Содержание

Введение

. Ведение документации - часть работы медиков

. Медицинская деловая документация

. Группы учетных документов

. Медицинская карта - главный документ медицинской отчетности

. Медицинские справки

. Основные требования, предъявляемые к заполнению медицинских документов

Информационные источники

Введение

деловой документ медицинский регистрация

Как известно, в практической деятельности людей, предприятий, организаций широко используются деловые документы. Сам процесс создания делового документа или запись информации на различных носителях по установленным правилам представляет собой документирование.

Совокупность документов, определенным образом взаимосвязанных и взаимодействующих между собой, отражающую деятельность любого предприятия образует систему документации (систему документационного обеспечения деятельности предприятия).

Документ может быть создан посредством письма, рисунка, фотографии, кино- и звукозаписи и др. Зафиксировав информацию, документ обеспечивает ее хранение, накопление, возможность передачи другому лицу, многократное использование, возвращение к информации во времени.

По стадии создания и оформления деловые документы разделяют на следующие виды:

Подлинник (оригинал) официального документа - первый или единственный экземпляр официального документа.

Проект документа - деловой документ до момента его подписания соответствующим должностным лицом.

Копия документа - документ, воспроизводящий информацию другого документа и все его внешние признаки или часть их. Существуют нотариальные, официально заверенные, простые заверенные, незаверенные, дипломатические и др. копии документов.

Дубликат документа - копия, имеющая силу подлинника, оформляется на документы, которые выпускаются в единственном экземпляре (аттестат, диплом, свидетельство о рождении и др.).

Выписка - копия части документа, оформленная и заверенная в установленном порядке.

В свою очередь, всю систему управленческой документации предприятия разделяют на:

· организационно-правовые документы (устав, положение об организации, регламент, штатное расписание, должностная инструкция и др.);

· организационно-распорядительные документы (приказ, распоряжение, указание, постановление);

· информационно-справочные документы (деловые письма и записки, заявление, протокол, акт и др.).

Существуют и другие классификации деловых документов.

1. Ведение документации - часть работы медиков

Медицинский работник в современном мире вынужден быть не просто достойным продолжателем дела великого Гиппократа, не просто хранителем человеческого здоровья и самой человеческой жизни, но и выполнять работу, относящуюся к несколько другим профессиональным направлениям. В частности, современные медики частично, кто в большей степени, а кто - в несколько меньшей степени, выполняют функции статистов, делопроизводителей и архивных работников. Речь, по сути, идет о необходимости медицинскому работнику вести постоянный учет документации, заниматься оформлением бумаг, отражать почти каждый свой шаг в письменной форме, аргументируя его и т.д. Описанные тенденции вливания, а точнее, медленного просачивания бюрократизма можно на сегодняшний день наблюдать во многих сферах общественной жизни, во многих областях деятельности.

Надо сказать, что документальное сопровождение, учет, статистика, качественное хранение данных - все это и многое другое может сослужить хорошую службу тому роду деятельности, в который эти подходы были внедрены. Положительные стороны бюрократизации, соответственно, можно удачно использовать и в рамках медицины и системы здравоохранения. Собственно, именно это и происходит в большинстве цивилизованных стран, где в любом медицинском учреждении есть свой документооборот.

Не исключение в данном случае и Российская Федерация. У нас в стране наиболее подробными являются те документы, которые имеют так называемый описательный характер.

Конечно, описательные документы далеко не самые важные в медицине, но, по меньшей мере, их объем делает их значительной частью общего потока медицинской документации. В современных российских медицинских структурах ведется медицинский статистический учет, организованы специальные архивы-хранилища, врачи оформляют внутреннюю отчетную документацию, выдают пациентам медицинские справки, составляют различные проекты и т.д.

. Медицинская деловая документация

Документация медицинская - система документов установленной формы, предназначенных для регистрации данных лечебных, диагностических, профилактических, санитарно-гигиенических и других мероприятий, а также для их обобщения и анализа.

Медицинская документация подразделяется на учетную и отчетную.

Большая часть медицинских данных фиксируется в различных документах (например, история болезни, направление на исследование, результаты анализа, рецепт, отчет о деятельности медицинского учреждения, реферат статьи медицинского журнала и т.п.).

Медицинский документ, как правило, имеет сложную структуру: много разделов, пунктов, таблиц и т.д. Они создаются в виде стандартизованных историй болезней, карт этапных эпикризов, карт по отдельным видам исследований, паспортов учреждений здравоохранения. Все эти документы имеют определенную форму, т.е. внутреннюю структуру, отражающую строение, связь и способ взаимодействия частей элементов объекта или явления, информация о которых фиксируется в данном документе.

