месте на титульном листе, одновременно с заполнением контрольной карты диспансерного наблюдения (ф. № 030/у).

8. По окончании учебного заведения Медицинская карта студента сдается в архив, где хранится в течение пяти лет.

Медицинская карта ребенка (для школы, школы-интерната, детского дома, детского сада, яслей/сада) (форма № 026/у).

Медицинская карта ребенка заполняется на каждого ребенка, находящегося в учебно-воспитательном учреждении и дает представление о его состоянии здоровья, а также отражает все лечебно-профилактические мероприятия, проводимые в отношении его в период пребывания в детском саду, школе, детском доме.

Паспортная часть Медицинской карты ребенка и анамнестические данные на детей, поступающих в 1 класс школы заполняются на основании записей в Истории развития ребенка (ф. № 112/у) медицинскими работниками детской поликлиники, ФАП, при проведении углубленного осмотра этих детей, на детей, поступающих в детские сады и детские дома, на основании выписки из истории развития ребенка, выданной поликлиникой и опроса родителей.

В дальнейшем все записи в медицинской карте делаются медицинскими работниками учебно-воспитательного учреждения в порядке текущих наблюдений, при проведении периодических осмотров и противоэпидемических мероприятий.

Форма содержит специальный раздел для регистрации причин пропусков по болезни в течение всего периода пребывания ребенка в дошкольном учреждении, школе, детском доме - заполняется на основании справки (ф. № 095/у).

Для состоящих на диспансерном учете в Медицинской карте имеется специальный раздел, включающий контроль явок к специалисту и данные периодических специализированных осмотров.

Результаты медицинских осмотров перед профилактическими прививками выделены в медицинской карте в специальный раздел, сгруппированный с регистрацией данных о прививках.

При переводе ребенка из детского сада в школу, из одной школы в другую карта передается вместе с личным делом ребенка (учащегося).

На основании разработки Медицинской карты ребенка составляются отдельные разделы отчета лечебно-профилактического учреждения (отчетная форма №1).

История развития ребенка (форма №112/у).

«История развития ребенка» является основным медицинским документом детской поликлиники, а также детских яслей, ясельных групп яслей-садов, домов ребенка. Она предназначена для ведения записей наблюдения за развитием и состоянием здоровья ребенка и об его медицинском обслуживании от рождения до 14 лет включительно (школьников - до окончания средней школы).

История развития ребенка заполняется на каждого ребенка при взятии его на учет: в детской поликлинике - при первичном патронаже (вызове на дом) или первом обращении в поликлинику; в яслях, яслях-садах и домах ребенка - с момента поступления в дошкольное учреждение.

Паспортная часть истории развития ребенка, в т.ч. касающаяся сведений о составе семьи, заполняется в регистратуре поликлиники при взятии его на учет на основании сведений родильного дома, родильного отделения больницы о новорожденном (ф. № 113/у) «Обменная карта» (родильного дома, родильного отделения больницы) или медицинского свидетельства о рождении (ф. № 103/у) и опроса родителей.

Отсутствие медицинского свидетельства о рождении или данных о прописке не является основанием для отказа в обслуживании ребенка.

В детских яслях, ясельных группах яслей-садов и домах ребенка паспортная часть заполняется медицинской сестрой.

Медицинская сестра (в детской поликлинике - участковая) заполняет также раздел «Сведения о семье» при первом посещении ребенка на дому или первом обращении его в детскую поликлинику в части, касающейся наличия хронических заболеваний в семье. Для регистрации данных текущих наблюдений патронажной медицинской сестры за ребенком предназначен последний раздел истории развития ребенка.

Все остальные записи производятся врачами всех специальностей в порядке текущих наблюдений. Все записи сделанные врачами, должны быть ими подписаны.

Истории развития ребенка хранятся в картотеке регистратуры по годам рождения и передаются врачу в день посещения ребенком поликлиники или посещения врачом ребенка на дому.

Истории развития ребенка на детей до 1 года, как правило, хранятся в кабинете участкового педиатра для оперативного использования их в целях обеспечения систематического наблюдения за ребенком и своевременного проведения профилактических мероприятий.

При выбытии ребенка из-под наблюдения данной детской поликлиники на титульном листе «Истории развития ребенка» делается соответствующая отметка: указывается дата снятия с учета и причина (переезд, смерть, выбытие из детского учреждения). При переезде указывается обязательно - куда выбыл (адрес). В этом случае в целях обеспечения преемственности в наблюдении за ребенком его «История развития» по запросу с нового места жительства должна передаваться в соответствующую детскую поликлинику. При отсутствии запроса «История развития»^{1*} хранится в картотеке регистратуры 3 года, а затем сдается в архив.

При достижении ребенком возраста 15 лет (или после окончания школы) «История развития» передается в поликлинику для взрослых по месту жительства.

«История развития ребенка» не только медицинский, но и юридический документ. В ней не разрешается производить подчистки, зачеркивания, изменения и дополнения в записях текущих наблюдений.

«История развития ребенка» используется для составления годового «Отчета лечебно-профилактического учреждения» - форма № 1. (табл. 6.3 и др.) и отчета-вкладыша № 2 «О медицинской помощи детям».