

ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России  
Кафедра детских болезней педиатрического факультета

Научно-исследовательская работа на тему  
**"МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ  
ПАЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ"**

**Выполнила:**

Обучающаяся 2 курса 2 группы  
педиатрического факультета  
Беленчик Екатерина Алексеевна

Волгоград 2018 г.

## СОДЕРЖАНИЕ

1. Введение.....	3 стр.
2. Цель научно-исследовательской работы.....	4 стр.
3. Задачи научно-исследовательской работы.....	5 стр.
4. Основные определения и понятия.....	6 стр.
5. Понятие медицинской документации.....	7 стр.
6. Значение медицинской документации.....	9 стр.
7. Виды сестринской медицинской документации.....	10 стр.
8. Роль медицинского персонала в ведении медицинской документации.....	16 стр.
9. Собственное исследование.....	17 стр.
10. Выводы.....	20 стр.
11. Список литературы.....	21 стр.

## 1. ВВЕДЕНИЕ

Тема данной научной работы очень актуальна, поскольку ведение медицинской документации является неотъемлемой частью работы медицинского персонала. Правильное ведение медицинской документации 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.

## **2. ЦЕЛЬ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ РАБОТЫ**

Целью данной научно-исследовательской работы является изучение видов медицинской документации палатной медицинской сестры и принципов ее ведения.

### **3. ЗАДАЧИ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ РАБОТЫ**

К задачам данной научно-исследовательской работы относятся:

- изучение перечня документов, хранящихся на сестринском посту
- изучение принципов заполнения медицинской документации и сроков ее хранения
- определение роли палатной медицинской сестры в ведении медицинской документации
- проведение собственного исследования по ведению медицинской документации палатной медицинской сестрой в кардиологическом отделении ГБУЗ «ВОДКБ»

#### 4. ОСНОВНЫЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ И ПОНЯТИЯ

Медицинская документация – это система медицинских документов установленной формы, которые ведут работники медицинских организаций, с целью регламентации их действий, связанных с диагностическими, лечебными, профилактическими, санитарно – гигиеническими и другими мероприятиями, а также с целью их обобщения и анализа.

Эпикриз - суждение о состоянии больного, диагнозе болезни, причинах ее возникновения, развитии и результатах лечения, которое формулируется по завершении лечения или на его определенном этапе. В зависимости от особенностей течения и исхода болезни эпикриз может включать суждение о ее прогнозе, заключение о необходимости дальнейшего наблюдения за больным, лечебно-трудовые рекомендации. При летальном исходе в эпикризе указывают причины смерти.

История болезни – это учетно-оперативный документ, составляемый на каждого больного, поступившего в стационар лечебно-профилактического учреждения, предназначенный для регистрации сведений о диагнозе, течении и исходе болезни, а также лечебно-профилактических мероприятиях, проведенных за время пребывания больного в стационаре.



## 5. ПОНЯТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ

Согласно статье 1 Федерального закона от 24.12.1994 № 77-ФЗ «Об обязательном экземпляре документов» документ - это материальный носитель с зафиксированной на нем в любой форме информацией в виде текста, изображения или их сочетания, который имеет реквизиты, позволяющие его идентифицировать, и предназначен для передачи во времени и пространстве в целях общественного использования и хранения.

Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» термина «медицинская документация» не раскрывает. Однако, проанализировав ряд нормативно – правовых актов и энциклопедическую литературу, можно сформировать понятие «медицинская документация».

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. В Медицинской энциклопедии под медицинской документацией подразумевается система документов установленной формы, предназначенных для регистрации данных лечебных, диагностических, профилактических, санитарно–гигиенических и других мероприятий, а также для их обобщения и анализа.

В общем и целом, при отсутствии термина, закрепленного в законодательном порядке, под медицинской документацией следует понимать систему медицинских документов установленной формы,

которые ведут работники медицинских организаций, с целью регламентации их действий, связанных с диагностическими, лечебными, профилактическими, санитарно – гигиеническими и другими мероприятиями, а также с целью их обобщения и анализа.



## 6. ЗНАЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ

Медицинская документация является основанием возникновения, изменения, прекращения правоотношений между пациентом и медицинской организацией, между медицинской организацией и страховыми компаниями и т.д.

При рассмотрении судом «медицинских дел» медицинская документация выступает чуть ли не главным доказательством по делу. Это касается как гражданских дел (например, при рассмотрении дела о возмещении вреда, причиненного здоровью), так и уголовных дел (например, при рассмотрении дела о причинении тяжкого вреда или смерти по неосторожности). Служит основанием для расчетов за оказанные медицинские услуги.

Медицинская документация является основой для проведения судебно-медицинской экспертизы вреда здоровью, так её проведение возможно без освидетельствуемого при условии исчерпывающих данных о характере повреждений, их клиническом течении и иных сведений, содержащихся в медицинских документах (пункт 67 Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-медицинских учреждениях, утвержденного приказом Минздравсоцразвития России от 12.05.2010 № 346н).

