

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ
РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)
ГБПОУ РС(Я) «ЯКУТСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

Допущен к защите
Зам. директора по УР

Иванова М.Н.

СОЛОВЬЕВА АЛЕКСАНДРА СЕМЕНОВНА
**РАБОТА МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПО ВЕДЕНИЮ И УЧЕТУ
МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ НА ПРИМЕРЕ
ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА**

Выпускная квалификационная работа
по специальности 34.02.01 - Сестринское дело

Студент отделения «Сестринское дело»
Группы СД-36

Соловьева Александра
Семеновна

Руководитель - преподаватель психологии

Кондратьева Наталья
Михайловна

Якутск, 2019 г.

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1 РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ВЕДЕНИИ МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТОВ	
1.1 Нормативные документы, регламентирующие деятельность медицинской сестры по ведению медицинских документов.....	5
1.2 Деятельность медицинской сестры по ведению медицинских документов.....	16
ГЛАВА II АНАЛИЗ ВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРОЙ УЧЕТНЫХ И ОТЧЕТНЫХ ФОРМ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ НА ПРИМЕРЕ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА	
2.1 Деятельность медицинской сестры в перинатальном центре.....	21
2.2 Хронометраж работы медицинской сестры по работе с медицинскими документами.....	27
ВЫВОДЫ.....	34
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	35

ВВЕДЕНИЕ

Любое медицинское учреждение ежедневно сталкивается с огромной ответственностью — от действий сотрудников (не только врачей) зависит здоровье, а нередко и жизнь пациентов. Поэтому в поликлинике, госпитале, государственных и частных больницах необходимо обеспечивать стопроцентный порядок в документации. Ее оформление, ведение, систематизация, хранение — специфическая и непростая задача, так как в большинстве случаев она служит средством доказательства проведения лечебных, диагностических и прочих профильных процедур.

Медицинские документы служат инструментом контроля качества оказываемых услуг (например, со стороны страховых компаний), подтверждают факт оказания помощи и раскрывают ее суть. Порядок ведения медицинской документации регламентирован на государственном уровне, но единого правового акта для этого нет. В работе следует руководствоваться законами, в частности:

1. №323-ФЗ от 21.11.2001 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» — в нем указаны основы охраны здоровья, в том числе требования к обязательности ведения учета, хранения документации и оформления бланков строгой отчетности [1];
2. №184-ФЗ «О технической регуляции» — он касается технического регулирования электронных систем документооборота, на которые переходят структуры здравоохранения [2];
3. №125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» — в нем сформулированы правила комплектования, учета хранения документации в архиве [3].

Также работникам, которым поручено ведение учетной медицинской документации, следует руководствоваться Национальными стандартами (ГОСТ Р 52636-2006) и Приказами Минздрава РФ. За несоблюдение

требований законодательства ответственным лицам и организациям грозят существенные санкции. Предусмотрена даже уголовная ответственность за нарушения правил хранения, повреждение бумаг, служебный подлог и фальсификацию. Неправильное, неполное, ненадлежащее ведение документации может лишить организацию возможности доказать свою правоту при судебных процессах.

Актуальность данной темы обосновывается тем, что медицинские документы являются важнейшей составляющей лечебно-диагностического процесса, обеспечивается взаимодействие медицинских работников и качество медицинской помощи значительно.

Целью исследования является изучение работы медицинской сестры по ведению учета и отчета медицинских документов на примере перинатального центра.

Задачи исследования:

1. Рассмотреть нормативные документы, регламентирующие деятельность медицинской сестры по ведению медицинских документов;
2. Изучить деятельность медицинской сестры на примере перинатального центра г. Якутска;
3. Исследовать хронометраж работы медицинской сестры по ведению медицинских документов.

Материалы и методы исследования: Обработка литературных данных и интернет - ресурсов, анкетирование.

Дипломная работа состоит из введения, двух глав, выводов, списка литературы, приложений.

ГЛАВА 1 РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ВЕДЕНИИ МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТОВ

1.1 Нормативные документы, регламентирующие деятельность медицинской сестры по ведению медицинских документов

Приказы, регламентирующие работу медицинской сестры, действуют на уровне Российской Федерации, региона или утверждаются в самом медицинском учреждении.

Приказы, регламентирующие работу медицинской сестры, позволяют ей качественно выполнять свои обязанности, а также эффективно решать различные юридические проблемы в своей деятельности.

Медицинская сестра является квалифицированным медицинским работником, который на высоком профессиональном уровне выполняет определенный круг профессиональных обязанностей. В своей деятельности она соблюдает действующие приказы Министерства Здравоохранения Российской Федерации для ЛПУ, а также федеральные законы и инструкции.

В связи с этим, к специалисту предъявляют высокие требования, с учетом которых происходит постоянная оптимизация труда медицинских сестер для повышения качества их работы.

Медицинские документы являются важнейшей составляющей лечебно-диагностического процесса, обеспечивая взаимодействие медицинских работников. Увеличение количества досудебных и судебных разбирательств, развитие системы вневедомственного и ведомственного контроля объемов и качества медицинской помощи значительно повышают требования к ведению медицинской документации.

Медицинские документы должны:

1. заполняться своевременно и отражать сведения о состоянии пациента и результатах получаемого лечения;
2. выявлять факторы, приведшие к нарушению принятого стандарта или возникновению риска для больного;

3. содержать терминологию, понятную для пациента в случаях, когда это возможно;
4. обеспечивать "защиту" медицинского персонала от необоснованных жалоб или судебных исков;
5. обеспечивать наличие даты и подписи под записями, сделанными дополнительно;
6. обеспечивать датирование всех изменений, исправлений и зачеркиваний;
7. не допускать сокращений;
8. уделять особое внимание записям экстренных больных и больным со сложными диагностическими случаями.

В соответствии со статьей 22 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [4]; пациент либо его законный представитель имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получать на основании такой документации консультации у других специалистов. Также пациент либо его законный представитель имеет право на основании письменного заявления получать отражающие состояние здоровья медицинские документы, их копии и выписки из медицинских документов. Основания, порядок и сроки предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них устанавливаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Медицинская карта стационарного больного 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 лечебно-диагностического процесса и используются для выдачи информации по запросам ведомственных учреждений (суд, прокуратура и др.), страховых медицинских организаций и в других случаях, предусмотренных законодательством, с разрешения администрации медицинского учреждения.

