

Министерство здравоохранения Калининградской области
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Наркологический диспансер Калининградской области»
Областной наркодиспансер

ПРИКАЗ

от «06» августа 2020 года

№ 89

Калининград

**Об утверждении Общих клинических положений государственного бюджетного учреждения здравоохранения
«Наркологический диспансер Калининградской области»**

Во исполнение разработанных ФГБУ «ЦМИКЭЭ» Росздравнадзора Предложений (практических рекомендаций) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (стационаре) приказываю:

1. Утвердить Общие клинические положения государственного бюджетного учреждение здравоохранения «Наркологический диспансер Калининградской области» (далее – Общие клинические положения) согласно Приложению.
2. Работникам Областного наркодиспансера при оказании медицинской помощи руководствоваться Общими клиническими положениями.
3. Секретарю руководителя Лясовой И.А. ознакомить с настоящим приказом заведующих структурными подразделениями Областного наркодиспансера, оказывающих медицинскую помощь, под подпись.
4. Руководителям структурных подразделений, указанным в п.3 настоящего приказа, ознакомить с приказом под подпись медицинских работников возглавляемых ими структурных подразделений.
5. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя главного врача по медицинской части Гаврилова Д.В.

И.о. главного врача

В.Г. Беленький

Приложение
к приказу № 89 от « 06 08 » 2020

ОБЩИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Государственного бюджетного учреждения здравоохранения
«Наркологический диспансер Калининградской области»

В Государственном бюджетном учреждение здравоохранения «Наркологический диспансер Калининградской области» (Областной наркодиспансер) осуществляется лечение пациентов по профилю психиатрия-наркология. Перечень нозологических единиц (согласно МКБ-10), ежегодно утверждается в рамках Тарифного соглашения в системе обязательного медицинского страхования Калининградской области.

Госпитализация в Областной наркодиспансер осуществляется через приемное отделение в экстренном и/или плановом порядке.

1. Экстренной госпитализации подлежат все случаи абстинентного синдрома, вызванного длительным употреблением ПАВ, сопровождающиеся тяжелыми и средне-тяжелыми клиническими признаками синдрома отмены, в том числе, осложненные судорогами, делирием, психотическим расстройствами, амнестическим синдромом, а также интоксикационные психозы. Экстренная госпитализация в Областной наркодиспансер осуществляется:

1.1. При наличии направления врача психиатра-нарколога участкового.

1.2. При наличии направления бригады скорой медицинской помощи.

1.3. При наличии факта согласованного перевода из других медицинских организаций. В рабочее время согласование осуществляется заместителем главного врача по медицинской части, во внебарабочее время – с дежурным врачом психиатром-наркологом Областного наркодиспансера.

1.4. По факту самостоятельного обращения граждан, после осмотра врачом психиатром-наркологом при наличии показаний для экстренной госпитализации.

2. Плановой госпитализации в Областной наркодиспансер подлежат случаи абстинентного синдрома, вызванного употреблением ПАВ, сопровождающиеся легкими и средне-легкими клиническими признаками синдрома отмены, случаи восстановительного лечения (терапевтический этап), случаи медицинской реабилитации в условиях стационара, случаи стационарного обследования призывников, случаи стационарного обследования и лечения перед направлением на МСЭ (амнестический синдром), а также случаи госпитализации в дневной стационар. Плановая госпитализация в Областной наркодиспансер осуществляется:

2.1. При наличии направления врача психиатра-нарколога участкового, наличии документов (паспорт, полис ОМС, СНИЛС), наличии результатов предварительных обследований (рентгенологическое обследование органов грудной клетки с давностью менее 6 месяцев, анализ крови на вирусные гепатиты В и С с давностью не менее 6 месяцев, анализ крови на ВИЧ-инфекцию с давностью не менее 6 месяцев, анализ крови на сифилис с давностью не менее 6 месяцев).

2.2. При наличии должным образом оформленных согласий гражданина, предусмотренных действующим законодательством РФ, а также локальными нормативными актами.

