

федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего
образования

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Клинический институт детского здоровья имени Н.Ф.Филатова

Кафедра педиатрии и детских инфекционных болезней

Методические материалы по дисциплине:

Практика по получению первичных профессиональных умений и навыков
«Педиатрическая»

основная профессиональная образовательная программа высшего образования -
программа специалитета

КОД Наименование ОП: 31.05.02 Педиатрия

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)

Кафедра педиатрии и детских инфекционных болезней
Педиатрический факультет

А.А. Корсунский, В.В. Лазарев,
А.В. Еремеева, Ю.В. Иванова, Е.В. Кондрикова, С.Г. Гаденская

ОФОРМЛЕНИЕ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ В СТАЦИОНАРАХ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Учебное пособие

Москва, 2018

УДК 61

ББК 53.4:57.3

О – 91

Оформление истории болезни в стационарах педиатрического профиля: учеб. пособие / А.А. Корсунский, В.В. Лазарев, А.В. Еремеева, Е.В. Кондрикова [и др.]; Первый Мос. гос. Мед. ун – т им. И.М. Сеченова. – М., 2018. – 84с.

Авторский коллектив:

Корсунский А.А. – д.м.н., заведующий кафедрой педиатрии и детских инфекционных болезней педиатрического факультета

Лазарев В.В. – д.м.н., профессор кафедры педиатрии и детских инфекционных болезней педиатрического факультета

Еремеева А.В. – к.м.н., доцент кафедры педиатрии и детских инфекционных болезней педиатрического факультета

Иванова Ю.В. – к.м.н., доцент кафедры педиатрии и детских инфекционных болезней педиатрического факультета

Кондрикова Е.В. – к.м.н., доцент кафедры педиатрии и детских инфекционных болезней педиатрического факультета

Гадецкая С.Г. – к.м.н., ассистент кафедры педиатрии и детских инфекционных болезней педиатрического факультета

Рецензенты:

1. Овсянников Дмитрий Юрьевич заведующий кафедрой педиатрии медицинского института ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов» Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор.
2. Дубровская Мария Игоревна профессор кафедры госпитальной педиатрии им. академика В.А. Таболина ПФ ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, доктор медицинских наук, профессор.

В настоящее учебное пособие включены правила ведения и оформления истории болезни в детских стационарах круглосуточного пребывания, в домах ребенка, а также в процессе применения стационар – замещающих технологий. На основании действующих правовых актов в рекомендациях отражены вопросы реализации прав пациентов, предложены формы документов для правового обеспечения лечебно-диагностического процесса в лечебно-профилактических учреждениях Департамента здравоохранения г. Москвы с учетом особенностей работы детских стационаров и общения с законными представителями несовершеннолетних.

Учебное пособие предназначено для студентов педиатрических факультетов медицинских ВУЗов, клинических ординаторов, аспирантов.

*Учебное пособие утверждено на заседании
Учебно-методического Совета по специальности 31.05.02 Педиатрия
ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова
Минздрава России (Сеченовский Университет)
от 21.02 2018 г. (протокол № 3).*

© Корсунский А.А., Лазарев В.В., Еремеева А.В., Иванова Ю.В., Кондрикова Е.В., Гадецкая С.Г., 2018

Аннотация

Положения Федерального Закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» № 323-ФЗ от 21.11.2011 года направлены на повышение качества и доступности медицинской помощи гражданам Российской Федерации. Помимо укрепления материально технической базы медицинских учреждений, внедрения информационных технологий, рационализации финансового обеспечения здравоохранения, оптимизации коечного фонда с учетом структуры заболеваемости, внедрения стандартов диагностики и лечения, важной задачей является правовое обеспечение медицинской деятельности. Получение достоверной информации о состоянии здоровья пациентов и качестве оказания медицинской помощи требует правильного оформления медицинской документации. Медицинская документация, представленная документами утвержденной формы, предназначена для регистрации результатов лечебных, диагностических, профилактических, реабилитационных, санитарно-гигиенических и других мероприятий, является важнейшей составной частью лечебно-диагностического процесса, обеспечивает взаимодействие и преемственность при оказании медицинской помощи, отражает динамику состояния здоровья пациента, обеспечивает формирование государственной статистики заболеваемости и смертности. Таким образом, медицинская документация является обязательным компонентом системы управления медицинской деятельностью и, в значительной мере, отражает качество оказания медицинской помощи.

Юридические аспекты работы врачей и иного медицинского персонала, реализация современных стандартов терапии, проведение высокотехнологичного и дорогостоящего лечения, работа лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ) в системе обязательного и добровольного медицинского страхования требуют внимательного и строгого отношения к ведению медицинской документации и особенно историй болезни

в стационарах. Однако, при экспертной оценке историй болезни нередко выявляются нарушения и ошибки в их ведении и оформлении.

I. Цель учебного пособия: ознакомление обучающихся педиатрических факультетов медицинских ВУЗов с правилами оформления медицинской документации в детских стационарах и в процессе применения стационар - замещающих технологий педиатрического профиля.

II. Задачи учебного пособия: изучить, на примере правового обеспечения лечебно-диагностического процесса в лечебно-профилактических учреждениях Департамента здравоохранения г. Москвы, правила ведения и оформления историй болезни в детских стационарах круглосуточного пребывания, в домах ребенка, а также стационар - замещающих технологий.

После ознакомления с учебным пособием, обучающийся должен:

ЗНАТЬ:

- общие рекомендации по ведению медицинской документации в стационаре;
- правила оформления истории болезни в приемном покое;
- правила оформления этапного и переводного эпикриза;
- правила оформления выписного эпикриза и выписки из истории болезни;
- принципы правила оформления дневников наблюдения
- правила оформления информированного согласия на проведение обследования
- и правила госпитализации по уходу за больным ребенком и оформления листка нетрудоспособности;
- оформления истории болезни в отделении;

- правила ведения медицинской документации в дневном стационаре;
- принципы оформления «Медицинской карты ребенка, воспитывающегося в доме ребенка»;
- правовые аспекты стационарного лечения в Российской Федерации;
- формы документов, оформляемых для целей правового обеспечения лечебно-диагностического процесса в государственных учреждениях здравоохранения.

УМЕТЬ:

- собрать и оценить анамнез жизни, анамнез заболевания, аллергологический и эпидемиологический анамнез;
- провести первичный осмотр, поставить предварительный диагноз при поступлении, составить план обследования и назначений пациенту в приемном отделении и оформить медицинскую документацию;
- провести первичный осмотр в отделении, оформить объективный статус (Status praesens);
- обосновать клинический диагноз;
- составить и обосновать план лабораторных и инструментальных исследований;
- интерпретировать данные лабораторных и инструментальных методов исследований;
- составить и обосновать план лечения;
- оценить эффективность лечения;
- оформить госпитализацию и листок нетрудоспособности по уходу;
- вести дневники наблюдения в истории болезни;
- грамотно делать записи дежурного врача в истории болезни;
- оформить этапный, переводной, выписной эпикриз и выписку из истории болезни;
- провести оформление «Медицинской карты ребенка, воспитывающегося в доме ребенка»;

- осуществлять ведение медицинской документации в дневном стационаре;

ВЛАДЕТЬ:

- методикой сбора и оценки анамнеза жизни, заболевания, аллергологического и эпидемиологического анамнеза;
- методикой проведения первичного осмотра, правилами оформления медицинской документации в приемном отделении;
- методикой проведения первичного осмотра, правилами оформления и ведения медицинской документации в отделении;
- навыками оформления госпитализации и листка нетрудоспособности по уходу;
- навыками оформления «Медицинской карты ребенка, воспитывающегося в доме ребенка»;
- навыками оформления и ведения медицинской документации в дневном стационаре;

ИМЕТЬ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ:

- о том, какими нормативными документами гарантируется право граждан РФ на охрану здоровья;
- об основных задачах концепции развития здравоохранения и медицинской науки в РФ;
- о законодательных документах по охране здоровья граждан в РФ.

ОБЛАДАТЬ КОМПЕТЕНЦИЯМИ:

ОПК-4	Способность и готовность реализовать этические и деонтологические принципы профессиональной деятельности
ОПК-5	Способность и готовность анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок
ОПК-6	Готовность к ведению медицинской документации

ОГЛАВЛЕНИЕ

1	ОБЩИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВЕДЕНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ В СТАЦИОНАРЕ.....	8
2	ОФОРМЛЕНИЕ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ В ПРИЕМНОМ ПОКОЕ.....	13
2.1	ОФОРМЛЕНИЕ ТИТУЛЬНОГО ЛИСТА.....	13
2.2	ЖАЛОБЫ.....	15
2.3	АНАМНЕЗ ЖИЗНИ.....	15
2.4	ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ.....	16
2.5	АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ.....	16
2.6	ОСМОТР В ПРИЕМНОМ ОТДЕЛЕНИИ.....	18
2.7	ДИАГНОЗ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ.....	19
2.8	План обследования пациента и назначения в приемном покое.....	19
2.9	Ведение другой медицинской документации в приемном отделении.....	20
3	ОФОРМЛЕНИЕ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ В ОТДЕЛЕНИИ.....	22
3.1	Титульный лист.....	22
3.2	Первый осмотр ребенка в отделении (объективный статус, STATUS PRAESENS).....	22
3.3	Дневник.....	22
3.4	Запись дежурного врача.....	23
3.5	Клинический диагноз и его обоснование.....	23
3.6	Температурный лист и лист назначений медицинской сестры.....	24
3.7	Лабораторные анализы и инструментальные исследования.....	25

3.8	Лечение.....	25
3.9	Этапный и переводной эпикризы.....	26
3.10	Выписной эпикриз и выписка из истории болезни.....	27
3.11	Госпитализация по уходу и оформление листка нетрудоспособности.....	28
3.12	Электронная история болезни.....	29
4	Ведение медицинской документации в дневном стационаре.....	30
5	Оформление «Медицинской карты ребенка, воспитывающегося в доме ребенка».....	36
6	Правовые аспекты стационарного лечения в Российской Федерации.....	42
6.1	Краткий обзор нормативно-правовых документов, направленных на реализацию прав пациентов.....	42
6.2	Реализация прав пациента.....	46
7	Формы документов, оформляемых для целей правового обеспечения лечебно-диагностического процесса в государственных учреждениях здравоохранения города Москвы.....	54
8	Заключение.....	56
9	Тестовые задания для самоподготовки.....	57
10	Ответы к тестовым заданиям.....	64
11	Список нормативных актов.....	65
12	Приложения.....	69

СПИСОК УСЛОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ

АД	— артериальное давление
ВИЧ	— вирус иммунодефицита человека
ВУЗ	— высшее учебное заведение
ГК РФ	— гражданский кодекс Российской Федерации
ЛПУ	— лечебно-профилактическое учреждение
ЛФК	— лечебная физкультура
МЗ РФ	— министерство здравоохранения Российской Федерации
НИИ	— научно-исследовательский институт
ОМС	— общемедицинское страхование
ОРВИ	— острая респираторная вирусная инфекция
СанПиН	— санитарные правила и нормы
УЗИ	— ультразвуковое исследование
ФЗ	— федеральный закон
ЦНС	— центральная нервная система
ЧСС	— частота сердечных сокращений
ЭИБ	— электронная история болезни
ЭКГ	— электрокардиография
ЭхоЭГ	— эхо-энцефалография
ЭЭГ	— электроэнцефалография

1. Общие рекомендации по ведению медицинской документации в стационаре.

Медицинская документация используется не только для решения вопросов организации и оценки качества оказания медицинской помощи населению, но может быть затребована судебно-медицинскими экспертами и правоохранительными органами при решении тех или иных проблем, досудебных и судебных разбирательств, связанных с претензиями пациента и его законных представителей к медицинской организации или конкретному

медицинскому работнику. Работники лечебно-профилактических учреждений несут ответственность за правильное оформление соответствующих документов. Это особенно актуально в период совершенствования системы страховой медицины и обеспечения конкурентоспособности учреждений в новых экономических условиях.

«Медицинская карта стационарного больного» или история болезни (форма №003/у, утвержденная приказом Минздрава СССР от 04.10.1980 г. № 1030) является основным медицинским документом стационара, который оформляется на каждого поступившего в стационар больного. История болезни ведется всеми больницами, стационарами диспансеров, клиниками вузов и НИИ, санаториями и 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 правоохранительных органов, суда, прокуратуры, экспертных организаций и др.).

История болезни является юридическим документом, и к ней предъявляются следующие требования:

- записи в истории болезни должны быть сделаны разборчивым почерком, быть четкими, легко читаемыми, обоснованными, не допускать иных толкований, должны сопровождаться расшифровкой подписей врачей и медицинских сестер;

- лечащим врачом ребенка может быть только сертифицированный специалист - врач отделения, несущий ответственность за пациента. Наличие в дневниках и других записях подписи интерна, ординатора или аспиранта без подписи куратора (лечащего врача) юридически не правомочно;

- не допускается использовать сокращения, кроме общепринятых (ЦНС, ЧСС, др.);

- не допускается заклеивание, замазывание и затирание записей, сделанных в истории болезни;

- при внесении ошибочной записи допускается вычеркивание ее одной чертой с пояснением «исправленному верить», датой и подписью врача, сделавшего ошибочную запись;

- при оформлении совместных осмотров, консилиумов, заключение должно быть подписано всеми участниками.

Допустимо выделение в тексте маркером или рамкой:

- обоснования диагнозов, назначения исследований;

- обоснования назначения, изменений и отмены терапии, особенно антибактериальной, иммунной, гормональной, инфузионной;

- показаний к хирургическим операциям, манипуляциям; гемотрансфузиям; высокотехнологичной помощи;

- проведение массажа, ЛФК, и других процедур с указанием их порядкового номера.

Данные пометки в истории болезни позволяют упростить ориентирование в медицинской документации дежурных врачей, консультантов, а также помогают лечащему врачу при докладе о состоянии больного и в написании эпикризов и выписок.

Наличие исправлений, зачеркиваний, заклеиваний и добавлений, неверное отражение сведений о динамике заболевания, назначенном лечении и медицинских манипуляциях в соответствии с Уголовным кодексом может быть классифицировано как «служебный подлог» (ст. 292 УК РФ).

