**ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ, ДЕТСКИЕ ИНФЕКЦИИ**

**Общие требования при оформлении медицинской документации**

***Медицинская документация является юридическим документом***

1) записи должны быть читабельными, четкими

2) все записи должны быть подписаны и содержать отметку о дате осмотра пациента

3) подписи должны быть оформлены полностью

4) сведения, внесенные в историю болезни, должны быть достоверными, в полной мере отражающими факты и результат деятельности медицинских работников

5) исправления возможны в исключительных случаях, при этом нельзя использовать корректор – неверная информация зачеркивается и пишется рядом верная с подписью должностного лица и указанием «исправленному верить»

**Медицинская карта стационарного пациента (история болезни) форма №003/у-80**

1. **Паспортная часть (приложение №1)**

*Все строки первой и второй страницы истории болезни должны быть заполнены.*

При поступлении пациента записывают паспортные данные на лицевой стороне медицинской карты.

Медицинская карта должна содержать дату и точное время обращения в приемный покой, госпитализации, выписки пациента.

Данные о непереносимости лекарственных препаратов с указанием названия препаратов и реакции на введение

В медицинской карте указывается диагноз направившего учреждения; диагноз при поступлении выставляется на лицевую часть карты сразу после осмотра пациента (диагноз оформляется полностью, с указанием сопутствующей патологии без сокращений).

Клинический диагноз записывается на лицевую сторону медицинской карты в течение трех рабочих дней от момента поступления пациента в стационар с указанием даты установления диагноза и подписью врача.

Заключительный диагноз записывается при выписке пациента, в развернутом виде с указанием кода МКБ-10.

Запись о выдаче документа, удостоверяющего факт временной нетрудоспособности, осуществляет лечащий врач по установленным правилам.

1. **Первичный осмотр (приложение №2)**

**Жалобы** пациента и анамнез заболевания записываются подробно с указанием существенных признаков, важных для установления диагноза и разработки плана лечения.

В **анамнезе заболевания** отражаются факторы, имеющие отношение к установлению диагноза, оценке тяжести и прогноза заболевания или влияющие на тактику ведения пациента.

В **анамнезе жизни** указывается информация о наличии аллергических реакций, специфических инфекционных заболеваниях (туберкулез, заболевания, передаваемые половым путем, вирусный гепатит, ВИЧ-инфекция и т.д.), предшествующих гемотрансфузиях, ранее перенесенных заболеваниях и операциях, информация о профилактических прививках, наследственном анамнезе. Если собрать анамнез (в том числе аллергический) в день поступления невозможно по состоянию пациента, то при первой же возможности в историю болезни вносятся дополнения к анамнезу, оформленные отдельно с указанием даты или как часть дневниковой записи лечащего врача.

**Эпидемиологический анамнез.**

Обязательно указываются данные страхового анамнеза: с какого времени пациент или лицо, осуществляющее уход за пациентом, имеет непрерывный листок нетрудоспособности.

 Данные **первичного осмотра** заполняются кратко по всем органам и системам, доступным осмотру. Выявленные патологические изменения описываются детально, с указанием характерных симптомов и синдромов.

**В конце первичного осмотра обязательно формулируется**:

1. предварительный диагноз

2. план обследования

3. план лечения

1. **Ведение истории болезни (дневники, обоснование клинического диагноза, дифференциальный диагноз)**
	1. Записи в медицинской карте оформляются в хронологическом порядке с указанием даты и времени. **В дневниках** отражаются: жалобы, динамика состояния пациента по основным синдромам (необходимо отметить, в чем выражается улучшение или ухудшение состояния). План описания статуса выбирается индивидуально, в зависимости от состояния больного и характера его жалоб, отмечается только то, что врач выявил. Дается интерпретация полученных лабораторных данных, назначение дополнительных лабораторных данных с обоснованием того или иного исследования. Указываются изменения в лечении с обоснованием новых назначений. Назначение медикаментозных средств оформляется на латинском языке, без сокращений названия препарата, указывается концентрация, доза лекарственного средства, кратность применения, путь ведения, отмечается дата отмены каждого препарата.
	2. **Обоснование клинического диагноза (на 3 сутки от момента госпитализации)** выделяют основное заболевание, определяющее тяжесть и прогноз заболевания (на основании жалоб, анамнеза заболевания, объективных данных, лабораторных исследований). Диагноз должен включать все осложнения и сопутствующие заболевания, имеющие значение для ведения пациента.
	3. **Этапный эпикриз оформляется один раз в 10 дней.** Этапный эпикриз содержит краткие сведения анамнеза заболевания, динамические изменения в состоянии пациента, резюмируются результаты лабораторных исследований, указывается проведенная терапия. В заключении описывается план ведения (обследования и лечения) пациента в динамике.
	4. **Дифференциальный диагноз** (по основным клиническим синдромам).
2. **Данные лабораторных исследований**

