

Утвърждавам,

Директор:.....

/д-р Анелия Георгиева/

Заповед № 286 от 17.06.2016 г.

П Р А В И Л А
ЗА РЕДА И ОРГАНИЗАЦИЯТА НА МЕДИЦИНСКАТА
ДОКУМЕНТАЦИЯ, СВЪРЗАНА С НАСТАНЕНИТЕ
В ДМСГД – ГР. ДЕБЕЛЕЦ ДЕЦА

Медицинска документация, ред и начин на водене:

Чл.1 Медицинската документация е всяка документация свързана пряко с медицинската дейност, осъществявана в ДМСГД и регистрира видовете процедури, извършвани във връзка с лечение и обгрижване на настанените деца.

Чл.2 На всяко дете, прието за лечение в ДМСГД – Дебелец се водят 2 бр. ЛАК – единият за профилактични прегледи, а другата за ежедневните прегледи /История на заболяването/ под номер от Книгата за движение на децата /Учетна форма №124/.

Чл.3 В ежедневния ЛАК № 2 /ИЗ/ се попълват всички реквизити, които дават пълна представа за развитието на болестта, лечебно-диагностичния процес, изхода на заболяването:

/1/ Паспортна част – попълва се от дежурния медицински специалист в приемен кабинет:

Трите имена на детето по удостоверение за раждане;

Възраст;

ЕГН /първите 6 цифри/;

Адрес и имена на родителите;

Телефон за връзка;

Точен час и дата на приема;

Изпращаш лекар или звено, Заповед на ДСП; съдебно решение /ако има такова/ и чл. 17, ал. 5, т. 2 от ПУДНДСМГД.

Всяко новопостъпило дете се регистрира от директора или заместникът му в негово отсъствие в Книгата за движение на децата /Учетна форма №124/.

Без документи деца се приемат само в условията на спешност, полицейска закрила.

/2/ Приемащият лекар попълва приемна диагноза, наличие на алергии и кръвна група /ако има информация за нея/.

/3/ След разясняване здравословното състояние на детето, вида и обема на диагностичните и лечебни процедури, родителят/настойникът или попечителят попълват и подписват Декларация за информирано съгласие относно диагностично-терапевтичните процедури.

/4/ След постъпването на детето в МБ – ПИС лекуващият лекар попълва анамнестичните данни – по епикриза на изпращащото болнично заведение и по разказ на родители или близки, физикалния статус, съставя диагностично лечебен план, назначава необходимите изследвания и съответната терапия, като отразява името си и се подписва.

/5/ Състоянието на децата се отразява ежедневно от лекуващия лекар. При тежко болните деца, оставени за активно наблюдение, декурзус се отразява в зависимост от състоянието на детето.

/6/ Към ежедневия ЛАК 2 се водят амбулаторни листи от консултации с тесни специалисти, епикризи от ЛЗ след болничен престой; етапни епикризи изготвени от лекарите в ДМСГД при настаняване на дете в друго ЛЗ; Протоколи от РЗОК; проведените клинично-лабораторни, образни и инструментални изследвания; ЕР на ТЕЛК; диспансерни листи.

/7/ Назначената терапия се вписва в ЛАК № 2 и температурния лист.

/8/ За всяко дете стриктно се води температурен лист – трите имена, ЛАК 2, дата на постъпване. Попълва се от медицински специалист. В температурния лист се нанася: дневен режим; хранене /диета, ако има такава/; терапията /ако има такава/, запланирани изследвания, диуреза, дефекация, тегловен прираст, ръстов прираст, температура – графично изображение, обиколка на глава, обиколка на гърди.

/9/ Лист за интензивно лечение /реанимационен лист/ - води се за тежко болните деца при необходимост. Съхранява се към Досието на детето в МБ.

/10/ На всяко дете се води профилактичен картон в който се нанасят проведените имунизации със серия, дата и номер.

/11/ Отразяват се профилактичните прегледи при спазване изискванията на Наредба № 39 за профилактични и диспансерни прегледи на МЗ.

/12/ В ЛАК се води оценка на нервно-психическото развитие от педагог/психолог.

/13/ От лекуващия лекар се прави епикриза от обективния статус на детето от момента.

/14/ При деца, подлежащи на оперативна интервенция или хоспитализация в друго ЛЗ, се изготвя етапна епикриза. Същата съдържа следните реквизити:

- паспортна част;
- окончателна диагноза;
- придружаващи заболявания;
- анамнеза;
- обективно състояние с локален, соматичен и специализиран статус;
- описание на извършените изследвания;
- параклинични, образни и инструментални изследвания;
- консултативни изследвания;
- терапевтична схема;
- ход на заболяването;
- настъпили усложнения;
- инвазивни диагностични и терапевтични процедури;
- статус при изписването;
- изход от лечението;
- препоръки за хигиенно-диетичен режим след изписването и назначено медикаментозно лечение след изписването;
- имена и подписи на лекуващия лекар и началника на съответното отделение;
- печат на лечебното заведение.

