

ОСОБЕННОСТИ ЗАПОЛНЕНИЯ И ВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ СТАЦИОНАРНОГО БОЛЬНОГО В ОТДЕЛЕНИИ ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ

Татаринцев А.В.

к.м.н., преподаватель ГБПОУ ДЗМ «МК №6»

Аннотация. Правильное оформление и ведение медицинской карты стационарного больного остается одной из самых актуальных проблем современного здравоохранения.

Ключевые слова: медицинская карта стационарного больного, экстренная хирургия.

Медицинская сестра, имея свои обязанности, является основным участником лечебного процесса наравне с лечащим врачом.

Одной из основных обязанностей медицинской сестры является правильное заполнение и ведение медицинской карты стационарного больного.

Медицинская карта стационарного больного (МКСБ) (форма №003/у) является основным медицинским документом стационара, который составляется на каждого поступившего в стационар больного. Карта 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. Медицинские организации обязаны оформлять основную медицинскую документацию в соответствии с общепринятыми требованиями.

При поступлении больного в профильное отделение постовая медицинская сестра указывает на титульном листе МКСБ время поступления в отделение, заверяя запись своей личной подписью. Время, которое отводится для проведения обследований и/или оформления медицинской документации в

приемном отделении строго регламентировано нормативными документами. И зачастую, при превышении данного лимита времени медицинские сестры, выгораживая врача, изменяют время поступления больного в профильное отделение из приемного. Это обычная практика. Но это может иметь и негативные последствия. В случае, если данная карта будет подвергнута анализу, и будет выявлено немотивированное превышение временных рамок на обследование и лечение больного, это может привести к негативным юридическим и финансовым последствиям. Основным ориентиром для выявления искусственного изменения времени являются бланки обязательных при поступлении обследований (ЭКГ, рентгенологическое исследование и др.), на которых автоматически проставляется время исследования. Время поступления в профильное отделение никак не может быть раньше времени проведения какого-либо обследования в приемном отделении.

В случае наличия у больного при поступлении ран различной локализации, не зависимо от их происхождения, если проведена профилактика столбняка по показаниям (а, как правило, профилактику проводят и при наличии гнойных осложнений), на титульном листе МКСБ должна быть соответствующая отметка.

Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие пациента. При компоновке МКСБ поступившего больного медицинская сестра должна следить за наличием в ней всех необходимых бланков согласий и вовремя обращать внимание врача на их отсутствие. Особенно это актуально во время ночного дежурства при большой загрузке врача. Согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном порядке недееспособным, дают их законные представители.

Определенной части больных, поступающих в хирургические отделения, необходима оперативное вмешательство. Какая то часть этих вмешательств выполняется под наркозом. Поэтому на титульном листе МКСБ должна быть указана группа крови больного и резус-фактор. Рядом с этими данными

необходима личная подпись врача, который определял эти данные. Сам бланк с результатами определения группы крови и резус-фактора необходимо прикрепить вместе с бланками других исследований и лучше, чтобы он был на видном месте. Это будет необходимо в случае необходимости экстренного восполнения кровопотери и изучения негативных последствий гемотрансфузии, при развитии таковых.

Обязательно наличие на титульном листе отметки об определении температуры тела при поступлении.

Если у пациента имеется хроническая терапевтическая патология или пациент пожилой, то необходимо наличие бланка консультации терапевта с указанием результатов электрокардиограммы. Если пациент молодого возраста, то в большинстве случаев достаточно заключения по данным электрокардиограммы. Это необходимо для консультации анестезиолога и решения вопроса о проведении анестезиологического пособия.

При наличии у пациента сахарного диабета или другой эндокринологической патологии обязательна консультация эндокринолога с целью коррекции гипогликемической терапии.

При отсутствии дежурного врача в отделении в момент прихода врача-консультанта необходимо контролировать указанные консультантом дату и время консультации по причине того, что недобросовестные врачи, затянув время прихода на консультацию, стараются прикрыть себя, вписывая время более раннее, чем время фактического посещения больного. Это может отрицательно сказаться на состоянии больного, особенно имеющего тяжелое общее состояние.