2.3. При наличии личного дела – в случае госпитализации с целью стационарного обследования гражданина, подлежащего призыву на воинскую службу.

3. Не подлежат госпитализации в отделения Областного наркодиспансера лица с:

3.1. наличием выраженного суициdalного риска (суициdalные высказывания, тенденции к осуществлению суициdalных мыслей и т.п.).

3.2. наличием сопутствующих тяжелых соматических заболеваний, требующих специального обследования и лечения.

3.3. наличием контагиозных кожных заболеваний.

3.4. острыми инфекционными заболеваниями.

3.5. эндогенными психозами.

4. В Областной наркодиспансер запрещается недобровольная госпитализация граждан, кроме случаев, предусмотренных действующим законодательством РФ.

Алгоритм работы приемного отделения

Медицинская сестра приемного отделения осуществляет:

1. Проверку необходимых для госпитализации пациента документов: паспорт, полис ОМС, СНИЛС, направление на госпитализацию, результатов предварительных обследований. В случае экстренной госпитализации, отсутствии документов, необходимых для госпитализации пациента, приглашает врача психиатра-нарколога.

2. Проверку соответствия паспортных данных (при наличии) с данными, имеющимися в сопроводительной документации на пациента.

3. Осмотр пациента на наличие признаков чесотки, педикулеза.

4. Измерение артериального давления, температуры тела пациента.

5. Оформление первичной медицинской документации (медицинская карта стационарного больного) на госпитализируемого пациента в МИС «БАРС» с отражением следующей информации:

5.1. имеющиеся документы (паспорт, полис ОМС, СНИЛС);

5.2. дата и время поступления;

5.3. наименование отделения, в которое осуществляется госпитализация пациента;

5.4. вид транспортировки;

5.5. наличие побочного действия лекарственных средств (фактов индивидуальной непереносимости, аллергических реакций);

5.6. Ф.И.О. пациента;

5.7. пол, возраст, дата рождения;

5.8. адрес пациента (фактического проживания, регистрации);

5.9. контактные данные (адреса, телефоны) сопровождающих лиц или родственников – при наличии;

5.10. место работы пациента;

5.11. кем направлен;

5.12. отметка о характере госпитализации (экстренная/плановая);

5.13. результаты рентгенологического исследования органов грудной клетки (при наличии);

5.14. диагноз направившего учреждения (при наличии);

5.15. диагноз при поступлении;

5.16. данные результатов измерения температуры тела, артериального давления пациента;

5.17. в случаях добровольной госпитализации обязательным является наличие:

- подписанной пациентом формы согласия на лечение, госпитализацию и диспансерный учет;

- подписанной пациентом формы информированного добровольного согласия на виды медицинских вмешательств;

- подписанной пациентом формы согласия на обработку персональных данных.

6. Исполнение распоряжений врача психиатра-нарколога.

7. Сопровождение пациента в стационарное отделение.

8. Передачу первичной медицинской документации, сопроводительной документации, а также иных документов дежурному персоналу стационарного отделения.

***Врач психиатр-нарколог* в приемном отделении:**

1. Осуществляет клинический осмотр пациента, доставленного/обратившегося в приемное отделение.

2. Устанавливает диагноз при поступлении, сообщает его медицинской сестре приемного отделения для внесения в соответствующую графу медицинской карты стационарного больного.

3. Принимает решение о госпитализации пациента (при наличии клинических показаний и отсутствии противопоказаний).

4. Принимает решение об отказе в госпитализации пациента с обязательной записью обоснования своего решения в «Журнале учета приема больных и отказов в госпитализации»

5. Уточняет страховой анамнез пациента.

6. Заверяет своей подписью полученное от пациента добровольное информированное согласие пациента на госпитализацию, лечение и диспансерный учет.

7. Принимает решение о недобровольной госпитализации пациента при наличии клинических показаний и соответствующих критериев в случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ. Данная информация подлежит обязательному отражению истории болезни.

