

Утверждено  
Директор  
СПб ГБУСО «ДДИ №2»  
И.В. Дерябина  
Приказ от «\_\_» \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

**Положение  
«О порядке ведения медицинской документации  
в Санкт-Петербургском государственном стационарном учреждении социального  
обслуживания «Детский дом-интернат №2».**

Основной задачей ведения медицинской документации является обеспечение преемственности в обследовании и лечении получателей социальных услуг, в возможности анализировать и обобщать результаты обследования и лечения пациентов с различными нозологическими формами заболеваний.

Медицинская документация является юридическим документом, фиксирующим состояние здоровья получателей социальных услуг, наличие у получателей социальных услуг той или иной патологии, что может иметь значение для признания получателя социальных услуг инвалидом, установление причинно-следственной связи с полученной получателем социальных услуг травмой, а также позволяющим оценивать адекватность медицинской помощи, оказанной получателям социальных услуг, в СПб ГБУСО «Детский дом-интернат №2» (далее- Учреждение)..

Медицинская документация изучается при внутреннем ведомственном и государственном контроле качества и безопасности медицинской помощи.

**I. Общие требования к ведению записей в медицинской документации.**

1. Записи в медицинской документации производят сразу после событий, касающихся оценки состояния здоровья получателя социальных услуг, диагностических и лечебных мероприятий, с обозначением даты и времени событий, подписью специалиста, их производших;

2. Записи в медицинской документации производятся в установленной форме, с использованием общепринятой медицинской терминологии, с использованием допустимых сокращений и аббревиатуры.

3. Все записи в медицинской документации должны быть точными, полными, последовательными, читаемыми, с использованием государственного языка - русского. Допускается использование латинского языка в виде специальной терминологии и названиях. Не разрешаются сокращения слов и аббревиатуры, затрудняющие понимание текста или допускающие двоякое толкование;

4. Все необходимые исправления оговариваются за подписью лечащего врача. Замазывание, заклеивание исправленного текста не допускается, равным образом не разрешается внесение дополнительных записей без соответствующих оговорок. Записи, сделанные дополнительно, а также изменения и исправления должны быть датированы и иметь подпись должностного лица. Исправления неправильных (ошибочных) записей разрешается только путём аккуратного зачеркивания с пометкой «запись ошибочна» таким образом, чтобы ошибочная запись осталась читаемой. Исправления подтверждаются подписью врача;

5. Описание картины состояния получателя социальных услуг, его лечения и исход лечения в медицинской документации должны быть отражены полно и исчерпывающе;

6. Записи в медицинской документации должны фиксировать любые возникающие изменения состояния здоровья получателя социальных услуг, действия медицинского персонала в ответ на эти изменения в конкретное время;

7. В медицинской документации должна соблюдаться хронология событий, влияющих на принятие клинических и организационных решений;

8. Записи в медицинской документации в Учреждениях должны отражать социальные, физические и другие факторы, которые могут оказать влияние на состояние здоровья получателя социальных услуг и течение патологического процесса;

9. Записи в медицинской документации в Учреждениях должны иметь отражение рекомендаций, данных получателя социальных услуг на момент завершения обследования и лечения при выписке из медицинского учреждения;

10. Лечащий врач несет юридическую ответственность за ведение медицинской документации, соблюдение основных правил заполнения данных медицинских документов и их хранения;

11. Медицинская документация должна позволять контролировать правильность организации лечебно-диагностического процесса и может использоваться для выдачи информации по запросам ведомственных учреждений, а также суда, следствия, прокуратуры и в других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации;

12. Правильно оформленная медицинская документация должна соответствовать деонтологическим принципам, обеспечивать правильность принятия клинических решений медицинским персоналом;

13. Медицинская документация составляется индивидуально на каждого получателя социальных услуг. Срок её хранения - 25 лет.

14. Медицинская документация должна содержать все необходимые сведения, характеризующие состояние здоровья получателя социальных услуг в течение всего времени пребывания, организацию его обследования и лечения, результаты наблюдений и диагностических исследований.

15. Медицинский персонал должен уделять особое внимание записям, сделанным в медицинской документации получателя социальных услуг, требующих экстренной помощи, а также в сложных диагностических случаях.

16. Гражданин или его законный представитель имеет право знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, получать консультацию по ней у других специалистов. По требованию гражданина ему могут предоставляться копии медицинских документов, отражающих состояние его здоровья, если в них не затрагиваются интересы третьей стороны.