При поступлении больного сотрудники приемного отделения на лицевой части медицинской карты записывают паспортные данные. Информация о группе крови, резус-факторе, непереносимости лекарственных препаратов фиксируется лечащим (принимающим) врачом при первичном осмотре больного, за исключением тех случаев, когда эти данные получить невозможно. Факт о невозможности получить необходимую информацию оформляется соответствующей записью.

Клинический диагноз записывается на лицевую сторону медицинской карты стационарного больного в течение трех рабочих дней от момента поступления больного в стационар.

Заключительный диагноз записывается при выписке больного, в развернутом виде в соответствии с МКБ-10 (клиническим вариантом). Диагноз должен быть обоснованным, т.е. соответствовать имеющимся в медицинской карте данным. Диагноз должен включать все осложнения, степень выраженности функциональных нарушений и сопутствующие заболевания, имеющие клиническое значение.

Если больной подвергнулся хирургическому вмешательству, то в обязательном порядке указывается название операции, дата (месяц, число, час), метод обезболивания.

Запись о выдаче документа, удостоверяющего факт временной нетрудоспособности, осуществляет лечащий врач по установленным правилам с указанием номера и серии листков нетрудоспособности или номера справки, сроков их продления.

Приемный статус. Больной, поступающий в отделение стационара в плановом порядке, осматривается врачом приемного отделения (дежурным, лечащим врачом) в течение 2 часов от момента поступления.

В целом виды медицинской документации могут быть выделены в зависимости от того, какая информация содержится в документе. Если в документе фиксируется информация, касающаяся медицинской деятельности медицинской организации, мы имеем дело с внутренним документооборотом медицинской организации. Если же в документе указана информация о состоянии здоровья пациента, проведенном лечении и подобное, то мы имеем дело с медицинской документацией пациента. Медицинская документация медицинской организации обычно называется также отчетной медицинской документацией, а медицинская документация пациента — учетной медицинской документацией.

Более или менее системный перечень основных учетных документов медицинской организации со сроками их хранения можно найти в Письме Минздрава России от 07.12.2015 № 13-2/1538[5], которое так и называется «О сроках хранения медицинской документации». Данное письмо издано госорганом в ответ на многочисленные запросы о сроках хранения медицинских документов, не является как таковым нормативным-правовым актом, носит преимущественно рекомендательный характер и применяется до утверждения актуального перечня документов (со сроками хранения), образующихся в процессе деятельности медицинских организаций. По сути оно представляет собой не сборник медицинских учетных документов, а лишь перечень тех форм, которые утверждены различными нормативно-правовыми актами. При работе с названным Письмом Минздрава России важно понимать, что с течением времени и внесением необходимых изменений в законодательство РФ формы медицинских документов, приведенные в Письме, а также указанные в нем сроки хранения могут стать и даже уже стали в некоторых случаях неактуальными, либо утратили обязательный характер. Так, например, формы медицинских документов, утв. Приказом Минздрава

СССР от 4 октября 1980 г. № 1030, не строго обязательны для применения, а только рекомендуемы к применению (см. Письмо Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 30 ноября 2009 г. № 14-6/242888), так как сам Приказ Минздрава СССР № 1030 давным-давно уже утратил силу. При данных обстоятельствах настоятельно советуем ориентироваться на информацию первоисточника, то есть того нормативно-правового акта, которым утверждена форма конкретного медицинского документа, а Письмо Минздрава России от 07.12.2015 № 13-2/1538 использовать лишь в качестве ориентира.

Оформление и ведение утвержденной медицинской документации также регламентировано нормой №323-ФЗ, но единого «жесткого» порядка для него нет. Однако существуют определенные правила, которых необходимо придерживаться. Так, первичными документами для любого, государственного или частного, медучреждения выступают:

1. Медицинская карта по разным формам (003/у для стационара, 025/у-87 для амбулаторного лечения, 043/у для стоматологии): ее оформляют всем больным при поступлении в стационары, и это основной документ для всех профильных организаций — диспансеров, клиник, санаториев и так далее.
2. История родов (для родильных домов), индивидуальные карты беременных.
3. Специфические формы медкарт — к примеру, для туберкулезных больных.

Для оформления медкарт сотрудники берут у пациента паспортные данные, которые вносят на титульный лист. Это основной документ, в котором зафиксированы все данные больного, характеризующие его и его состояние. Карты хранятся в регистратуре и группируются, как правило, по участковому принципу.

Среди других ключевых документов, которые предусматривают правила ведения медицинской документации, выделяют:

1. талоны для учета пациентов в поликлиниках;
2. контрольные карты для диспансерного наблюдения;
3. формы 086/у, которые нужны взрослым и детям при оформлении на работу, учебу и многие другие.

Типовые формы содержатся в Альбоме, который выпустило и утвердило Министерство Здравоохранения РФ. Образцы из него используют, осуществляя ведение учетно-отчетной медицинской документации, ее стандартизацию, хранение и контроль. В целом учет в поликлинике ведется по сведениям о пациентах (паспортные данные, адрес, место работы), применяемых методах диагностирования и лечения, оборудовании. Также в документах зафиксирована информация об структуре учреждения, ее бухгалтерии и хозяйственной части.

Таблица 1

Перечень основных учетных документов медицинской организации.

№ п/п	Наименование формы	№ формы
1	Журнал учета приема пациентов и отказов в госпитализации	001/у
2	Журнал учета приема беременных, рожениц, и родильниц	002/у
3	Медицинская карта стационарного больного	003/у
4	Медицинская карта прерывания беременности	003-1/у
5	Листок ежедневного учета движения пациентов и коечного фонда стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении	007/у-02
6	Листок ежедневного учета движения больных и коечного фонда дневного стационара при амбулаторно-поликлиническом учреждении, стационара на дому	007дс/у-02

7	Журнал записи оперативных вмешательств в стационаре	008/y
8	Сводная ведомость учета движения больных и коечного фонда стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении	016/y-02
9	Статистическая карта выбывшего из стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении, дневного стационара при амбулаторно-поликлиническом учреждении, стационара на дому	066/y-02
10	История родов	096/y
11	История развития новорожденного	097/y
12	Журнал отделения новорожденных	102/y
13	История развития ребенка	112/y
14	Обменная карта родильного дома, родильного отделения больницы. Сведения женской консультации о беременности	113/y
15	Журнал записи вызовов скорой медицинской помощи	109/y
16	Карта вызова скоро помощи	110/y
17	Сопроводительный лист станции скорой медицинской помощи и талон к нему	114/y
18	Дневник работы станции скорой медицинской помощи	115/y
19	Индивидуальная карта беременной и родильницы	111/y
20	Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях	025/y

21	Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях	025-1/y
22	Медицинская карта ребенка	026/y
23	Контрольная карта диспансерного наблюдения	030/y
24	Паспорт врачебного участка граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг	030-13/y
25	Журнал записи родовспоможения на дому	032/y
26	Медицинская карта стоматологического пациента	043/y
27	Медицинская карта ортодонтического пациента	043-1/y
28	Журнал записи амбулаторного операций	069/y
29	Журнал регистрации и выдачи медицинских справок	086-2/y

Основные виды медицинской документации поликлиники и стационара

Из перечня, приведенного выше, выделим основные виды учетной и отчетной медицинской документации поликлиники и стационара.

