

**МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение
высшего образования

«Воронежский государственный технический университет»

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ

для практических занятий

по «УП.02.01 Ведение медицинской документации, организация
деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала»

для студентов специальности 34.02.01 Сестринское дело

строительно-политехнического колледжа

Методические указания обсуждены на заседании методического совета
СПК

20.01.2023 года Протокол №5

Председатель методического совета СПК  Сергеева С. И.

Методические указания одобрены на заседании педагогического совета
СПК

27.01.2023 года Протокол №5

Председатель педагогического совета СПК  Дегтев Д. Н.

2023

УП 02.01 Учебная практика. Ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала

Планирование и организация практики на всех ее этапах обеспечивают: последовательное расширение круга формируемых у обучающихся умений, навыков, практического опыта и их усложнение по мере перехода от одного этапа практики к другому; целостность подготовки специалистов к выполнению основных трудовых функций; связь практики с теоретическим обучением.

Содержание всех этапов практики определяется требованиями к умениям и практическому опыту по каждому из профессиональных модулей ППССЗ СПО в соответствии с ФГОС СПО, программами практики.

Содержание всех этапов практики обеспечивает обоснованную последовательность формирования у обучающихся системы умений, целостной профессиональной деятельности и практического опыта в соответствии с требованиями ФГОС СПО.

Практика имеет целью комплексное освоение обучающимися всех видов профессиональной деятельности по специальности (профессии) среднего профессионального образования, формирование общих и профессиональных компетенций, а также приобретение необходимых умений и опыта практической работы по специальности (профессии).

Цель и задачи практики

Целью учебной практики является: формирование у обучающихся умений, приобретение первоначального практического опыта в рамках профессионального модуля ПМ 02 Ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала по основным видам профессиональной деятельности(24232 «Младшая медицинская сестра по уходу за больными») для последующего освоения ими общих и профессиональных компетенций по избранной специальности.

Задачами практики являются: сформировать, закрепить, развить практические навыки и компетенции в процессе выполнения определенных видов работ, связанных с выполнением работ по одной или нескольким профессиям рабочих, должностям служащих (24232 «Младшая медицинская сестра по уходу за больными»)

**Планируемые результаты обучения при прохождении практики.
Профессиональные компетенции:**

Вид деятельности	Код и наименование компетенции	Требования к умениям и практическому опыту
Заполнять медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа	ПК 2.1	Практический опыт -пользования ПК; пользования ПУ. Умения-обрабатывать электронную документацию.
Использовать в работе медицинские информационные системы и информационно-телекоммуникационную сеть "Интернет"	ПК 2.2	Практический опыт -пользования ПК; пользования ПУ. Умения-обрабатывать электронную документацию.
Контролировать выполнение должностных обязанностей находящимся в распоряжении медицинским персоналом	ПК 2.3	Практический опыт -пользования ПК; пользования ПУ. Умения-обрабатывать электронную документацию.

Общие компетенции

Наименование компетенции	Требования к умениям
ОК 1 Выбирать способы решения задач профессиональной деятельности применительно к различным контекстам	- умение решать поставленные задачи в рамках профессиональной деятельности
ОК 2 Использовать современные средства поиска, анализа и интерпретации информации и информационные технологии для выполнения задач профессиональной деятельности	- нахождение и использование информации для эффективного выполнения профессиональных задач,

	профессионального и личностного развития.
ОК 3 Планировать и реализовывать собственное профессиональное и личностное развитие, предпринимательскую деятельность в профессиональной сфере, использовать знания по финансовой грамотности в различных жизненных ситуациях	- умение применять знания в предпринимательской деятельности в профессиональной сфере и жизни.
ОК 4 Эффективно взаимодействовать и работать в коллективе и команде	- демонстрация навыков работы в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, пациентами и их окружением.
ОК 5 Осуществлять устную и письменную коммуникацию на государственном языке Российской Федерации с учетом особенностей социального и культурного контекста	- грамотное использование устной и письменной речи в коммуникациях
ОК 9 Пользоваться профессиональной документацией на государственном и иностранном языках.	- умение работать с профессиональной документацией на государственном и иностранном языках.