17. Получатели социальных услуг, страдающие психическими расстройствами, и их законные представители имеют право на получение информации о своих правах, а также в доступной для них форме и с учетом их психического состояния информации о характере имеющихся у них психических расстройств и применяемых методах лечения;

18. Порядок ознакомления гражданина или его законного представителя с медицинской документацией регламентируется Положением об ознакомлении гражданина или его законного представителя с медицинской документацией.

19. В медицинскую документацию могут быть вклеены листы с текстом, напечатанным на компьютере, особенно в тех случаях, когда текст пишется в нескольких экземплярах. Вклеиваемые в медицинскую документацию бланки протоколов диагностических и лечебных манипуляций и процедур, операций, лабораторных анализов должны содержать идентификационные признаки (фамилия и инициалы пациента, номер медицинского документа, название или номер отделения, комнаты проживания, номер исследования).

20. В случае выявления каких-либо дополнительных данных в хронологическом порядке делается отдельная запись, предваряемая фразой «В дополнение к анамнезу болезни (дневниковой записи от «число» месяц год)».

## **II. Порядок оформления и ведения медицинской документации.**

1. Оформление и ведение медицинской документации начинается индивидуально на каждого получателя социальных услуг при поступлении.

2. Перед оформлением медицинской документации необходимо получить согласие получателя социальных услуг (законного представителя получателя социальных услуг) на обработку персональных данных.

3. Медицинский персонал заполняет титульный лист медицинской документации, а также отмечает температуру тела, частоту пульса, массу тела и рост получателя социальных услуг, а в отдельных случаях при наличии показаний – дополнительные антропометрические данные (окружность грудной клетки, головы, подлопаточную кожную складку, окружности плеча и бедра). В медицинскую документацию записываются паспортные данные, фамилия, имя, отчество, дата и год рождения получателя социальных услуг, домашний адрес получателя социальных услуг (если имеется), фамилия, имя и отчество законного представителя получателя социальных услуг, дата поступления получателя социальных услуг, кем направлен, с каким диагнозом получатель социальных услуг направлен в Учреждение. Также фиксируется информация о родственниках получателя социальных услуг, их фамилии и адреса, контактные телефоны (при их наличии).

4. До осмотра получателя социальных услуг в приемном отделении Учреждения необходимо получить информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

5. Титульный лист медицинской документации в Учреждении заполняется при поступлении получателя социальных услуг. Информация о группе крови, резус- факторе, побочном действии (непереносимости) лекарственных средств фиксируются врачом при первичном осмотре получателя социальных услуг, за исключением случаев, когда эту информацию получить невозможно. Факт о невозможности собрать необходимую информацию должен быть подтвержден соответствующей записью в медицинской документации.

6. На титульном листе медицинской документации допускается наличие записей об осмотре на педикулез, отметка о способе передвижения гражданина («передвигается самостоятельно», «передвигается с помощью трости или костылей», «неспособность к самостоятельному передвижению и нуждаемость в постоянной помощи других лиц»), а также, при необходимости, некоторые другие отметки (например, «ребёнок-инвалид до»), отметки, связанные с перенесенными инфекциями, аллергическими реакциями. Титульный лист медицинской документации может содержать информацию о группе инвалидности, причинах инвалидности, которая заполняется строго в соответствии со справкой об инвалидности, выданной бюро медико-социальной экспертизы. Допускается указание на наличие зубных протезов и коронок (из желтого/серебристого металла и т.п.).

7. Врачом записываются жалобы, подробный анамнез с использованием имеющейся медицинской документации лечебных учреждений, где раньше лечился гражданин, а также опроса сопровождающих лиц и данные объективного исследования. Данные о проведении сложных диагностических и лечебных мероприятий (операция, пункция, переливание крови и др.) должны быть подробно записаны в медицинской документации.

8. Устанавливается предварительный диагноз, на основании которого получатель социальных услуг поступает в соответствующую группу в сроки, предусмотренные режимом изоляционно-карантинной комнаты, а также после получения отрицательных результатов необходимого клинико-бактериологического минимума: мазков из зева и носа на дифтерийного возбудителя, анализа кала на диз.группу и я/гельминтов, анализ крови на сифилис (реакция микропреципитации с кардиолипиновым антигеном, специфические антитела к бледной трепонеме), клинический анализ крови и общий анализ мочи, рентгенографии или ФЛГ органов грудной клетки.

9. В течение пребывания получателя социальных услуг в изоляционно-карантинной комнате, при его удовлетворительном состоянии, записи дневников делаются ежедневно в течение первых 3 дней, а затем не реже 1 раза в 5 дней и заканчиваются коротким переводным эпикризом.