8. Осуществляет информирование органов внутренних дел при обращении/поступлении лица, в отношении которого имеются достаточные основания полагать, что вред его здоровью причинен в результате противоправных действий, в соответствии с имеющимися нормативными актами.

9. Осуществляет проверку правильности информации, внесенной медицинской сестрой приемного отделения в медицинскую карту стационарного больного.

10. Оформление первичного осмотра поступающего пациента и листа врачебных назначений.

Медицинские услуги для диагностики и лечения заболевания, состояния, оказываемые в приемном отделении

A02.30.001	Термометрия общая
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях
B01.036.001	Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра-нарколога первичный
B02.036.001	Процедуры сестринского ухода при лечении больных с психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ

Алгоритм работы отделения неотложной наркологической помощи, наркологического отделения №1

Пациент в сопровождении медицинского персонала доставляется непосредственно в отделение неотложной наркологической помощи.

В отделении пациента принимает дежурная смена среднего медицинского персонала:

- осуществляется прием сопроводительных документов,
- проводится повторный осмотр на педикулез, чесотку,
- проводится повторный осмотр кожных покровов на наличие телесных повреждений,
- составляется опись личных вещей пациента,
- осуществляется ознакомление пациента под расписью с внутренними правилами отделения,
- осуществляется информирование пациента с правилами внутреннего распорядка и режимом работы стационара.

Медицинская сестра палатная:

- производит внесение информации о поступающем пациенте в локальные учетные формы отделения (журналы, дневники и пр.),
- производит оформление медицинской карты стационарного больного с внесением в нее результатов первичного и последующих осмотров врачом психиатром-наркологом, результатов консультаций специалистов (терапевт, невролог), результатов лабораторных и инструментальных исследований,
- снимает врачебные лечебно-диагностические назначения (расписывается в листе назначений и указывает дату снятия назначений),
- исполняет назначения врача,

- составляет списки для проведения дополнительных лабораторных и инструментальных диагностических методов обследования – рентгенография, УЗИ и т.д.,
- ведет мониторинг за состоянием пациента: изменений психического или соматического состояния, изменения в поведении, отношение к проводимому лечению, обследованию, взаимоотношения с персоналом, о чем делает записи в журнале наблюдения (дневнике). Обо всех изменениях незамедлительно информирует врача психиатра-нарколога.
- осуществляет внесение информации в МИС «БАРС» в рамках исполнения своих обязанностей.

Медицинская сестра процедурной (в ее отсутствии – палатная):

- снимает назначения врача, касающиеся забора крови, выполнения инъекций и внутривенных вливаний, расписывается в листе назначений,
- заносит назначения врача в процедурный журнал и оформляет процедурный лист, где отмечает выполнение назначений с указанием даты и времени выполнения назначений,
- по назначению врача производит забор крови, для выполнения необходимых анализов: общий анализ крови, биохимический анализ крови, анализ крови на сифилис, маркеры вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекцию,
- выполняет назначенные врачом манипуляции.

Технология ведения истории болезни в отделении неотложной наркологической помощи, наркологическом отделении №1

Записи в медицинской карте должны оформляться в хронологическом порядке с указанием даты и времени. Ведение врачом дневников должно осуществляться не реже 3 раз в неделю (Приказ №818 от 09.06.86). Пациентам, находящимся в тяжелом состоянии или в состоянии средней тяжести, а так же пациентам, нуждающимся в ежедневном динамическом наблюдении, дневниковые записи оформляются ежедневно, а при необходимости - несколько раз в день.

Внесение записей осуществляется путем использования функционала МИС «БАРС».

Необходимым условием является наличие подписанных пациентом установленных форм согласий:

- согласие на лечение, госпитализацию и диспансерный учет;
- информированного согласия на проведение обследования на антитела к ВИЧ;
- информированного добровольного согласия на виды медицинских вмешательств;
- с внутренними правилами отделения;
- подписанной пациентом формы согласия на обработку персональных данных.