При истребовании оригиналов медицинских документов в законном порядке следует изготавливать их копию. Верность копии документа заверяется подписью руководителя лечебно-профилактического учреждения или уполномоченного на то должностного лица и печатью учреждения с указанием даты выдачи оригинала, фамилии, имени, отчества должностного лица, получившего оригинал и данных его служебного удостоверения. Должностное лицо, получившее на руки оригиналы медицинских документов, расписывается (с расшифровкой) на копии и свидетельствует верность этой копии с подлинником документа. Оригинал документа об истребовании медицинской документации остается в лечебно-профилактическом учреждении и хранится с заверенной копией медицинских документов.

Пациент или его законный представитель имеет право требовать предоставления оригинала истории болезни для ознакомления, как во время нахождения в стационаре, так и после выписки. По письменному заявлению пациента или его законного представителя на имя главного врача больницы выдаются копии истории болезни и других медицинских документов. Заявление прикладывается к оригиналу медицинского документа.

Контрольные вопросы

1. Что является основным медицинским документом стационара?
2. Что позволяет контролировать правильность организации лечебного процесса?
3. Является ли История болезни юридическим документом?
4. Каким почерком должны быть сделаны записи в истории болезни?
5. Кто может быть Лечащим врачом ребенка?
6. Кто несет ответственность за пациента в отделении?

7. Юридически правомочно ли наличие в дневниках и других записях подписи интерна, ординатора или аспиранта без подписи куратора (лечащего врача)?
8. Допустимо ли выделение в тексте маркером или рамкой?
9. Что в соответствии с Уголовным кодексом может быть классифицировано как «служебный подлог»?
10. Что следует изготавливать при истребовании оригиналов медицинских документов в законном порядке?
11. Кто имеет право требовать предоставления оригинала истории болезни для ознакомления?

2. Оформление медицинской карты стационарного больного в приемном покое.

2.1. Оформление титульного листа.

В приемном покое на титульный лист выносятся паспортные данные и основные сведения:

- фамилия, имя, отчество ребенка;
- возраст ребенка (для детей до месяца указывается возраст, исчисляемый в днях, до 1 года – месяцах);
- данные о группе крови, резус-факторе и непереносимости лекарственных препаратов;
- сведения о родителях ребенка с указанием паспортных данных одного из родителей (серия, номер, кем и когда выдан), фамилии, имени, отчества, возраста и места работы обоих родителей;
- серия и номер страхового полиса ребенка, с указанием страховой компании, выдавшей полис ОМС;
- адрес, по которому зарегистрирован ребенок, и адрес места фактического проживания ребенка, контактные телефоны;
- дата и время поступления ребенка в стационар; отделение, куда госпитализируется ребенок; вид транспортировки из приемного покоя (на каталке, на кресле, на руках, может идти);
- кем направлен пациент (по направлению поликлиники, учреждения социальной защиты, из другого стационара с указанием названия ЛПУ, бригадой скорой помощи с указанием номера наряда, без направления – «самотеком»);

- доставлен в стационар по экстренным показаниям или в плановом порядке;

- диагноз направившего учреждения;

- диагноз, установленный врачами при поступлении больного в больницу.

Дополнительно делаются отметки:

- о проверке на наличие педикулеза и чесотки при поступлении (в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26 ноября 1998 г. № 342 «Об усилении мероприятий по профилактике эпидемического сыпного тифа и борьбе с педикулезом» и Комитета здравоохранения и ЦГСЭН г. Москвы от 27.04.1999г. №199/62 «Об усилении мероприятий по профилактике сыпного тифа и борьбы с педикулезом», приказом Департамента здравоохранения города Москвы от 26 сентября 2005 г. №383 «О совершенствовании мероприятий по профилактике чесотки и дерматомикозов», письмом Департамента здравоохранения г.Москвы от 18.04.2007 №41-18-1057);

- о дате взятия анализа крови у новорожденных детей на наследственные заболевания на 4-5 сутки жизни для доношенных детей, на 7 и 14 сутки жизни для недоношенных детей (на основании приказа Департамента здравоохранения г. Москвы от 12.04.2011г. №315 «О массовом обследовании новорожденных детей на наследственные заболевания»);

- о дате проведения процедуры определения отоакустической эмиссии;

- о дате вакцинации БЦЖ и против гепатита В (для новорожденных), дате вакцинации живой вакциной против полиомиелита (для последующего разобщения) или об отказе от вакцинации (медицинский отвод, отказ законного представителя).

В истории болезни на 2-ой странице и в выписном эпикризе указывается, кому выдан листок нетрудоспособности, серия и номер, дата выдачи и

закрытия. Если листок нетрудоспособности выдается не матери, а другому родственнику ребенка, то указывается причина этого.

Если больной подвергался 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 выбытия считаются за один койко-день.

2.2. Жалобы.

Жалобы записываются в истории болезни со слов заболевшего ребенка, его матери, других законных представителей или родственников, сопровождавших ребенка при госпитализации.

2.3. Анамнез жизни.

Анамнез жизни новорожденных детей, как переведенных на 2 этап выхаживания из акушерского стационара, так и поступивших из дома, и детей раннего возраста начинается с подробного акушерского анамнеза:

- возраст матери;

- от какой по счету беременности и родов ребенок;

- особенности течения настоящей и предшествующих беременностей и родов;

- наличие соматической и гинекологической патологии у матери;

- состояние здоровья ближайших родственников, наличие у них генетических, хронических соматических, инфекционных заболеваний и аллергических реакций;

- срок гестации, на котором произошли роды;
- масса и длина тела при рождении, окружность головы и груди, оценка по шкале Апгар;
- состояние ребенка в родильном доме; динамика состояния;
- вопросы вскармливания (естественное или искусственное, сосет самостоятельно или через зонд, когда приложен к груди, активность сосания, наличие срыгиваний и др.).
- продолжительность грудного вскармливания; прибавка в массе по месяцам (полугодиям);
- психомоторное, физическое и речевое развитие ребенка;
- сведения о перенесенных заболеваниях, длительности, тяжести, проведенной терапии, ранее известные жизнеугрожающие диагнозы;
- лечебно-профилактические учреждения, где проводилось лечение или наблюдение;
- специалисты, у которых наблюдается ребенок, проводимая терапия и реабилитационные мероприятия;
- сроки проведения профилактических прививок, указываются причины нарушения календаря прививок (отводы по медицинским показаниям, отказ родителей), наличие реакции на вакцинацию, поствакцинальных осложнений;
- наличие реакций на цветение растений, повышенной чувствительности к лекарственным препаратам, пищевым продуктам, ароматическим веществам.

2.4. Эпидемиологический анамнез.

При сборе эпидемиологического анамнеза выясняют следующие данные:

- были ли выезды за пределы места постоянного проживания за последние 3 года; контакты с людьми, приехавшими из эндемичных регионов, из-за границы и с лицами без определенного места жительства;
- время контакта с инфекционными больными, лихорадящими больными и больными экзантемными заболеваниями;
- были ли погрешности в диете, питье воды из источников; употребление некипяченого молока;
- факты купания в открытых водоемах;
- наличие контактов с домашними и бродячими животными;
- наличие инвазивных манипуляций на протяжении последних 6 месяцев (эпизоды стационарного лечения с переливаниями препаратов крови, инъекции, посещения стоматолога) при подозрении на гепатиты В и С;
- наличие других случаев заболевания в организованных детских коллективах.

2.5. Анамнез заболевания.

Необходимо четко отразить время начала заболевания (дата и, по возможности, час), характер развития (острое или постепенное), последовательность появления симптомов и синдромов, их выраженность и продолжительность, меры, предпринятые до обращения за медицинской помощью. Указывается дата и время первичного обращения к врачу, какой диагноз был поставлен, рекомендованное врачом обследование и лечение, причина направления в стационар (отсутствие улучшения, ухудшение, по тяжести состояния, социальные факторы).

2.6. Осмотр в приемном отделении.

Основными задачами осмотра врача в приемном отделении является медицинская сортировка: выявление жизнеугрожающих состояний, острой хирургической патологии, определение отделения, куда будет госпитализирован пациент, выявление непрофильной для данного стационара патологии, требующей госпитализации в иное, специализированное ЛПУ.

В приемном отделении записывается подробный объективный статус. Указывается дата осмотра и время, температура тела, частота сердечных сокращений, частота дыхания, величина артериального давления, антропометрические данные (вес, рост, для детей 1 года жизни - окружность головы и груди).

Запись начинается с оценки общего состояния (крайне тяжелое, тяжелое, средней тяжести, удовлетворительное) и самочувствия больного. Не указывается самочувствие детей раннего возраста, так как является субъективным показателем.

Указывается, с чем связана тяжесть состояния больного. В объективном статусе фиксируются данные по органам и системам (кожные покровы, подкожная клетчатка, лимфатическая система, костно-суставная и мышечная система, система органов дыхания, сердечно-сосудистая система, органы пищеварения, мочеполовая система, эндокринная система и неврологический статус), полученные путем осмотра, пальпации, перкуссии и аускультации. При описании органов и систем следуют стандартному плану «сверху — вниз, с поверхности — вглубь».

2.7. Диагноз при поступлении.

Устанавливается на основании жалоб, анамнеза, осмотра при поступлении, отдельно обосновывается несовпадение с направляющим диагнозом.

Кроме нозологической формы заболевания указывается степень тяжести (тяжелая, среднетяжелая, легкая), течение (острое, подострое, латентное, затяжное, хроническое), тип заболевания (типичное, атипичное).

В диагноз выносятся сопутствующие заболевания и осложнения, преморбидный фон, на котором протекает заболевание. Диагноз при поступлении выносится на титульный лист истории болезни в соответствующую графу.

2.8. План обследования пациента и назначения в приемном покое.

Назначаются необходимые на этапе поступления консультации специалистов (отоларинголог, невролог, кардиолог, т.п.), лабораторное, рентгенологическое и инструментальное обследование с обоснованием необходимости данных методов диагностики в соответствии с требованиями стандарта, то есть установленных требований, норм, правил, условий, технологий, работ, услуг, применяемых в здравоохранении при лечении определенных нозологических форм заболеваний (см. ОСТ Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении 91500.01.0005-2001).

План обследования может быть дополнен по мере поступления результатов первичного обследования.

При поступлении врач назначает режим, диету с расчетом питания у детей первого года жизни и необходимую терапию. В обязательном порядке обосновывается инфузионная и антибактериальная терапия, применение гормональных и иммунных препаратов.

2.9. Ведение медицинской документации в приемном отделении.

Данные ребенка в приемном отделении (фамилия, имя, отчество, возраст, адрес, по которому ребенок зарегистрирован, и адрес настоящего места жительства, телефон, дата и время обращения, кем направлен больной, номер детской поликлиники, в которой наблюдается ребенок, диагноз врача приемного покоя) вносятся в «Журнал учета приема больных» (форма №001/у «Журнал учета приема больных и отказов в госпитализации», утверждена приказом Минздрава СССР от 04.10.80 г. № 1030).

При отказе родителей от госпитализации или переводе ребенка в другой (профильный) стационар из приемного отделения история болезни не оформляется. Данные ребенка, причины отказа от госпитализации в стационар (отказ родителей от госпитализации, отсутствие необходимости в госпитализации), причины перевода из приемного отделения в другой стационар, проведенные мероприятия и рекомендации по лечению пациента максимально подробно вносятся врачом приемного покоя в «Журнал отказов в госпитализации» (форма № 001/у «Журнал учета приема больных и отказов в госпитализации»).

Таким образом, учет приема больных, переводов в другие стационары и отказов от госпитализации ведется в отдельных журналах, но по единой форме 001/у.

При отказе пациента (по достижении им 15 лет) или его законных представителей от госпитализации, ими заполняется форма «Отказ от госпитализации» (приложение 4). С юридической точки зрения отказ от госпитализации, подписанный несовершеннолетним моложе 15 лет или лицом, не являющимся законным представителем или не имеющим нотариально заверенной доверенности, выданной законными представителями ребенка, неправомерен. Врач приемного покоя обязан в доступной форме разъяснить пациенту или его законным представителям возможные негативные

последствия отказа от госпитализации, дать рекомендации по лечению ребенка. В поликлинику по месту жительства ребенка передается телефонограмма о факте отказа от госпитализации для проведения активного посещения на дому.

При наличии у ребенка инфекции, подлежащей учету в органах Роспотребнадзора на основании приказов Департамента здравоохранения города Москвы от 27.05.2011 г. № 470 «О представлении внеочередных донесений о чрезвычайных ситуациях в области общественного здравоохранения санитарно-эпидемиологического характера» и от 18.10.2010 № 1850 «Об обеспечении мероприятий по предупреждению заноса и распространения инфекционных (паразитарных) болезней, требующих проведения мероприятий по санитарной охране территории города Москвы», приемным отделением передается экстренное извещение в отдел регистрации и учета инфекционных больных (ОРУИБ) с указанием в истории болезни даты, времени подачи, номера извещения и записью в «Журнале учета инфекционных заболеваний» (форма 60/у, утвержденная приказом Минздрава СССР от 04.10.80 г. № 1030). Журнал предназначен для персонального учета больных инфекционными заболеваниями и регистрации обмена информацией между лечебно-профилактическими учреждениями и Роспотребнадзором.

Контрольные вопросы:

1. Какие данные выносятся в приемном покое на титульный лист?
2. С чьих слов записываются жалобы в истории болезни?
3. С чего начинается сбор анамнеза жизни новорожденных детей?
4. Что выясняется при сборе эпидемиологического анамнеза?
5. Что необходимо четко отразить при сборе анамнеза заболевания?
6. Какие основные задачи врача при осмотре ребенка в приемном отделении?
7. На основании каких данных устанавливается диагноз при поступлении?
8. Ведение медицинской документации в приемном отделении.

3. Оформление истории болезни в отделении.

3.1. Титульный лист.