Также надлежащее оформление медицинской документации является одним из обязательных условий оплаты медицинской помощи, оказанной в рамках обязательного медицинского страхования.

## 7. ВИДЫ СЕСТРИНСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ

Медицинская сестра, кроме выполнения лечебной работы и ухода за больными, ведет медицинскую документацию:

1. Медицинская карта стационарного больного («история болезни») (форма 003/у)
2. Лист (Журнал) врачебных назначений (Сестринский лист)
3. Температурный лист
4. Направления в лабораторию
5. Журнал движения больных отделения
6. Журнал приема и передачи дежурств
7. Журнал учета процедур
8. Журнал учета качества предстерилизационной очистки изделий медицинского назначения (форма 366/у)
9. Журнал учета стерилизации (химической) (форма 367/у)
10. Журнал учета микротравм
11. Журнал учета работы бактерицидных облучателей
12. Журнал учета температурного режима холодильника
13. Журнал учета генеральных уборок
14. Журнал учета лекарственных средств списка «А» и «Б»
15. Журнал учета инфекционных заболеваний (форма 060/у)
16. Бланки экстренных извещений об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку (форма 058/у)
17. Журнал учета процедур по обследованию лихорадящих больных
18. Журнал учета средств, состоящих на предметно-количественном учете

19. Книга предметно-количественного учета лекарственных средств, спирта, перевязочных средств (форма 8-МЗ, приложение к приказу МЗ СССР № 523 от 03.07.1968 г.)

20. Порционник

21. Журнал С-витаминизации блюд (форма 3-ЛП и форма 2-ЛП) (приложение к приказу Минздрава РФ «Об организации лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях» № 330 от 05.08.2003 г.)

Медицинская карта стационарного больного (форма 003/у).

В стационаре основным и юридически ответственным документом является история болезни (Медицинская карта стационарного больного (форма 003/у)). По существу, она представляет собой документальное доказательство проведенного лечебно-диагностического и реабилитационного процесса, отражает взаимодействие лечащего врача с другими специалистами и службами, отражает динамику и исход заболевания. Ее заводят на каждого больного, поступающего в стационар.

Медицинская карта стационарного больного состоит из паспортной части, жалоб больного, анамнеза болезни и жизни, объективных данных, дневников, листа врачебных назначений, у детей грудного возраста – листа питания, эпикриза; по окончании лечения на руки пациенту (родителям) выдается выписка из медицинской карты. В ней отмечается путь поступления в стационар (по скорой помощи, по направлению, самостоятельно и т. д.), отмечается час и дата поступления. В приемном отделении медицинская сестра очень аккуратно заполняет все графы паспортной части, делает отметку о виде санитарной обработки и транспортировки в отделение. В отделении в историю болезни делает запись только врач.



История болезни является юридическим документом, она хранится в течение 25 лет и поэтому должна вестись строго по установленной форме; в ней нельзя ничего приписывать, заклеивать, стирать, зачеркивать ранее написанное.

Медицинская сестра ежедневно в порядке поступления подклеивает в историю болезни все результаты лабораторных исследований и отвечает за их сохранность. Также она ежедневно записывает в историю болезни температуру, диурез и суточное количество мокроты, отмечает дату санитарной обработки и ведет температурный лист. Кроме того, медицинская сестра ежедневно выписывает врачебные назначения из истории болезни.

История болезни хранится на посту у медицинской сестры в ящиках, запираемых на ключ и не доступных для больных. Категорически запрещается давать больному его историю болезни, сообщать данные о его болезни или результаты лабораторных исследований. Если больной направлен на консультацию в другое отделение, то сопровождающая его медицинская сестра несет историю болезни, не передавая ее кому-либо из персонала, а тем более больному. Пропажа истории болезни из отделения является уголовным делом и карается законом.

Журнал или Лист врачебных назначений. Палатная 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.

Направления в лабораторию. Направления в лабораторию заполняет медицинская сестра. В них отмечают Ф.И.О. больного, его возраст,

номер медицинской карты стационарного больного, название отделения, цель исследования и перечень показателей, которые следует определить.

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.

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. Отдельно приводят список пациентов, подготовленных в соответствии с врачебными назначениями к диагностическим и лечебным процедурам (эндоскопическое, рентгенологическое, ультразвуковое исследования и др.). В журнале обязательно должны быть четкие, разборчивые подписи принявшей и сдавшей дежурство медицинских сестер.



Журнал движения больных. В журнале движения больных отделения отмечаются сведения о движении больных: количества выбывших и поступивших, а также переведенных в другое отделение стационара.