При наличии у пациента сахарного диабета медицинская сестра с определенной периодичностью производит контроль уровня гликемии. В случае превышения нормальных значений данную информацию необходимо не только довести до лечащего (дежурного) врача, но и зафиксировать показатель в МКСБ. Это позволит проследить динамику развития основного заболевания. Также резкое повышение уровня гликемии может свидетельствовать о развитии

осложнения не только основного заболевания, но и угрожающих жизни осложнений со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной и пищеварительной систем. Особое внимание следует уделять больным в послеоперационном периоде.

Вместе с уровнем глюкозы крови аналогичным образом необходимо фиксировать величину температуры тела и величину артериального давления больного, не забывая и о температурном листе.

Температурный лист ведется медицинской сестрой и подклеивается ею в МКСБ. Записи наблюдений заносятся дважды в день.

В процессе ведения МКСБ медицинская сестра следит за количеством назначенных больному препаратов и их дозировкой. Медицинской сестре необходимо следить за новыми назначениями и отменой тех или иных препаратов. Напоминать врачу о внесении соответствующих записей в МКСБ и дублированием препаратов в лист назначений. Лечащий (дежурный) врач записывает назначения в МКСБ и дублирует их в лист назначений. Записи должны быть четкими и подробными, исключая двоякое толкование. При назначении пяти и более препаратов, назначение подтверждается подписью заведующего отделением. Медицинская сестра осуществляет выборку записей в день назначения, удостоверяет это своей подписью и указывает дату снятия назначений.

В случае если больной был оперирован, в послеоперационном периоде медицинской сестре следует обратить внимание на наличие в карте заверенного подписью врача протокола оперативного вмешательства. Обязательным является отслеживание операционной медицинской сестрой соответствия времени произведенной операции в МКСБ и операционном журнале.

Записи о гемотрансфузиях, введении наркотических и сильнодействующих препаратах производит медицинская сестра, которая выполнила данное назначение. Записи заверяются лечащим (дежурным) врачом.

При ухудшении общего состояния одного из пациентов и вызова медицинской сестры в палату в первую очередь необходимо произвести

контроль основных показателей (уровень артериального давления, частоту сердечных сокращений, температуру тела, уровень гликемии (если у больного имеется сахарный диабет)) и зафиксировать это записью в МКСБ или на отдельном листке. Лучше выполнить эти действия сразу, поскольку по приходу вызванного врача медицинской сестре придется все равно произвести данный контроль. Но если выполнить контроль заранее, то медицинская сестра поможет врачу сэкономить время для установления причины ухудшения состояния больного.

Таким образом, соблюдая эти нехитрые правила можно не только облегчить в определенной мере работу врача, но и избежать негативных последствий, как для пациента, так и для медицинского персонала.

Использованная литература:

1. Татаринцев А.В., Баринев Е.В., Ромодановский П.О. Экспертная оценка дефектов оказания медицинской помощи больным хирургического профиля по данным анализа основной медицинской документации: Методические рекомендации. – М., 2012. – 20 с.

2. Татаринцев А.В., Баринев Е.Х., Ромодановский П.О. Инфекции в хирургии: ошибки молодых специалистов. // Актуальные проблемы судебной медицины и экспертной практики: Материалы научно-практической конференции / Под ред. Е.С. Тучика, Е.Х. Баринова. - М.: Компания Спутник +, 2009. - С. 11-13.

3. Татаринцев А.В., Баринев Е.Х., Ярема В.И. Экспертная оценка дефектов оказания экстренной медицинской помощи больным с острой абдоминальной хирургической инфекцией. – М.: НП ИЦ «ЮрИнфоЗдрав», 2012. – 90 с.

4. Черепанин А.И., Баринев Е.Х., Татаринцев А.В. Роль медицинской документации в выявлении дефектов оказания медицинской помощи больным хирургического профиля // Актуальные вопросы клинической хирургии: Материалы научно-практической конференции хирургов Центрального Федерального округа РФ / Альманах клинической медицины. – Ярославль, 2008.

