**Утверждаю:**

**Первый заместитель начальника**

**департамента и социальной защиты**

**населения Белгородской области**

**Л.С. Крылова**

« » июля 2015 года

©

УДК 614.2 +26.89

С79

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ,

обобщающие нормативно правовые акты по вопросу оформления первичной медицинской документации в МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ ОБЛАСТИ.

Редактор: к.м.н. Степчук М.А.

Рекомендации разработаны для врачей медицинских организаций, средних медицинских работников и специалистов службы статистики с целью сокращения количества дефектов и снижения размера финансовых санкций за эти нарушения, применяемых страховыми медицинскими организациями и ТФ ОМС Белгородской области.

Составители: Степчук М.А., и.о. зам. директора ОГКУЗ «МИАЦ», к.м.н.;

Шарипова Н.А., врач статистик,

Залога Т.С., врач терапевт отдела развития ПМСП.

Методическое пособие : ОГКУЗ «МИАЦ», 2015. – 8с, приложения 85с.

**Белгород**

**2015**

Медицинская документация служит не только для организации лечебно-диагностического процесса и контроля качества медицинской помощи, но и является юридическим документом при разборе конфликтных ситуаций (вплоть до судебного разбирательства) и первичным документом при формировании отчётных форм (государственной статистики) и реестров на оплату медицинских услуг.

Основополагающим законодательным актом по ведению медицинской документации медицинскими организациями (МО) является приказ Минздрава СССР от 04.10.80г.№1030 «Об утверждении учётных форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения» в котором приведены все учётные формы, инструкции по их заполнению и сроки хранения. Большинство из этих форм используются МО до настоящего времени, т.к. они в новых приказах не оговорены и не утверждены новые.

В последующие годы в связи с развитием здравоохранения, введением новых видов медицинской помощи, специалистов, подразделений МО, развития ПМСП, в том числе по принципу ВОП, приказами Минздрава России и Росстата введены новые формы медицинской документации, изменения (дополнения) используемых, которые были в 2012 году Минздравом актуализированы в новом альбоме. Альбом доведен до медицинских учреждений области и используется до настоящего времени.

В последние годы в связи с реформированием здравоохранения, реализацией мероприятий государственной программы «Развитие здравоохранения на период 2014-2020 годы» введено ряд актуализированных форм и инструкций по их ведению, которые так же доведены до МО области.

Специалисты ОГКУЗ «МИАЦ» регулярно проверяют МО по правильности ведения медицинской документации, справки с результатами проверок, выявленными дефектами и предложениями по их недопущению доводятся до руководителей МО,

С целью улучшения качества ведения медицинской документации МО области и удобства работы специалистов ниже приводим обобщающие рекомендации по их ведению как в поликлинике, так и в стационаре, а в приложении №1 и №2 (85 страниц) к данным методическим рекомендациям, приведены все основные инструкции по ведению медицинской документации, утверждённые соответствующими приказами.

**Методические рекомендации по ведению медицинской документации в поликлинике:**

1. **Общие требования к ведению медицинской документации:**

Медицинская документация служит не только для организации лечебно-диагностического процесса и контроля качества медицинской помощи, но и является юридическим документом при разборе конфликтных ситуаций (вплоть до судебного разбирательства) и первичным документом при формировании отчётных форм (государственной статистики) и реестров на оплату медицинских услуг.

Для обеспечения максимально возможной информации о любом конкретном пациенте должна быть единая система записей:

1) записи должны быть читабельными, четкими, заноситься своевременно и в полном объёме;

2) все записи медицинского персонала должны быть ими подписаны и содержать отметку о дате осмотра пациента или медицинского вмешательства;

3) подписи врачей, принимающих участие в обеспечении лечебно-диагностического процесса, должны быть оформлены полностью. Краткие подписи из нескольких букв запрещаются;

4) символы и аббревиатура в медицинской документации могут быть использованы только общепринятые.

Сведения, отражающиеся в медицинской документации, должны быть достаточно детализированы и организованы для того, чтобы обеспечить:

- лечащему врачу – возможность оценки состояния, оценки диагностических и терапевтических процедур, а также реакции пациента на лечение;

- консультанту – возможность ознакомиться с историей заболевания, изложить результат своего осмотра;

- другому врачу – возможность ознакомиться с лечением пациента в любое время;

- всем допущенным и заинтересованным лицам (в том числе и пациенту) – предоставление существенной информации для административных, статистических целей, для оценки лечения и качества медицинской помощи и предоставляемых услуг.