При невозможности установить клинический диагноз в первые сутки, устанавливается предварительный диагноз с указанием синдрома, характеризующего состояние больного в день осмотра и в течении трех первых суток лечения должен быть установлен клинический диагноз.

Клинический диагноз записывается на лицевую сторону истории болезни в течение трех рабочих дней от момента поступления пациента в стационар. Согласно дате установления основного клинического диагноза, в дневниках ведения больного за этот день должно быть обоснование поставленного диагноза.

В дневниках отражаются динамика состояния пациента, объективного статуса, лабораторных показателей, имеющие существенное значение для прогноза и тактики ведения, обосновываются изменения в плане обследования и лечения. В день выписки дневниковая запись лечащего врача обязательна и должна быть максимально подробной.

Заведующий отделением осматривает поступивших пациентов не позднее трех рабочих дней с момента поступления. Пациенты, находящиеся в тяжелом состоянии или нуждающиеся в ежедневном динамическом наблюдении должны быть осмотрены заведующим в течение первого рабочего дня с момента госпитализации. Обходы заведующего отделением (совместные осмотры) оформляются записью в медицинской карте, отражающей состояние пациента в динамике с рекомендациями по диагностике и лечению и подписываются заведующим отделением лично.

Протоколы записей врачей - консультантов ведутся в хронологическом порядке, должны содержать дату и время осмотра, специальность и фамилию консультанта, описание патологических изменений, диагноз и рекомендации по дальнейшему ведению. Каждый случай проведенного осмотра должен быть зафиксирован в истории болезни с соблюдением хронологии.

Записи по результатам совместных осмотров (консилиумов) должны включать согласованную позицию по диагнозу, рекомендации обследованию и лечению. В случае особой позиции одного из участников консилиума, его мнение также регистрируется. Рекомендации обязательны для выполнения. В случае, если по каким-либо причинам выполнить их невозможно, лечащий врач обязан поставить об этом в известность заведующего отделением и сделать соответствующую запись медицинской карте.

Результаты лабораторных анализов, рентгенологических, функциональных и эндоскопических исследований должны быть записаны или вклеены в историю болезни в течение 24 часов с момента получения.

В медицинской карте должны храниться оригиналы лабораторных тестов с указанием даты и времени их производства (а именно: время забора материала для теста и время выдачи результата), и результатов инструментальных исследований.

Лечащим врачом психиатром-наркологом определяется план ведения больного, режим наблюдения, диета. Заносятся все сведения об изменениях в лечебных и медико-психологических мероприятиях, режиме питания и наблюдения, показания к отмене тех или иных назначений.

Назначение медикаментозных средств оформляется на латинском языке (используется МНН), запрещаются любые сокращения названия препарата; отмечается дата назначения, а при неотложных состояниях и час назначения каждого препарата; указывается обязательно концентрация, доза лекарственного средства, кратность применения (при однократном применении время суток), путь введения, отмечается дата отмены каждого препарата.

Выбор лечебного препарата определяется конкретной клинической ситуацией, текущими порядками и клиническими рекомендациями.

В случае назначения 5 и более лекарственных препаратов, назначение подтверждается подписью заведующего отделением.

При назначении лекарственных средств, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, в истории болезни оформляется решение врачебной комиссии.

Записи о введении наркотических и сильнодействующих препаратов осуществляются по правилам, регламентируемым ведомственными приказами, и заверяются лечащим врачом.

Этапный эпикриз, отражающий динамику заболевания, дальнейшую тактику ведения пациента оформляется не реже одного раза в десять дней. Этапный эпикриз содержит динамические изменения в состоянии пациента; возникшие осложнения в ходе лечения; резюмировать результаты лабораторных исследований, а также консультации; исходя из диагноза, определить дальнейший способ лечения, указать на степень эффективности его, на причину безуспешности.

Передача пациента от одного врача к другому на кураторию должна быть фиксирована записью в истории болезни.