10. При поступлении в отделение первичный осмотр получателя социальных услуг лечащим врачом производится не позднее следующего дня. Данные осмотра заносятся в медицинскую документацию с обязательным описанием соматического, неврологического и психического состояния получателя социальных на день осмотра, выставляется клинический диагноз. При необходимости назначаются дополнительные исследования и консультации специалистов, составляется план дальнейшего обследования и назначаются необходимые

лечебные мероприятия.

11. Не позднее третьего дня после поступления получателя социальных услуг в отделение, должен быть осмотрен заведующим отделением.

12. В течение нахождения в Учреждении получатель социальных услуг должен регулярно осматриваться лечащим врачом.

13. Получателем социальных услуг, находящимся в среднетяжёлом, тяжёлом и крайне тяжёлом состоянии, с острыми заболеваниями, с неясным диагнозом осмотр лечащим врачом записывается в медицинскую документацию ежедневно. На остальных получателей социальных услуг разрешается делать записи об их осмотрах по усмотрению лечащего врача, но не реже 1 раза в месяц.

14. Дневниковые записи в медицинской документации получателя социальных услуг, находящихся в удовлетворительном состоянии производятся не реже 1 раза в 10 дней в течение первого месяца. Через месяц после поступления гражданина в отделение лечащим врачом составляется первичный эпикриз, в котором обобщаются дополнительные анамнестические сведения, результаты месячного наблюдения, лабораторных исследований, данные консультаций специалистов, обосновывается окончательный диагноз основного заболевания, его осложнения и сопутствующих заболеваний, составляется план ведения пациента. Все диагнозы фиксируются в медицинской документации в соответствующих графах с указанием даты записи. При поступлении получателя социальных услуг Учреждение во второй половине календарного года, первичный эпикриз выполняет функцию годового эпикриза.

15. В дневниковых записях должны быть отражены динамические изменения в состоянии здоровья получателя социальных услуг, данные объективного статуса,

16. лабораторно-диагностических исследований.

17. Записи о трансфузиях биологических жидкостей, введении наркотических и сильнодействующих препаратов осуществляются в соответствии с требованиями, регламентированными нормативными документами и заверяются подписью лечащего врача.

18. При дальнейшем ведении медицинской документации следует руководствоваться характером заболевания и требованиям действующего законодательства.

19. В медицинской документации должна быть отражена информация о нуждаемости в протезно-ортопедических изделиях и обеспечение ими получателя социальных услуг (в медицинскую документацию может быть подшиты документы, подтверждающие получение получателем социальных услуг или его законным представителем технических средств реабилитации).

20. Для учреждений психоневрологического профиля медицинская документация должна содержать следующую информацию:

а. дневниковые записи получателя социальных услуг со стабилизированными патологическими состояниями или медленно прогрессирующими хроническими заболеваниями должны содержать жалобы, описанный рисунок поведения, состояние аппетита и физиологические отправления, а также изменения сомато-неврологического состояния и психического статуса;

б. При хронических заболеваниях с частными обострениями и быстрым прогрессированием заболевания, при судорожном синдроме с частыми припадками (5 и более в месяц), а также при активной нейролептической терапии (более трех нейролептиков) дневниковые записи должны регистрировать количество этих состояний за предыдущий месяц;

с. лечащий врач должен описывать поведение получателя социальных услуг, его участие в трудовых процессах и других реабилитационных мероприятиях;

д. в случае невозможности провести какое-либо специальное исследование в связи с особенностью заболевания и состояния получателя социальных услуг, лечащий врач должен отметить это в дневниковых записях, также как и отказ от исследования, оперативного вмешательства и прочее;

е. при изменении течения хронического заболевания, существенном изменении поведения, изменении в схеме лечения, изменении правового и семейного положения производится внеочередная запись.

21. Диагнозы перенесенных острых заболеваний (обострений хронических) выносятся в лист «острой заболеваемости» с указанием начала и конца острого заболевания (обострения).

22. У всех получателей социальных услуг при возникновении острого интеркуррентного заболевания, обострения или осложнения основного заболевания дневниковые записи производятся первые 3 дня ежедневно, а затем по состоянию.

23. В случае тяжелого состояния и состояний средней тяжести, дневниковые записи продолжают ежедневно, в случае удовлетворительного состояния не реже 1 раза в 5 дней до ликвидации ухудшения или острого состояния.

