



www.shutterstock.com - 10261429

Обзор Медицинской Карты Пациента

ПРОФ. ДОКТОР СЕВАЛЬ АКГЮН MD, PhD

Профессор общественного здравоохранения и медицины,

Главный специалист по качеству,

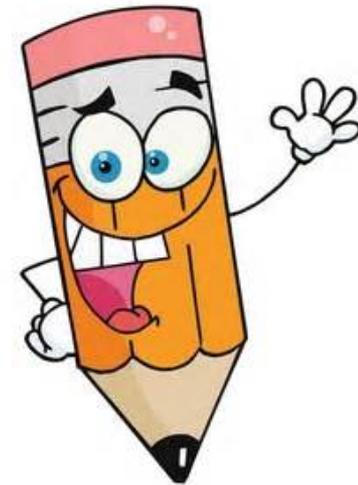
**Директор отдела по охране окружающей среды и здоровью
сотрудников,**

Сеть больниц Башкентского университета,

**Президент академического общества здравоохранения Анкара /
ТУРЦИЯ**

Содержание

- Цель медицинской карты пациента
- Содержание медицинских карт
- Требования к заполнению медицинской документации для больниц
- Медицинская карта как инструмент обзора
- Тип обзора медицинских карт пациента



Цель медицинской карты пациента

- **Непрерывность ухода:**
 - Служит в качестве основы для планирования ухода за пациентами и обеспечения непрерывности в оценке состояния и лечения пациента;
 - Предоставляет документальное подтверждение хода медицинской оценки, лечения и изменения состояния пациента во время эпизода ухода.
- **Передача информации между врачами:**
 - Документирует связь между врачом, ответственным за лечение пациента, и любым другим специалистом в области здравоохранения, который вносит свой вклад в лечение пациента.

Цель медицинской карты пациента

- **Законная защита:**
 - Помогает в защите законных интересов пациента, организации и врача, ответственного за пациента.
- **Данные:**
 - Предоставляет данные для использования в непрерывном образовании, в исследованиях, а также в измерении, оценке и улучшении качества.
- **Идентификация пациента:**
 - Идентификационные данные
 - Резюме психосоциальных потребностей, соответствующих возрасту пациента

Цель медицинской карты пациента

- **Поддержание диагноза:**
 - История болезни
 - Отчеты о соответствующих физических обследованиях
 - Диагностические назначения
- **Обоснование лечения:**
 - Доказательство надлежащего информированного согласия
 - Терапевтические назначения
 - Клинические наблюдения
- **Документация курса и результаты:**
 - Терапии
 - Процедуры и тесты
 - Заключение при прекращении лечения или оценки

Индивидуальные данные / Стандарты информации

- Организация определяет, фиксирует, анализирует, трансформирует, передает и сообщает данные и информацию о пациентах, связанные с процессами и результатами лечения
- Организация инициирует и ведет медицинскую карту для каждого осмотренного или лечащегося лица.
- В медицинские карты регистрируются только уполномоченными лицами.
- Медицинская карта содержит достаточную информацию для идентификации пациента, поддержания диагноза, обоснования лечения, документирования курса и результатов и обеспечения непрерывности медицинской помощи медицинскими работниками.

Конфиденциальность, безопасность и целостность

- Сохраняются конфиденциальность, безопасность и целостность данных и информации.
- Системы сбора, хранения и поиска предназначены для своевременного и легкого использования данных и информации без ущерба для их безопасности и конфиденциальности.
- Записи и информация защищены от потери, уничтожения, несанкционированного доступа или использования.

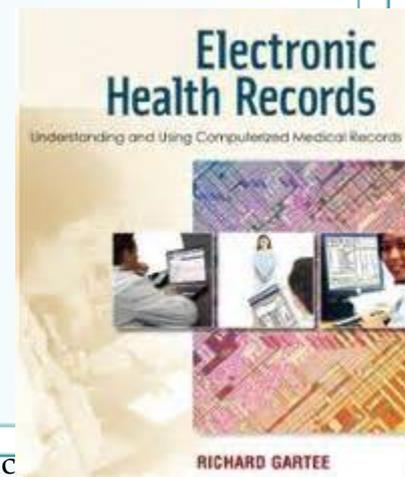


Как-то случайно ваша медицинская запись была отправлена по факсу совершенно незнакомому человеку. И даже он не знает, что с тобой не так.