Журнал учета инфекционных больных. В журнале учета инфекционных больных фиксируют фамилию, имя, возраст ребенка, доставленного с инфекционным заболеванием, диагноз, дату, контакты и принятые меры.

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 приклеить 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.

Журнал учета средств, состоящих на предметно-количественном учете. Журнал учета остродефицитных и дорогостоящих средств составляется и ведется по аналогичной схеме.

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.

Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку (форма № 058/у) составляет медицинская сестра и посылает в центр санитарно-эпидемиологического надзора. В нем указывается Ф.И.О. больного, диагноз, номер медицинской карты стационарного больного, причина извещения, название отделения стационара.

Журнал учета работы бактерицидных облучателей. В нем фиксируется время начала и окончания кварцевания, а также количество отработанных часов бактерицидного облучателя. На титульном листе должен быть инвентарный номер, год выпуска, ввод в эксплуатацию бактерицидного облучателя. После 3 тыс. часов работы кварцевой лампы происходит ее замена.

Журнал учета генеральных уборок. В нем фиксируется дата и время генеральной уборки, ставится подпись санитарки, проводившей уборку.

Журнал учета качества предстерилизационной очистки изделий медицинского назначения (форма 366/у). В данном журнале заполняются следующие графы: дата, способ обработки, наименование применяемого средства, время экспозиции, наименование инструментов и их количество, пробы для оценки качества предстерилизационной очистки, количество загрязненных изделий медицинского назначения кровью и моющим раствором; также ставится подпись санитарки.

## 8. РОЛЬ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ВЕДЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ

При поступлении больного в стационар, медицинская сестра приемного отделения оформляет паспортную часть медицинской карты стационарного больного (истории болезни), где указывается Ф.И.О. больного, дата рождения, место прописки и адрес фактического проживания, место работы, учебы или номер детского сада, сведения о родителях больного ребенка, их контактные телефоны, также фиксируется характер поступления в стационар (самотеком или каретой скорой медицинской помощи), предварительный диагноз, поставленный фельдшером, а также рост, вес и температура ребенка при поступлении.

Затем больного осматривает врач приемного отделения. Он уточняет жалобы больного, заполняет раздел анамнеза жизни в медицинской карте стационарного больного, уточняет аллергологический и эпидемический анамнез.

При поступлении больного в лечебное отделение стационара, осмотр проводит также лечащий врач. Именно он будет заполнять основную часть истории болезни пациента – фиксировать состояние больного на ежедневных обходах, назначенное лечение и процедуры, составлять выписной эпикриз при выписке больного. Палатная медицинская сестра ежедневно вписывает температуру, диурез и суточное количество мокроты, отмечает дату санитарной обработки и ведет температурный лист. Кроме того, медицинская сестра ежедневно выписывает врачебные назначения из истории болезни и подклеивает в хронологическом порядке все результаты проведенных лабораторных исследований.

## 9. СОБСТВЕННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

В кардиологическом отделении ГБУЗ «ВОДКБ», где я проходила производственную практику в качестве помощника палатной медицинской сестры, на сестринском посту содержится следующая документация:

1. Медицинская карта стационарного больного («история болезни») (форма 003/у)
2. Лист (Журнал) врачебных назначений (Сестринский лист)
3. Температурный лист
4. Направления в лабораторию
5. Журнал движения больных отделения
6. Журнал приема и передачи дежурств
7. Журнал учета процедур
8. Журнал учета качества предстерилизационной очистки изделий медицинского назначения (форма 366/у)
9. Журнал учета стерилизации (химической) (форма 367/у)
10. Журнал учета микротравм
11. Журнал учета работы бактерицидных облучателей
12. Журнал учета температурного режима холодильника
13. Журнал учета генеральных уборок
14. Журнал учета лекарственных средств списка «А» и «Б»
15. Журнал учета инфекционных заболеваний (форма 060/у)
16. Бланки экстренных извещений об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку (форма 058/у)
17. Журнал учета процедур по обследованию лихорадящих больных
18. Журнал учета средств, состоящих на предметно-количественном учете



19. Книга предметно-количественного учета лекарственных средств, спирта, перевязочных средств (форма 8-МЗ, приложение к приказу МЗ СССР № 523 от 03.07.1968 г.)
20. Порционник
21. Журнал С-витаминации блюд (форма 3-ЛП и форма 2-ЛП) (приложение к приказу Минздрава РФ «Об организации лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях» № 330 от 05.08.2003 г.)
22. Журнал «Здоровье», где фиксируются данные ежедневного медицинского осмотра медицинского персонала и их допуск к работе. Палатная медицинская сестра кардиологического отделения ГБУЗ «ВОДКБ» ежедневно вклеивает в историю болезни пациентов результаты лабораторных исследований; заполняет журнал врачебных назначений, где делает отметку о выполненной раздаче лекарств или процедуре, температурный лист с графической регистрацией, с отметкой о частоте пульса и артериального давления; заполняет направления на лабораторные анализы; ведет журнал приема и передачи дежурств, в котором фиксируется список детей по палатам на конкретный день, количество пациентов и количество родителей (по уходу), назначенные диагностические процедуры и консультации с врачами-специалистами, назначенные лекарственные средства, а также количество поступивших и выписавшихся детей, количество использованных изделий медицинского назначения, а также обязательно указывается дежурная смена и ставятся подписи медсестер, сдавших и принявших смену. Кроме того, палатная медицинская сестра кардиологического отделения, где я проходила производственную практику, ежедневно ведет журнал учета движения больных, журнал учета работы бактерицидных облучателей, журнал учета температурного режима холодильника,