**2.** **Бланки** **учётных форм** должны изготавливаться установленного образца (утвержденными приказами МЗ РФ или Росстатом), заполняться на основании записей в первичной медицинской документации (формы №025/у-14 или №034/у; №043/У; №112/у, №030/у, №039/у, №039/у-1-06 и др.), при этом должны заполняться все поля и строки (как условие возможности дальнейшей обработки с помощью программ и получения отчётных форм в автоматизированном режиме) и в соответствии с утверждёнными инструкциями, см. приложение №1.

**К основным учётным формам в поликлинике относятся:**

- медицинская карта пациента, получающего помощь в амбулаторных условиях, форма №025/у-14;

- медицинская карта ортодонтического пациента, форма 043-1/у;

- талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, форма №025-1/у;

**-** ведомость учета врачебных посещений в амбулаторно-поликлинических учреждениях, на дому, форма №039/у-02;

- дневник работы врача общей практики (семейного врача), форма №039/у-ВОП;

- дневник учёта работы медицинской сестры участковой, форма №039-1/у-06;

- дневник учёта работы медицинской сестры участковой, форма №039-1/у ВОП;

- дневник учёта работы среднего медицинского работника, ведущего самостоятельный приём**,** форма №**039-1/У-06-02;**

-контрольная карта диспансерного наблюдения, форма 030/у;

- дневник учёта работы рентгенодиагностического отделения (кабинета), [форма №039-5/у](consultantplus://offline/ref=73D2F037DE8858392EABB0E3245292D6F58E5194CE538123C598A80B27EC3ACACC347890tCEFL);

- паспорт врачебного участка граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг, форма 030-13/у;

- [медицинская карта амбулаторного наркологического больного форма 025-5/у-88](http://bono-esse.ru/blizzard/PDF/f025-5y-88.doc);

- [вкладной лист на подростка к медицинской карте амбулаторного больного, форма 025-1/у](http://bono-esse.ru/blizzard/PDF/f02-1-y.doc);

- [медицинская карта ребенка (учащегося), форма 026/у-2000](http://bono-esse.ru/blizzard/PDF/f026-y2000.doc);

- [история развития ребенка, форма 112/у](http://bono-esse.ru/blizzard/PDF/f112-y.doc);

- индивидуальная карта беременной и родильницы, форма №111/у;

- [медицинская карта больного венерическим заболеванием форма 065/у](http://bono-esse.ru/blizzard/PDF/1030/f065.doc);

- [медицинская карта больного грибковым заболеванием форма 065-1/у](http://bono-esse.ru/blizzard/PDF/1030/f065_1.doc);

- [контрольная карта диспансерного наблюдения противотуберкулёзного учреждения, форма 030-4/у](http://bono-esse.ru/blizzard/PDF/f030y-04.doc);

- [карта обратившегося за психиатрической (наркологической) помощью форма 030-1/у-02](http://bono-esse.ru/blizzard/PDF/420/f030-1y-02.doc);

- медицинское свидетельство о смерти, форма 106/у-08;

**1.2. Журналы (книги)** учета необходимо так же изготавливать в соответствии установленного образца (утверждён МЗ РФ или Росстатом), заполняться полностью и своевременно, данные вносится в соответствии с оказанными услугами. В связи с тем, что журналы (книги) учета выполняют не только функцию регистрации услуг (статистическую), подтверждают их количество для включения в регистр на оплату (финансовую), но и в случае конфликта, служат доказательством того, что услуги действительно были оказаны в определенный период времени и не могли быть вписаны позднее. Поэтому рекомендуется соблюдать следующие правила оформления данных журналов (книг):

**Журналы (книги) должны иметь**:

- твердую обложку (для соблюдения сроков хранения);

- клеевой переплет (для доказательства невозможности или затруднительности удаления листа или добавления листа в существующий журнал);

- пронумерованные страницы от начала до конца;

- нумерацию услуг с начала года (сквозная), независимо от количества заполненных журналов;

- быть прошиты;

- заверительную запись, которая состоит из: указания названия журнала, количества прошитых, пронумерованных страниц (цифрами и прописью), должности, подписи и расшифровки подписи руководителя организации и даты оформления журнала. Заверительная подпись проставляется на задней обложке журнала извне или снаружи нее и скрепляется печатью учреждения.