Тематический план и содержание учебной практики

Планируемые результаты	Виды работ
1	2
Освоение соответствующих ПК в ходе учебной практики УП 02.01 Учебная практика. Ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала	1. Заполнение медицинской документации, в том числе в форме электронного документа(ПК 2.1); 2. Использование в работе медицинских информационных системы и информационно телекоммуникационную сеть «Интернет»(ПК 2.2); 3. Работа с персональными данными пациентов, ввод информации в базу данных, обработка данных(ПК 2.3).

<p>Тема 1. Организационное занятие. Правила использования пакета прикладных программ и оболочек</p>	<p>Содержание занятия: Организационное собрание по практике. Цели и задачи практики. График прохождения практики. Инструктаж по ознакомлению с требованиями охраны труда, технике безопасности, по пожарной безопасности. Ознакомление с правилами внутреннего трудового распорядка.</p>
<p>Тема 2. Текстовые процессоры</p>	<p>Обработка информации средствами MS WORD. Основные функции и возможности текстового редактора. Настройка интерфейса. Создание и редактирование текстового документа. Настройка интервалов, абзацные отступы. Работа со списками.</p>
<p>Тема 3. Табличные процессоры</p>	<p>Обработка информации средствами MS EXCEL. Назначение электронных таблиц. Ввод данных в ячейки Ms Excel. Выполнение операции перемещение, копирование и заполнение ячеек. Автозаполнение. Создание и редактирование табличного документа. Работа с диаграммами: создание, редактирование, форматирование Ссылки. Встроенные функции. Статистические и логические функции. Вычисления в электронных таблицах</p>
<p>Тема 4.База данных. Медицинская информационная система</p>	<p>Обработка информации средствами MS ACCESS. Назначение Ms Access. Интерфейс и основные компоненты. Медицинские базы данных. Создание таблиц баз данных. Ввод данных и редактирование таблицы. Создание связей между таблицами. Работа с базами данных</p>
<p>Тема 5.Графические редакторы</p>	<p>Создание презентаций средствами MS POWERPOINT. Возможности технологии компьютерной презентации. Интерфейс приложения Ms PowerPoint. Общая схема создания презентации. Изменение презентации. Добавление фигур, схем, картинок и изображений на слайд. Объекты WordArt. Создание таблиц и</p>

	диаграмм.
Тема 6. Интернет	Работа с медицинскими ресурсами в Интернете. Технологии поиска медицинской информации в сети Интернет. Браузеры. Web-страницы: адреса, загрузка, переход по гиперссылке, сохранение информации в разных форматах. Знакомство со специализированными сайтами для медицинских сестёр.
Тема 7. Итоговое занятие	Содержание занятия: Итогом практики является дифференцированный зачет

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА

Наименование медицинской организации _____

Код формы по ОКУД _____

Код организации по ОКПО _____

Адрес _____

Медицинская документация

Учетная форма № 003/у

Утверждена приказом Минздрава России

от «__» _____ 20__ г. № ____

ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ, В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА № _____

1. Фамилия, имя, отчество _____
2. Пол: муж. – 1, жен. – 2 _____
3. Дата рождения: число _____ месяц _____ год _____
4. Место регистрации: субъект Российской Федерации _____
район _____ город _____ населенный пункт _____
улица _____ дом _____ квартира _____ тел. _____
5. Гражданство _____
6. Местность: городская – 1, сельская – 2 _____
7. Семейное положение: состоит в зарегистрированном браке – 1, не состоит в зарегистрированном браке – 2, неизвестно – 3. _____
8. Образование: *профессиональное*: высшее – 1, среднее – 2; *общее*: среднее – 3, основное – 4, начальное – 5; неизвестно – 6. _____
9. Занятость: работает – 1, проходит военную службу и приравненную к ней службу – 2, пенсионер(ка) – 3,
студент(ка) – 4, не работает – 5, прочие – 6; для детей: дошкольник - организован – 7, не организован - 8, школьник - 9 _____
10. Инвалидность (группа, дата установления) _____
11. Место работы _____
12. Должность _____
13. Полис ОМС: серия _____ № _____
14. СНИЛС _____
15. Наименование страховой медицинской организации _____
16. Код категории льготы _____ 16.1. Документ, подтверждающий льготу: серия _____ № _____
17. Дата и время поступления в медицинскую организацию: число _____ месяц _____ год _____ время _____
18. Поступил: в круглосуточный стационар - 1, в дневной стационар - 2 _____
19. Отделение _____
20. палата № _____
21. Наименование направившей медицинской организации _____
22. Диагноз направившей медицинской организации:
22.1. основное заболевание: _____ код по МКБ _____
22.2. осложнения основного заболевания: _____
22.3. конкурирующее заболевание _____
22.4. фоновое заболевание _____
22.5. сопутствующие заболевания _____
23. Опьянение (на момент поступления): алкогольное – 1, наркотическое – 2 токсическое – 3 _____
24. Диагноз клинический: _____ Дата установления: число _____ месяц _____ год _____ время _____
24.1. основное заболевание: _____ код по МКБ-10 _____
24.2. осложнения основного заболевания: _____
24.3. конкурирующее заболевание _____
24.4 фоновое заболевание _____
24.5. сопутствующие заболевания _____
- 24.6. внешняя причина при травмах (отравлениях) _____ код по МКБ-10 _____
25. Диагноз заключительный клинический:
25.1. основное заболевание: _____ код по МКБ-10 _____
25.2. осложнения основного заболевания: _____
25.3. конкурирующее заболевание _____
25.4 фоновое заболевание _____
25.5. сопутствующие заболевания _____
- 25.6. внешняя причина при травмах (отравлениях) _____ код по МКБ-10 _____