Учетная медицинская документация поликлиники и стационара:

1. Медицинская карта амбулаторного больного (форма № 025/y-04);
2. Медицинская карта стационарного больного (форма № 003/y);
3. История родов (форма № 096/y);
4. История развития новорожденного (форма № 097/y);
5. Индивидуальная карта беременной и родильницы (форма № 111/y);
6. Медицинская карта ребенка (форма № 026/y);
7. Медицинское свидетельство о смерти (форма № 106/y-08) и прочее.

Медицинская карта пациента

Основным документом, отражающим состояние пациента, является медицинская карта (ф. № 003/y; 025/y-04; 112/y-80 и т.д.). По существу медкарта представляет собой документальное доказательство проведенного

лечебно-диагностического и реабилитационного процесса, отражает взаимодействие лечащего врача с другими специалистами и службами, отражает динамику и исход заболевания. Подробнее об использовании медицинской документации в качестве доказательства читайте в статье “Медицинская документация как основное доказательство”.

Медицинская карта оформляется медицинской организацией на каждого, кто осматривается или лечится как в стационарных условиях, так и амбулаторно. Цель: планирование помощи больному, оценка состояния больного и его лечения, а также обеспечение документального доказательства проводимого курса диагностики, лечения и изменений в состоянии больного.

Учитывая то, что медицинская карта содержит достаточную информацию о конкретном больном, обосновании диагноза, лечения и о выполненных медицинских вмешательствах и должна отражать результаты лечения, она относится к информации ограниченного доступа.

Требования по заполнению и оформлению медицинской карты

Если в общем, то медицинская карта должна быть заполнена полно и тщательно, что предполагает то, что

1. Записи должны быть читабельными, четкими;
2. Все записи медицинского персонала должны быть ими подписаны и содержать отметку о дате осмотра пациента или медицинского вмешательства;
3. Подписи врачей, принимающих участие в обеспечении лечебно-диагностического процесса должны быть оформлены полностью. Краткие подписи из нескольких букв запрещаются.

Содержимое медицинской карты должно быть достаточно детализировано и организовано для того, чтобы обеспечить:

1. Лечащему врачу — возможность оказания эффективной помощи больному, возможность оценки состояния больного в определенный момент, оценки диагностических и терапевтических процедур, а также реакции больного на лечение;

2. Консультанту — возможность ознакомиться с историей заболевания, изложить результат своего осмотра;
3. Другому врачу — возможность ознакомиться с лечением больного в любое время;
4. Всем допущенным и заинтересованным лицам (в том числе пациенту) — предоставление существенной информации, необходимой для оценки лечения и качества предоставленных услуг;
5. Возможность извлечения информации для административных, статистических целей, для оценки качества медицинской помощи, поэтому возможно создавать стандартизованный формат записей, но это не исключает любых нововведений для улучшения ведения медицинских карт, которые бы упрощали время заполнения, знакомство или копирование информации без ущерба для ее содержания;
6. Символы и аббревиатура в медицинских картах могут использоваться только общепринятые.

За несоблюдение требований, предъявляемых к ведению медицинской карты, врач несет ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

Медицинская карта стационарного больного (ф. № 003/у-80)

Форма медицинской карты стационарного больного (№ 003/у) утверждена Приказом Минздрава СССР от 04.10.1980 г. № 1030, который в настоящее время утратил юридическую силу. Вместе с тем, Минздрав социализма РФ в своем Письме от 30.11.2009 № 14-6/242888 рекомендует медицинским организациям все же использовать в своей деятельности форму № 003/у. Последнее означает, что медицинская организация по желанию данную форму может модифицировать и адаптировать к своим нуждам, в том числе путем указания в ней дополнительных сведений и данных. Традиционно в медицинской карте стационарного больного отражаются следующие общие сведения:

1. Данные о больном: фамилия, имя, отчество; дата рождения; место работы и должность, в случае, если больной безработный, сделать запрос с какого времени имеет статус безработного; если пенсионер или студент, сделать запись о том — работают ли они или нет, домашний адрес, телефон (рабочий или домашний) ближайших родственников, если их получить нельзя должна быть ссылка на причину;

2. Номер истории болезни;

3. Дату и час обращения в приемный покой;

4. Дату и час госпитализации;

5. Дату и час выписки больного;

6. Дату и час смерти больного;

7. Наименование страховой медицинской организации, в которой застрахован больной;

8. Вид страхования;

9. Номер и серия страхового медицинского полиса;

10. Диагноз направившего учреждения;

11. Диагноз при поступлении выставляется на лицевую часть истории болезни сразу после осмотра больного (диагноз оформляется полностью, с указанием сопутствующей патологии без сокращений);

12. Данные о группе крови, резус факторе, непереносимости лекарственных средств заносятся лечащим врачом при первичном осмотре больного, за исключением тех случаев, когда эти данные получить невозможно.

Основные виды отчетной медицинской документации:

1. Форма федерального статистического наблюдения № 12 “Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения”;

2. Форма федерального статистического наблюдения № 14 “Сведения о деятельности стационара” и др.

1.2 Деятельность медицинской сестры по ведению медицинских документов

В соответствии с приказом Минздрава России от 22.01.2001 № 12 «О введении в действие отраслевого стандарта «термины и определения системы стандартизации в здравоохранении» медицинскими документами являются специальные формы документации, ведущиеся медицинским персоналом, в которых регламентируются действия, связанные с оказанием медицинских услуг» [6].

Правильное ведение соответствующей медицинской документации вменяется в обязанности медицинской сестры и обеспечивает адекватное осуществление лечения больных, контроль за динамикой лечебно-диагностического процесса (в том числе за состоянием пациента) и использованием материально-технических средств, учёт выполняемой медицинским персоналом работы:

1. Журнал, или тетрадь назначений.