Специалист должен уметь заполнить соответствующие стандартные формы медицинских документов.

Как правило, в медицинских документах фиксируются такие данные, как:

Паспортно-демографические - сведения о фамилии, имени, отчество больного, год и место рождения, о характере работы, о родственниках;

Данные о структуре и функции медицинских учреждений, отражающие основной процесс медицинского учреждения, для лечебного учреждения это, например, данные о возможных в данном учреждении лабораторных и инструментальных методов исследований;

Статистически-управленческие данные, составляющие основу для дальнейших расчетов показателей государственной медицинской статистики (например, структура учреждения) и показателей, характеризующих работу врача или отделения и учреждения в целом; сюда относятся показатели точности постановления диагнозов (соответственно классификации ВОЗ), продолжительности пребывания в стационаре, степени восстановления трудоспособности, расхождения в диагнозах;

Плановые показатели, данные о хозяйственной и бухгалтерскую деятельность медицинских учреждений.

Во всех однотипных медицинских учреждениях ведется унифицированная первичная медицинская документация, установленная перечнем, в котором указаны вид документа (бланк, журнал и т.д.), формат и сроки его хранения.

Образцы учетных форм и правила их заполнения содержатся в альбоме, утвержденном Минздравом.

Унификация документов значительно облегчает разработку материалов, создает условия для механизированной обработки данных с применением электронно-вычислительной техники.

Медицинский учет отражает объем и характер работы учреждений здравоохранения и необходим для планирования мероприятий по улучшению состояния здоровья и оказания медпомощи населению, оценки качества и эффективности деятельности медицинских учреждений, обеспечения медико-статистической информацией органов управления здравоохранением различных уровней.

. Группы учетных документов

По своему назначению учетные документы делятся на несколько групп.

Документы первой группы предназначены для записей результатов наблюдения за состоянием больного в период его лечения и лечебно-диагностических назначений.

К этим документам в стационарных учреждениях относятся:

"Медицинская карта стационарного больного" (форма №003/у), а также ее важнейшие модификации: "Медицинская карта прерывания беременности" (форма №003-1у), "История родов" (форма №096/у); история развития новорожденного (форма №097/у).

Аналогом этих документов в амбулаторно-поликлинических учреждениях являются "Медицинская карта амбулаторного больного" (форма №25/у-87) и "История развития ребенка" (форма №112/у).

В дошкольных и школьных учреждениях - "Медицинская карта ребенка" (форма №026/у); в женских консультациях - "Индивидуальная карта беременной и родильницы" (форма №111/у). Существуют также карты, адаптированные к деятельности специализированных учреждений (диспансеров), например "Медицинская карта больного туберкулезом" (форма №081/у).

Вторая группа учетных документов предназначена для обеспечения преемственности и взаимосвязи между отдельными этапами (звеньями) оказания медпомощи.

Эти документы содержат основные сведения о заболевших и служат оперативным сигналом для проведения необходимых санитарно-профилактических и лечебных мероприятий.

К ним относятся: "Выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного" (форма №027/у); "Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку" (форма №058/у); "Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, венерической болезни, трихофитии, микроспории, фавуса, чесотки, трахомы, психического заболевания" (форма №089/у); "Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования" (форма №090/у) и др.

Третья группа документов отражает в основном объем выполняемой медперсоналом работы.

К ним, в частности, относится "Дневник работы врача поликлиники (амбулатории), диспансера, консультации" (форма №039/у), в котором ежедневно учитываются отработанное время, количество принятых больных и лиц, обследованных с профилактической целью; "Тетрадь учета работы на дому участковой (патронажной) медицинской сестры (акушерки)" (форма №116/у); "Журнал учета процедур" (форма №029/у) и др.

Существует также документация, используемая на станциях скорой помощи, в учреждениях судебно-медицинской экспертизы, лабораториях, входящих в состав медицинских учреждений, в санитарно-профилактических учреждениях.

Наряду с сокращением количества форм учета, возникает потребность в новых учетных документах.

Особое место среди них занимает "Карта учета диспансеризации" (форма №131/у-86), которая, с одной стороны, дает возможность поликлинике (амбулатории) провести персональный учет населения, проживающего на территории обслуживания и прикрепленного для прохождения ежегодной диспансеризации; с другой - осуществить учет проведенных лабораторно-инструментальных исследований, обследований специалистами в соответствии с установленным объемом.