Результаты лабораторных анализов, рентгенологических, функциональных и эндоскопических исследований должны быть полностью описаны на отдельном листе в истории болезни.

1. **Лист назначений (приложение №3)**

Лист назначений является составной частью медицинской истории болезни. Лекарственные препараты пишутся на латинском языке с указанием торгового названия препаратов, дозы, кратности и пути введения. Назначаются лабораторные, рентгенологические, функциональные и эндоскопические исследования.

1. **Температурный лист (приложение №4).**

 Записи динамики температуры производятся два раза в день, указывается частота и характеристики стула, при необходимости вес ежедневно, контроль диуреза, суточное количество выпитой или парентерально полученной жидкости, ЧСС, ЧД, АД.

1. **Выписной эпикриз (приложение №5).**

Выписной эпикриз должен содержать в краткой форме историю настоящей госпитализации, диагноз, основные тесты его подтверждающие, проведенное лечение и результат. В эпикризе должны содержаться рекомендации по дальнейшему ведению пациента (наблюдение педиатра, терапевта или инфекциониста), медикаментозные препараты, необходимые обследования на амбулаторном этапе, общие рекомендации. Рекомендации по дальнейшему приему лекарственных средств должны содержать для каждого лекарственного препарата название на русском языке, лекарственную форму (таблетки, раствор и т.д.), разовую дозу и кратность приема в течение суток, планируемую длительность приема. Медикаментозный препарата указывается в форме международного непатентованного названия препаратов (при отсутствии МНН указывается группировочное наименование). Выпиcка подписывается лечащим врачом и заведующим отделением с расшифровкой фамилий. Экземпляр, выдаваемый на руки пациенту, заверяется печатью.

При выписке работающего пациента из стационара оформляется лист нетрудоспособности. Лист временной нетрудоспособности выдается пациенту на все время нахождения в стационаре. Если пациент или лицо, осуществляющее уход за пациентом, имеет непрерывный листок нетрудоспособности более 15 дней, его продление оформляется через врачебную комиссию больницы.

Приложение №5

**Выписной эпикриз**

ФИО возраст ………. находился во …….. инфекционном отделении с ……….. по ……….

С диагнозом: основной

Сопутствующий

Осложнение

Потупил с жалобами на ………..

Из анамнеза известно, что…………….

При поступлении состояние ……….. по ………. синдрому, кратко данные осмотра, подтверждающие диагноз.

Обследован: перечисляются лабораторные данные

Осмотрен ЛОР, неврологом и т.д …., (заключение, рекомендации), осмотрен в динамике……

В лечении: название препаратов, курс

На фоне лечения ……….. динамика, состояние …………., катарального/диарейного/ и т.д. синдрома нет (или сохраняется редкий продуктивный кашель, кашицеобразный стул, увеличение размеров печени и т.д.)

Выписывается с рекомендациями: диета, режим, общеукрепляющие мероприятия, наблюдение (педиатра, терапевта, инфекциониста), явка на прием, при необходимости указать лабораторные исследования (когда и какие), в лечении (форма и название препарата, дозировка, кратность и длительность приема, способ введения (per os, per rectum, внутримышечно и т.д).

Карантина в отделении нет или карантин по ….. от …. числа

Лечащий врач подпись