В отделении медицинская сестра, принимающая ребенка, ставит на титульный лист номер палаты или бокса. При переводе ребенка в другую палату записывается дата перевода и номер палаты. Делается отметка о проверке на наличие педикулеза и чесотки. При закрытии истории болезни в отделении на титульный лист вносится дата и время выписки, перевода в другие ЛПУ или смерти ребенка.

3.2. Первый осмотр ребенка в отделении (*объективный статус, Status praesens*).

Status praesens, наиболее подробный осмотр ребенка в отделении, оформляется лечащим врачом при первом осмотре ребенка в отделении, обычно проводится с участием заведующего отделением или заместителя главного врача по (лечебной) медицинской работе.

Участники совместного осмотра указываются в заглавной части объективного статуса, в заключение вносятся данные дополнительного анамнеза после беседы с родителями ребенка, обосновываются изменения и дополнения терапии и плана обследования, назначенных врачом приемного отделения.

3.3. Дневник.

Ведется ежедневно. Указывается дата (для тяжелых больных — дата и час осмотра), день пребывания в стационаре, температура, частота сердечных сокращений, дыхания, величина АД.

У новорожденных детей отмечается возраст в сутках, масса тела и ее динамика, не реже 1 раза в неделю измеряется окружность головы (при отсутствии иных показаний).

Дневник начинается с оценки тяжести состояния, жалоб больного. Отмечается, находится ли ребенок в сознании или степень нарушения сознания (сопор, кома), указывается положение больного в постели (активное, вынужденное и т.д.), наличие интоксикации, нарушения аппетита и сна. Затем отражается динамика патологических изменений по органам и системам, характер стула и диуреза. В конце дневника интерпретируются полученные результаты клинических, биохимических, бактериологических, серологических и инструментальных исследований, а также консультаций специалистов. Обосновываются изменения в режиме, диете, медицинских назначениях. Дневник разборчиво подписывается врачом. Совместные с заведующим отделением осмотры пациента проводятся еженедельно с заключением по ведению ребенка, назначенному обследованию и лечению.

3.4. Запись дежурного врача

Осмотр дежурного врача проводится не реже двух раз за время дежурства, во время вечернего и утреннего обхода отделений с записью о результатах осмотра. В обязательном порядке указывается число, время осмотра, частота пульса, дыхания на момент осмотра. Отмечается динамика патологических симптомов, изменения в назначениях с их обоснованием. Частота и объем записей дежурного врача определяются тяжестью состояния ребенка и причиной наблюдения (вызова к ребенку).

3.5. Клинический диагноз и его обоснование.

Клинический диагноз с указанием нозологии, этиологии, типа и тяжести заболевания выставляется не позднее 3 суток с момента поступления. Клинический диагноз состоит из основного диагноза, осложнений основного диагноза и сопутствующего диагноза. При записи основного диагноза не допускаются сокращения. Клинический диагноз выносится на титульный лист в

соответствующую графу, ставится дата установления диагноза и подпись лечащего врача.

Обоснование клинического диагноза осуществляется на основании жалоб, анамнестических данных, клинических симптомов, выявленных в результате осмотра больного при поступлении, с учетом их динамики за время наблюдения и результатов обследования в стационаре.

Изменения или дополнения клинического диагноза обосновываются в истории болезни и выносятся на титульный лист с указанием даты изменений или дополнений клинического диагноза.

3.6. Температурный лист и лист назначений медицинской сестры.

Температурный лист ведется медицинской сестрой отделения. Указывается фамилия и имя больного, номер истории болезни. В температурном листе отмечается температура тела в подмышечной впадине утром и вечером. При необходимости нестандартных или дополнительных измерений температуры (например, каждые 3 часа, дополнительное ректальное измерение температуры или измерение не в подмышечной впадине, а в паховых, шейных складках, в полости рта) режим измерений температуры обосновывается в истории болезни и вносится в температурный лист.

В ряде стационаров для наглядности принято отмечать в температурном листе динамику массы тела ребенка, характер и частоту стула, сведения о проводящейся терапии (антибактериальной, гормональной, инфузионной, с указанием дат переливания крови и ее компонентов).

Лист назначений ведется постовой медицинской сестрой в соответствии с назначениями врача. На бланке листа назначений указывается фамилия, имя ребенка, номер истории болезни, диагноз, дата выполнения назначений и возраст ребенка. Отмечается масса тела у новорожденных и детей первых месяцев жизни, аппетит (активность сосания), наличие срыгиваний и рвоты, характер стула и диурез. Отражается режим питания ребенка, проводимая терапия, назначенные лабораторные исследования с отметками медицинской

сестры об исполнении назначений. Лист назначений ежедневно подписывается медицинской сестрой и лечащим врачом.

3.7. Лабораторные анализы и инструментальные исследования.

При поступлении в педиатрический стационар любого проводится анализ кала на гельминтозы и кишечные простозоозы (СанПиН 3.2.1333-03 «Профилактика паразитарных болезней на территории Российской Федерации»). Клинические анализы крови и мочи, биохимические, иммунологические, серологические анализы и другие лабораторные и инструментальные исследования проводятся в соответствии со стандартами обследования при различных нозологических формах патологии.

В соответствии с методическими указаниями "МУ 2.6.1.2944-11. 2.6.1. Ионизирующее излучение, радиационная безопасность. Контроль эффективных доз облучения пациентов при проведении медицинских рентгенологических исследований. Методические указания" при проведении рентгенологических исследований ведется «Лист учета дозовых нагрузок пациента при рентгенологических исследованиях».

Инвазивные и высокотехнологичные методы обследования (стерильные и люмбальные пункции, гемотрансфузии, ангиография, компьютерная и магнитно-резонансная томографии, сцинтиграфия и др.) назначаются при наличии показаний, требуют обоснования в истории болезни и оформления информированного согласия законных представителей ребенка.

3.8. Лечение

Рациональное лечение включает назначение режима, питания, средств и методов терапии. Назначения должны соответствовать стандартам терапии, принятым Министерством здравоохранения Российской Федерации и/или Департаментом здравоохранения города Москвы.

Терапия, не входящая в стандарты, назначается и обосновывается консилиумом врачей учреждения, с учетом рекомендаций приглашенных

специалистов из других учреждений и ведущих сотрудников кафедр, работающих на базе учреждения. Такие назначения регламентируются национальными педиатрическими формулярами лекарственных средств - регулярно обновляемыми информационными ресурсами для педиатров, необходимыми для обеспечения рациональной фармакотерапии детских заболеваний или клиническими рекомендациями международных и национальных профессиональных сообществ (А.А. Баранов, В.К. Таточенко, Л.С. Намазова, Г.А. Самсыгина, К.И. Сайткулов "Рациональная фармакотерапия в педиатрии и Российский национальный формуляр лекарственных средств", Педиатрическая фармакология, № 2, 2006 г.).

Назначение наркотических средств и психотропных веществ проводится в соответствии с приказом Департамента здравоохранения города Москвы от 25.05.04 г. № 257 «О порядке приобретения, перевозки, хранения, учета, отпуска, использования и уничтожения наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список II, и психотропных веществ, внесенных в список III, в соответствии с Федеральным законом «О наркотических средствах и психотропных веществах» в ЛПУ Департамента здравоохранения города Москвы».

3.9. Этапный и переводной эпикризы.

Этапный эпикриз пишется лечащим врачом ребенка 1 раз в 10 дней. Переводной эпикриз оформляется при переводе больного в другое отделение стационара или другое лечебное учреждение; в нем обосновывается причина перевода. В эпикризах отражаются основные анамнестические сведения о ребенке, данные о динамике антропометрических данных (для новорожденных детей и детей первого года жизни), данные о динамике заболевания в стационаре, проведенном обследовании и лечении с указанием его эффективности.

3.10. Выписной эпикриз и выписка из истории болезни.

При выписке ребенка из стационара законным представителям ребенка выдается выписка из истории болезни, полностью соответствующая выписному эпикризу, который пишется в день выписки больного из стационара с указанием фамилии, имени, отчества больного, возраста, дат начала заболевания, госпитализации и выписки, заключительный клинический диагноз (основной, осложнения основного, сопутствующий).

Отмечаются жалобы, состояние при поступлении, указывается динамика клинических симптомов по дням госпитализации, результатов лабораторных, инструментальных и других исследований, заключения специалистов, проведенное лечение с указанием препаратов, доз, курсов, последовательности назначения, их эффективности. При рентгенологических исследованиях отмечаются полученные пациентом дозовые нагрузки.

Результаты лечения больного при выписке оцениваются как «выздоровление», «улучшение», «без динамики».

В выписной эпикриз (выписку из истории болезни) включаются сведения об эпидемиологическом окружении больного в стационаре, рекомендации по ведению периода реконвалесценции или дальнейшему лечению ребенка в амбулаторных условиях, диспансерному наблюдению.

Медицинская карта стационарного больного (история болезни) подписывается лечащим врачом и заведующим отделением. В ряде случаев целесообразно в выписном эпикризе указать данные о лице, которому была вручена выписка и получить его подпись, подтверждающую получение этого документа.

На основании данных медицинской карты составляется карта, вышедшего из стационара (ф. № 066/у), карта сдается в архив учреждения, где хранится в течение 10 лет.

3.11. Госпитализация по уходу и оформление листка нетрудоспособности.

В настоящее время, согласно статье 51 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», одному из родителей, иному члену семьи или иному законному представителю предоставляется право на бесплатное совместное нахождение с ребенком в медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в стационарных условиях в течение всего периода лечения независимо от возраста ребенка. В истории болезни отмечается, находится ли кто-либо из законных представителей или родственников ребенка в стационаре по уходу за ним.

Закон определяет, что при совместном нахождении в медицинской организации в стационарных условиях с ребенком до достижения им возраста четырех лет (с ребенком старше данного возраста - при наличии медицинских показаний) плата за создание условий пребывания в стационарных условиях, в том числе за предоставление спального места и питания, с указанных лиц не взимается. На основании приказа Министерства здравоохранения СССР от 05.07.1988г. №528 «О мерах по дальнейшему улучшению охраны здоровья населения и укреплению материально-технической базы здравоохранения» по усмотрению администрации ЛПУ возможно обеспечение питанием по нормам терапевтических отделений стационаров лица, госпитализированного с ребенком в возрасте до 3 лет.

Лицу, госпитализированному в стационар по уходу за ребенком и не находящемуся в отпуске по уходу, по требованию выдается листок нетрудоспособности по уходу за ребенком до 7 лет на весь период острого заболевания или обострения хронического заболевания, за ребенком в возрасте от 7 до 15 лет – на срок до 15 дней по каждому случаю заболевания, если по заключению врачебной комиссии не требуется большего срока; за ребенком-инвалидом в возрасте до 15 лет – на весь период заболевания (п. 35 приказа Министерства Здравоохранения и социального развития от 29.06.2011г. № 624-

и «Об утверждении порядка выдачи листков нетрудоспособности»). При выдаче листа нетрудоспособности по уходу за ребенком в истории болезни, выписном эпикризе и выписке указывается серия и номер листа нетрудоспособности, дата выдачи и закрытия.

3.12. Электронная история болезни.

Электронная история болезни, являющаяся информационной системой, предназначенной для ведения, хранения на электронных носителях, поиска и выдачи по информационным запросам персональных медицинских записей, получает все большее распространение, хотя ее юридический статус до настоящего времени окончательно не определен. Правила заполнения медицинской документации на бумажном носителе и в электронном виде принципиально не отличаются.

В соответствии с национальным стандартом Российской Федерации ГОСТ Р 52636-2006 «Электронная история болезни» (ЭИБ), статус медицинского документа имеет копия на бумажном носителе, распечатанная и подписанная автором для индивидуальной системы ЭИБ или электронная персональная медицинская запись, заверенная электронной подписью, в коллективных системах ЭИБ.

Контрольные вопросы:

1. С участием кого проводится первый осмотр ребенка в отделении?
2. Как ведется дневник в истории болезни?
3. Как проводится осмотр дежурного врача?
4. В какие сроки выставляется клинический диагноз с указанием нозологии, этиологии, типа и тяжести заболевания?
5. Кем ведется лист назначений?
6. Чему должны соответствовать назначения при проведении лечения?

7. Какие методы обследования требуют обоснования в истории болезни и оформления информированного согласия законных представителей ребенка?
8. Когда пишется выписной эпикриз?
9. Кому предоставляется право на бесплатное совместное нахождение с ребенком в течение всего периода лечения независимо от возраста ребенка?
10. Что представляет из себя электронная история болезни?

4. Ведение медицинской документации в дневном стационаре

Стационарозамещающие технологии в нашей стране начали внедряться с 1987 г. приказом МЗ СССР №1278 от 16.12.1987 г. «Об организации стационара (отделений, палат) дневного пребывания в больницах, дневного стационара в поликлинике и стационара на дому», в настоящее время их деятельность регламентируется приказом Минздрава Российской Федерации от 09.12.1999 № 438 «Об организации деятельности дневных стационаров в лечебно-профилактических учреждениях». Стационарозамещающие технологии считаются весьма перспективными в педиатрии.

Целью работы дневного стационара является совершенствование организации и повышение качества оказания медицинской помощи. Внедрение современных ресурсосберегающих медицинских технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации повышает экономическую эффективность работы лечебно - профилактических учреждений.

Дневной стационар является структурным подразделением лечебно - профилактических учреждений, в том числе амбулаторно - поликлинических, больничных учреждений, клиник медицинских научно - исследовательских и образовательных учреждений и предназначен для проведения профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных

мероприятий больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения, с применением современных медицинских технологий в соответствии со стандартами и протоколами ведения больных.

В педиатрических дневных стационарах проводятся:

- комплексные профилактические и оздоровительные мероприятия детям из групп риска повышенной заболеваемости, а также длительно и часто болеющим детям,
- сложные и комплексные диагностические исследования, и лечебные процедуры, связанные с необходимостью специальной подготовки больных и краткосрочного медицинского наблюдения после проведения указанных лечебных и диагностических мероприятий;
- подбор адекватной терапии больным с впервые установленным диагнозом заболевания или хроническим больным при изменении степени тяжести заболевания;
- комплексное курсовое лечение с применением современных медицинских технологий больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения;
- реабилитационное и оздоровительное комплексное курсовое лечение больных и инвалидов.