Оформление выписного эпикриза осуществляется в день выписки пациента из стационара. Выписной эпикриз должен содержать в краткой форме историю настоящей госпитализации, диагноз, результаты лабораторных и инструментальных исследований, проведенное лечение и результат. В эпикризе должны содержаться рекомендации по дальнейшему ведению пациента, сведения о временной утрате нетрудоспособности (в том числе № и дата листка нетрудоспособности).

Выписка из медицинской карты выполняется в печатном виде в двух одинаковых экземплярах, один из которых остается в медицинской карте, второй передается в диспансерно-поликлиническое отделение. В случае проживания/регистрации пациента в муниципальных образованиях Калининградской области, дополнительно оформляется третий экземпляр выписки для последующей передачи врачу психиатру-наркологу участковому соответствующего района. Выписка подписывается лечащим врачом и заведующим отделением с расшифровкой фамилий.

При выписке работающего пациента из стационара оформляется лист нетрудоспособности. Лист временной нетрудоспособности выдается пациенту на все времена нахождения в стационаре. Если пациент имеет непрерывный листок нетрудоспособности более 15 дней, его продление

оформляется через врачебную комиссию медицинской Областного наркодиспансера.

Медицинской карты может быть выдана из архива по запросу органов суда, следствия и прокуратуры с разрешения администрации Областного наркодиспансера. По желанию пациента с медицинской карты и отдельных видов обследования могут сниматься копии. Копия медицинской карты выдается с разрешения главного врача. Медицинская карта хранится в архиве Областного наркодиспансера в течение 25 лет, решение о целесообразности дальнейшего хранения или уничтожения медицинской карты принимается администрацией по истечении этого срока.

В случае смерти пациента в медицинской карте заполняется посмертный эпикриз. Посмертный эпикриз содержит краткую историю госпитализации, динамику симптомов, лабораторные тесты, подтверждающие диагноз, проведенное лечение. Детально, в хронологической последовательности описываются причина и обстоятельства наступления летального исхода и проведенные реанимационные мероприятия с указанием доз и пути введения лекарственных препаратов, длительности сердечно-легочной реанимации, количества и мощности разрядов дефибриллятора (в случае использования), критериев прекращения реанимационной помощи.

Диагноз оформляется с указанием основного (конкурирующего, сочетанного) заболевания, его осложнений, фоновых и сопутствующих заболеваний. В диагнозе необходимо четко сформулировать причину смерти.

Если патологоанатомическое вскрытие не проведено по просьбе ближайших родственников (обязательно указывается степень родства) или законных представителей умершего, в историю болезни подшивается их мотивированное заявление на имя главного врача. В резолюции ответственного лица медицинской организации указывается ссылка на пункт статьи закона с соответствием с которым вынесено решение о проведении или отказе от проведения патологоанатомического исследования.

После проведения патологоанатомического исследования трупа в медицинской карте не позднее чем через 10 дней вносится краткий протокол исследования с подробным патологоанатомическим диагнозом и эпикризом, а в случае расхождения диагнозов предположительной причиной и степенью расхождения.

Аспекты восстановительного лечения на терапевтическом этапе

Все пациенты, поступающие в отделение для восстановительного лечения (терапевтический этап), должны быть направлены лечащим врачом психиатром-наркологом на консультацию к медицинскому психологу, о чем в истории болезни делается соответствующая запись. Медицинский психолог проводит исследования и пишет заключение, которое затем помещает в историю болезни.

Все пациенты, желающие пройти реабилитационную программу в Областном наркодиспансере, должны быть представлены на комиссионный

осмотр, где решается вопрос о дальнейшем лечении в отделении медицинской реабилитации.

В процессе восстановительного лечения сотрудники отделения профилактики наркологических заболеваний проводят индивидуальные, групповые занятия, о чем делаются соответствующие записи в истории болезни.

В период нахождения на терапевтическом этапе специалист отделения профилактики наркологических заболеваний, проводит мотивационную работу, направленную на формирование у пациента установки для прохождения полного курса медицинской реабилитации в Областном наркодиспансере.