/15/ При изписването на дете се издава епикриза в три екземпляра: за родител/настойник, попечител, приеман родител- 2 бр. от които единия за ЛЛ на детето/ и един екземпляр за Досието на детето. Родител/настойник,

попечител или приемен родител/ документира с подписа си, че е получил епикриза. Епикризата съдържа следните реквизити:

- паспортна част;
- окончателна диагноза;
- придружаващи заболявания;
- анамнеза;
- обективно състояние с локален, соматичен и специализиран статус;
- описание на извършените изследвания;
- параклинични, образни и инструментални изследвания;
- консултативни изследвания;
- терапевтична схема;
- ход на заболяването;
- настъпили усложнения;
- инвазивни диагностични и терапевтични процедури;
- статус при изписването;
- изход от лечението;
- препоръки за хигиенно-диетичен режим след изписването и назначено медикаментозно лечение след изписването;
- имена и подписи на лекуващия лекар и началника на съответното отделение;
- печат на лечебното заведение.

/16/ Организацията на дейността при починало дете се извършва съобразно утвърдена Процедура в ДМСГД /в.н.д./ същата е разработена във връзка с измененията и допълненията на Наредба № 49 от 18 октомври 2010 г. за основните изисквания, на които трябва да отговаря устройството, дейността и вътрешния ред на ЛЗ за болнична помощ и ДМСГД /ДВ бр. 22 от 22 март 2016 г./ Раздел IV чл. 28-30.

/17/ На децата вписани в регистъра за осиновяване се изготвя медицинско свидетелство по формуляр, което се актуализира на 6 месеца за национално осиновяване и на 3 месеца за международно осиновяване.

Чл.4 Медицинска документация.

/1/ Книга на приетите деца – Учетна форма 124 – попълва се от Директора на ДМСГД или в негово отсъствие от заместника.

/2/ Журнал за вътреболнични инфекции – води се от председателя на комисията.

/3/ Имунизационен журнал – попълва се от лекуващия лекар.

/4/ Диспансерен лист за всяко дете – попълва се от лекуващия лекар.

/5/ Рапортни книги на лекари и медицински специалисти. Отражават се: дежурен екип, брой деца в началото на дежурството, движение на децата - приети, изписани, починали, приети по спешност, дадени допълнителни назначения, промени в състоянието на децата и проведени диагностични, лабораторни изследвания и назначена терапия, отразяват се извършеното наблюдение и специфични здравни грижи, настъпили произшествия, проведени консултации, промени във взаимоотношенията с другите структури на лечебното заведение, регистрирани температури в 06.00 часа и 16.00 часа, настъпили по време на дежурството усложнения, странични реакции, вътреболнични инфекции, септични състояния и др.

/6/ Тетрадка за визитации и лекарски назначения – води се ежедневно от старшата и дежурната медицинска сестра. В нея се вписват ясно и четливо изследванията, диетата и режима на болните деца, назначени от лекуващия лекар. Съхранява се от старшата сестра на отделението, една година след приключването ѝ.

/7/ Журнал за регистрация на медицинските направления за ТЕЛК – попълва се от лекаря издал медицинското направление.

Чл.5 Съхраняване, защита и обмен на медицинската документация.

1.1 Цялата медицинска документация на детето се съхранява в архива на лечебното заведение по надлежния ред, поставени в личните досиета на децата в срок от 50 години в архива на ДМСГД.

1.2 Децата напускат дома с копие от личното им досие. Удостоверението за раждане, ЛАК /профилактичен/ и имунизационният паспорт на детето се предават в оригинал.

/1/ Информацията в ежедневния ЛАК е достъпна по вид, обем и достоверност за нуждите на медицинските специалисти.

/2/ Право на достъп до медицинската документация имат: лекуващ лекар, началник отделение, директор на ДМСГД.

/3/ При необходимост от предоставяне на информация, касаеща здравето състояние на децата, тя се дава от лекуващите лекари.

/4/ При необходимост от предоставяне на медицинската информация на външни лица и институции се изготвя заявление до директора на ДМСГД и след неговата резолюция съответните специалисти изготвят информацията.

/5/ Ежедневния ЛАК се оформя и приключва от лекуващия лекар и началник на отделението, а в почивните дни от дежурния лекар.

/6/ За съхраняване и достъпа до ежедневния ЛАК на детето в периода, в който се намира в отделението отговарят Началник отделение, старши медицински сестри.