Ведение больных в дневных стационарах осуществляется лечащим врачом (педиатром, участковым педиатром) с привлечением при необходимости соответствующих врачей-специалистов и консультантов. Для осуществления функций дневного стационара могут быть использованы диагностические, лечебные, реабилитационные и другие подразделения стационарных или амбулаторно-поликлинических лечебно-профилактических учреждений, в структуре которых он создан.

Целью организации стационара на дому является оказание медицинской помощи больным с острыми заболеваниями и обострением хронических болезней, состояние которых может ухудшиться при посещении поликлиники (особенно в осенне-зимний период), а также больным, нуждающимся в стационарном лечении, но не госпитализированным по каким-то причинам, при том условии, что состояние больного и домашние условия (социальные, моральные, материальные) позволяют организовать уход на дому. Важными преимуществами лечения в стационаре на дому для детей являются сочетание квалифицированной медицинской помощи и комфортных для больного условий пребывания в домашней обстановке, уход близких, возможность продолжения обучения, отсутствие контактов и риска реинфекции и кантаминации внутрибольничной микрофлорой.

В соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 23.01.2007г. №56 "Об утверждении примерного порядка организации деятельности и структуры детской поликлиники" организация стационара на дому проводится при невозможности госпитализировать ребенка (отсутствие мест в стационаре, отказ родителей, карантин, др.).

Пациентами стационара на дому могут стать дети с острыми заболеваниями и состояниями (ОРВИ, бронхит, пневмония, ангина, травмы, др.), дети с обострением хронической патологии (инфекции мочевыделительной системы, ювенильные артриты, бронхиальная астма, др.). Ребенку обеспечивается ежедневное наблюдение врача и медицинской сестры, комплекс необходимых лечебных и диагностических мероприятий в соответствии с тяжестью и характером заболевания.

При отказе родителей от госпитализации в случаях острых состояний, не требующих реанимационной или хирургической помощи, территориальной поликлиникой должен быть организован стационар на дому. Ежедневный осмотр ребенка врачом в этих случаях должен проводиться не менее 3-х дней,

характер и частота дальнейшего наблюдения зависит от тяжести и особенности течения заболевания.

Контроль за организацией лечения на дому и консультативную помощь осуществляет заведующий отделением поликлиники.

Ведение медицинской документации.

Правовое регламентирование лечебно-диагностического процесса предполагает одинаковые требования к оформлению медицинской документации в стационаре круглосуточного, дневного пребывания и в стационаре на дому.

Медицинская документация в дневном стационаре поликлиник и больниц ведется в соответствии с «Инструкцией о порядке учета больных, находящихся на лечении в дневных стационарах поликлиник, стационарах на дому и стационарах дневного пребывания в больницах», утвержденной «Союзмедстатистикой» 08.04.1988 № 27-14/4-88.

Для регистрации больных, поступающих на лечение в дневной стационар поликлиники или больницы, стационар на дому, служит «Журнал приема больных и отказов в госпитализации» (ф. № 001/у). Если в поликлинике (поликлиническом отделении) организовано несколько дневных стационаров, стационаров на дому, то журнал ведется в каждом на них.

Ведение медицинской документации несколько различается в дневных стационарах поликлиник и больниц.

В дневном стационаре поликлиники записи в «Журнале приема больных и отказов в госпитализации» (ф. № 001/у) при поступлении и выписке делаются на основании «Истории развития ребенка» (ф. № 112/у).

Записи врача дневного стационара поликлиники при поступлении, ежедневном наблюдении и выписной эпикриз также вносятся в «Историю развития ребенка», которая после выписки пациента передается в подразделение, направившее больного на лечение.

В стационаре дневного пребывания больницы записи в журнале при поступлении больного также могут быть сделаны как на основании «Истории развития ребенка» (ф. № 112/у), так и на основании «Выписки из медицинской карты амбулаторного (стационарного) больного» (ф. № 027/у), если больной поступил на лечение из поликлиники, не объединенной с данным стационаром.

При поступлении пациента оформляется «Медицинская карта стационарного больного» (история болезни - ф. № 003/у). Записи в журнале ф. № 001/у при выписке больного из стационара дневного пребывания делаются на основании «Медицинской карты стационарного больного» (ф. № 003/у). На руки пациенту выдается выписка из истории болезни. При выписке больного из стационара дневного пребывания больницы «Медицинская карта стационарного больного» сдается в архив.

На каждого больного дневного стационара поликлиники, стационара на дому, стационара дневного пребывания в больнице дополнительно ведется бланк «Карта больного дневного стационара поликлиники (стационара на дому), стационара дневного пребывания в больнице» (ф. № 003-2/у-88). Карта выдается больному (законному представителю пациента) на руки на время пребывания в дневном стационаре, стационаре на дому, стационаре дневного пребывания.

В карте лечащий врач записывает назначения, диагностические исследования, процедуры, лечебно-оздоровительные мероприятия. Лечащий врач, врачи-специалисты, консультирующие больного, средние медицинские работники, выполняющие назначения врачей, ставят дату осмотра (выполнения назначений) и свою подпись.

По окончании лечения бланк ф. № 003-2/у-88 остается в дневном стационаре и сдается в кабинет учета и медицинской статистики учреждения, при котором организован дневной стационар, стационар на дому, стационар дневного пребывания. Срок хранения определяется руководителем учреждения («Инструкция о порядке учета больных, находящихся на лечении в дневных

стационарах поликлиник, стационарах на дому и стационарах дневного пребывания в больницах» от 08.04.1988 № 27-14/4-88).

Контрольные вопросы:

1. Что является целью работы дневного стационара?
2. Какая работа проводится в педиатрических дневных стационарах?
3. Ведение медицинской документации в дневном стационаре
4. С какой целью организуется стационар на дому?
5. Кто может стать пациентами стационара на дому?
6. Какой бланк дополнительно ведется на каждого больного дневного стационара поликлиники, стационара на дому, стационара дневного пребывания в больнице?

5. Оформление «Медицинской карты ребенка, воспитывающегося в доме ребенка».

Дом ребенка является учреждением здравоохранения, предназначенным для воспитания и оказания медицинской помощи детям - сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей, а также детям с дефектами умственного и физического развития. Положение о доме ребенка утверждено приказом Министерства здравоохранения СССР от 19.11.1986 года № 1525.

В доме ребенка (общего типа) воспитываются дети от рождения до трехлетнего возраста, в специализированном доме ребенка – до четырехлетнего возраста. В специализированных домах (группах) ребенка содержатся дети с задержкой и дефектами умственного и физического развития на фоне органической патологии ЦНС и/или наследственными или генетическими заболеваниями (кроме детей с задержкой психо-речевого и физического развития, обусловленной условиями воспитания).

Из домов ребенка дети выписываются в случаях:

- возвращения их в семью;
- перевода в детский дом системы образования;
- перевода в дом – интернат системы социальной защиты;
- при передаче на усыновление, под патронаж или опеку.

Дети, воспитывающиеся в доме ребенка, наблюдаются педиатром и соответствующими специалистами, при этом осуществляются ежегодные углубленные медицинские осмотры врачами-специалистами территориальной поликлиники (травматологом - ортопедом, офтальмологом, дерматовенерологом, отоларингологом и др.), проводятся необходимые профилактические и оздоровительные мероприятия, включая иммунопрофилактику, обеспечивается лечение больных детей, лечение и

коррекционно-восстановительные мероприятия детям с задержкой и дефектами умственного и физического развития.

Ведение медицинской документации. Основным медицинским документом в доме ребенка является «Медицинская карта ребенка, воспитывающегося в доме ребенка» (ф.112-1/у-00), требования к ведению которой регламентированы приложением 2 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.07.2000г. № 286 «Об утверждении «Медицинской карты ребенка, воспитывающегося в доме ребенка». «Медицинская карта ребенка» заполняется медицинскими работниками дома ребенка – врачами и средним медицинским персоналом.

Карта имеет разделы, заполняемые при поступлении и в ходе динамического наблюдения за ребенком до его выписки из дома ребенка.

Сведения о ребенке. В данный раздел вносятся паспортные данные о ребенке, указывается адрес дома ребенка, дата, откуда поступил ребенок в дом ребенка; номер, серия страхового полиса, дата выдачи, название страховой компании.

При возможности указываются данные семейного анамнеза, заболевания родителей, братьев и сестер, родственников. Вносятся данные акушерского анамнеза, антенатального, интранатального, неонатального, постнеонатального периодов. Раздел обязательно содержит заключение врача по анамнезу.

Врачом по данным анамнеза и динамического наблюдения в доме ребенка заполняется таблица, включающая сведения об аллергических реакциях и заболеваниях с указанием аллергена.

Осмотр ребенка при поступлении в дом ребенка включает данные термометрии, осмотр на чесотку и педикулез, антропометрические показатели, частоту пульса, дыхания, артериальное давление и клинический осмотр педиатра по органам и системам.

Данные обследования и диагноз при поступлении. В данный раздел вносятся данные лабораторного (клинический анализ крови и мочи, анализ кала на гельминтозы, соскоб на энтеробиоз, анализ кала на кишечную инфекцию, мазок на BL, анализ крови на ВИЧ, Hbs Ag, гепатит С, на RW), инструментального обследования (ЭЭГ, УЗИ внутренних органов, нейросонография, ЭхоЭГ, ЭКГ), осмотр врачей – специалистов. На основании имеющихся данных обследования и клинического осмотра устанавливается диагноз при поступлении. Оформляется заключение о состоянии здоровья с определением группы здоровья, даются общие рекомендации и рекомендации на период адаптации.

Сведения о перенесенных заболеваниях в доме ребенка. В раздел вносятся уточненные диагнозы, их код по МКБ-Х и даты перенесенных острых, хронических соматических и инфекционных заболеваний с указанием госпитализации, сведения об операциях, травмах.

Инвалидность. Раздел включает в себя сведения об инвалидности с указанием главного нарушения здоровья и его кода, даты установления оформленной инвалидности, сроке и дате снятия инвалидности.

Физическое развитие ребенка. В таблице раздела в эпикризные сроки (до 1 года - 1 раз в месяц; с 1 года до 2 лет - 1 раз в 3 месяца; с 2 лет до 3 лет - 1 раз в 6 месяцев; с 3 лет - 1 раз в год) регистрируются антропометрические данные, возраст при прорезывании молочных зубов, дается оценка уровня физического развития с момента поступления ребенка в дом ребенка до выбытия из него.

Нервно - психическое развитие ребенка. Заключение о нервно - психическом развитии (НПР) делается по данным осмотров невролога согласно Приказу МЗ РФ от 28.09.1993 № 227 «О совершенствовании системы организации медицинской помощи воспитанникам домов ребенка Российской Федерации» и включают данные педагогического обследования в эпикризные сроки.

Иммунопрофилактические мероприятия. В данный раздел включаются сведения о результатах медицинского осмотра педиатра перед проведением

вакцинации с записью диагноза и заключением о разрешении проведения вакцинации или о медицинском отводе от прививки с отметкой о причинах и сроках переноса вакцинации. Указывается дата проведения, характер (плановый, по эпидемическим показаниям) вакцинации, ее название; серия вакцины, доза, способ введения и данные наблюдения за реакцией на прививку.

Диспансерное наблюдение. Данный раздел заполняется на детей, находящихся на диспансерном наблюдении с патологией, учитываемой по форме 030/у «Контрольная карта диспансерного наблюдения», для осуществления контроля за проведением диспансерного наблюдения с указанием эффективности. При снятии с учета указывается дата и причина снятия.

Санаторное лечение и реабилитация. Вносятся сведения о санаторном лечении и реабилитации с указанием диагноза, сведений о санатории или учреждении, где осуществлялась реабилитация (название, профиль, климатическая зона). Лечение и реабилитация ребенка - инвалида проводится в соответствии с индивидуальным планом реабилитации, утвержденным Бюро медико-социальной экспертизы.

Обязательные лечебно - профилактические мероприятия. В данный раздел включаются сведения о проведении дегельминтизации и профилактике рахита с указанием дозы и курса лечения.

Данные профилактических осмотров. Профилактические осмотры проводятся педиатром один раз в 10-30 дней в зависимости от возраста ребенка. Два раза в год профилактические осмотры проводятся совместно со специалистами. Результаты профилактических врачебных осмотров и консультаций специалистов вносятся в таблицу «Результаты профилактических осмотров врачей», где указывается дата осмотра, возраст ребенка на момент осмотра, температура тела, вносятся данные антропометрии, записывается частота пульса, артериальное давление в положении лежа и в вертикальном положении, на основании чего проводится оценка функционального состояния сердечно - сосудистой системы. Воспитанники дома ребенка осматриваются

специалистами: неврологом, окулистом, отоларингологом, хирургом, ортопедом, стоматологом, другими специалистами по показаниям, в том числе с 3-х лет психиатром. С 3-х лет фиксируются физиометрические показатели (жизненная емкость легких, сила мышц рук, станова́я сила).

На основании данных осмотров, лабораторных и инструментальных исследований формируется заключение о состоянии здоровья ребенка, вырабатываются рекомендации.

Результаты осмотра педиатра в установленные (эпикризные) сроки.

В данном разделе содержатся сведения и результаты профилактических осмотров в установленные (эпикризные) сроки (до 1 года - 1 раз в месяц; с 1 года до 2 лет - 1 раз в 3 месяца; с 2 лет до 3 лет - 1 раз в 6 месяцев; с 3 лет - 1 раз в год). В эпикризные сроки осуществляется комплексная оценка состояния здоровья совместно с педагогами.

В эпикризе отражается динамика физического, нервно - психического развития, показателей лабораторных и инструментальных методов исследования; отмечается эффективность проведенных профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий; дается заключение о состоянии здоровья с указанием основного и сопутствующего диагнозов, группы риска (развития ДЦП, ретинопатии, хронического обструктивного заболевания легких и т.п.) и ее градации (высокая, средняя, низкая), физического и нервно - психического развития, резистентности к интеркуррентным заболеваниям, т.е. является ли ребенок часто болеющим, группы здоровья, инвалидности.