26. Осмотр на заразные кожные болезни: педикулез, чесотка, микроспория - выявлены: да – 1, нет – 2
 27. В анамнезе (год установления диагноза):
 27.1. Туберкулез _____ 27.2. Болезнь, вызванная ВИЧ _____ 27.3. Вирусные гепатиты _____
 28. Группа крови _____ 29. Резус-принадлежность _____
 30. Наличие гемотрансфузий в анамнезе (год, осложнения, реакции) _____
 31. Аллергические реакции на лекарственные препараты, пищевую аллергию или иные виды непереносимости в анамнезе (при отсутствии аллергии указать «нет») _____
 32. Направлен(а): медицинской организацией – 1, выездной бригадой скорой медицинской помощи – 2, полицией – 3, обратился самостоятельно – 4.
 33. Поступил(а) для оказания медицинской помощи в стационарных условиях в текущем году:
 32.1. по поводу данного заболевания: впервые – 1, повторно – 2;
 33.2. _____ раз.
 33.3. по экстренным показаниям: да – 1, нет – 2,
 33.4. через _____ часов после начала заболевания, получения травмы (отравления);
 33.5. в плановом порядке: да – 1, нет – 2
 34. Хирургические операции (манипуляции), методы обезболивания и послеоперационные осложнения:

Наименование операции и ее код	Дата, время	Метод обезболивания	Осложнения	ФИО проводивших операцию (манипуляцию) операционной бригады
1.				
2.				
3.				

35. Другие виды медицинской помощи, в том числе высокотехнологичная, паллиативная (указать) _____

36. Исход заболевания: выписан - с выздоровлением - 1, с улучшением - 2, без перемен - 3, с ухудшением - 4
 37. Умер(ла) в _____ отделении: число _____ месяц _____ год _____ время _____
 38. Умерла беременная: до 22 недель беременности, после 22 недель беременности, роженица, родильница (подчеркнуть);
 число _____ месяц _____ год _____ время _____
 39. Выписан(а): число _____ месяц _____ год _____ время _____
 40. Проведено койко-дней _____
 41. Лицо, подвергшееся радиационному облучению - 1; в том числе на Чернобыльской АЭС - 2
 42. Отметка о выдаче листка нетрудоспособности:
 № _____ с _____ по _____
 № _____ с _____ по _____
 № _____ с _____ по _____
 43. Листок нетрудоспособности по уходу за больным: ребенком – 1; взрослым – 2.
 44. Трудоспособность: восстановлена полностью – 1, снижена – 2, временно утрачена – 3, стойко утрачена в связи с данным заболеванием – 4, с другими причинами – 5 _____
 45. Дано направление на медико-социальную экспертизу (МСЭК): число _____ месяц _____ год _____
 46. Для поступивших на экспертизу – заключение _____

47. Информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства получено: число _____ месяц _____ год _____ время _____
 48. Дефекты догоспитального этапа: несвоевременность госпитализации - 1; недостаточный объем клинично-диагностического обследования - 2; неправильная тактика лечения - 3; несовпадение диагноза - 4; отсутствуют - 5.
 49. Особые отметки _____

ФИО лечащего врача _____ подпись _____

ФИО заведующего отделением _____ подпись _____

ПЕРВИЧНЫЙ ОСМОТР ВРАЧОМ ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ (ДЕЖУРНЫМ ВРАЧОМ)

«__» _____ 20__ г. ____ час. ____ мин.