Содержание медицинской карты пациента 1

Каждая медицинская запись содержит по меньшей мере следующее:

- Информация о пациенте и об уполномоченном представителе;
- Правовой статус для служб охраны психического здоровья;
- Экстренная помощь до прибытия;
- Запись и результаты оценки пациента;
- Заключение по истории болезни и по физической оценке пациента;
- Диагноз или диагностическое заключение;
- Причина (ы) для приема или лечения;



Содержание медицинской карты пациента

2

- Цели лечения и план лечения;
- Доказательства предварительных назначений;
- Свидетельство информированного согласия, в случае необходимости;
- Диагностические и терапевтические назначения;
- Все диагностические и терапевтические процедуры / тесты и результаты;
- Все оперативные и другие инвазивные процедуры;
- Все заметки о прогрессе;

Содержание медицинской карты пациента 3

- Все переоценки;
- Клинические наблюдения;
- Отчет об оказанной помощи;
- Консультационные отчеты;
- Каждое лекарство, заказанное / назначенное для стационарных пациентов;
- Каждое лекарство, выданное / назначенное амбулаторному пациенту или стационарному пациенту при выписке;
- Каждая доза вводимого лекарства и любая неблагоприятная лекарственная реакция;

Содержание медицинской карты пациента 4

- Все соответствующие диагнозы;
- Любые направления / передача информации внешним / внутренним медицинским сотрудникам и организациям обеспечивающим медицинские услуги;
- Заключение при прекращении госпитализации;
- Инструкции семье пациента для выписки пациента; а также
- Клинических заключения и выписки, итоговая заметка о ходе или краткое изложение перевода.

Заключение о выписке

Заключение о выписке содержит следующую информацию:

- Причина госпитализации;
- Значительные результаты;
- Выполненные процедуры и лечение;
- Состояние при выписке; а также
- Конкретные инструкции.

Предоперационная и операционная документация

- Операционные или другие процедуры и использование анестезии.
- Предоперационная диагностика
- Операционные отчеты, написанные во время или сразу после операции первичными хирургами и ассистентами, в том числе:
 - Выводы;
 - Используемые технические процедуры;
 - Удаленные образцы;
 - Послеоперационный диагноз

Неотложная медицинская помощь

- *Когда предоставляется экстренная, срочная или немедленная помощь, ...* Какие медицинские документы
- Время и средства прибытия;
- Пациенты, оставшиеся без медицинской помощи;
- Выводы, в том числе:
 - Окончательное распоряжение;
 - Состояние при разгрузке;
 - Инструкции по последующему уходу.
- Копия записи доступна для последующего практикующего врача или медицинской организации.



Что такое медицинский аудит?

«Процесс улучшения качества, который направлен на улучшение ухода за пациентами и его результатов посредством систематического обзора ухода по определенным критериям и осуществления изменений».

Аудит медицинской записи - это запланированная программа

- которая объективно контролирует и оценивает эффективность всех практиков,
- который определяет возможности для улучшения и
- обеспечивает механизм, посредством которого принимаются меры для обеспечения и поддержания этих улучшений.

Комитет обзора медицинских карт

- Обзор медицинских карт, чтобы они были точными, клинически уместными, полными и доступными для продолжения ухода за пациентами, медико-правовых требований и медицинских исследований;
- Рекомендация действий, при возникновении проблем в отношении медицинских записей и службы медицинской документации;

Обязанности

- Пересматривать и внедрять политику и процедуры для отдела медицинской документации.
- Обеспечивать четкую и надежную документацию в файле пациента.
- Следить за прогрессом и информацией о здоровье пациента в медицинском файле.
- Принимать меры для тех, кто не соответствует документации в соответствии со стандартами.
- Предлагать модификацию или новые форматы в медицинском файле.
- Следить за обеспечением своевременными составлениями сводок, лечащим врачом.
- Пересматривать и контролировать процесс медицинской отчетности для любого пациента.
- Отчитываться в соответствии с системой отчетности Комитета по качеству в больнице и в соответствии с установленным планом.
- Вести протокола встреч.