На основании заключения о состоянии здоровья даются рекомендации, включающие режим, питание, физическое воспитание и закаливание, рекомендации по иммунопрофилактике, диспансерному наблюдению, дополнительному обследованию. На детей - инвалидов оформляется индивидуальный план реабилитации.

Данные текущего медицинского наблюдения. В данном разделе регистрируются результаты осмотра врачей при наличии жалоб или при выявлении воспитателем или медицинским персоналом отклонений со стороны

здоровья ребенка. Регистрируется дата обращения, жалобы, данные объективного осмотра, установленный диагноз, назначения и рекомендации. При госпитализации ребенка делается отметка об учреждении, куда госпитализирован ребенок с указанием диагноза. В карту вносятся осмотры в период карантина по инфекционным заболеваниям, осмотры педиатра и врачей-специалистов при диспансерном наблюдении детей с патологией.

Диспансеризация детей, находящихся в доме ребенка. На основании приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 3 марта 2011 г. N 162н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» территориальной поликлиникой по плану-графику с соблюдением стандартов ежегодно проводится диспансеризация детей, находящихся в доме ребенка, направленная на раннее выявление и профилактику заболеваний, в том числе социально значимых. Результаты диспансеризации вносятся в учетную форму №030-Д/с/у-13, утвержденную приказом Минздрава России от 15.02.2013 N 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» (вместе с «Порядком проведения диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации»).

Контрольные вопросы:

1. Каким учреждением является Дом ребенка?
2. Что является основным медицинским документом в доме ребенка?
3. В каких случаях дети выписываются из домов ребенка?
4. Кем наблюдаются дети, воспитывающиеся в доме ребенка?
5. Какие обязательные лечебно - профилактические мероприятия проводятся в доме ребенка?
6. В какие сроки проводится осмотр педиатра в доме ребенка?
7. На основании какого приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации проводится диспансеризация детей, находящихся в Доме ребенка?

6. Правовые аспекты стационарного лечения в Российской Федерации

6.1. Краткий обзор нормативно-правовых документов, направленных на реализацию прав пациентов

Вопросы обеспечения и защиты прав пациентов в настоящее время широко обсуждаются в обществе, юридических и медицинских кругах, в средствах массовой информации. Актуальность этой проблемы для общества и отдельного гражданина велика, так как любой гражданин в любой момент может оказаться в роли пациента.

Реформирование современного здравоохранения, становление страховой медицины, развитие законодательной базы увеличивают ответственность за качество предоставляемой медицинской помощи и за нарушение закрепленных в законодательстве прав пациентов.

Большое внимание уделяется защите прав пациентов, особенно несовершеннолетних. В отношениях с любыми физическими и юридическими

лицами законными представителями несовершеннолетнего являются родители, усыновители, опекуны, попечители или иные лица, которым это право предоставлено законом, выступающие в защиту прав и интересов несовершеннолетних.

Права пациента производны от общих гражданских, экономических, политических и других прав и связаны с областью оказания медицинской помощи и других медицинских услуг. Выделяются социальные и индивидуальные права.

Социальные права связаны с социальными обязательствами государства и общества по обеспечению медицинской помощью, равно доступной для всего населения в пределах определенного объема и номенклатуры медицинских услуг. Социальные права определяются уровнем развития и приоритетами общества в целом.

Под индивидуальными правами подразумеваются личностные права пациента, которым уделяется особенное внимание в международном и отечественном праве. Это право на уважительное, гуманное отношение к личности при оказании медицинской помощи; право на исчерпывающую информацию о состоянии своего здоровья или здоровья несовершеннолетних детей для их законных представителей; о возможном риске и последствиях отказа от лечения; право на информированный добровольный согласие и отказ от медицинского вмешательства; право на конфиденциальность при обращении за медицинской помощью; право на выбор и замену врача и лечебного учреждения; право на качественную медицинскую помощь, соответствующую состоянию здоровья пациента; право на облегчение страданий и достойную смерть. В нашей стране права граждан в области охраны здоровья закреплены законодательно в нескольких основных документах.

В статье 17 Конституции Российской Федерации подчеркивается, что право на охрану здоровья является неотъемлемым независимо от пола, расы,

языка, социального положения, места жительства, отношения к религии, убеждениям, принадлежности к общественным объединениям и обеспечивается как созданием благоприятных условий труда, быта, отдыха, воспитания и обучения граждан, так и предоставлением им доступной медико-социальной помощи. Данные права гарантируются всем гражданам, виновные в их нарушении несут установленную законом ответственность. Статья 20 гарантирует право на медико-социальную помощь на основе программ медицинского обязательного и добровольного страхования, на медицинскую экспертизу, на пособие при карантине. В этой же статье декларирована бесплатность медицинской помощи в рамках программ обязательного медицинского страхования.

Соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий устанавливается в новом Федеральном законе № 323-ФЗ от 21.11.2011г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Федеральном законе от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». Данные законы отражают изменения в функционировании экономики государства, в системе исполнительной власти, в организационных основах оказания медицинской помощи. Принятие законов связано с концептуальными направлениями реформирования и модернизации здравоохранения с целью реализации долгосрочных целевых программ в сфере охраны здоровья.

В данных федеральных законах закрепляются и конкретизируются механизмы реализации пяти принципов охраны здоровья граждан в Российской Федерации: соблюдение прав человека и гражданина в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий; доступность медицинской помощи; недопустимость отказа в оказании медицинской помощи; соблюдение врачебной тайны; приоритет профилактических мероприятий в сфере охраны здоровья граждан.

Важным нововведением нового Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» является четкое определение понятий, напрямую связанных с оказанием медицинской помощи, таких как «здоровье», «пациент», «заболевание», «диагностика», «профилактика», «лечение», «реабилитация» и др. Впервые на законодательном уровне определяются «порядок оказания медицинской помощи» и «стандарт медицинской помощи» и конкретизируются механизмы реализации права законных представителей ребенка на выбор врача и медицинской организации в зависимости от вида и формы оказания медицинской помощи.

В законе 323-ФЗ впервые раскрываются понятия профилактики заболеваний, являющейся приоритетным направлением охраны здоровья граждан в Российской Федерации и устанавливается необходимость и механизмы формирования здорового образа жизни у граждан, начиная с детского возраста.

Особое значение имеет регулирование вопросов здоровья несовершеннолетних. В законе закрепляется право детей до трехлетнего возраста на обеспечение полноценным питанием, право несовершеннолетних на прохождение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерное наблюдение, медицинскую реабилитацию, оказание медицинской помощи.

Устанавливается недопустимость отказа в оказании медицинской помощи пациенту при угрожающих его жизни заболеваниях и состояниях, либо угрозе обществу в случае распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих. Данный закон направлен на усиление ответственности не только органов государственной власти, так и непосредственно врачей за всестороннее обеспечение прав граждан на бесплатную качественную медицинскую помощь в соответствии с современными стандартами.

Отношения в сфере обязательного медицинского страхования в настоящее время регулируются Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», в

соответствии с которым с 01.05.2011 года в стране введены полиса обязательного медицинского страхования единого образца, действующие на всей территории Российской Федерации, являющиеся гарантией равнодоступности медицинской помощи, позволяющие фиксировать каждый случай нарушений обязательств по медицинскому страхованию. Кроме того, в соответствии с Федеральным законом № 326-ФЗ в период 2011-2012 годов в целях повышения качества и доступности медицинской помощи, предоставляемой застрахованным лицам, осуществляется реализация региональных программ модернизации здравоохранения субъектов РФ и программ модернизации федеральных государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь.

6.2. Реализация прав пациента

Право пациента на информацию декларировано ст.22 «Информация о состоянии здоровья» Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Информация о состоянии здоровья предоставляется пациенту лично лечащим врачом или другими медицинскими работниками, принимающими непосредственное участие в медицинском обследовании и лечении, в полном объеме, в доступной для пациента форме, включая сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи. Кроме того, статья 22 декларирует право пациента и его законных представителей отказаться от предоставления ему информации о своем здоровье, о чем делается запись в медицинской документации.

Существует четыре модели информирования пациентов. Информационная модель предполагает роль врача как эксперта, предоставляющего пациенту полную информацию о болезни, прогнозе,

способах лечения, разъясняет все непонятные положения. Ответственность за принятие решений лежит на больном или его законных представителях, на них лежит основная ответственность, роль врача минимальна. Данная модель противоречит гуманистическим традициям отечественной медицины, и, особенно, педиатрии. Интерпретационная модель близка к информационной, но предполагает более тесный контакт врача с пациентом или его представителями: при предоставлении информации врач выступает как советчик, консультант. Совецательная модель подразумевает достижение результата при совместном обсуждении положения больного, методов обследования и лечения и позволяет сохранить участие родителей ребенка в процессе лечения и важную роль врача. Одной из крайностей является патерналистская модель, в которой врач выступает в роли опекуна или, при необходимости, диктатора по отношению к больному. Практически это перенос в медицину административно-командных отношений. Эта модель оправдана только при оказании неотложной помощи, при крайне тяжелом состоянии больного, позднем поступлении в стационар. Важно подчеркнуть, что в советский период данная модель была наиболее распространенной моделью отношений с больными. Медицинские работники, воспитанные на патерналистских традициях, с большим трудом воспринимают идею предоставления пациенту полной информации о состоянии его здоровья в доступной форме, в то время как многие пациенты и их законные представители желают основывать свои отношения с лечащим врачом согласно своим правам. Этим, во многом, объясняются конфликты с родителями детей, основанные на неудовлетворенности пациентов количеством и качеством предоставляемой им информации. Медицинским работникам необходимо соблюдать правила профессиональной этики и деонтологии в предоставлении информации.

Неправомерный отказ от предоставления информации пациенту или его законному представителю, если это причинило вред законным интересам

граждан, влечет уголовное наказание по ст.140 УК РФ. Предоставление же недостоверной информации влечет ответственность по ст. 732 ГК РФ. Пострадавший пациент может потребовать возмещения как материального, так и морального вреда.

Информированное добровольное согласие. Статья 20 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» определяет информированное добровольное согласие пациента или его законных представителей как необходимое условие медицинского вмешательства. Медицинским вмешательством называется любое обследование или иное действие, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную направленность, выполняемую врачом или другим медицинским работником. Добровольность означает отсутствие какого-либо давления на пациента или его представителей, которым следует разъяснить степень риска предлагаемого вмешательства, помочь сознательно сделать выбор и понять возможные последствия своего решения.

Информированное добровольное согласие на лечение в стационаре оформляется при поступлении в лечебное учреждение. Такие вмешательства, как внутривенное вливание, гемотрансфузия, контрастная рентгенография, биопсия, эндоскопия, хирургические операции и т.д. требуют оформления отдельного добровольного письменного согласия пациента или его законных представителей, которые должны быть информированы в полном объеме обо всех возможных альтернативных вмешательствах, в том числе и осуществляющихся в других лечебных учреждениях.

Право на отказ от медицинского вмешательства. Статья 20 закрепляет также право гражданина на отказ от медицинского вмешательства. Отказ пациента от медицинского вмешательства обязательно требует разъяснения медицинскими работниками возможных последствий этого отказа в доступной для пациента или его законных представителей форме. После этого отказ оформляется в письменном виде. Необходимо четко представлять себе, что

отказ от медицинского вмешательства в отношении несовершеннолетних или недееспособных пациентов может подписать только законный представитель пациента.

При отказе родителей ребенка от медицинского вмешательства, необходимого для спасения его жизни или здоровья, ст.20 323-ФЗ предусмотрена возможность защиты прав ребенка путем обращение медицинской организации в суд для защиты прав несовершеннолетнего пациента, о чем информируются органы опеки и попечительства в установленные законом сроки. Кроме того, в соответствии со ст. 77 Семейного кодекса Российской Федерации при непосредственной угрозе жизни ребенка или его здоровью орган опеки и попечительства вправе немедленно отобрать ребенка у родителей (одного из них) или у других лиц, на попечении которых он находится. Немедленное отобрание ребенка производится на основании соответствующего акта органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации.

Решение о медицинском вмешательстве без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя принимается консилиумом врачей и допускается, если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и, если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители ребенка. В случае, если собрать консилиум невозможно, решение принимается непосредственно лечащим или дежурным врачом с внесением такого решения в медицинскую документацию пациента и последующим уведомлением руководителя медицинской организации и самого гражданина, которому проведено медицинское вмешательство, одного из родителей или иного законного представителя несовершеннолетнего.

Врачебная тайна. Право гражданина на сохранении врачебной тайны является одним из важнейших его прав. Это право закреплено в ст.24

Конституции Российской Федерации и ст. 13 Федерального закона № 323-ФЗ. С указания на врачебную тайну начинается перечень сведений, связанных с профессиональной деятельностью, утвержденный Указом президента РФ. Под врачебной тайной следует понимать любые сведения, полученные от больного, выявленные при медицинском обследовании или лечении. Врачебной тайной является сам факт обращения в медицинское учреждение, информация о физических или функциональных недостатках организма, наследственных болезнях, диагнозе, осложнениях, прогнозе, вредных привычках, семейной и интимной жизни, фактах усыновления и удочерения.

Информирование о состоянии здоровья пациента его родственников или третьих лиц, не являющихся законными представителями несовершеннолетних или недееспособных пациентов, допускается только при наличии разрешения пациента или его законных представителей в письменном виде. Любые сотрудники медицинского учреждения и страховых компаний обязаны соблюдать врачебную (медицинскую) тайну. Разглашение врачебной тайны при личных и телефонных разговорах может послужить основанием для жалобы на действия врача или поводом для обращения в суд.

Право на выбор врача и медицинской организации. При оказании гражданину медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи он имеет право на выбор медицинской организации в порядке, утвержденном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, и на выбор врача с учетом согласия врача.

В случае, если в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи принимают участие несколько медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по соответствующему профилю, лечащий врач обязан проинформировать гражданина о возможности выбора

медицинской организации с учетом выполнения условий оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

При выборе врача и медицинской организации гражданин имеет право на получение информации в доступной для него форме, в том числе размещенной в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» о медицинской организации, об осуществляемой ею видах лицензированной медицинской деятельности, о врачах и уровне их образования и квалификации.