Журнал или тетрадь назначений. Медицинская сестра выписывает назначенные препараты, а также исследования, которые необходимо выполнить больному, в тетрадь назначений, где указываются Ф.И.О. больного, номер палаты, манипуляции, инъекции, лабораторные и инструментальные исследования. Она дублирует данные записи в листе назначений. Обязательно ставятся даты и подпись медсестры.

2. Журнал приема и передачи дежурств.

Журнал приема и передачи дежурств. Чаще всего передача дежурства производится утром, но может производиться и днем, если одна медицинская сестра работает первую половину дня, а вторая — вторую половину дня и ночью. Принимающая и сдающая дежурство медсестры обходят палаты, проверяют санитарно-гигиенический режим, осматривают тяжелобольных и расписываются в журнале приема и передачи дежурства, в котором отражены общее количество больных в отделении, число тяжелобольных и лихорадящих, перемещения больных, срочные назначения, состояние медицинского инвентаря, предметов ухода, чрезвычайные происшествия. В

журнале обязательно должны быть четкие, разборчивые подписи принявшей и сдавшей дежурство медицинских сестер.

3. Листок учета движения больных и коечного фонда стационара.

Медицинская сестра, сдающая дежурство утром, заполняет «Листок учета движения больных», (форма № 007у).

4. Порционник.

Палатная медицинская сестра, проверяя лист назначений, ежедневно составляет «порционник» (если отсутствует диетная сестра). Порционник должен содержать сведения о количестве различных диетических столов и видах разгрузочных и индивидуальных диет. На больных, поступивших вечером или ночью, порционник составляет дежурная медицинская сестра. Сведения палатных медицинских сестер о числе диет суммирует старшая медицинская сестра отделения, они подписываются заведующим отделением, затем передаются в пищеблок.

5. Журнал учета лекарственных средств списка А и Б.

Журнал учета лекарственных средств списка А и Б. Лекарственные средства, входящие в список А и Б, хранят отдельно в специальном шкафу (сейфе). На внутренней поверхности сейфа должен быть перечень этих лекарств. Наркотические средства обычно хранят в этом же сейфе, но в специальном отделении. В сейфе хранят также остродефицитные и дорогостоящие средства. Передача ключей от сейфа регистрируется в специальном журнале. Для учета расхода лекарственных средств, хранящихся в сейфе, заводятся специальные журналы. Все листы в этих журналах следует пронумеровать, прошнуровать, а свободные концы шнура заклеить на последнем листе журнала бумажным листом, на котором указывается количество страниц. На этом листе ставится печать, а также расписывается руководитель лечебного отделения. Для учета расхода каждого лекарственного средства из списка А и списка Б выделяют отдельный лист. Хранят этот журнал тоже в сейфе. Годовой учет расхода лекарственных средств ведет старшая медицинская сестра отделения. Медицинская сестра

имеет право ввести наркотический анальгетик только после записи этого назначения врачом в историю болезни и в его присутствии. О сделанной инъекции делается отметка в истории болезни и в листе назначений. Пустые ампулы из-под наркотических анальгетиков не выбрасывают, а передают вместе с неиспользованными ампулами медицинской сестре, приступающей к очередному дежурству. При передаче дежурства проверяют соответствие записей в журнале учета (количество использованных ампул и остаток) фактическому количеству наполненных использованных ампул. При использовании всего запаса наркотических анальгетиков пустые ампулы сдаются старшей медицинской сестре отделения и взамен выдаются новые. Пустые ампулы от наркотических анальгетиков уничтожаются только специальной комиссией, утвержденной руководителем лечебного отделения.

6. Сводка о состоянии больных справочного стола.

Сводка о состоянии больных для справочного стола. Данная сводка составляется ежедневно ночной медицинской сестрой, чаще всего рано утром, перед сдачей смены. В ней указаны фамилии больных, номера их палат, а также состояние их здоровья.

7. Журнал учета дорогостоящих и остродефицитных препаратов.

Журнал учета остродефицитных и дорогостоящих средств составляется и ведется по аналогичной схеме.

8. Журнал перевязок.

В журнале перевязок указываются дата, виды перевязок, количество больных, получивших перевязки, а также ставится ежедневная подпись.

9. Журнал по списыванию материалов и спирта.

Журнал по списыванию спирта и перевязочного материала находится в хирургическом кабинете или в перевязочной. Данный журнал пронумерован и прошнурован, подписан старшей медицинской сестрой и заведующим отделением. К сведению медицинской сестры — расход спирта по приказу №245 от 30 августа 1991.

10. Журнал дезинфекционной обработки инструментов.

Журнал по списыванию спирта и перевязочного материала находится в хирургическом кабинете или в перевязочной. Данный журнал пронумерован и прошнурован, подписан старшей медицинской сестрой и заведующим отделением. К сведению медицинской сестры — расход спирта по приказу №245 от 30 августа 1991.

11. *Журнал предстерилизационной обработки инструментов.*
12. *Журнал генеральных уборок.*
13. *Журнал кварцевания.*
14. *Журнал регистрации постинъекционных осложнений.*

Кроме того, она должна уметь заполнять статистический талон, (форма № 30).

В хирургическом кабинете заводится также журнал регистрации постинъекционных и постхирургических осложнений, где указывается дата, Ф.И.О. больного, домашний адрес, а также кто, когда и при каких обстоятельствах произвел инъекцию, какой препарат был введен, куда был направлен больной, выдан ли ему больничный лист, фамилия врача, осмотревшего больного; после заполнения всех этих граф медицинская сестра сообщает о данном случае в санэпидстанцию, и этому больному присваивается эпидемиологический номер, который медсестра регистрирует в этом же журнале.

15. *Журнал экстренной профилактики столбняка.*

В травматологическом кабинете, а также в хирургическом кабинете ведется журнал экстренной профилактики столбняка, где указываются сведения о прививках, количество введенного столбнячного анатоксина, его серия и номер, количество введенной противостолбнячной сыворотки, метод введения, серия и номер сыворотки, а также информация о том, кому передаются сведения о прививках.

Каждая медицинская сестра должна уметь заполнять статистический талон для регистрации уточненных диагнозов (форма № 025—27). В левом

верхнем углу ставится шифр заболевания по международной классификации шифров.

Медсестра должна уметь заполнять санаторно-курортную справку и санаторно-курортную карту, форму № 30 (карту диспансерного наблюдения). При ведении документации почерк медицинской сестры должен быть разборчивым, аккуратным, запрещаются исправления и подчистки.