Жалобы: _____

Анамнез заболевания _____

Анамнез жизни _____

Настоящее состояние пациента: _____

Обоснование необходимости оказания медицинской помощи в стационарных условиях с круглосуточным пребыванием (в условиях дневного стационара) _____

Обоснование предварительного диагноза _____

Предварительный диагноз:

Основное заболевание: _____ код по МКБ _____

Осложнения: _____

Сопутствующие заболевания: _____

Внешняя причина (при травмах и отравлениях): _____ код по МКБ _____

Назначения:

План обследования _____

План лечения _____

ФИО врача приемного отделения, дежурного врача _____

подпись _____

ОСМОТР ЛЕЧАЩИМ ВРАЧОМ

«__» _____ 20__ г. ____ час. ____ мин.

Жалобы: _____

Анамнез заболевания _____

Анамнез жизни _____

Настоящее состояние пациента: _____

Обоснование необходимости оказания медицинской помощи в стационарных условиях с круглосуточным пребыванием (в условиях дневного стационара) _____

Обоснование предварительного диагноза _____

Предварительный диагноз:
Основное заболевание: _____ код по МКБ _____

Осложнения: _____

Фоновое заболевание _____

Конкурирующее заболевание _____

Сопутствующие заболевания: _____

Внешняя причина (при травмах и отравлениях): _____ код по МКБ _____

Назначения:

План обследования _____

План лечения _____

ФИО лечащего врача _____ подпись _____

СОВМЕСТНЫЙ ОСМОТР ЗАВЕДУЮЩИМ ОТДЕЛЕНИЕМ И ЛЕЧАЩИМ ВРАЧОМ

«__» _____ 20__ г. ____ час. ____ мин.

Жалобы: _____

Анамнез заболевания _____

Анамнез жизни _____

Настоящее состояние пациента: _____

Обоснование необходимости оказания медицинской помощи в стационарных условиях с круглосуточным пребыванием (в условиях дневного стационара) _____

Обоснование предварительного диагноза _____

Предварительный диагноз:
Основное заболевание: _____ код по МКБ _____

Осложнения: _____

Фоновое заболевание _____

Конкурирующее заболевание _____

Сопутствующие заболевания: _____

Внешняя причина (при травмах и отравлениях): _____ код по МКБ _____

Назначения:

План обследования _____

План лечения _____

ФИО заведующего отделением _____ подпись _____

ФИО лечащего врача _____ подпись _____

ЛИСТ ВРАЧЕБНЫХ НАЗНАЧЕНИЙ И ИХ ВЫПОЛНЕНИЕ

Назначения	Дата назначения/ отмены	Исполнители	Даты и отметки назначений и их выполнения							
Режим		врач								
		медицинская сестра								
Диета		врач								
		медицинская сестра								
		врач								
		медицинская сестра								
		врач								
		медицинская сестра								
		врач								
		медицинская сестра								
		врач								
		медицинская сестра								
		врач								
		медицинская сестра								
		врач								
		медицинская сестра								
		врач								
		медицинская сестра								
		врач								
		медицинская сестра								
		врач								
		медицинская сестра								
		врач								
		медицинская сестра								

ФИО лечащего врача _____ подпись _____

ФИО медицинской сестры _____ подпись _____

Лист регистрации показателей жизненно важных функций организма

Дата																														
День болезни																														
Сутки пребы- вания в мед. организации			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	
П	АД	Т	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в
140	200	41																												
120	175	40																												
100	150	39																												
90	125	38																												
80	100	37																												
70	75	36																												
60	50	35																												
Частота дыхания																														
Масса тела																														
Рост																														
Выпито жидкости (мл)																														
Введено (в мл) жидкостей парентерально																														
Сут. кол-во мочи																														
Стул																														

ФИО медицинской сестры _____ подпись _____

ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ОСМОТР ВРАЧОМ-АНЕСТЕЗИОЛОГОМ-РЕАНИМАТОЛОГОМ

1. Дата: число ____ месяц _____ год ____ время _____
2. Жалобы: _____

3. Анамнез _____

4. Общее состояние, сознание _____
5. Неврологический статус _____

6. Кожа, слизистые _____

7. Отеки, состояние вен конечностей _____
8. Органы кровообращения _____

- АД _____ ЧСС _____ Тоны _____
ЭКГ _____
9. Органы дыхания _____ ЧДД _____
Рентгенография _____