- все графы, содержащиеся в данном журнале (книге учета) должны быть заполнены,

- не должно быть сокращений (Ф.И.О. записывается полностью и т.д.) и исправлений.

**К таким журналам (книгам) в поликлинике относятся:**

-тетрадь учета работы на дому участковой (патронажной) медицинской сестры (акушерки), форма № 116/у**;**

-книга записи вызовов врачей на дом, форма №031/у;

-журнал записи родовспоможений на дому, форма 032/у;

-карта учета профилактических прививок, форма 063/у;

-журнал учета профилактических прививок, форма 064/у;

- журнал процедур, форма № 029/у;

-книга регистрации листков нетрудоспособности, форма №036/у;

- журнал записи амбулаторных операций, форма № 069/у;

-журнал записи рентгенологических исследований, форма №050/у;

-журнал регистрации исследований, выполненных в отделении (кабинете) функциональной диагностики, форма №157/у-93;

-журнал регистрации анализов и их результатов, форма №250/у;

-журнал регистрации пациентов в эндоскопическом кабинете, форма №157/у-96;

- журнал учёта количества выполненных анализов в лаборатории, форма №262/у;

- карта больного, лечащегося в физиотерапевтическом отделении (кабинете), форма №044/у;

- карта лечащегося в отделении (кабинете) лечебной физкультуры, форма №042/у;

- журнал учета работы МО по медицинской профилактике №038/у-02;

- карта учета диспансеризации (профилактических медицинских осмотров), форма. № 131/у;

**-** журнал регистрации амбулаторных больных, форма № 074/у;

- журнал учета инфекционных заболеваний, форма №060/у;

**Методические рекомендации по ведению медицинской документации в стационаре:**

1.**Общие требования к ведению медицинской документации:**

Медицинская документация служит не только для организации лечебно-диагностического процесса и контроля качества медицинской помощи, но и является юридическим документом при разборе конфликтных ситуаций (вплоть до судебного разбирательства) и первичным документом при формировании государственной статистики и документов по оплате медицинской помощи.

Для обеспечения максимально возможной информации о любом конкретном пациенте должна быть единая система записей:

- записи должны быть читабельными, четкими, заноситься своевременно и в полном объёме;

- все записи медицинского персонала должны быть ими подписаны и содержать отметку о дате осмотра пациента или медицинского вмешательства;

- подписи врачей, принимающих участие в обеспечении лечебно-диагностического процесса, должны быть оформлены полностью;

- символы и аббревиатура в медицинской документации могут быть использованы только общепринятые. Краткие подписи из нескольких букв запрещаются.

Сведения, отражающиеся в медицинской документации, должны быть достаточно детализированы и организованы для того, чтобы обеспечить:

- лечащему врачу – возможность оценки состояния, оценки диагностических и терапевтических процедур, а также реакции пациента на лечение;

- консультанту – возможность ознакомиться с историей заболевания, изложить результат своего осмотра;

- другому врачу – возможность ознакомиться с лечением пациента в любое время;

- всем допущенным и заинтересованным лицам (в том числе и пациенту) – предоставление существенной информации для административных, статистических целей, для оценки лечения и качества медицинской помощи и предоставляемых услуг.

**2.** **Бланки** **учётных форм** должны изготавливаться установленного образца (утвержденным приказами МЗ РФ или Росстатом), заполняться на основании записей в первичной медицинской документации (формы №003/у; 003-1/у; №096/у; 097/у; №113/у и др.), при этом должны заполняться все поля и строки (как условие возможности дальнейшей обработки с помощью программ и получения отчётных форм в автоматизированном режиме) и в соответствии с утверждёнными инструкциями, см. приложение №2.