ГЛАВА II АНАЛИЗ ВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРОЙ УЧЕТНЫХ И ОТЧЕТНЫХ ФОРМ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ НА ПРИМЕРЕ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА

2.1. Деятельность медицинской сестры в перинатальном центре

Перинатальный Национальный центр является учреждением родовспоможения 3 уровня, где максимально сконцентрированы беременные высокой группы риска и с преждевременными родами, эффективных методов диагностики и всей Республике Саха (Якутия). Перинатальный центр – это высокотехнологичная современная многопрофильная клиника, которая способствует повышению доступности и качества медицинской помощи матерям и детям в Республике Саха (Якутия).

Основными задачами Перинатального центра являются:

Оказание консультативной. Лечебной, реанимационной помощи беременным, роженицам, родильницам, гинекологическим больным и новорожденным детям.

Структура перинатального центра.

- Акушерское отделение.
- Неонатальное отделение.
- Койки дневного стационара.
- Консультативные подразделения.
- ОАРИТ.
- Гинекологические отделения.

12 января 2016 года принят стандарт 02.003, касающийся младшего медицинского персонала – санитаря и младшей медсестры по уходу за пациентами. Он определил, что медицинская сестра – это профессия, которая предполагает высокий уровень владения практическими навыками ухода за больным, а также предусматривает многогранную профильную теоретическую подготовку.

Следовательно, от этого стандарта идет деятельность медицинской сестры, в которой указан высокий уровень владения навыками ухода за больными.

Деятельность медицинской сестры перинатального центра:

- организация труда в соответствии с настоящей инструкцией, почасовым графиком работы, стандартами по организации и выполнению работ палатными медицинскими сестрами отделения новорожденных;
- осуществление профессиональной деятельности в соответствии этическим кодексом медицинской сестры России;
- четкое соблюдение графика взаимодействия с коллегами и сотрудниками отделений родильного дома (физиологическое, обсервация, ЦСО), лечебно-диагностических отделений больницы (МГК, физио, лабораторные отделения) в интересах новорожденного;
- организация рабочего места согласно стандарту;
- соблюдение правил внутреннего трудового распорядка, требований трудовой дисциплины, лечебно-охранительного режима, норм этики и деонтологии при общении с персоналом и родильницами;
- соблюдение требований охраны труда, техники безопасности, производственной санитарии, гигиены труда, противопожарной безопасности при эксплуатации помещений и оборудования;
- соблюдение требований, предъявляемых к маркировке предметов медицинского назначения;
- чёткое и своевременное ведение медицинской документации согласно номенклатуре дел и требований стандарта. Проведение анализа своей деятельности;
- чёткое и своевременное оформление бланков и направлений па лечебно-диагностические исследования;
- ведение учёта выполненных процедур, манипуляций за день, месяц, квартал, полугодие, год. Проведение анализа выявленных осложнений, своевременная подача отчета;

- своевременное и качественное подклеивание результатов исследований в историю развития новорожденного;
- осуществление контроля за работой санитарки палатной и выполнением ею должностных обязанностей, объёма и качества выполненной работы;
- экономное, рациональное использование и сохранность материальных ценностей и ресурсов.
- выход из отделения при обязательном уведомлении старшей медицинской сестры отделения или дежурного врача-неонатолога, не оставляя входную дверь со стороны пассажирских лифтов не закрытой на ключ. Недопущение посторонних лиц в отделение;
- осуществление приёма и сдачи дежурства у кроваток новорожденных сверки паспортных данных с браслетками новорожденного; рабочего места, проверка наличия предметов ухода, мед инструментария, медикаментов не установленному списку
- своевременная подготовка новорожденных и палат к обходу лечащего врача-неонатолога;
- владение в совершенстве методиками проведения профилактических, лечебных, диагностических, санитарно-гигиенических процедур и манипуляций, назначенных врачом;
- планирование и осуществление сестринского ухода за новорожденными в соответствии с приоритетами потребностей. Обучение родильниц уходу за здоровыми и больными детьми, осуществление кормления и уход за грудью матери. Обеспечение новорожденных индивидуальными предметами ухода;
- ассистирование врачу-неонатологу при осмотре новорожденных и хирургическом отсечении пупочного остатка;
- осуществление приема новорожденных у акушерки родильного зала, оценивая общее состояние, состояние пупочной культи и сверяя данные браслетов с паспортными данными. Контроль за проведением первичного туалета новорожденного в родильном зале;

- осуществление контроля за состоянием новорожденных с регистрацией любого изменения, принятие решений в соответствии с уровнем своей компетенции и полномочий.
- осуществление своевременной выборки из историй развития назначений врача-неонатолога и качественное выполнение рекомендаций и назначений;
- качественная и своевременная подготовка новорожденных к лабораторным, инструментальным методам исследования и сбор материала от новорожденных для лабораторного обследования;
- строгое соблюдение алгоритмов выполнения всех видов манипуляций и процедур;
- участие в уходе, подготовке к кормлению и кормлению новорожденных и палатах совместного пребывания «Мать и дитя» и в отделении;
- транспортировка новорожденных на кормление и осуществление контроля за проведением кормления родильницами, помощь в прикладывании детей к молочной железе и обучение правилам кормления;
- осуществление контроля за качеством и соответствием передач, принесенных родильницам, разрешенному ассортименту;
- подготовка новорожденных к выписке или переводу на второй этап выхаживания. Выписка новорожденного в выписной комнате с обязательной сверкой паспортных данных. Строгое соблюдение правил поточности выписки в зависимости от отделения (физиологическое, обсервация);
- своевременное сообщение лечащему врачу и заведующему отделением, а к их отсутствию, дежурному врачу-неонатологу:
- об ухудшении состояния новорожденного;
- осложнениях, возникших в результате проведения медицинских манипуляций;
- о случаях ЧП в отделении;
- обеспечение наличия и укомплектованности аптечки для оказания неотложной помощи, согласно стандартам;