24. При поступлении после временного отсутствия или в порядке перевода из другого отделения не позднее следующего дня делается запись в медицинскую документацию с указанием причины отсутствия (перевода) и результатов осмотра. Первые 3 дня отмечается температура тела. Дополнительно при переводе из другого отделения внутри Учреждения делается запись лечащего врача об ознакомлении с медицинской документацией и анамнезом.

25. В случае поступления получателя социальных услуг после временного отсутствия (до 5 дней), минуя приемно-карантинное отделение (после специализированного лечения, краткосрочного домашнего отпуска и в других случаях) в течение 3 дней делаются ежедневные записи осмотров, нацеленных прежде всего на выявление инфекционной патологии (температура, кожные покровы, слизистые, лимфатические узлы, стул и другое).

26. При переводе получателя социальных услуг в другое отделение (другое Учреждение) составляется переводной эпикриз, который подписывает лечащий врач, заведующий отделением и заместитель директора Учреждения по медицинской части. При госпитализации получателя социальных услуг, уходе в домашний отпуск, самовольной отлучке и иных случаях длительного отсутствия в Учреждении составляется короткая заключительная запись с изложением повода госпитализации, для отпуска, обстоятельств побега и прочее.

27. Лечащим врачом оформление медицинской документации осуществляется в полном объеме в соответствии с существующими требованиями. Каждая запись врача должна заканчиваться его подписью.

28. **Результаты обходов заместителем директора Учреждения по медицинской части** и высказанные ими замечания по уходу за получателем социальных услуг, лечению, ведению медицинской документации или другие решения, выносятся лечащим врачом в медицинской документации под заголовком: «Обзор заместителем директора Учреждения по медицинской части».

29. Во всех сложных и неясных в диагностическом и лечебном отношении случаях, а также тяжелообольным должны проводиться консультации специалистов и консилиумы врачей.

#### 30. **Требования к оформлению записей консультантов.**

а. Протоколы записей консультантов должны содержать дату и время проведения консультации, Ф.И.О. и специальность консультантов, описание патологических изменений, формулировку диагноза, конкретные рекомендации по дальнейшей тактике ведения пациента.

б. Рекомендации консультантов реализуются только по согласованию с лечащим врачом, за исключением случаев, угрожающих жизни пациента.

с. Консультации врача, вызов дежурных врачей (неотложной помощи) должны быть записаны в медицинскую документацию с указанием диагноза (в неясных случаях предположительного) и изложением рекомендованного лечения.

д. Лечащий врач или заместитель директора по медицинской части ознакомливается с консультативными записями врачей-специалистов или записью дежурного врача и при необходимости продолжения рекомендованного лечения переносят его в лист назначений.

е. Если рекомендованная терапия нуждается в коррекции, лечащий врач делает дополнительную запись в медицинской документации с обоснованием изменений или отмены консультативных назначений.

#### 31. **Требования к записям консилиумов.**

а. В случае, когда состояние пациента в диагностическом и лечебном плане остается неясным или требующим консультации разных специалистов, заведующий отделением должен принять решение о созыве консилиума, о чем он уведомляет заместителя директора по

медицинской части. О необходимости и обосновании созыва консилиума заведующий отделением делает запись в медицинской документации. Указываются дата, время проведения консилиума, Ф.И.О. председателя консилиума и всех его участников. Записи консилиумов ведутся максимально подробно, учитывается мнение всех членов консилиума. Рекомендации консилиума также реализуются по согласованию с лечащим врачом.

б. При необходимости получатель социальных услуг представляется на врачебную комиссию (далее - ВК) Учреждения. Ксерокопия решения ВК подшивается в медицинскую документацию в соответствии с датой проведения ВК.

### **32. Оформление согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства.**

В соответствии со статьей 20 Федерального закона Российской Федерации от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина. В случае отказа от медицинского вмешательства оформляется отказ от медицинского вмешательства, госпитализации в медицинский стационар. Отдельно оформляется информированное добровольное согласие на осмотр врачом психиатром.

При отказе от медицинского вмешательства гражданину или его законному представителю в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия. Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается гражданином либо его законным представителем, а также лечащим врачом.

### **33. Лист назначений.**

а. Лист назначений является составной частью медицинской документации. Все назначения записываются лечащим врачом в медицинскую документацию чётко, подробно, с указанием даты назначений и даты их отмены. Записи лечащего врача должны исключать двоякое или произвольное толкование сделанных назначений. В листе назначений имеет право делать записи лечащий врач и заместитель директора по медицинской части.