10. Съёмные зубные протезы: да – 1; нет – 2
11. Органы пищеварения _____

12. Мочеполовая система _____

13. Данные лабораторных исследований _____

14. Группа крови _____ 14.1. Резус-фактор _____ 14.2. Kell _____
15. Предполагаемый вид анестезии: местная – 1; проводниковая – 2; ирригационная – 3; аппликационная – 4; инфильтрационная – 5; эпидуральная – 6; спинальная – 7; тотальная внутривенная – 8; сочетанная – 9; сакральная – 10; внутриполостная – 11; комбинированный эндотрахеальный наркоз – 12
16. Предполагаемая интубация _____
17. Премедикация _____

18. Мониторинг параметров _____

19. Заключение: _____

20. Рекомендации (дополнительное обследование, консультации врачей-специалистов) _____

ФИО врача-анестезиолога-реаниматолога _____ подпись _____

ЛИСТ ЗАПИСИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА

Предоперационный эпикриз

Обоснование необходимости проведения оперативного лечения _____

Информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство –
операцию получено: число _____ месяц _____ год _____ время _____

Дата операции: число _____ месяц _____ год _____

Время начала операции _____ время окончания операции _____

Продолжительность операции: _____ час. _____ мин.

Наименование операции _____ код _____

Диагноз до операции (основное заболевание) _____ код по МКБ _____

Премедикация _____

Протокол операции _____

Диагноз после операции (основное заболевание) _____ код по МКБ _____

Назначения _____

Взят операционный материал на патоморфологическое диагностическое исследование

Взят операционный материал на патоморфологическое диагностическое исследование _____

Операция проведена:

ФИО врача-хирурга _____

ФИО врача-хирурга ассистирующего _____

ФИО операционной медицинской сестры _____

Обезболивание пациента в ходе операции проведено:

ФИО врача-анестезиолога-реаниматолога _____

Подпись врача-хирурга _____

ПРОТОКОЛ ТЕЧЕНИЯ АНЕСТЕЗИИ

1. Масса тела _____ кг. 2. Рост _____ см.
3. Группа крови _____ 4. Резус-фактор _____ 5. Kell _____
6. Название операции: _____
7. Длительность: 7.1. операции: час _____ мин _____; 7.2. анестезии: час _____ мин _____
8. Операция: плановая – 1; экстренная – 2
9. Положение на операционном столе _____
10. Премедикация _____
11. Операционно-анестезиологический риск: **I/Э; II/Э; III/Э; IV/Э; V/Э**
12. Мониторинг (подчеркнуть): ЭКГ, АД, ЧСС, ЧДД, термометрия, газоанализ, КЩС, Sat O₂, CO₂, прочие _____
13. Вводный наркоз (название лекарственного препарата, доза) _____
14. Способы общей анестезии: ларингеальная маска – 1; трахеостомия – 2; интубация – 3
15. Интубация: назотрахеальная – 1; оротрахеальная – 2
16. Интубационная трубка № _____
17. Газовый состав дыхательной смеси: 17.1. ДО _____; 17.2. МОД _____;
- 17.3. FiO₂ _____; 17.4. N₂O _____; 17.5. CO₂ _____;
- 17.6. другие _____
18. Поддерживающая анестезия (названия лекарственного препарата, способы введения) _____
19. Название и суммарная доза наркотического лекарственного препарата _____
20. Использование ингаляционных средств (название, концентрация) _____
21. Миоплегия обеспечивалась (названия лекарственных препаратов, способы введения, суммарная доза) _____
22. Особенности течения анестезии _____
23. Инфузионно-трансфузионная терапия:
 - 23.1. _____
 - 23.2. _____
 - 23.3. _____
 - 23.4. _____
 - 23.5. _____
24. Болюсное введение лекарственных препаратов:
 - 24.1. _____
 - 24.2. _____
 - 24.3. _____
 - 24.4. _____
 - 24.5. _____
 - 24.6. _____
25. Сознание, самостоятельное дыхание восстановлены в полном объеме: да – 1; нет – 2
26. Декураризация: не требовалась – 1; выполнена – 2
27. Переведен(а): в отделение (палату) реанимации – 1; интенсивной терапии – 2; отделение – 3 28. Дата, время перевода: число _____ месяц _____ год _____ время _____
29. Нуждается в продленной респираторной поддержке: да – 1; нет – 2
30. Гидробаланс: 30.1. кровопотеря _____ мл.; 30.2. гемотрансфузия _____ мл.;
- 30.3. Коллоиды _____ мл.; 30.4. кристаллоиды _____ мл.; 30.5. диурез _____ мл.
- ФИО врача-анестезиолога-реаниматолога _____ подпись _____
- ФИО медицинской сестры-анестезиста _____ подпись _____
- ФИО врача, принявшего пациента после анестезиологического пособия _____

**ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ
ИЗ ПЛАЗМЫ КРОВИ**

Дата	Фактор свертывания крови VIII ME	Фактор свертывания крови VIII+Фактор Виллебранда, ME	Фактор свертывания крови IX, ME	Фактор свертывания крови II, VII, IX и X в комбинации (Протромбиновый комплекс), ME	Альбумин человека, кг	Иммуноглобулин человека нормальный для внутривенного введения, кг	Иммуноглобулины человека специфические для внутривенного введения, кг	Антитромбин III, ME	Антиингибиторный коагулянтный комплекс, ME

ФИО лечащего врача _____ подпись _____

**ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ, УЛЬТРАЗВУКОВЫХ,
КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКИХ И МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНЫХ
МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ**

ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Патологоанатомический диагноз (предварительный):

Основное заболевание _____ код по МКБ _____

Осложнения: _____

Конкурирующее заболевание _____

Фоновое заболевание _____

Сопутствующие заболевания _____

Выдано предварительное (окончательное) медицинское свидетельство о смерти:

серия _____ № _____ «___» _____ 20 ____ г.

Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) _____ болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти						
б) _____ патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины						
в) _____ первоначальная причина смерти указывается последней						
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)						

ФИО врача-патологоанатома _____ подпись _____

ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ

Пациент(ка) _____, _____ года рождения,
(фамилия, имя, отчество)

находился(сь) в _____ отделении

(наименование медицинской организации)

с _____ по _____ с диагнозом:

Основное заболевание _____
_____ код по МКБ _____

Конкурирующее заболевание _____

Фоновое заболевание _____

Сопутствующие заболевания _____

Внешняя причина _____ код по МКБ _____

Поступил(а) с жалобами на _____

Течение заболевания и состояние при поступлении _____

Анамнез жизни _____

Объективные данные _____

Результаты проведенных исследований _____

Проведено лечение _____

Консультации врачей-специалистов _____

Выписан(а) в _____ состоянии под наблюдение поликлиники

(наименование медицинской организации, к которой прикреплен(а) пациент(ка))

Листок нетрудоспособности: серия _____ № _____ с _____ по _____

Рекомендации _____

ФИО заведующего отделением _____ подпись _____

ФИО лечащего врача _____ подпись _____

Порядок организации системы документооборота в сфере охраны здоровья в части ведения медицинской документации в форме электронных документов, утвержденный Приказом Минздрава России от 07.09.2020 № 947н

Некоторые его **основные положения.**

1. Ведение медицинской документации только в форме электронных документов без дублирования на бумажном носителе возможно в том случае, если пациент в письменном виде не заявил **о несогласии ведения** его медицинской документации в форме электронных документов. Иными словами, **по умолчанию пациента** медицинская документация ведется в **электронном виде.**
2. Медицинская организация локальным нормативным актом **должна** установить правила ведения документооборота в форме электронных документов.
3. Электронный медицинский документ формируется медицинским работником с использованием **информационной системы** (локальной, региональной, федеральной).
4. При наличии утверждённых форм медицинской документации их электронная форма **должна им соответствовать.** Возможно добавление **дополнительных** структурных элементов (QR -кодов).
5. Электронный медицинский документ **подписывается усиленной квалифицированной электронной подписью медицинских работников,** сформировавших документ.
6. Электронный документ **дополнительно** подписывается усиленной квалифицированной электронной подписью **руководителя,** если его бумажная копия **заверяется печатью медицинской организации.**
7. Медицинская организация и медицинские работники должны быть внесены в соответствующие **регистры единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения.**
8. В случае внесения исправлений в электронный медицинский документ создается **новая версия электронного медицинского документа,** подписанного электронной подписью. Должно обеспечиваться **хранение всех версий электронного документа.**
9. Допускается **сканирование** предоставляемого **бумажного** медицинского документа с последующей его регистрацией в информационной системе.
10. Бумажная копия электронного документа выдается пациенту и государственным органам **без оплаты.**
11. В бумажной копии электронного документа **не допускается внесение рукописных изменений.**
12. Соответствие бумажной копии оригиналу электронного документа удостоверяется подписью **уполномоченного сотрудника медицинской организации.**
13. Информация о подписании электронного медицинского документа электронной подписью должна содержать текст **"ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ".**