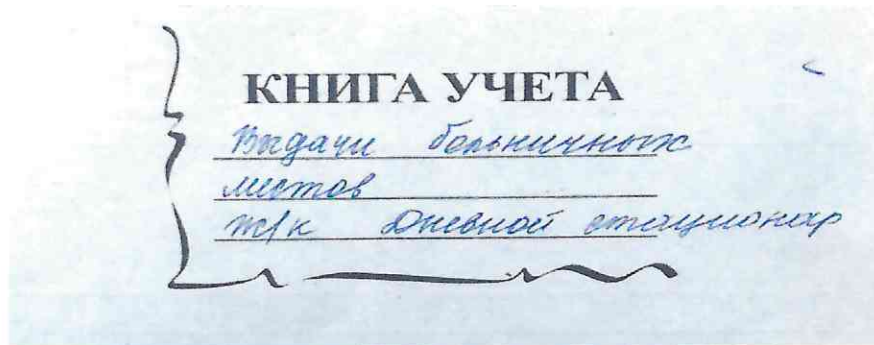
- оказание доврачебной помощи новорожденным при неотложных состояниях и осложнений заболеваний у новорожденных;
 - обеспечение инфекционной безопасности и безопасности среды новорожденным в родильном доме (соблюдение правил санитарно-гигиенического и санитарно-эпидемиологического режимов);
 - проведение комплекса мероприятий по профилактике внутрибольничных и особо опасных инфекций;
 - проведение комплекса мероприятий по профилактике постинъекционных осложнений, сывороточного гепатита и ВИЧ-инфекции;
 - строгое соблюдение правил личной гигиены, формы одежды;
 - регулярное и своевременное прохождение медицинского осмотра, обследования на RW, HbsAg, ВИЧ-инфекцию, носительство патогенного стафилококка по эпидпоказаниям;
 - строгое соблюдение мер предосторожности при работе с биологическими жидкостями;
 - проведение контроля стерильности полученного материала и инструментария, соблюдение сроков хранения стерильных изделий.
- Проведение стерилизации дыхательной аппаратуры;
- контроль за проведением всех видов уборок помещений отделения, согласно графика. Проветривание и кварцевание палат в соответствии с требованиями санитарно-гигиенического и противоэпидемиологического режимов;
 - обеспечение надлежащего порядка и санитарного состояния медицинского поста, санитарной комнаты, палат и комнаты персонала;
 - своевременное получение от сестры-хозяйки мягкого инвентаря, дезинфицирующих, моющих и чистящих средств. Соблюдение мер предосторожности при работе с ними;
 - четкое и своевременное выписывание и получение от старшей медицинской сестры необходимых для работы медикаментов, спирта, предметов ухода, бланков;

- своевременная выписка и получение в ЦСО перевязочного материала, укладок для гигиенического ухода за новорожденными;
- обеспечение правильного учета, хранения, использования медикаментов, спирта, перевязочного материала, предметов ухода, медицинского оборудования и инструментария;
- обеспечение правильного учета, хранения и использования психотропных и сильнодействующих лекарственных средств;
- проведение санитарно-просветительной работы среди родильниц по вопросам здорового образа жизни, питания, грудного вскармливания;
- постоянное повышение профессионального уровня знаний, умений и навыков путем самообразования, освоения смежных специальностей, участия в общебольничных и общероддомовских сестринских конференциях, аттестации на рабочем месте, техучебах и конференциях в отделении;
- своевременное прохождение усовершенствования на базе ОЦПК один раз в 5 лет и получение сертификата по специальности «Сестринское дело в педиатрии».

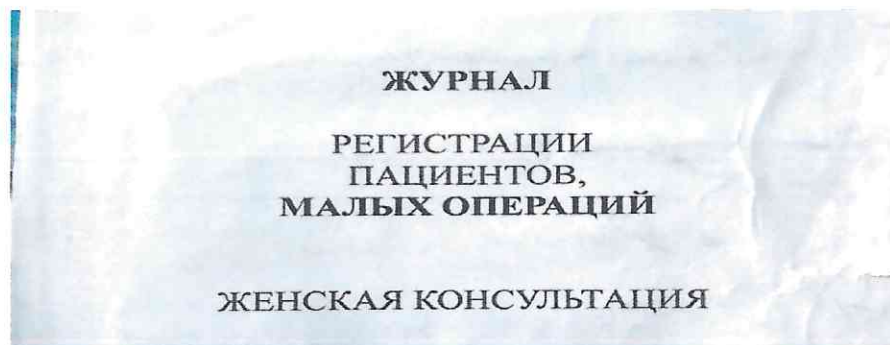
2.2 Хронометраж работы медицинской сестры по работе с медицинскими документами

Медицинская сестра каждого отделения, помимо ухода за пациентами и выполнением сестринских манипуляций, так же ведет работу по ведению медицинских документов.

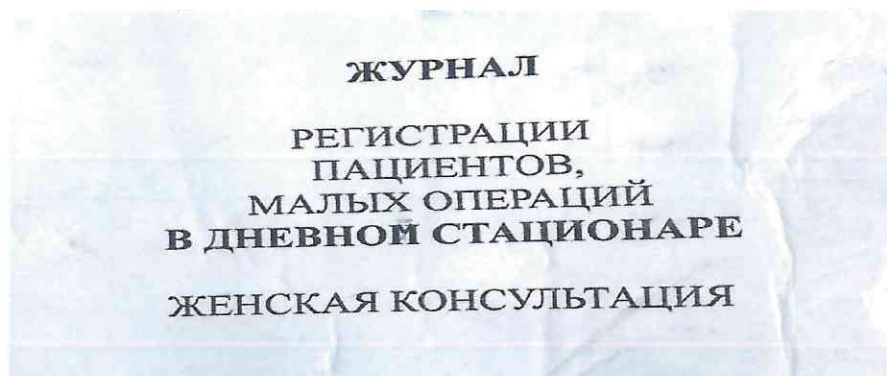
Например, в отделении женской консультации, медицинская сестра заполняет следующие журналы:



В данном журнале записывается каждая пациентка, которая получила больничный лист, заполняется ФИО, год рождения, дата, место работы.



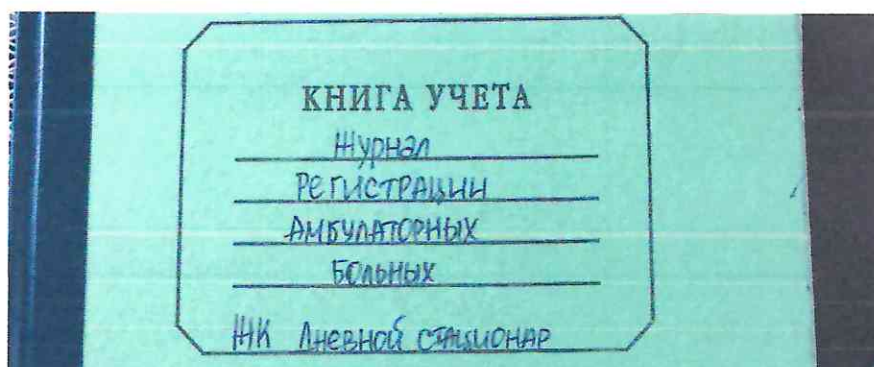
В этом журнале записывают пациенток, которым сделали малые операции, заполняют дату, ФИО, год рождения, место жительства, тип операции.