Медицинские услуги для диагностики и лечения заболевания, состояния, оказываемые в отделении неотложной наркологической помощи, наркологическом отделении

Прием, осмотр, консультации врача-специалиста

B01.023.001	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный
B01.036.001	Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра-нарколога первичный
B01.047.001	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный

Лабораторные методы исследования

A09.05.044	Определение активности гамма-глютамилтрансферазы в крови
A12.06.011	Проведение реакции Вассермана (RW)
A26.06.036	Определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови
A26.06.041	Определение антител к вирусу гепатиту С (Hepatitis C virus) в крови
A26.06.048	Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1) в крови
B03.016.003	Общий (клинический) анализ крови развернутый
B03.016.004	Анализ крови биохимический общетерапевтический
B03.016.006	Общий (клинический) анализ мочи
A09.28.055	Определение психоактивных веществ в моче

Инструментальные методы исследования

A04.16.001	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)
A05.10.004	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных
A05.10.006	Регистрация электрокардиограммы
A06.09.007	Рентгенография легких
A06.09.006	Флюорография легких
A06.30.002	Описание и интерпретация рентгенографических изображений

Наблюдение врача-специалиста

B01.023.002	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога повторный
B01.036.002	Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра-нарколога повторный
B01.047.002	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта повторный
B01.036.005	Ежедневный осмотр врачом психиатром-наркологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении

	стационара
B02.069.001	Прием (тестирование, консультация) медицинского психолога первичный
B02.069.002	Прием (тестирование, консультация) медицинского психолога повторный
B01.036.005	Ежедневный осмотр врачом психиатром-наркологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара

Немедикаментозные методы профилактики, лечения и медицинской реабилитации

A13.29.003.001	Клинико-психологическое психодиагностическое обследование
A13.29.006.001	Индивидуальное психологическое консультирование
A13.29.006.002	Групповое психологическое консультирование

Наблюдение и уход за пациентом медицинскими работниками со средним профессиональным образованием

B02.003.003	Процедуры сестринского ухода за фиксированным пациентом
B02.036.001	Процедуры сестринского ухода при лечении больных с психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ

Алгоритм работы отделения медицинской реабилитации

В отделении пациента принимает дежурная смена среднего медицинского персонала:

- осуществляется прием сопроводительных документов,
- проводится повторный осмотр на педикулез, чесотку,
- проводится повторный осмотр кожных покровов на наличие телесных повреждений,
- составляется опись личных вещей пациента,
- осуществляется ознакомление пациента под расписью с внутренними правилами отделения,
- осуществляется информирование пациента с правилами внутреннего распорядка и режимом работы стационара.

Медицинская сестра палатная:

- производит внесение информации о поступающем пациенте в локальные учетные формы отделения (журналы, дневники и пр.),
- производит оформление медицинской карты стационарного больного с внесением в нее результатов первичного и последующих осмотров врачом психиатром-наркологом, результатов консультаций специалистов (терапевт, невролог, медицинский психолог), результатов лабораторных и инструментальных исследований,
- снимает врачебные лечебно-диагностические назначения (расписывается в листе назначений и указывает дату снятия назначений),
- исполняет назначения врача,
- ведет мониторинг за состоянием пациента: изменений психического или соматического состояния, изменения в поведении, отношение к проводимому лечению, обследованию, взаимоотношения с

персоналом, о чем делает записи в журнале суточного наблюдения (дневнике). Обо всех изменениях незамедлительно информирует врача психиатра-нарколога.

- осуществляет внесение информации в МИС «БАРС» в рамках исполнения своих обязанностей.

Медицинская сестра процедурной (в ее отсутствии – палатная):

- снимает назначения врача, касающиеся забора крови, выполнения инъекций и внутривенных вливаний, расписывается в листе назначений,
- заносит назначения врача в процедурный журнал и оформляет процедурный лист, где отмечает выполнение назначений с указанием даты и времени выполнения назначений,
- по назначению врача производит забор крови, для выполнения необходимых анализов: общий анализ крови, биохимический анализ крови, анализ крови на сифилис, маркеры вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекцию,
- выполняет назначенные врачом манипуляции.