В основном медицинская документация применяется в системе здравоохранения, но ряд документов используется также органами и учреждениями других ведомств. Например, "Врачебное свидетельство о смерти" - форма №106/у, "Медицинское свидетельство о рождении" (форма №103/у), листок нетрудоспособности являются основанием для регистрации рождений и смертей, заболеваний с временной утратой трудоспособности, для выплаты различных пособий, получения льгот и пр.

Первичная медицинская документация используется для составления медицинской отчетности - системы документов установленной формы, представляемых различными медицинскими учреждениями и органами управления здравоохранением вышестоящим органам. Основу медицинской отчетности составляют годовые отчеты учреждений и органов управления здравоохранением.

Имеется также ряд отчетов более частой периодичности: о движении инфекционных заболеваний, о заболеваниях туберкулезом, раком и др. Основным документом медицинской отчетности является унифицированный "Отчет лечебно-профилактического учреждения" (форма №1 - годовая). Учреждения здравоохранения представляют документы общегосударственной статистической отчетности в установленные сроки.

. Медицинская карта - главный документ медицинской отчетности

Одним из наиглавнейших видов медицинских документов выступает медицинская карта пациента. Медицинская карта заводится медицинским учреждением абсолютно на каждого посетителя данного учреждения. Длительность и частота визитов, характер заболевания, диагнозы и назначенное лечение никак не влияют на требование, чтобы у пациента была медицинская карта.

Медицинская карта обыкновенно заполняется при каждом визите к лечащему врачу. Он вносит в нее информацию о жалобах больного, диагнозе, назначенных препаратах, ходе лечения и его результатах. Кроме того, медицинская карта содержит данные (или копии данных) результатов обследований и анализов. Лечение за пределами данного медицинского учреждения также заносится в медицинскую карту. Для этого служит выписной эпикриз.

Выписной эпикриз представляет собой выписку из истории болезни пациента больничного отделения. Другими словами, если пациент лечился в течение определенного времени в больнице, то медицинская карта, естественно, в этот момент находилась в поликлинике или другом медицинском учреждении, где он состоит на учете. Однако медицинская карта должна отражать все медицинские мероприятия, которые проводятся в адрес данного лица. Чтобы отразить информацию о ходе лечения в больнице, применяется выписной эпикриз. Выписной эпикриз подклеивается в медицинскую карту.

Для тех больных, которые проходили лечение в стационаре, применяется форма 027/у. Форма 027/ заменяет собой выписной эпикриз из больницы. Другими словами, если выписной эпикриз приносят из больницы, то форма 027/у выдается в стационаре.

Форма 027/у применяется также в случаях, когда нужно перенести данные из одной медицинской карты в другую. Такая ситуация возникает, когда пациент наблюдается в нескольких медицинских учреждениях, в каждом из которых на него заведена отдельная медицинская карта, которая не подлежит выносу за стены медицинского учреждения.

Все вопросы, касающиеся такого документа, как медицинская карта, регулируются в российской Федерации Приказом Министерства Здравоохранения и Социального развития от 2004 года.

В этом приказе отдельно обозначены правила, согласно которым заполняется медицинская карта.

Дело в том, что медицинская карта должна включать в себя постоянные и временные сведения. Временные сведения уже были в общих чертах описаны выше. Постоянная информация, которую включает в себя медицинская карта, - это несколько обязательных к заполнению пунктов. Во-первых, это паспортные данные пациента (Ф.И.О., дата рождения, адрес прописки, место работы или учебы). Во-вторых, речь идет о таблице уточненных диагнозов, которая располагается на обложке медицинской карты. В-третьих, это данные об инвалидности и каких-либо серьезных патологиях. В-четвертых, это данные плановых медицинских осмотров. Отдельная медицинская карта заводится на каждого пациента стационарного отделения, а также отделения больницы. Кроме того, медицинская карта особого образца выдается при эвакуации.

. Медицинские справки

Медицинские справки отличаются от прочих документов медицинского характера своей внешней направленностью и элементарной прямой связью, собственно, с пациентами. Последнее обстоятельство определяется тем, что медицинские справки обыкновенно для того и заполнятся, чтобы быть впоследствии отданными пациенту, то есть во внешнюю по отношению к медицинской структуре среду, для дальнейшего использования.

Как уже упоминалось, самый развернутый вид имеют медицинские справки описательного характера. Таковых, надо сказать, существует не так уж много. Обыкновенно справки имеют укороченный вид. Один из самых ярких примеров медицинской справки описательного характера являет собой выписной эпикриз.