Этот журнал заполняют при малых операциях в дневном стационаре перед каждой операцией, заполняют дату, ФИО, год рождения, место жительства, тип операции.



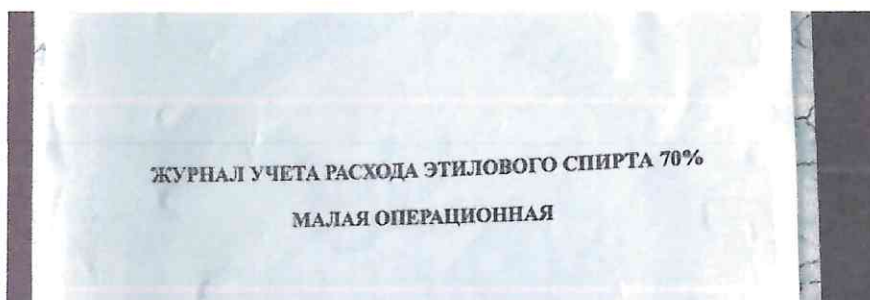
Журнал заполняется только когда пациентки записаны на гистологические исследования, заполняют дату, ФИО, год рождения, место жительства, материал исследования.



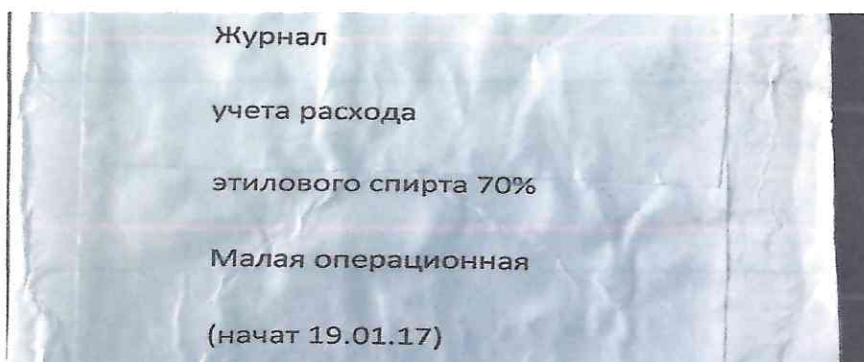
В этом журнале заполняют номер, дату, ФИО, дата рождения, день рождения, место жительства, кем направлен, диагноз, процедура и врач.



Этот журнал заполняется ежедневно, записывают дату, марку, наименование стерилизуемого изделия, количество, начало стерилизации, конец стерилизации, режим, тест-контроль и подпись медицинской сестры.



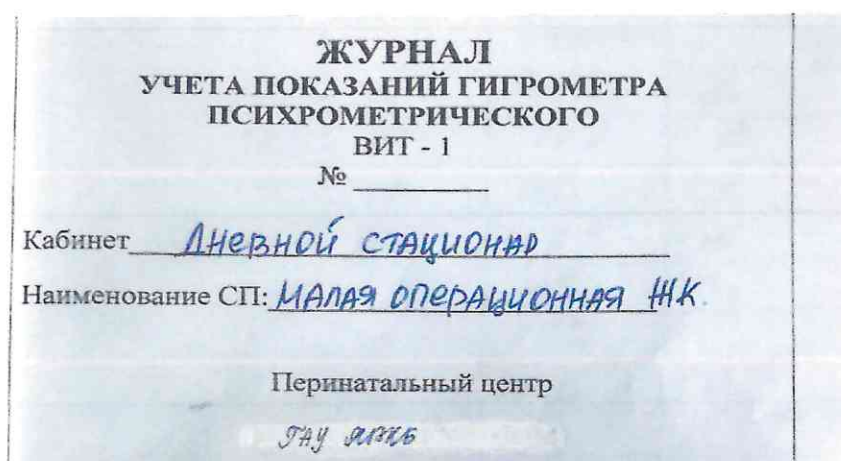
Этот журнал заполняется при каждом получении спирта, также при каждом его использовании, заполняют дату получения, количество, подпись старшей акушерки, затем заполняют дату, наименование процедуры, количество расхода, остаток и подпись медицинской сестры.



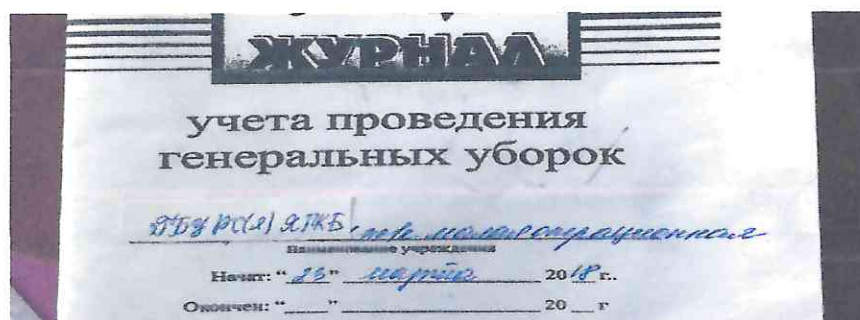
Этот журнал заполняется при каждом получении спирта, также при каждом его использовании, заполняют дату получения, количество, подпись старшей акушерки, затем заполняют дату, наименование процедуры, количество расхода, остаток и подпись медицинской сестры.



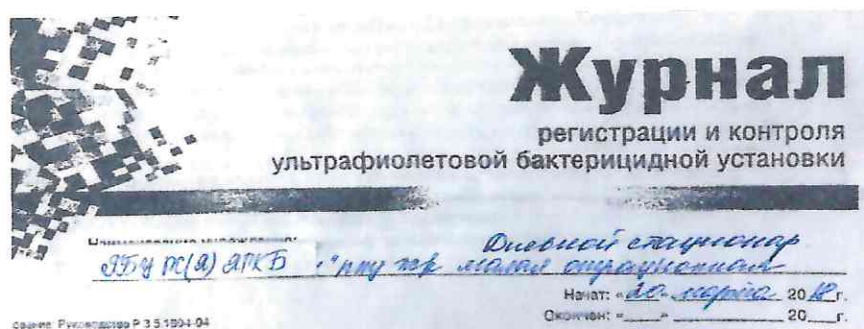
Этот журнал заполняют ежедневно утром и вечером, нижнюю и верхнюю полку отдельно, дату и подпись.