Право на отказ от патологоанатомического вскрытия. На основании статьи 67 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», пункта 1 статьи 5 Федерального закона от 12.01.1996г. №8 «О погребении и похоронном деле» законный представитель несовершеннолетнего может отказаться от патологоанатомического вскрытия по религиозным мотивам. Законные представители должны быть информированы, что при отсутствии патологоанатомического вскрытия в случае сомнений в качестве медицинской помощи невозможен экспертный анализ.

По религиозным мотивам при наличии письменного заявления законного представителя умершего ребенка патологоанатомическое вскрытие не производится, за исключением случаев:

- 1) подозрения на насильственную смерть;
- 2) невозможности установления заключительного клинического диагноза заболевания, приведшего к смерти, и (или) непосредственной причины смерти;
- 3) оказания умершему пациенту медицинской организацией медицинской помощи в стационарных условиях менее одних суток;
- 4) подозрения на передозировку или непереносимость лекарственных препаратов или диагностических препаратов;
- 5) смерти:

а) связанной с проведением профилактических, диагностических, инструментальных, анестезиологических, реанимационных, лечебных мероприятий, вовремя или после операции переливания крови и (или) ее компонентов;

б) от инфекционного заболевания или при подозрении на него;

в) от онкологического заболевания при отсутствии гистологической верификации опухоли;

г) от заболевания, связанного с последствиями экологической катастрофы;

д) беременных, рожениц, родильниц (включая последний день послеродового периода) и детей в возрасте до двадцати восьми дней жизни включительно;

6) рождения мертвого ребенка;

7) необходимости судебно-медицинского исследования.

Контрольные вопросы:

1. Кто является законными представителями несовершеннолетнего?
2. Что представляют из себя социальные и индивидуальные права?
3. В каких основных документах в нашей стране законодательно закреплены права граждан в области охраны здоровья в нескольких?
4. Какие имеются пять принципов охраны здоровья граждан в Российской Федерации?
5. В каком законе впервые раскрываются понятия профилактики заболеваний, являющейся приоритетным направлением охраны здоровья граждан в Российской Федерации и устанавливается необходимость и механизмы формирования здорового образа жизни у граждан, начиная с детского возраста?
6. Каким Федеральным законом в настоящее время регулируются отношения в сфере обязательного медицинского страхования?
7. В каком Федеральном законе декларировано право пациента на информацию?
8. Какие существуют четыре модели информирования пациентов?
9. Что определяет информированное добровольное согласие пациента или его законных представителей?
10. Что требуется от медицинских работников при отказе пациента от медицинского вмешательства?
11. Когда решение о медицинском вмешательстве допускается без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя?
12. Что следует понимать под врачебной тайной?
13. Имеет ли право гражданин на выбор медицинской организации и врача?

7. Формы документов, оформляемых для целей правового обеспечения лечебно-диагностического процесса в государственных учреждениях здравоохранения г.Москвы

Согласно распоряжению ДЗ г.Москвы от 14.04.2006 № 260-р «О внедрении форм документов для правового обеспечения лечебно-диагностического процесса в подведомственных ЛПУ», в повседневную работу московских лечебно-профилактических учреждений города Москвы внедрены формы документов, которые собственноручно заполняются в приемном отделении или в отделении стационара законными представителями (родителями или опекунами) ребенка. В настоящих рекомендациях данные формы уточнены и адаптированы специально для использования в детских стационарах.

«Информированное согласие и обязательства пациента и его законных представителей» (приложение 1) предусматривает согласие законных представителей ребенка с информацией о состоянии и диагнозе ребенка, согласие с планом обследования и лечения и обязательство соблюдать правила внутреннего распорядка стационара и требования санэпидрежима.

«Информированное согласие пациента или его законных представителей на лечебную (диагностическую) процедуру (манипуляцию)» предусмотрено для определенных видов медицинского вмешательства, таких, как установка катетера в периферические и центральные сосуды, различные виды диагностических пункций полостей и органов (стеральная, плевральная, люмбальная, суставная, др), лучевые методы диагностики с использованием рентгеноконтрастных веществ, переливание крови, ее компонентов и кровезаменителей (приложение 2).

«Отказ от медицинского вмешательства» (приложение 3) и «Отказ от госпитализации» (приложение 4) и предложенная нами дополнительно форма «Отказ от стационарного лечения» (приложение 7) содержат ссылки на ст.77 Семейного кодекса Российской Федерации и ст. 20 Федерального закона от

21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и подробные собственноручные записи о разъясненном характере заболевания, необходимости медицинских вмешательств и процедур и последствий отказа от них, возможностях администрации больницы по защите прав ребенка при тяжелых, жизнеугрожающих состояниях.

В случае необходимости экстренного вмешательства в интересах ребенка при невозможности получить его согласие или при отсутствии его законных представителей консилиумом (или дежурным врачом с последующим уведомлением администрации больницы) оформляется «Решение о проведении медицинского вмешательства без согласия больного или его законных представителей» (приложение 5). О совершенном вмешательстве ставится в известность законный представитель больного.

Отказ от патологоанатомического вскрытия (приложение 6) оформляется законным представителем несовершеннолетнего по религиозным мотивам за исключением ситуаций, определенным ст. 67 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» с заполнением заявления на имя главного врача ЛПУ. Предварительно законные представители должны быть информированы о невозможности проведения экспертного анализа в случае сомнений в качестве медицинской помощи при отсутствии патологоанатомического вскрытия.

Контрольные вопросы:

1. Какие документы собственноручно заполняются в приемном отделении или в отделении стационара законными представителями (родителями или опекунами) ребенка?
2. Что предусматривает «Информированное согласие и обязательства пациента и его законных представителей»?
3. Для каких видов медицинского вмешательства предусмотрено «Информированное согласие пациента или его законных представителей на лечебную (диагностическую) процедуру (манипуляцию)»?

4. На что содержат ссылки документы «Отказ от медицинского вмешательства», «Отказ от госпитализации» и «Отказ от стационарного лечения»?
5. Когда оформляется документ «Решение о проведении медицинского вмешательства без согласия больного или его законных представителей»?
6. Кем оформляется «Отказ от патологоанатомического вскрытия»?

8. Заключение.

Медицинская документация, максимально полно отражающая течение болезни, результаты обследования и лечения, исход заболевания, адекватность и своевременность принятых медицинским персоналом мер, является важным инструментом улучшения качества оказания медицинской помощи детям России, гарантией обеспечения стандартов медицинской деятельности, соблюдения прав пациента и медицинских работников. Авторы надеются, что настоящие рекомендации помогут организаторам здравоохранения и практическим врачам в реализации этих задач.

9. ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

1. ПОКАЗАТЕЛЬ КАЧЕСТВА ВРАЧЕБНОЙ ДИАГНОСТИКИ В СТАЦИОНАРЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО

- а) показателю летальности
- б) показателю совпадения (или расхождения) диагнозов
- в) средней длительности пребывания больного в стационаре
- г) сложности методик исследования
- д) количеству проведенных исследований

2. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА РЕБЕНКОМ НА ВЕСЬ СРОК ПРЕБЫВАНИЯ ЕГО СТАЦИОНАРЕ ВЫДАЁТСЯ ПРИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ____ ЛЕТ

- а) от 8 до 10
- б) до 7
- в) от 11 до 13
- г) от 14 до 15
- д) от 15 до 17

3. ПРАВО НА ВЫДАЧУ ЛИСТКОВ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ИМЕЕТ

- а) главный бухгалтер
- б) главный врач
- в) начальник отдела кадров
- г) лечащий врач
- д) заместитель главного врача

4. ЕДИНОЛИЧНО ПРОДЛИТЬ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ МОЖЕТ ДО ____ ДНЕЙ

- а) 15
- б) 20
- в) 25
- г) 30
- д) 35

5. ВРАЧЕБНАЯ КОМИССИЯ МОЖЕТ МАКСИМАЛЬНО ПРОДЛИТЬ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ДО ____ МЕСЯЦЕВ

- а) 1-2
- б) 3-4
- в) 7-8
- г) 10-12
- д) 5-6

6. ЛЕЧАЩИМ ВРАЧОМ РЕБЕНКА МОЖЕТ БЫТЬ

- а) ординатор
- б) аспирант
- в) интерн
- г) врач отделения
- д) студент 6 курса

7. МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ СОДЕРЖИТ СВЕДЕНИЯ О

- а) коммерческой деятельности медицинского учреждения

б) состоянии здоровья населения и отдельных лиц

в) хозяйственной деятельности медицинского учреждения

г) перспективах развития служб здравоохранения

д) финансовых ресурсах медицинского учреждения

8. МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ НЕОБХОДИМА ДЛЯ

- а) определения потребности населения в медицинской помощи и ее планировании
- б) бюрократизации здравоохранения
- в) определения потребностей медицинского учреждения
- г) ведения финансово-коммерческой деятельности медицинского учреждения
- д) администрирования и контроля исполнения поручений

9. ДАННЫЕ РЕБЕНКА В ПРИЕМНОМ ОТДЕЛЕНИИ ВНОСЯТСЯ В

- а) «Журнал учета приема больных»
- б) «Журнал учета проведенных процедур»
- в) «Журнал учета консультаций»
- г) «Журнал учета госпитализированных больных»
- д) «Журнал учета направленных на госпитализацию больных»

10. ИНФОРМАЦИЯ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ ПРЕДОСТАВЛЯЕТСЯ ГРАЖДАНИНУ

- а) только по его желанию
- б) на усмотрение врача
- в) с согласия родственников

г) с разрешения администрации

д) в любом случае

11. КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ С УКАЗАНИЕМ НОЗОЛОГИИ, ЭТИОЛОГИИ, ТИПА И ТЯЖЕСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЫСТАВЛЯЕТСЯ НЕ ПОЗДНЕЕ ____ СУТОК С МОМЕНТА ПОСТУПЛЕНИЯ

а) 1

б) 2

в) 3

г) 7

д) 10

12. ТЕРАПИЯ, НЕВХОДЯЩАЯ В СТАНДАРТЫ ЛЕЧЕНИЯ, НАЗНАЧАЕТСЯ

а) лечащим врачом

б) сотрудником кафедры

в) приглашенным специалистом

г) консилиумом врачей

д) дежурным врачом

13. ЭТАПНЫЙ ЭПИКРИЗ ПИШЕТСЯ ЛЕЧАЩИМ ВРАЧОМ РЕБЕНКА 1 РАЗ В ____ ДНЕЙ

а) 5

б) 7

в) 10

г) 14

д) 20

14. ОБЕСПЕЧИВАЮТСЯ ПИТАНИЕМ ЛИЦА, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫЕ С РЕБЕНКОМ В ВОЗРАСТЕ ДО

а) 1 года

б) 2 лет

в) 3 лет

г) 5 лет

д) 7 лет

15. В ДОМЕ РЕБЕНКА ОБЩЕГО ТИПА ВОСПИТЫВАЮТСЯ ДЕТИ В ВОЗРАСТЕ ДО

а) 1 года

б) 2 лет

в) 3 лет

г) 4 лет

д) 5 лет

16. ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ СВЕДЕНИЙ, СОСТАВЛЯЮЩИХ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ, БЕЗ СОГЛАСИЯ РЕБЕНКА ИЛИ ЕГО ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ДОПУСКАЕТСЯ В СЛУЧАЕ

а) запроса органов образования

б) распространения инфекционных заболеваний

в) запроса представителя прессы

г) запроса организации по защите прав потребителя

д) запроса администрации по месту работы родителей

17. ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ЧЕЛОВЕКА ДЛЯ ЛЮБОГО МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

- а) обязательно
- б) желательно
- в) необязательно
- г) допускается
- д) запрещается

18. ДЛЯ ЛЮБОГО МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ТРЕБУЕТСЯ СОГЛАСИЕ

- а) только самого пациента
- б) пациента и консилиума врачей
- в) только родственников
- г) пациента или родственников
- д) пациента, родственников или врача

19. КОГДА СОСТОЯНИЕ ГРАЖДАНИНА НЕ ПОЗВОЛЯЕТ ВЫРАЗИТЬ СВОЮ ВОЛЮ НА НЕОТЛОЖНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ И НАБЛЮДЕНИЕ, РЕШЕНИЕ В ЕГО ИНТЕРЕСАХ ПРИНИМАЕТ

- а) близкий родственник
- б) родственник или друзья
- в) консилиум или дежурный (лечащий) врач
- г) любой сопровождающий
- д) представитель гражданина

20. МЕДИЦИНСКОМУ ПЕРСОНАЛУ ОСУЩЕСТВЛЯТЬ ЭВТАНАЗИЮ

- а) разрешается по просьбе больного
- б) допускается в исключительных случаях
- в) запрещается законом
- г) рекомендуется
- д) поощряется

21. ОТКАЗ ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА С УКАЗАНИЕМ ВОЗМОЖНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ ОФОРМЛЯЕТСЯ В МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ С ПОДПИСЬЮ

- а) медицинского работника и гражданина или его представителя
- б) родственника
- в) любого сопровождающего
- г) главного врача
- д) полицейского

22. НЕОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БЕЗ УВАЖИТЕЛЬНОЙ ПРИЧИНЫ ПАЦИЕНТУ, НУЖДАЮЩЕМУСЯ В НЕЙ, ЭТО

- а) преступление
- б) должностной подлог
- в) злоупотребление
- г) забывчивость
- д) невнимательность

10. Ответы к тестовым заданиям

1-б	6-г	11-в	16-б	21-а
2-б	7-б	12-г	17-а	22-а
3-г	8-а	13-в	18-а	
4-а	9-а	14-г	19-в	
5-г	10-а	15-б	20-в	

11. Список нормативных актов:

1. Конституция Российской Федерации (принята 12.12.1993г)
2. Гражданский кодекс Российской Федерации (ФЗ от 30.11.1994 № 51-ФЗ, от 26.01.1996 N 14-ФЗ, от 18.12.2006 N 230-ФЗ)
3. Семейный кодекс Российской Федерации (ФЗ от 29.12.1995 № 223-ФЗ)
4. Уголовный кодекс Российской Федерации (ФЗ от 13.06.1996 №63-ФЗ)
5. Федеральный закон от 08.01.1998г. №3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» в редакции федеральных законов от 25.07.2002г. №116-ФЗ, от 10.01.2003г. №15-ФЗ, от 30.06.2003г. № 86-ФЗ, от 01.12.2004г. №146-ФЗ, от 09.05.2005г. №45-ФЗ.
6. Федеральный закон от 24 ноября 2010 года №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании граждан в Российской Федерации».
7. Федеральный закон от 04 мая 2011 года №99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»
8. Федеральный закон от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
9. Постановление Правительства РФ от 16.04.2012 №291 "О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")"(вместе с "Положением о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")").
10. ГОСТ Р 52636-2006 «Электронная история болезни»

11. ОСТ Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении 91500.01.0005-2001 (утвержден приказом Минздрава России 22.01.2001г. № 12)
12. Приказ Министерства здравоохранения СССР от 19.11.1986 года № 1525 «Об утверждении «Положения о доме ребенка» и «Инструкции о порядке приема детей в дом ребенка и выписке из него».
13. Приказ Министерства здравоохранения СССР от 05.07.1988г. №528 «О мерах по дальнейшему улучшению охраны здоровья населения и укреплению материально-технической базы здравоохранения»
14. «Инструкция о порядке учета больных, находящихся на лечении в дневных стационарах поликлиник, стационарах на дому и стационарах дневного пребывания в больницах» (утверждена «Союзмедстатистикой» 08.04.1988 № 27-14/4-88 и согласована с Минздравом СССР).
15. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 28.09.1993 № 227 «О совершенствовании системы организации медицинской помощи воспитанникам домов ребенка РФ»
16. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 09.12.1999 № 438 «Об организации деятельности дневных стационаров в лечебно-профилактических учреждениях»
17. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.07.2000г. № 286 «Об утверждении «Медицинской карты ребенка, воспитывающегося в доме ребенка».
18. Приказ Минздрава России от 15.02.2013 N 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» (вместе с "Порядком проведения диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации").