Выписной эпикриз, называемый также, согласно медицинскому реестру, как мы уже писали выше, "форма 027/у", есть, по сути, краткое изложение истории болезни пациента, выдаваемое ему после выписки из медицинского учреждения. Соответственно, отсюда эпикриз и называется выписным, что следует непосредственно за выпиской, символизируя ее и отражая итоги лечения. Необходимо отметить, что выписной эпикриз - это лишь один из видов эпикриза в широком смысле. Последний представляет собой врачебное заключение, некое суждение медицинского относительно причин болезни пациента, хода и характера лечения, изменениях в состоянии пациента, результатах лечения и т.д. и т.п. В зависимости от того, на отражение каких конкретных данных ориентирован эпикриз, он может относиться к нескольким типам или категориям.

В числе этих категорий или типов можно, в частности, выделить описываемый нами выписной эпикриз, а также переводной, этапный, посмертный и даже патологоанатомический эпикриз.

Из указанных типов самым кратким по объему и содержанию выступает этапный эпикриз, поскольку такие эпикризы составляются на определенных этапах лечения и в итоге включаются в историю болезни. Остальные типы являются приблизительно равными по объему и содержанию.

Важно добавить, что только выписной эпикриз имеет специальную медицинскую форму (форма 027/у). Другие эпикризы выступают документами внутреннего пользования медицинской структуры и не предполагают выдачу их пациентам на руки. В соответствии с этим можно полагать, что выписной эпикриз также должен иметь несколько ограниченный объем и понятное не только медработникам содержание, поскольку форма 027/у впоследствии должна использоваться пациентом в немедицинских кругах. Все виды эпикриза, кроме выписного, даже в случае их передачи пациентам или представителям немедицинских структур (то есть во внешнюю среду), все равно не оформляются как медицинские справки.

Выписной эпикриз характеризуется тем, что в нем значительно больший упор делается на результаты лечения, итоговые изменения в состоянии пациента, а также на рекомендации по дальнейшему поведению пациента. В частности, ему может быть рекомендовано продолжение лечения, реабилитация, облегченный трудовой график либо освобождение от трудовой деятельности, протезирование, санаторное лечение и т.д. В любом случае выписной эпикриз подводит итог лечению пациента, указывая на факт выздоровления/не выздоровления.

Описательные медицинские документы, такие, как эпикриз, требуют изрядных усилий от медицинского работника. Однако обойтись без этих процедур невозможно. Соответственно, нужно не исключать их, а каким-либо образом совершенствовать, внедряя инновационные методики.

6. Основные требования, предъявляемые к заполнению медицинских документов

Основные требования, предъявляемые к заполнению медицинских документов: достоверность, медицинская грамотность, полнота и своевременность записей. Медицинские документы по своему характеру относится к документам сугубо служебного назначения и должна быть доступна только лицам, профессионально с ней связанным.

Немаловажно, что проблема ненадлежащего ведения медицинской документации, помимо неполной нормативной базы, усугубляется субъективным фактором. Большинство медицинских работников, традиционно относящихся к "бумажной" работе как к второстепенной и требующей неоправданно больших трудозатрат, считают вполне допустимым отступать от ранее применявшихся норм ведения медицинской документации.

Наиболее распространенными дефектами ведения первичной медицинской документации являются следующие:

• отсутствие обоснования госпитализации, установленного предварительного и клинического диагнозов, дефекты в описании жалоб, анамнеза, объективного обследования;

• отсутствие обоснования необходимости проведения того или иного медицинского вмешательства;

• отсутствие добровольного информированного согласия пациента на медицинское вмешательство;

• неправильное оформление записей в связи с назначением лекарственной терапии;

• отсутствие указаний на результаты проведенных лечебных мероприятий;

• отсутствие этапных эпикризов и сведений о динамическом наблюдении за больным;

• отсутствие указания времени осмотра пациента лечащим врачом, консультантами, времени проведения оперативного вмешательства; • отсутствие необходимых подписей (лечащего врача или зав. отделением);

• низкая информативность дневников, записей консультантов и эпикризов;

• формальный характер записей, небрежные и неразборчивые записи, нарушение хронологического порядка изложения данных.

Информационные источники

1. Поликлиническое дело, под ред. В.А. Миняева, с. 303, М., 1987; Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения, под ред. Ю.П. Лисицына, т. 2, с. 121 и др., М., 1987;

. Случанко И.С. и Церковный Г.Ф. Статистическая информация в управлении учреждениями здравоохранения, с. 16, М., 1983.