**К основным учётным формам в стационаре относятся:**

- медицинская карта стационарного больного, форма №003/у;

- медицинская карта прерывания беременности, форма №003-1/у;

- температурный лист, форма №004/у;

- лист регистрации переливания трансфузионных средств, форма №005/у;

- листок ежедневного учета больных и коечного фонда стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении, форма №007/у-02;

- лист основных показателей состояния больного, находящегося в отделении (палате) реанимации и интенсивной терапии, форма №11/у;

- направление на патологоанатомическое исследование, форма №114/у;

- сводная ведомость движения больных и коечного фонда по стационару, отделению или профилю коек стационара круглосуточного пребывания, дневного пребывания при больничном учреждении, форма №16/у-02;

- статистическая карта выбывшего из стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении, дневного стационара при амбулаторно-поликлиническом учреждении, стационара на дому, форма №066/у-02;

- история родов, форма №096/у;

- история развития новорожденного, форма 097/у;

- карта первичной и реанимационной помощи новорожденному в родильном зале, форма №097-5/у-95;

- статистическая карта беспризорного и безнадзорного несовершеннолетнего, доставленного в МО, имеющее стационар, форма №312/у;

- выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного, форма №027/у;

- протокол на случай выявления у больного запущенной формы злокачественного новообразования (клиническая группа), форма №027-2/у;

- направление на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию, форма №057/у-04;

- экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку, форма №058/у;

- извещение о больном с впервые в жизни установленном диагнозе туберкулеза – 1, с рецидивом туберкулеза – 2, форма №089/у-туб;

- извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования №090/у;

- извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом наркомании, форма 091/у;

- медицинское свидетельство о рождении, форма №103/у;

- медицинское свидетельство о смерти, форма №106/у-08;

- медицинское свидетельство о перинатальной смерти, форма № 106-2/у-08;

- обменная карта родильного дома, родильного отделения больницы, форма №113/у;

- карта больного, лечащегося в кабинете лечебной физкультуры, форма №042/у;

- карта больного лечащегося в физиотерапевтическом отделении (кабинете), форма №044/у.

**Журналы (книги) должны иметь**:

- твердую обложку (для соблюдения сроков хранения);

- клеевой переплет (для доказательства невозможности или затруднительности удаления листа или добавления листа в существующий журнал);

- пронумерованные страницы от начала до конца;

- нумерацию услуг с начала года (сквозная), независимо от количества заполненных журналов;

- должны быть прошиты;

- заверительную запись, которая состоит из: указания названия журнала, количества прошитых, пронумерованных страниц (цифрами и прописью), должности, подписи и расшифровки подписи руководителя организации и даты оформления журнала. Заверительная подпись проставляется на задней обложке журнала извне или снаружи нее и скрепляется печатью учреждения.

- все графы, содержащиеся в данном журнале (книге учета), должны быть заполнены,

- не должно быть сокращений (Ф.И.О. записывается полностью и т.д.) и исправлений.

**К таким журналам (книгам) в стационаре относятся:**

- журнал учета приема больных и отказов от госпитализации, форма №001/у;

- журнал учета беременных, рожениц и родильниц, форма №002/у;

- журнал учета сбора ретроплацентарной крови, форма №006/у;

- журнал записи оперативных вмешательств в стационаре, форма №008/у;

- журнал регистрации переливания трансфузионных средств, форма №009/у;

- журнал записи родов в стационаре, форма №010/у;

- журнал отделения (палаты) для новорожденных, форма №102/у;

- журнал учета процедур, форма №029/у;

- журнал учета клинико-экспертной работы лечебно-профилактического учреждения, форма №035/у-02;

- книга регистрации листков нетрудоспособности, форма №036/у;

- журнал учета работы МО по медицинской профилактике, форма №038/у-02;

- журнал учета инфекционных заболеваний, форма № 060/у;

- журнал учета консультаций в дистанционно-диагностическом кабинете, форма №130/у;

- журнал записи рентгенологических исследований, форма №050/у;

- журнал регистрации исследований, выполненных в отделении (кабинете) функциональной диагностики, форма №157/у-93;

- журнал регистрации исследований, выполняемых в отделе, отделении (кабинете) эндоскопии, форма №157/у-96;

- листок ежедневного учета анализов, форма №261/у;

- журнал регистрации анализов и их результатов, форма №250/у;

- журнал учета количества выполненных анализов, форма №262/у.