Приказ Минздрава России от 07.09.2020 № 947н вступает в силу с **1 февраля 2021** года и действует до **1 февраля 2027** года.

Образец: Медицинская карта стационарного больного

Код формы по ОКУД _____

Код учреждения по ОКПО _____

Медицинская документация
форма № 003/у

_____ (наименование учреждения)

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА № _____
стационарного больного

Дата и время поступления _____

Дата и время выписки _____

Отделение _____ палата № _____

Переведен в отделение _____

Проведено койко-дней _____

Виды транспортировки: на каталке, на кресле, может идти (подчеркнуть)

Группа крови _____ Резус-принадлежность _____

Побочное действие лекарств (непереносимость) _____

_____ (название препарата, характер побочного действия)

1. Фамилия, имя, отчество _____

2. Пол _____

3. Возраст _____ (полных лет, для детей: до 1 года — месяцев, до 1 месяца — дней)

4. Постоянное место жительства: город, село (подчеркнуть) _____

_____ (указать адрес, указав для приезжих — область, район)

_____ (населенный пункт, адрес родственников и № телефона)

5. Место работы, профессия или должность _____

_____ (для учащихся — место учебы; для детей — название детского учреждения, школы)

_____ (для инвалидов — род и группа инвалидности, пов — да, нет (подчеркнуть))

6. Кем направлен больной _____

_____ (название лечебного учреждения)

7. Доставлен в стационар по экстренным показаниям: да, нет
через _____ часов после начала заболевания, получения травмы;
госпитализирован в плановом порядке (подчеркнуть).

8. Диагноз направившего учреждения _____

9. Диагноз при поступлении _____

Диагноз клинический

Дата установления

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

11. Диагноз заключительный клинический

а) основной: _____
_____б) осложнение основного: _____
_____в) сопутствующий: _____

_____12. Госпитализирован в данном году по поводу данного заболевания: впервые, повторно (подчеркнуть),
всего — _____ раз.

13. Хирургические операции, методы обезболивания и послеоперационные осложнения.

	Название операции	Дата, час	Метод обезболивания	Осложнения
1.				
2.				
3.				
			Оперировал	_____

14. Другие виды лечения _____

(указать)

для больных злокачественными новообразованиями.

1. Специальное лечение: хирургическое (дистанционная гамматерапия, рентгенотерапия, быстрые электроны, контактная и дистанционная гамматерапия, контактная гамматерапия и глубокая рентгенотерапия); комбинированное (хирургическое и гамматерапия, хирургическое и рентгенотерапия, хирургическое и сочетанное лучевое); химиопрепаратами, гормональными препаратами.

2. Паллиативное

3. Симптоматическое лечение.

15. Отметка о выдаче листка нетрудоспособности

№ _____ с _____ по _____ № _____ с _____ по _____

№ _____ с _____ по _____ № _____ с _____ по _____

16. Исход заболевания: выписан — с выздоровлением, с улучшением, без перемен, с ухудшением;
переведен в другое учреждение _____

(название лечебного учреждения)

Умер в приемном отделении, умерла беременная до 28 недель беременности, умерла после 28 недель беременности, роженица, родильница.