б. В листе лечебных и диагностических назначений лечащий врач отмечает режим и диету, записывает назначение медикамента (название на русском или латинском языке, доза, метод введения, кратность приёма в сутки в соответствии с правилами выписки рецептов) и других лечебных мероприятий, диагностических исследований; назначение консультации специалиста должно содержать указание цели консультации.

с. Рекомендации консультантов реализуются только после того, как лечащий врач внесет их в лист назначений.

д. При назначении специальных исследований и процедур (рентгенография, электрокардиограмма, ультразвуковое исследование, направления к врачам-специалистам, на физиотерапевтическое лечение, лечебная физкультура и прочее) должен быть выставлен предположительный диагноз или указана цель данного исследования. Выполнение медсестрой назначений врача должно быть подтверждено ее подписью. Дата записей в медицинской документации должна быть полной: с указанием числа, месяца и года.

е. При направлении получателя социальных услуг на процедуры медицинской реабилитации (лечебную физкультуру, физиотерапевтическое лечение, лечебный массаж) лечащим врачом оформляется карта пациента, получающего соответствующий вид процедур, по форме, установленной Приказами Министерства здравоохранения РФ.

ф. Медицинская сестра при выполнении услуг медицинской реабилитации (лечебной физкультуры, физиотерапевтическое лечение, лечебный массаж) оставляет отметки об их выполнении в соответствующей карте с указанием даты, вида процедуры, количества выполненных учётных единиц.

### **34. Температурный лист.**

а. Температурный лист является оперативным документом, служащим для графического изображения основных данных, характеризующих состояние здоровья получателя социальных услуг.

б. Медицинская сестра переносит данные о температуре, пульсе, дыхании и так далее в регистрационный лист и вычерчивает кривые этих показателей. Записи динамики температуры осуществляются 2 раза в сутки.

### **35. Лист антропометрических данных**

Лист антропометрических данных предназначен для контроля физического развития получателя социальных услуг. Медицинская сестра Учреждения вносит данные по измерениям антропометрически значимых окружностей областей тела получателя социальных услуг 2 раза в год, если врачом не назначено иное. Врач-педиатр осуществляет контроль измерений антропометрических данных в соответствии с имеющимися национальными и международными нормативами, выносит заключение о физическом развитии ребёнка.

### **36. Реабилитационная карта**

Реабилитационная карта является частью медицинской карты получателя социальных услуг, содержит комплексную сводную информацию по проведённым процедурам медицинской реабилитации пациента: лечебной диете, фармакотерапии, методах лечебной физкультуры, мануальной мягкотканной терапии, физиотерапевтического лечения, психолого-педагогической реабилитации. Сведения вносятся лечащим врачом, оценивается их эффект (положительный, сомнительный, отрицательный). Результаты проведенного восстановительного лечения отражаются лечащим врачом в этапном (годовом) эпикризе.

### **37. Этапный эпикриз.**

а. Этапный эпикриз оформляется не реже 1 раза в год. В медицинской документации должна быть дана оценка клинического состояния получателя социальных услуг в динамике и аналитическая оценка результатов лабораторно-диагностических исследований. Отражается дальнейшая тактика ведения пациента и прогноз.

б. В Учреждениях психоневрологического профиля производится запись с решением ВК о продолжении лекарственной терапии и рассмотрении вопроса о дееспособности получателя социальных услуг.

с. Получателям социальных услуг, находящимся на диспансерном наблюдении по поводу соматической или иной патологии, диспансерное обследование и необходимые консультации проводятся в учреждениях здравоохранения в соответствии с действующим законодательством. Рекомендации врачей учреждений здравоохранения, проводивших диспансеризацию вносятся в сведения о диспансеризации.

**38** Проведение вакцинопрофилактики получателя социальных услуг возможно только после оформления информированного добровольного согласия на вакцинацию или информированный отказ от вакцинации, перед вакцинацией получателя социальных услуг осматривает для решения вопроса об отсутствии противопоказаний для проведения вакцинации, после вакцинации в течение 3-х дней в медицинской документации врач делает записи об отсутствии осложнений и побочных реакций (или подробно описывается осложнения или побочные реакции).

### **39 Выписной эпикриз.**

а. В выписном эпикризе кратко резюмируются данные о состоянии получателя социальных услуг при поступлении и выписке из Учреждения, обосновывается диагноз, указываются проведенные лечебные мероприятия и их эффективность. Также описываются конкретные рекомендации по дальнейшей тактике ведения пациента и рекомендуемому ему режиму.