19. Приказ Министерства Здравоохранения и социального развития РФ от 29.06.2011г. № 624-н «Об утверждении порядка выдачи листов нетрудоспособности»
20. Приказ Комитета здравоохранения и ЦГСЭН г. Москвы от 09.02.1999г. №59/19 «О мерах повышения эффективности организации борьбы с чесоткой в г. Москве».
21. Приказ Комитета здравоохранения и ЦГСЭН г. Москвы от 27.04.1999г. №199/62 «Об усилении мероприятий по профилактике сыпного тифа и борьбы с педикулезом».
22. Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 25.05.2004г. № 257 «О порядке приобретения, перевозки, хранения, учета, отпуска, использования и уничтожения наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список II, и психотропных веществ, внесенных в список III, в соответствии с Федеральным законом «О наркотических средствах и психотропных веществах» в ЛПУ Департамента здравоохранения города Москвы».
23. Приказ Минздравсоцразвития России от 23.01.2007 №56 «Об утверждении примерного порядка организации деятельности и структуры детской поликлиники».
24. Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 12.04.2011 №315 "О массовом обследовании новорожденных детей на наследственные заболевания"(вместе с "Положением о проведении массового обследования новорожденных детей на наследственные заболевания", "Инструкцией по забору образцов крови при проведении массового обследования новорожденных детей на наследственные заболевания").
25. Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 18.10.2010 № 1850 «Об обеспечении мероприятий по предупреждению заноса и

распространения инфекционных (паразитарных) болезней, требующих проведения мероприятий по санитарной охране территории города Москвы»

26. Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 27.05.2011 г. № 470 «О представлении внеочередных донесений с чрезвычайных ситуациях в области общественного здравоохранения санитарно-эпидемиологического характера»

27. Письмо Департамента здравоохранения г. Москвы от 18.04.2007 №41-18-1057.

28. Информационное письмо Департамента здравоохранения г. Москвы от 04.10.2010 N 12-18-15782.

29. "МУ 2.6.1.2944-11. 2.6.1. Ионизирующее излучение, радиационная безопасность. Контроль эффективных доз облучения пациентов при проведении медицинских

12. ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение №1

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ.

(Наименование ЛПУ)

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ И ОБЯЗАТЕЛЬСТВА ПАЦИЕНТА
И ЕГО ЗАКОННЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ

Я, _____
(ФИО)
законный представитель находящегося на лечении _____ в
отделении _____
ребенка _____
(наименование ЛПУ)
(ФИО, дата рождения)

ОБЯЗУЮСЬ сообщать достоверные сведения о всех проблемах, связанных с состоянием здоровья своего и своего ребенка: острых простудных заболеваниях (ОРВИ), желудочно-кишечных расстройствах (рвота, понос), аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости препаратов, кожных высыпаниях и др. Я обязуюсь сообщать лечащему врачу о любом ухудшении самочувствия моего или моего ребенка и согласовывать с ним применение не назначенных в _____ препаратов.

(наименование ЛПУ)
Я ОЗНАКОМЛЕН(А) с намеченным ребенку общим планом обследования и лечения и даю согласие на все виды лечения в соответствии с требованиями московских стандартов медицинской помощи детскому населению.

Мне лично БЫЛИ РАЗЪЯСНЕНЫ цель, характер, ход и объем планируемого обследования, а также способы его проведения.

Я ОЗНАКОМЛЕН(А) с планом предполагаемого медикаментозного лечения и действием лекарственных препаратов, с возможными изменениями медикаментозной терапии в случае непереносимости тех или иных лекарственных препаратов, изменением состояния здоровья, требующего изменения тактики лечения, а также применением лекарственных препаратов и

других методов лечения, которые могут быть назначены врачами-консультантами по согласованию с лечащим врачом пациента.

Я УПОЛНОМОЧИВАЮ врачей выполнить пациенту любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций.

Я ИЗВЕЩЕН(А), что несоблюдение рекомендаций лечащего врача, режима приема препаратов, бесконтрольное самолечение могут осложнить течение заболевания и негативно сказаться на здоровье ребенка.

Я ИЗВЕЩЕН(А) о вероятном течении заболевания. Со мной обсуждены последствия отказа от обследования и лечения.

Я ИНФОРМИРОВАН(А), что в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и ст. 77 Семейного кодекса Российской Федерации, администрация больницы имеет право обратиться в суд для защиты интересов несовершеннолетнего ребенка в случае, если мой отказ от лечения приведет к ухудшению здоровья ребенка.

Мне была ПРЕДОСТАВЛЕНА ВОЗМОЖНОСТЬ задавать любые вопросы в связи с состоянием моего ребенка, и я получил(а) исчерпывающие и понятные мне ответы на них. Я имел(а) достаточно времени на принятие решения о согласии на предложенное ребенку обследование и лечение.

Я ИНФОРМИРОВАН(А) о том, что необходимо соблюдать правила внутреннего распорядка больницы, противоэпидемический режим.

Я ИНФОРМИРОВАН(А), что курение в лечебно-профилактических учреждениях запрещено и влечет за собой запрет для родственников (матери) ребенка участвовать в уходе за ребенком и к выписке из стационара.

ДАЮ СОГЛАСИЕ НА ОБСЛЕДОВАНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ В

(наименование ЛПУ)

Особые замечания

Законный представитель ребенка

(подпись, реквизиты документов, подтверждающих право представлять интересы пациента)

Особые замечания врача

Подпись принимающего врача (отделения, приемного покоя, отделения реанимации)

« » 20 г., час мин

(расшифровка подписи)

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ.

(Наименование ЛПУ)

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА ИЛИ ЕГО ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ
НА ЛЕЧЕБНУЮ (ДИАГНОСТИЧЕСКУЮ) МАНИПУЛЯЦИЮ (ПРОЦЕДУРУ)

Я, _____
(ФИО)
законный представитель находящегося на лечении в _____
ребенка _____

уполномочиваю врачей _____

(Фамилии, Имена, Отчества)

выполнить ребенку манипуляцию (процедуру): установка катетера в периферические и центральные сосуды, различные виды диагностических пункций полостей и органов (стеральная, плевральная, лумбальная, суставная, др), лучевые методы диагностики с использованием рентген-контрастных веществ, переливание крови, ее компонентов и кровезаменителей, велоэргометрия, плазмаферез (нужное подчеркнуть).

Мне разъяснены и понятны суть заболевания пациента и опасности, связанные с дальнейшим развитием этого заболевания. Я понимаю необходимость проведения указанной манипуляции (процедуры).

Мне полностью ясно, что во время указанной манипуляции (процедуры) или во время нее могут развиваться осложнения: _____

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ.

(Наименование ЛПУ)

ОТКАЗ ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

На основании статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» я, _____

(фамилия, имя, отчество, реквизиты документа, подтверждающего право представлять пациента)

законный представитель ребенка _____

(фамилия, имя, отчество)

ОТКАЗЫВАЮСЬ от предложенного ребенку медицинского вмешательства:

(название медицинского вмешательства)

МНЕ РАЗЪЯСНЕНЫ возможные последствия отказа (прекращения лечения), а именно: _____

Я, законный представитель ребенка, не буду иметь каких-либо претензий к лечебно-профилактическому учреждению в случае развития негативных последствий вследствие моего решения.

_____, что может потребовать дополнительных вмешательств (лечения).

Я уполномочиваю врачей выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций.

Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на операцию мной прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

Законный представитель ребенка _____

(подпись, реквизиты документов, подтверждающих право представлять интересы пациента)

(подписи лечащего врача, оперирующего врача, анестезиолога, ФИО, даты)

Я ИНФОРМИРОВАН(А), что в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и ст. 77 Семейного кодекса Российской Федерации администрация больницы имеет право обратиться в суд для защиты интересов несовершеннолетнего ребенка в случае, если мой отказ приведет к ухудшению здоровья ребенка.

Законный представитель ребенка _____

(подпись, ФИО, дата)

Лечащий врач _____

(подпись, ФИО, дата)

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ.

(Наименование ЛПУ)

ОТКАЗ ОТ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ.

Я, _____

законный представитель ребенка _____

(ФИО, реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы больного)

ОТКАЗЫВАЮСЬ от предложенной ребенку госпитализации.

О заболевании ребенка и возможных осложнениях его течения ИНФОРМИРОВАН(А),
рекомендации по лечению ПОЛУЧИЛ(А).

Я, законный представитель ребенка, не буду иметь каких-либо претензий к

(наименование ЛПУ)

в случае развития негативных последствий вследствие моего решения.

Я информирован(а), что в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и ст. 77 Семейного кодекса Российской Федерации администрация больницы имеет право обратиться в суд для защиты интересов несовершеннолетнего ребенка в случае ухудшения его здоровья, связанного с отказом от госпитализации.

Законный представитель ребенка _____

(подпись, фамилия, дата)

Врач _____

(подпись, фамилия, дата)

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ.

(Наименование ЛПУ)

РЕШЕНИЕ О ПРОВЕДЕНИИ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА
(ОПЕРАЦИИ) БЕЗ СОГЛАСИЯ БОЛЬНОГО ИЛИ ЕГО ЗАКОННЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ

В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» принято решение о необходимости неотложного медицинского вмешательства (операции) без согласия несовершеннолетнего ребенка или его законных представителей в интересах ребенка.

Основания:

1. наличие экстренных показаний для устранения угрозы жизни ребенка
2. отсутствие законного представителя больного, не достигшего 15-летнего возраста
3. состояние больного, не позволяющее ему выразить свою волю:

Подписи членов консилиума или дежурного (лечащего) врача:

Ознакомлен: лечащий врач _____
(подпись, фамилия, имя, отчество, дата)

Ознакомлен: заместитель главного врача _____
(подпись, фамилия, имя, отчество, дата)

Ознакомлен: законный представитель больного _____
(подпись, фамилия, имя, отчество, реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы больного, дата)

Главному врачу _____

ЗАЯВЛЕНИЕ.

На основании статьи 67 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», пункта 1 статьи 5 Федерального закона от 12.01.1996г. №8 «О погребении и похоронном деле» Я, _____

(ФИО, паспортные данные, подтверждающие право представлять интересы умершего)

Супруг, близкий родственник, законный представитель умершего, лицо, взявшее на себя обязанности погребения (нужное подчеркнуть), отказываюсь от проведения патологоанатомического вскрытия умершего _____

(место смерти и дата)

(ФИО и возраст умершего)

по религиозным мотивам либо согласно волеизъявлению умершего, сделанном им при жизни (нужное подчеркнуть)

Я информирован о невозможности отказа от вскрытия в случаях:

- 1) подозрения на насильственную смерть;
- 2) невозможности установления заключительного клинического диагноза заболевания, приведшего к смерти, и (или) непосредственной причины смерти;
- 3) оказания умершему пациенту медицинской организацией медицинской помощи в стационарных условиях менее одних суток;

4) подозрения на передозировку или непереносимость лекарственных препаратов или диагностических препаратов;

5) смерти, а) связанной с проведением профилактических, диагностических, инструментальных, анестезиологических, реанимационных, лечебных мероприятий, во время или после операции переливания крови и (или) ее компонентов; б) от инфекционного заболевания или при подозрении на него; в) от онкологического заболевания при отсутствии гистологической верификации опухоли; г) от заболевания, связанного с последствиями экологической катастрофы; д) беременных, рожениц, родильниц (включая последний день послеродового периода) и детей в возрасте до двадцати восьми дней жизни включительно;

б) рождения мертвого ребенка;

7) необходимости судебно-медицинского исследования.

Я информирован о невозможности проведения экспертного анализа в случае сомнений в качестве медицинской помощи при отсутствии патологоанатомического вскрытия.

Я не имею претензий к медицинскому персоналу _____

(наименование ЛПУ)

по поводу качества диагностики и лечения.

« ____ » _____ 20 ____ г.

(подпись заявителя, ФИО, дата)

« ____ » _____ 200 ____ г.

(подпись, ФИО должностного лица ЛПУ, дата)

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ.

(Наименование ЛПУ)

ОТКАЗ ОТ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ.