Члены рабочей группы

- Председатель - начальник отдела медицинских операций
- Сопредседатель - менеджер отдела медицинской документации
- Представители этих специальностей:
 - Менеджер, Поликлиника
 - Врач, Хирургия
 - Врач, Внутренняя медицина
 - Врач, Педиатрия
 - Анестезиолог
 - Менеджер по улучшению производительности
 - Программист, Информационный отдел
 - Медсестра по улучшению производительности
 - Менеджер отдела медицинской документации
 - Секретарь отдела медицинской документации

Требования к заполнению медицинской документации для больниц

- **История и осмотр:** в течение 24 часов после поступления. Может быть выполнено в течение 30 дней до поступления (госпитализации). Для повторного поступления в течение 30 дней в случае того же или схожего состояния интервал истории и осмотра является адекватным, при наличии оригинала.
- **Устные назначения:** подписанные в течение 24 часов
- **Информированное согласие:** Доказательства соответствия требованиям, изложенных в правилах организации, соответствующие юридическим требованиям
- **Дневники наблюдения:** Хронологический отчет о клинических наблюдениях, изменениях состояния и результатах лечения (может требоваться на ежедневной основе, согласно законам а также правилам и положениям медицинской организации)

Требования к заполнению медицинской документации для больниц

- **Протокол операции:** «Незамедлительно после операции" (прописано если не продиктовано) [можно в течение 6 часов вместе в постоперационными записями в дневниках наблюдений];
- **Отчёты** (лабораторных исследований, лучевой диагностики, анестезии, ядерной медицины, а также диагностические и лечебные процедуры) [временной лимит результатов, в течение 24 часов если возможно, не дольше]
- **Выписной эпикриз:** временной срок 30 дней, в связи с завершением записи [Большинство учреждений требуют его в течение 2 недель]

Требования к заполнению медицинской документации для больниц

- **Инструкции по выписке:** должны включать физическую активность, лекарства, диету и последующий уход;
- **Финальная дневниковая запись** приемлемо вместо выписного эпикриза если продолжительность пребывания менее 48 часов для несложных состояний и нормальных родов (как для матери так и для ребенка)
- **Летальные случаи:** по причине поступления, находок, течение болезни и событий послуживших причиной смерти
- **Отчет о вскрытии:** предварительный патологоанатомический диагноз не позднее 3 дней; полный отчет не позднее 60 дней

История болезни и осмотр (для госпитализации)

Должен содержать или описывать следующие пункты:

- История текущего заболевания
- Принимаемые лекарственные средства
- Анамнез
- социальная история
- Социальный анамнез (может говорить о неплатежеспособности)
- Семейный анамнез (может говорить о неплатежеспособности)
- Физический осмотр и осмотр систем
- План ухода (лечения)

История хирургических / инвазивных процедур (для стационаров и амбулаторий)

Должна содержать или описывать следующие пункты:

- Хирургические операции / инвазивные процедуры
- Принимаемые лекарственные средства
- Социальный анамнез (может говорить о неплатежеспособности)
- Семейный анамнез (может говорить о неплатежеспособности)
- Физический осмотр и осмотр систем (как минимум, должно включать осмотр сердца, легких, неврологический статус и хирургический участок)
- План ухода (лечения)