Пациенты, поступившие в отделение, осматриваются лечащим врачом (заведующим отделением медицинской реабилитации).

Записи в медицинской карте должны оформляться в хронологическом порядке с указанием даты и времени. Ведение врачом дневников должно осуществляться не реже 3 раз в неделю (Приказ №818 от 09.06.86).

Медицинский психолог делает записи 1 раз в 7 дней, где отражается динамика участия пациента в программе медицинской реабилитации.

Внесение записей осуществляется путем использования функционала МИС «БАРС».

Необходимым условием является наличие подписанных пациентом установленных форм согласий:

- согласие на лечение, госпитализацию и диспансерный учет;
- информированного добровольного согласия на виды медицинских вмешательств;
- с внутренними правилами отделения;
- подписанной пациентом формы согласия на обработку персональных данных.

Клинический диагноз записывается на лицевую сторону истории болезни в течение трех рабочих дней от момента поступления пациента в стационар. Согласно дате установления основного клинического диагноза, в дневниках ведения больного за этот день должно быть обоснование поставленного диагноза.

В дневниках отражаются динамика состояния пациента, объективного статуса, лабораторных показателей, имеющие существенное значение для прогноза и тактики ведения, обосновываются изменения в плане обследования и лечения. В день выписки дневниковая запись лечащего врача обязательна и должна быть максимально подробной.

Протоколы записей врачей - консультантов ведутся в хронологическом порядке, должны содержать дату и время осмотра, специальность и фамилию консультанта, описание патологических изменений, диагноз и рекомендации по дальнейшему ведению. Каждый случай проведенного осмотра должен быть зафиксирован в истории болезни с соблюдением хронологии.

Результаты лабораторных анализов, рентгенологических, функциональных и эндоскопических исследований должны быть записаны или вклеены в историю болезни в течение 24 часов с момента получения.

В медицинской карте должны храниться оригиналы лабораторных тестов с указанием даты и времени их производства (а именно: время забора материала для теста и время выдачи результата), и результатов инструментальных исследований.

Лечащим врачом психиатром-наркологом определяется план ведения больного, режим наблюдения, диета. Заносятся все сведения об изменениях в лечебных и медико-психологических мероприятиях, режиме питания и наблюдения, показания к отмене тех или иных назначений.

Назначение медикаментозных средств оформляется на латинском языке (используется МНН), запрещаются любые сокращения названия препарата; отмечается дата назначения, а при неотложных состояниях и час назначения каждого препарата; указывается обязательно концентрация, доза лекарственного средства, кратность применения (при однократном применении время суток), путь введения, отмечается дата отмены каждого препарата.

Выбор лечебного препарата определяется конкретной клинической ситуацией, текущими порядками и клиническими рекомендациями.

В случае назначения 5 и более лекарственных препаратов, назначение подтверждается подписью заведующего отделением (приказ №1175н от 20.12.2012).

При назначении лекарственных средств, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, в истории болезни оформляется решение врачебной комиссии.

Этапный эпикриз, отражающий динамику заболевания, дальнейшую тактику ведения пациента оформляется не реже одного раза в десять дней. Этапный эпикриз содержит динамические изменения в состоянии пациента; возникшие осложнения в ходе лечения; резюмировать результаты лабораторных исследований, а также консультации; исходя из диагноза, определить дальнейший способ лечения, указать на степень эффективности его, на причину безуспешности; причины длительной госпитализации; в эпикризе должно найти отражение не только то, что врач делал, но и что думал он о своем пациенте, о его болезни и лечении.

Передача пациента от одного врача к другому на курацию должна быть фиксирована записью в истории болезни.

Все пациенты, поступающие в отделение на этап реабилитации, должны быть направлены лечащим врачом психиатром-наркологом на консультацию к медицинскому психологу отделения, о чем в истории болезни делается соответствующая запись. Медицинский психолог проводит

клинико-психологическое психодиагностическое обследование и пишет заключение, которое затем помещает в историю болезни.