17. Трудоспособность восстановлена полностью, снижена, временно утрачена, стойко утрачена в связи с данным заболеванием, с другими причинами (подчеркнуть)

18. Для поступивших на экспертизу-заключение _____
_____19. Особые отметки _____

Лечащий врач

(подпись)

Зав. отделением

(подпись)

Образец: Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях

Приложение № 1
к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации
от 15 декабря 2014 г. № 834н

Наименование медицинской организации _____

Код формы по ОКУД _____

Код организации по ОКПО _____

Медицинская документация

Учетная форма № 025/у

Утверждена приказом Минздрава России

от 15 декабря 2014 г. № 834н

Адрес _____

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ № _____

1. Дата заполнения медицинской карты: число _____ месяц _____ год _____

2. Фамилия, имя, отчество _____

3. Пол: муж. - 1, жен. - 2 4. Дата рождения: число _____ месяц _____ год _____

5. Место регистрации: субъект Российской Федерации _____

район _____ город _____ населенный пункт _____

улица _____ дом _____ квартира _____ тел. _____

6. Местность: городская - 1, сельская - 2

7. Полис ОМС: серия _____ № _____ 8. СНИЛС _____

9. Наименование страховой медицинской организации _____

10. Код категории льготы _____ 11. Документ _____ : серия _____ № _____

12. Заболевания, по поводу которых осуществляется диспансерное наблюдение:

Дата начала диспансерного наблюдения	Дата прекращения диспансерного наблюдения	Диагноз	Код по МКБ-10	Врач

----- стр. 2 ф. № 025/у

13. Семейное положение: состоит в зарегистрированном браке – 1, не состоит в браке – 2, неизвестно – 3.

14. Образование: профессиональное: высшее – 1, среднее – 2; общее: среднее – 3, основное – 4, начальное – 5; неизвестно – 6.

15. Занятость: работает – 1, проходит военную службу и приравненную к ней службу – 2; пенсионер(ка) – 3, студент(ка) – 4, не работает – 5, прочие – 6.

16. Инвалидность (первичная, повторная, группа, дата) _____

17. Место работы, должность _____

18. Изменение места работы _____

19. Изменение места регистрации _____

20. Лист записи заключительных (уточненных) диагнозов:

Дата (число, месяц, год)	Заключительные (уточненные) диагнозы	Установленные впервые или повторно (+/-)	Врач

21. Группа крови _____ 22. Rh-фактор _____ 23. Аллергические реакции _____

30. Сведения о госпитализациях

Дата поступления и выписки	Медицинская организация, в которой была оказана мед. помощь в стационарных условиях	Заключительный клинический диагноз

31. Сведения о проведенных оперативных вмешательствах в амбулаторных условиях

Дата проведения	Название оперативного вмешательства	Врач

32. Лист учета доз облучения при рентгенологических исследованиях

Дата проведения	Название рентгенологического исследования	Доза облучения

Образец: Учетная карта онкоосмотра

Учетная карта онкоосмотра фамилия, И. О. _____ ам-
булаторная карта № _____ история болезни № _____

Обследуемые локализации	20__ г.	20__ г.	20__ г.
1. Кожные покровы, мягкие ткани, кости	Б.о. К онкол. К др.спец. -	Б.о. К онкол. К др.спец. -	Б.о. К онкол. К др.спец. -
2. Полость рта	Б.о. К онкол. К др.спец. -	Б.о. К онкол. К др.спец. -	Б.о. К онкол. К др.спец. -
3. Нижняя губа	Б.о. К онкол. К др.спец. -	Б.о.К онкол. К др.спец. -	Б.о.К онкол. К др.спец. -
4. Молочные железы (в том числе у мужчин)	Б.о. К онкол. К др.спец. -	Б.о. К онкол. К др.спец. -	Б.о. К онкол. К др.спец. -
5. Щитовидная железа	Б.о. К онкол. К др.спец. -	Б.о. К онкол. К др.спец. -	Б.о. К онкол. К др.спец. -
6. Осмотр и пальпация живота	Б.о.К онкол. К др.спец. -	Б.о. К онкол. К др.спец. -	Б.о. К онкол. К др.спец. -
7. Периферические лимфоузлы	Б.о. К онкол. К др.спец. -	Б.о. К онкол. К др.спец. -	Б.о. К онкол. К др.спец. -
8. Шейка матки со взятием мазка для цитологического исследования	Б.о. К онкол. К др.спец. -	Б.о. К онкол. К др.спец. -	Б.о. К онкол. К др.спец. -
9. Пальцевое обследование прямой кишки (а также предстательной железы)	Б.о. К онкол. К др.спец. -	Б.о. К онкол. К др.спец. -	Б.о. К онкол. К др.спец. -
10. Органы грудной клетки (флюорография)	Б.о. К онкол. К др.спец. -	Б.о.К онкол. К др.спец. -	Б.о.К онкол. К др.спец. -
11. Отказался (лась) от осмотра (Подпись пациента)			