журнал учета лекарственных средств списка «А» и «Б», журнал учета средств, состоящих на предметно-количественном учете, а также порционник и журнал С-витаминизации блюд, в котором по формулам рассчитывается необходимое количество аскорбиновой кислоты, вводимое в общую массу блюда, содержание аскорбиновой кислоты в одной таблетке, а также наименование витаминизированного блюда и число витаминизированных порций на каждого больного.

## 10. ВЫВОДЫ

Медицинская документация обеспечивает связь и преемственность между медицинским персоналом, обслуживающим больных (лечащий врач, дежурный врач, консультирующие врачи-специалисты, медицинские сестры и т. д.), между различными лечебными и профилактическими учреждениями и производством и т. д. Она должна быть предельно точной по содержанию, четкой и аккуратной по форме. Медицинская сестра с первых же дней самостоятельной работы сталкивается с большим количеством документации, которую должна оформлять, поэтому от общей и медицинской грамотности, зависит доля ее участия в оформлении документации.

На основании медицинской документации осуществляется контроль за деятельностью как отдельных врачей и отдельных лечебных учреждений, так и всего здравоохранения в целом. На основании изучения медицинской документации планируется развитие лечебной и профилактической помощи населению нашей страны.

Медицинские документы служат материалом для научной и педагогической работы. Таким образом, медицинская документация имеет государственное, научное и практическое значение.



## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Общий уход за детьми: Запруднов А. М., Григорьев К. И. учебн. пособие - 4-е изд., перераб. и доп. - М.:ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 416 с.: ил.
2. Мухина С.А. Практическое руководство к предмету «Основы сестринского дела» [Электронный ресурс]: учебное пособие/С.А. Мухина, И.И. Тарновская. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – Режим доступа: <http://www.medcollegelib.ru>.
3. Медицинское право: учебное пособие / Сашко С.Ю., Кочорова Л.В. - М. 2013. – 352 с.
4. Журнал «Медицинская статистика и оргметодработа в учреждениях здравоохранения» 2015/02
5. [Электронный ресурс] – Режим доступа: [https://www.medvyvod.ru/obschiy\\_uhod\\_za\\_bolnymi/znachenie\\_uhoda\\_za\\_bolnymi/175.html](https://www.medvyvod.ru/obschiy_uhod_za_bolnymi/znachenie_uhoda_za_bolnymi/175.html)

## Рецензия

на научно-исследовательскую работу, предусмотренная программой практики «Производственная практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (помощник палатной медицинской сестры, научно-исследовательская работа)» обучающегося 2 курса по специальности 31.05.02 Педиатрия

Бессенчик Екатерина Александровна 2 группы

Работа выполнена на соответствующем требованиям программы практики методологическом уровне. Автором поставлена конкретная, достижимая к выполнению цель исследования. Задачи позволяют полностью достичь поставленной цели. Стиль изложения материала логичен. Автором проанализированы основные источники литературы по данной теме.

В ходе проведённого анализа недостатков не выявлено.

Все разделы логично и последовательно отражают все вопросы по решению задач, поставленных в работе.

Автор демонстрирует хорошее знание современного состояния изучаемой проблемы, четко и ясно изложены все разделы.

Обзор литературы основан на анализе основных литературных источников, отражает актуальные и нерешенные проблемы изучаемой области медицины.

Объем и глубина литературного обзора указывают на удовлетворительное знание автора об исследуемой проблеме.

Последовательность изложения соответствует поставленным задачам. В обсуждении результатов исследования подведены итоги работы, дан глубокий анализ, свидетельствующий о научной зрелости автора. Сформулированные выводы логично вытекают из имеющихся данных. Работа написана простым литературным языком, автор не использовал сложных синтаксических конструкций, материалы изложены связно и последовательно. В целом работа заслуживает положительной оценки.

Фактический материал обширен, статистически грамотно обработан и проанализирован.

Выводы соответствуют полученным результатам, логически вытекают из анализа представленного материала.

Работа представляет собой завершённое научное исследование.

Руководитель практики:



О.В. Большакова