Я, _____

законный представитель ребенка _____

(ФИО, реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы больного)

На основании статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» ОТКАЗЫВАЮСЬ от стационарного лечения ребенка в _____

(Наименование ЛПУ)

Я ИНФОРМИРОВАН(А) о заболевании ребенка и возможных осложнениях его течения.

Я ПОНИМАЮ необходимость стационарного обследования и лечения моего ребенка.

« ____ » _____ 20 ____ г. _____

(Дата, ФИО, подпись)

Мне в ДОСТУПНОЙ ФОРМЕ разъяснены возможные негативные последствия отказа от стационарного лечения: _____

« ____ » _____ 20 ____ г. _____

(Дата, ФИО, подпись)

МНЕ РАЗЪЯСНЕНО, что в соответствии со статьей 77 Семейного кодекса РФ, органы опеки и попечительства могут при угрозе жизни ребенка отобрать его у законных представителей, действуя в интересах ребенка.

«__» 20__ г. _____

(Дата, ФИО, подпись)

Я ИНФОРМИРОВАН(А), что в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» администрация больницы имеет право обратиться в суд для защиты интересов несовершеннолетнего ребенка в случае ухудшения его здоровья, связанного с отказом от стационарного лечения.

«__» 20__ г. _____

(Дата, ФИО, подпись)

Рекомендации по дальнейшему обследованию и лечению ребенка ПОЛУЧИЛ(А), ПРОЧИТАЛ(А), они мне ПОНЯТНЫ.

«__» 20__ г. _____

(Дата, ФИО, подпись)

Я, законный представитель ребенка, не буду иметь каких-либо претензий к

(Наименование ЛПУ)

в случае развития негативных последствий вследствие моего решения. Претензий по организации обследования и лечения ребенка в

_____ не имею.

(Наименование ЛПУ)

Законный представитель ребенка _____

(подпись, фамилия, дата)

Врач _____

(подпись, фамилия, дата)

Главный врач ЛПУ _____

(подпись, фамилия, дата)

Приложение к приказу Минздрава России от 09.12.1999 г. N 438

ПОЛОЖЕНИЕ

ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА В ЛЕЧЕБНО - ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

1. Общие положения

1.1. Дневной стационар является структурным подразделением лечебно - профилактического учреждения, в том числе амбулаторно - поликлинических, больничных учреждений, клиник медицинских научно - исследовательских и образовательных учреждений и предназначен для проведения профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения, с применением современных медицинских технологий в соответствии со стандартами и протоколами ведения больных.

1.2. В своей деятельности дневной стационар лечебно - профилактического учреждения руководствуется законодательством Российской Федерации, нормативными правовыми актами Минздрава России, органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации и настоящим Положением.

1.3. Коечная мощность и профиль дневного стационара определяются руководителем лечебно - профилактического учреждения, в составе которого он создан, по согласованию с соответствующим органом управления здравоохранением, с учетом имеющейся инфраструктуры здравоохранения, а также заболеваемости населения.

В соответствии с профилем, койки дневного пребывания являются структурной частью коечного фонда отделения (палаты).

Мощность стационара определяется числом коек круглосуточного и дневного пребывания.

Учет коек дневного пребывания в больничных учреждениях и движение больных осуществляется в установленном порядке.

1.4. Дневной стационар может являться клинической базой медицинских образовательных и научно - исследовательских учреждений.

1.5. Порядок направления и госпитализации в дневной стационар, условия выписки или перевода в лечебно - профилактическое учреждение утверждаются руководителем лечебно - профилактического учреждения.

1.6. Режим работы дневного стационара определяется руководителем лечебно - профилактического учреждения с учетом объемов проводимых медицинских мероприятий, как правило, в 2 смены.

1.7. Медицинская и лекарственная помощь населению в условиях дневного стационара оказывается в рамках территориальной программы государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью, а также на условиях добровольного медицинского страхования или платных медицинских услуг в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

1.8. Вопрос по обеспечению питанием больных в дневном стационаре решается органами управления здравоохранением субъектов Российской Федерации самостоятельно.

1.9. В дневном стационаре ведется установленная учетно - отчетная медицинская документация.

1.10. Контроль за деятельностью дневного стационара осуществляет руководитель лечебно - профилактического учреждения и (или) заместитель по медицинской части и клиничко - экспертная комиссия лечебно - профилактического учреждения.

1.11. Организация и ликвидация дневного стационара осуществляется по решению руководителя лечебно - профилактического учреждения по согласованию с соответствующим органом управления здравоохранением.

2. Цель и функции

2.1. Целью работы дневного стационара является совершенствование организации и повышение качества оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, а также повышение экономической эффективности деятельности лечебно - профилактических учреждений на основе внедрения и широкого использования современных ресурсосберегающих медицинских технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации.

2.2. В соответствии с этой целью дневной стационар осуществляет следующие функции:

2.2.3. Проведение комплексных профилактических и оздоровительных мероприятий лицам из групп риска повышенной заболеваемости, в т.ч. профессиональной, а также длительно и часто болеющим.

2.2.4. Проведение сложных и комплексных диагностических исследований, и лечебных процедур, связанных с необходимостью специальной подготовки больных и краткосрочного медицинского наблюдения после проведения указанных лечебных и диагностических мероприятий.

2.2.5. Подбор адекватной терапии больным с впервые установленным диагнозом заболевания или хроническим больным при изменении степени тяжести заболевания.

2.2.6. Проведение комплексного курсового лечения с применением современных медицинских технологий больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения.

2.2.7. Осуществление реабилитационного и оздоровительного комплексного курсового лечения больных и инвалидов, беременных женщин.

2.2.8. Проведение экспертизы состояния здоровья, степени утраты трудоспособности граждан и решение вопроса о направлении на медико-социальную экспертизу.

3. Структура и штаты

3.1. В структуру дневного стационара могут включаться:

- палаты, оснащенные необходимым оборудованием и инвентарем;
- процедурный кабинет;
- хирургический кабинет с малой операционной,

- комната для пребывания медицинского персонала;

- комната для приема пищи больными;

- иные кабинеты по решению руководства лечебно - профилактического учреждения.

Для осуществления функций дневного стационара могут быть использованы диагностические, лечебные, реабилитационные и другие подразделения лечебно - профилактического учреждения, в структуре которого он создан.

3.2. В дневных стационарах ведение больных осуществляется лечащим врачом (участковым терапевтом, педиатром, акушером - гинекологом, врачом общей практики и другими врачами - специалистами). При необходимости привлекаются соответствующие врачи - консультанты. Штатная численность и нормы нагрузки медицинского персонала лечебно - профилактических учреждений устанавливаются с учетом наличия в данном учреждении дневного стационара.

3.3. В дневных стационарах вводится должность старшей медицинской сестры, должности медицинских сестер палатных из расчета 1 должность на 15 мест.

Должности санитарок палатных или младших медицинских сестер по уходу за больными устанавливаются соответственно должностям медицинских сестер.

3.4. В штаты лечебно - профилактического учреждения, имеющего в своем составе дневной стационар, в связи с увеличением объема работы диагностических, лечебных, реабилитационных и других подразделений, могут быть дополнительно введены должности врачей и среднего медицинского персонала.

4. Финансирование

Финансирование дневного стационара осуществляется за счет средств бюджета соответствующего уровня, выделяемых лечебно - профилактическому учреждению, а также из средств обязательного медицинского страхования и иных источников в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Тираж 100 экз.
Формат 148 x 210
Подписано в печать 01.09.2018 г.
Отпечатано в типографии г. Москвы

ПАМЯТКА

студенту, обучающемуся по специальности высшего профессионального образования «Педиатрия» о прохождении учебной практики

Практика по получению первичных профессиональных умений и навыков «Педиатрическая»

Практика проводится на базе педиатрических отделений (гастроэнтерология, нефрология, кардиология, патология детей раннего возраста, боксированное отделение и инфекционных отделений) многопрофильной детской клинической больницы под руководством заведующих отделениями, врачей отделения, ответственных за практику преподавателей кафедры. Практиканты участвуют в утренних общепольничных пятиминутках, клинических разборах, обходах в отделениях, обходах вместе с лечащими врачами, ведут дневник курации больного. Оформляется студенческая история болезни, которая к завершению практики защищается студентом в виде доклада больного.

Продолжительность практики – 72 аудиторных часа.

Студенты проходят практику по 6 часов в день согласно составленному утвержденному графику.

Не допускается: работа в форме суточных дежурств, а также сокращение продолжительности практики за счет увеличения продолжительности рабочего дня.

Руководство практикой осуществляют преподаватели кафедр Университета, утвержденные приказом Университета, и руководители практики от организации, утвержденные в установленном порядке.

С момента выхода студента в период практики на рабочие места на него распространяются правила охраны труда, техники безопасности и правила внутреннего распорядка, действующие в организации. Данные о прохождении соответствующих инструктажей оформляются в организации в установленном порядке и отражаются на титульном листе отчета по практике.

Цель учебной практики «Педиатрической»: освоение и совершенствование знаний, умений и навыков, полученных на различных этапах обучения в университете по уходу за больными, по диагностике, лечению и оказанию экстренной и плановой медицинской помощи в объеме, необходимом для помощника врача-педиатра.

По окончании практики студенты представляют руководителю практики от Университета заполненный отчет, заверенный руководителем практики от организации.

Практика завершается итоговым контролем в виде экзамена. Экзамен по практике проводится преподавателями кафедры, состоит из оценки практических навыков, оценки выполненной и доложенной истории болезни, на основании отчета студента по контролирующим материалам, утвержденным в установленном порядке, с выставлением дифференцированной оценки («отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно»).

федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова
Министерство здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)

ОТЧЕТ ПО УЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ «ПЕДИАТРИЧЕСКАЯ»

по специальности высшего профессионального образования «Педиатрия»

Ф.И.О. студента _____

Факультет КИДЗ им. Н.Ф. Филатова Курс _____ Группа _____

Место прохождения производственной практики
ГБУЗ «Детская городская клиническая больница имени Г. Н. Сперанского ДЗМ
(полное наименование организации)

с _____ по _____

С правилами охраны труда, техники безопасности и правилами внутреннего распорядка, действующими в организации, ознакомлен, инструктаж прошел

подпись _____ фамилия, и.о.

Руководитель практики от организации

профессор _____ Корсунский А.А.
должность _____ подпись _____ фамилия, и.о.

Руководитель практики от Университета

доцент _____ Иванова Ю.В.
должность _____ подпись _____ фамилия, и.о.

Москва-202X

Наименование манипуляций	мин. кол-во манипу- ляций	Дата/количество												Всего
Сбор анамнеза, осмотр больного с заполнением разделов истории болезни «анамнез», «данные осмотра больного» в педиатрическом стационаре	8													
Оценка физического развития ребенка	8													
Оценка нервно-психического развития ребенка	8													
Составление плана обследования и лечения больного в педиатрическом стационаре	8													
Оценка выявленных при обследовании пациента патологических изменений и формулировка предварительного диагноза	8													
Оценка данных лабораторных исследований	15													
Оценка данных рентгенологических исследований	5													
Участие в проведении ЭКГ	3													
Участие и оценка данных УЗ исследование органов	3													
Участие и оценка данных ЭхоКГ	2													
Измерение АД и оценка результатов	1													
Участие и оценка результатов эндоскопических исследований: <u>гастродуоденоскопии</u>	1													
Сформулировать и обосновать развернутый клинический диагноз заболевания с указанием основного заболевания осложнений, фоновых и сопутствующих заболеваний	5													
Выбрать, назначить и обосновать схему лечения заболевания, прогнозировать его течение	5													
Выбрать, назначить и обосновать мероприятия для профилактики рецидивов и/или осложнений заболевания	5													

Подпись заведующего отделением

Подпись руководителя практики _____

Подпись главврача подразделения _____

Первичный осмотр

Ребенок (мальчик/девочка Х.) ____ лет, поступил/а в _____ отделение

Жалобы на _____

Из анамнеза заболевания известно, что ребенок заболел _____

Из анамнеза жизни известно, что ребенок родился от ____ беременности, ____ по счету, предыдущие беременности _____. Настоящая беременность протекала на фоне _____. Роды _____. Закричал _____ оценка по шкале Апгар _____. Вес и рост при рождении _____. Динамика физического развития _____. Приложен к груди на _____. Вскармливание _____. Период новорожденности протекал _____. Перенесенные заболевания _____. Наблюдения у специалистов _____. Профилактические прививки _____. Аллергоанамнез _____. Эпидемиологический анамнез _____. Наследственный анамнез _____.

Status praesens

____.____.____ г
T=____ °C
ЧСС=____'
ЧД=____'
АД=____ mmHg
SaO2=____%
Вес____ кг
Рост____ см

Состояние ребенка _____ тяжести, за счет _____.

Жалобы _____.

Сознание _____. Appetit _____. Кожные покровы _____,

сыпь: _____, влажность: _____. Подкожно-жировая клетчатка развита

_____, распределена _____. Тургор мягких тканей

_____. отеков _____. Периферические лимфатические узлы

пальпируются _____ см, _____ консистенции, _____.

Склеры _____, слизистые _____. Зев _____. Миндалины _____, налеты: _____. Язык

_____. Костно-мышечная система _____. Движения в суставах в

_____. Носовое дыхание _____. Одышка: _____. Кашель: _____. Перкуторно

звук над областью легких _____. Аускультативно дыхание _____, хрипы _____.

Область сердца _____, границы относительной сердечной тупости _____. Аускультативно тоны

сердца _____, ритм _____. Пульс _____. Живот _____ формы, _____.

Пальпаторно _____. Печень + ____ см, + ____ см, ____ /3, край _____. Селезенка

_____. Стул _____. Мочеиспускание _____. Наружные половые органы сформированы

правильно по _____. Психо-эмоциональное развитие _____. Менингеальные симптомы:

_____. Очаговые симптомы: _____.

Обоснование предварительного диагноза: учитывая жалобы (_____), данные анамнеза (_____), осмотра (_____), можно поставить предварительный диагноз: _____.

План лечения:

1. _____

2. _____

План обследования:

1. _____

2. _____