Медицинская карта как инструмент проверки

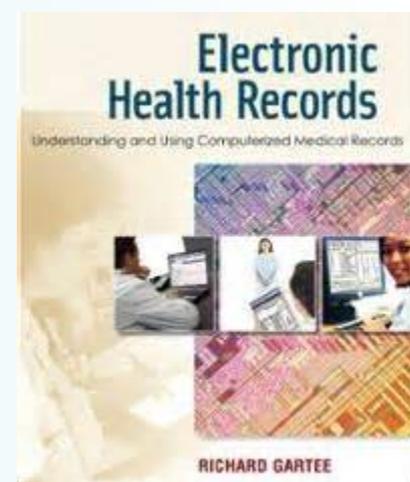
- Непрерывность оказания медицинской помощи;
- Полнота, своевременность и удобочитаемость для обеспечения соответствия юридическому документу
- Соблюдение медперсоналом уставов, правил, норм, требований аккредитации, а также государственных и федеральных требований.
- Соответствие назначений, исследований и лечения
- Медицинская необходимость и целесообразность стационарной, квалифицированной / неотложной медицинской помощи

Медицинская карта как инструмент проверки

- Несоответствия и мониторинг результатов на основе клинических протоколов или руководств
- Своевременность оказания медицинской помощи;
- Соответствие медицинской документации как клинической, коммуникативной записи;
- Медицинские записи просматриваются на постоянной основе для оценки полноты и своевременности информации; принимаются меры для повышения качества и своевременности документации, которая влияет на уход за пациентами
- Репрезентативная выборка медицинских карт включена в процесс проверки

Виды проверок медицинских карт

- Проверка открытых медицинских карт
- Проверка закрытых медицинских карт
- Проверка 19 элементов



Обзор закрытых медицинских карт

- Обычно проводится мультидисциплинарной командой
- Позволяет «попрактиковаться» в поиске информации которая будет проверяться во время проверок медицинских карт при национальной аккредитации или аккредитации JCI
- Позволяет составлять список «хороших» карт

Проверка 19 элементов

- Проверка должен учитывать своевременность и полноту каждого элемента
- Часть каждого из 19 элементов может быть проверена на ежеквартальной основе, чтобы все 19 элементов проверялись ежегодно
- Если элемент проверяется ежегодно, эксперты захотят увидеть данные за последние три года

Проверка 19 элементов

Перед проверкой, организация составляет лист оценки, отображая как минимум ежеквартальные находки по каждому из этих элементов, обнаруженных в ходе постоянного процесса проверки медицинских карт, а также мероприятий улучшения эффективности, направленных на устранение находок, если это необходимо



www.shutterstock.com · 10261429

19 Элементов

- Идентификационные данные
- Медицинская карта:
 - Основная жалоба
 - Текущие заболевания
 - История заболевания
 - Семейный анамнез
 - Социальная история
 - Описание систем организма



19 Элементов

- Возрастная психосоциальная оценка
- Заключение о соответствующих медицинских осмотрах
- Врачебный план лечения
- Диагностические и терапевтические назначения
- Информированное согласие
- Клинические наблюдения

19 Элементов

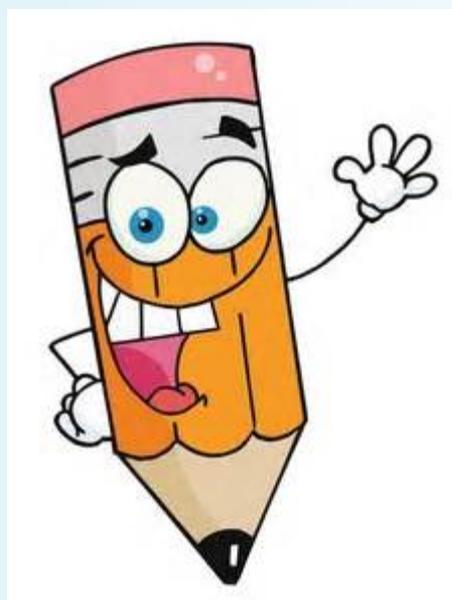
- Записи наблюдений
- Заключение консультантов
- Заключение хирургических операций и инвазивных процедур
- Отчеты по диагностическим или терапевтическим процедурам
- Записи по трансплантации и донорским органам, а также имплантам
- Заключительный диагноз
- Заключение по завершению госпитализации (выписка)