б. В выписном эпикризе указывается срок пребывания получателя социальных услуг в Учреждении, развернутый клинический диагноз, степень выраженности функциональных нарушений. Результаты обследований фиксируются в протокольном виде с указанием дат проведенных исследований. При назначении медикаментозного лечения указываются суточные дозы используемых лекарственных препаратов и длительность их применения.

с. Выписной эпикриз оформляется в печатном виде в 2-х экземплярах: один остается в медицинской документации, второй выдается на руки получателю социальных услуг ПСУ. Выписной эпикриз подписывается лечащим врачом, заведующим отделением и заместителем директора по медицинской части с расшифровкой фамилии, имени и отчества.

#### **40 Посмертный эпикриз.**

1. Заполняется лечащим врачом в медицинской документации в случаях летального исхода получателя социальных услуг. Посмертный эпикриз содержит краткую информацию по истории поступления (госпитализации), мнения лечащего врача о пациенте, отражает динамику течения заболевания, характер и эффективность проводимых лечебно-диагностических мероприятий. Описываются причина и обстоятельства наступления летального исхода. Формулируется развернутый клинический диагноз с учетом современных классификаций и требований к формулировке диагноза.
2. Окончательный диагноз должен быть сформулирован в соответствии с современными классификациями (МКБ актуального пересмотра), подразделением его на основное заболевание (основная причина смерти), осложнения основного заболевания, сопутствующие заболевания.
3. Под основным заболеванием, в случае летального исхода, понимается определенная нозологическая форма заболевания, которая непосредственно либо через одно из своих осложнений, связанных с ним патогенетически, послужила причиной летального исхода.
4. Посмертный эпикриз составляется лечащим врачом под руководством заместителя главного врача. В посмертном эпикризе отражаются следующие сведения:
  - 4.1.1. фамилия, имя, отчество получателя социальных услуг, возраст, срок пребывания в учреждении;
  - 4.1.2. диагноз, с которым получателя социальных услуг поступил в Учреждение;
  - 4.1.3. данные клинических, лабораторных, рентгенологических, инструментальных, гистологических и других исследований, заключения консультантов, на основании которых сформулирован окончательный диагноз;
  - 4.1.4. проведенное лечение (оперативное вмешательство, медикаментозные средства и другое) и оценка его эффективности;
  - 4.1.5. динамика заболевания, характер и сроки развившихся осложнений, лечение осложнений и оценка его эффективности;
  - 4.1.6. срок развития терминального состояния, его динамика, проводившиеся реанимационные мероприятия;
  - 4.1.7. время наступления смерти;
  - 4.1.8. развернутый посмертный клинический диагноз (основное заболевание, конкурирующее заболевание, их осложнения, сопутствующие заболевания);
  - 4.1.9. непосредственная причина смерти и механизм смерти;
  - 4.1.10. подписи заместителя директора по медицинской части, заведующего отделением и лечащего врача.
5. После проведения патологоанатомического (судебно-медицинского) вскрытия в медицинскую документацию вклеивается патологоанатомическое (судебно-медицинское) заключение, содержащее развернутый патолого-анатомический диагноз (основное заболевание, конкурирующее заболевание, их осложнения, сопутствующие заболевания) с указанием непосредственной причины и механизма смерти, патологоанатомический эпикриз, сведения о совпадении клинического и патологоанатомического диагноза.

#### **41 Заключительное оформление титульного листа медицинской документации.**

1. После оформления эпикриза лечащий врач указывает на титульном листе основные статистические сведения:
  - 1.1. формулировки и шифры диагнозов, осложнений, названия и даты операций, клинический исход (без изменений, ухудшение, инвалидизация, прочее);
  - 1.2. исход лечения (выписан, умер, переведён в другое учреждение, на реабилитацию и т.д.), куда выбыл;
  - 1.3. дата выписки из учреждения и длительность стационарного пребывания.
2. После закрытия медицинской документации и заключительного оформления титульного листа никаких исправлений в записях не допускается.
3. Лечащий врач несет юридическую ответственность за ведение медицинской



документации: за полноту, достоверность и корректность ее заполнения; соблюдение основных правил заполнения данных медицинских документов и их хранения.

4. Заместитель директора по медицинской части вносит записи и проводит проверку ведения медицинской документации, вносит замечания и осуществляет контроль за ведением медицинской документации.

5. Заместитель директора по медицинской части Учреждения проводит проверку полноты, достоверности и корректности заполнения медицинской документации.