Журнал заполняется ежедневно, записывают показания гидрометра психрометрического, сухого, увлажненного и затем относительную влажность и подпись медицинской сестры.



Журнал заполняется после каждой генеральной уборки, то есть еженедельно, заполняется номер, планируемая дата проведения, наименование и концентрация используемого дезсредства, фактическая дата проведения и подпись исполнителя.



Журнал заполняют каждый день, заполняется дата, условия обеззараживания, объект, вид микроорганизма, режим облучения, время включения, время выключения, длительность.



Заполняют ежедневно два раза в день утром и днем, заполняется дата проведения, время проведения, наименование используемого дезсредства, процент, ФИО и подпись медицинской сестры.

Кроме журналов медицинская сестра еще заполняет медицинские карты:

1. Медицинская карта прерывания беременности (форма № 003--1/у) заводится на всех женщин, поступивших в стационар для искусственного прерывания беременности или по поводу самопроизвольного аборта;
2. Медицинская карта амбулаторного больного (форма № 025/у) -- основной первичный медицинский документ больного, лечящегося амбулаторно или на дому, и заполняется на всех больных при первом обращении за медицинской помощью в данное лечебное учреждение. На каждого больного ведётся одна медицинская карта независимо от того, лечится ли он у одного или нескольких врачей;

3. Индивидуальная карта беременной и родильницы (форма № 111/у) заполняется на каждую обратившуюся в женскую консультацию беременную, желающую сохранить беременность. В карту заносятся данные анамнеза (особо подробно о течении и исходах предыдущих беременностей), результаты общего и специального акушерского обследования, заключения терапевта и других специалистов о состоянии здоровья беременной. В специальный раздел карты записываются жалобы, данные объективного обследования и назначения при повторных посещениях. Эти сведения позволяют проследить динамику объективных показателей состояния беременной и плода и принять меры в случае отклонения их от нормы. В карте представлен специальный лист для подклейки анализов и других документов:

- Сведения о течении и исходе родов (на основании талона № 2 обменной карты ф.№ 113/у), а также о течении послеродового периода после выписки родильницы из стационара. После снятия женщины с диспансерного наблюдения карта за подписью лечащего врача и заведующего консультацией поступает в архив женской консультации (родильного дома);

- Контрольная карта диспансерного наблюдения (форма № 030/у). В правом верхнем углу указывают диагноз заболевания, дату его установления и способ выявления (при обращении за лечением, при профилактическом осмотре). В специально отведённом месте записывают возникающие осложнения, сопутствующие заболевания, изменения диагноза и наиболее важные лечебно-профилактические мероприятия (госпитализация, санаторно-курортное лечение, перевод на инвалидность и т.д.).

- Обменная карта родильного дома, родильного отделения больницы, сведения женской консультации о беременной (форма № 113/у) состоит из трёх отрывных талонов. Она предназначена для осуществления преемственности в наблюдении за женщиной и её ребёнком женской консультации, акушерского стационара и детской поликлиники.

Также медицинская сестра заполняет листок нетрудоспособности, направления, талоны и обменную карточку.

Помимо вышеуказанных медицинских документов, существуют электронные программы, которые заполняются врачами.

Таким образом, правильное ведение медицинских документов медицинской сестрой имеет большое воспитательное значение, укрепляя в нём чувство ответственности.

Кроме того, медицинская документация служит основанием для ряда юридических действий. В частности, при страховании в случае временной потери здоровья, застрахованного требуется выписка из карты развития ребёнка, медицинской карты или истории болезни, выданных медицинским учреждением.

Неточное заполнение или потеря медицинских документов могут привести к обоснованным претензиям пациентов. При недобросовестном отношении к должностным обязанностям в некоторых лечебных учреждениях встречается практика «потери медицинских документов», назначений препаратов, несовместимых с уже назначенными и пр.).

Одно из средств улучшения сохранности медицинских карт — введение электронных медицинских карт. С одной стороны, в электронном документе можно отследить хронологию его изменений. С другой стороны, медицинская документация, оформленная в электронном виде, не имеет юридической силы. Тем не менее, дублирование содержимого амбулаторной карты на бумагу вручную, как это происходит сейчас, должно уйти в прошлое.

ВЫВОДЫ

1. Аналитический обзор литературы по данной теме показал, что регламентирующих приказов и нормативных документов деятельности медицинской сестры по введению медицинских документов много, каждый приказ говорит о том, что нужно строго заполнять все документы, которые даны медицинской сестре, ведь эти данные являются важнейшей составляющей лечебно-диагностического процесса, а также обеспечивают качество медицинской помощи.
2. Деятельность медицинской сестры в перинатальном центре заключается в уходе и безопасности за новорожденными детьми и их матерями, а также в заполнении множества документов и журналов, которые присутствуют в отделениях.
3. Исследовав хронометраж работы медицинской сестры по ведению медицинских документов пришли к выводу, что заполнение множества документов и журналов, также важно, как и лечение и уход за пациентом, ведь эти документы также значимо участвуют в выздоровлении пациента.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Федеральный закон №323 от 21.11.2001 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
2. Федеральный закон №184 «О технической регуляции».
3. Федеральный закон №125 «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний».
4. Федеральный закон № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
5. Федеральный закон № 13-2/1538 «О сроках хранения медицинской документации».
6. Федеральный закон № 12 «О введении в действие отраслевого стандарта».
7. https://atis-ars.ru/txt/?mode=ajar§ion_id=90&namefile=%D0%9C.html
8. <https://www.zdrav.ru/articles/4293658454-18-m05-28-dokumenty-i-priказы-reglamentiruyushchie-rabotu-medsestry>
9. <https://www.dirklinik.ru/article/198-meditsinskie-dokumenty-v-chastnoy-klinike-obzor-osnovnyh-pravovyh-aspektov>
10. <https://lib.rosdiplom.ru/library/prosmotr.aspx?id=494725>
11. <http://diplomba.ru/work/129695>
12. <https://delatdelo.com/organizaciya-biznesa/kadry/profstandart-medsestry.html>
13. Островская, И.В., Широкова, Н.В. Основы сестринского дела/ И.В. Островская, Н.В. Широкова, 2016.
14. Карманный справочник медицинской сестры / Т.П. Обуховец и др. - М.: Феникс, 2015.