19 Element Review

- Инструкции по выписке
- Выписка
- Результаты аутопсии



www.shutterstock.com - 10261429



Форма проверки закрытых медицинских карт JСIA

цель формы

- Цель формы проверки закрытых медицинских карт – сбор доказательств соответствия стандартам требующие соблюдения документации в медицинских картах на постоянной основе.
- Форма предназначена для использования на постоянной основе, а также для подготовки к проверкам/аккредитации.
- Организация должна использовать форму для аудита медицинских карт в целях выявления потенциальные несоответствий в документации и областей улучшения.

Форма проверки закрытых медицинских карт JCIА

организация формы

Форма организована по названиям тем (например, «Осмотр» и «Информированные согласия»), а также включает специальный номер стандарта и требование стандарта (например, согласие на переливание крови и медицинский осмотр).

Форма проверки закрытых медицинских карт JCIА

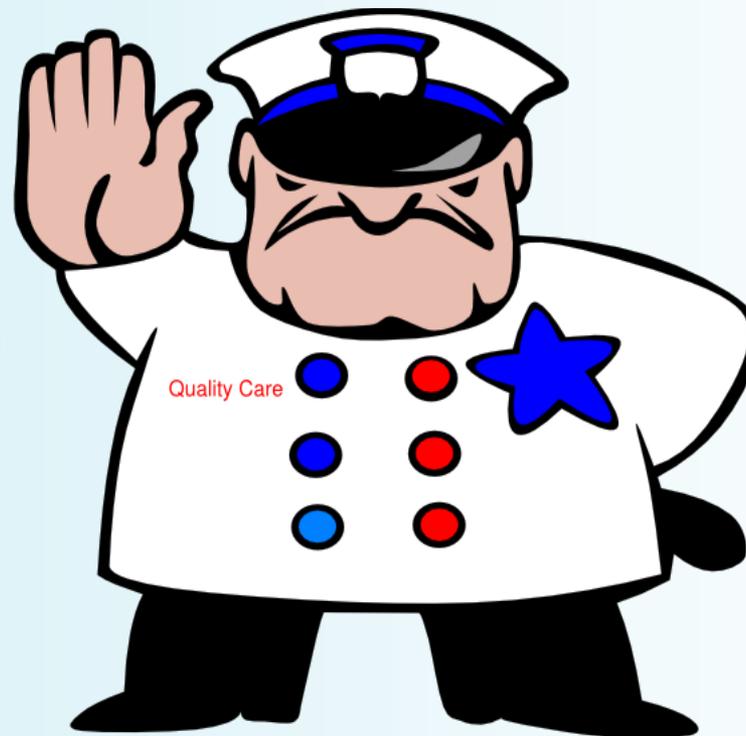
процесс проверки

- Эксперты могут использовать бланк данной формы для записи информации во время проверки
- Эксперты записывают номер проверяемой медицинской карты а также ее профиль (по диагнозу);
Например, Карта №1, Хроническая сердечная недостаточность.

Медицинская карта просматривается коротко

- Установить какой пациент и какой вид медицинской помощи был оказан (например, операция, осмотр, неотложная помощь, реабилитация);
- Установить соответствие с динамикой to verify compliance with the documentation track record (6 месяцев для первой аккредитации и 12 месяцев для повторной аккредитации).

**ЕСЛИ ЭТО НЕ
ЗАПИСАНО, ЭТО НЕ
БЫЛО СДЕЛАНО**



Международная конференция, Качество медицинских услуг, Безопасность
пациентов и аккредитация, Астана 16-17 ноября 2017 г.

Вывод

Хорошая медицинская помощь в общем означает хорошую медицинскую карту, в то время как несоответствующая медицинская помощь в общем отражается плохой медицинской картой

Вопросы? Комментарии?



Thank You!

Prof. Seval Akgun, MD, PhD