На каждого пациента поступающего на отделение реабилитации, медицинским психологом на первой консультации составляется индивидуальная программа медицинской реабилитации.

В ходе медицинской реабилитации, медицинский психолог и специалист по социальной работе в соответствии с программой, проводят индивидуальные, групповые занятия по клинико-психологической коррекции, а также клинико-психологический тренинг, о чем делаются соответствующие записи в истории болезни.

Перед завершением очередного этапа процесса реабилитации медицинским психологом отделения проводятся необходимые исследования пациента, и пишется заключение и рекомендации, которые помещаются в историю болезни.

В историях болезни реабилитационных пациентов должны быть помещены:

- индивидуальная программа психологической реабилитации,
- записи психологов о динамике состояния.

Технология приема и выписки пациентов в рамках участия в реабилитационной программе

Реабилитационный процесс в отделении медицинской реабилитации Областного наркодиспансера разделяется на три последовательных этапа:

- адаптационный этап,
- интеграционный этап,
- стабилизационный этап.

Госпитализация наркологического пациента на каждый этап реабилитационного процесса: является плановой, осуществляется на основании направления врача психиатра-нарколога участкового, согласовывается с заведующим отделением медицинской реабилитации.

Срок участия пациента в реабилитационной программе определяется стандартами оказания наркологической помощи. Любые изменения в сроках, типах реабилитационной программы должны быть обоснованы лечащим врачом (заведующим отделением медицинской реабилитации).

Медицинская помощь на этапе реабилитации проводится в строгом соответствии с порядками и стандартами оказания наркологической помощи, для чего необходимо лечащему врачу составить план лечения и реабилитации в строгом соответствии со стандартами и следить за неукоснительным выполнением требований биологической и психотерапевтической коррекции пациента. Все привлеченные к плану лечения специалисты делают соответствующие отметки в истории болезни.

По завершении пациентом адаптационного, интеграционного этапов, лечащий врач (заведующий отделением медицинской реабилитации) с учетом мнения медицинского психолога принимает решение в отношении дальнейшей тактики:

- направление на последующий этап (в случае достаточного реабилитационного потенциала пациента, положительной динамики реабилитационного процесса, а также желания пациента продолжить реабилитационную программу).

- выписка пациента под наблюдение врача психиатра-нарколога участкового (в случае недостаточного реабилитационного потенциала пациента, отсутствия положительной динамики реабилитационного процесса, а также отсутствия желания пациента продолжать реабилитационную программу).

По завершении пациентом стабилизационного этапа, лечащий врач (заведующий отделением медицинской реабилитации):

- формирует список рекомендаций пациенту (с учетом мнения медицинского психолога),

- осуществляет выписку пациента под наблюдение врача психиатра-нарколога участкового.

Медицинские услуги для диагностики и лечения заболевания, состояния, оказываемые в отделении реабилитации

Прием (осмотр, консультация) врача-специалиста

B01.023.001	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный
B01.036.001	Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра-нарколога первичный
B01.047.001	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный

Лабораторные методы исследования

B03.016.003	Общий (клинический) анализ крови развернутый
B03.016.004	Анализ крови биохимический общетерапевтический
B03.016.006	Общий (клинический) анализ мочи

Инструментальные методы исследования

A04.16.001	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)
A05.10.004	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных
A05.10.006	Регистрация электрокардиограммы
A06.09.007	Рентгенография легких
A06.30.002	Описание и интерпретация рентгенографических изображений

Наблюдение врача-специалиста

B01.014.001	Прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста первичный
B01.014.002	Прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста повторный
B01.023.002	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога повторный
B01.036.002	Прием (осмотр, консультация) врача психиатра-нарколога повторный
B01.034.001	Прием (осмотр, консультация) врача-психотерапевта первичный
B01.034.002	Прием (осмотр, консультация) врача-психотерапевта повторный
B01.047.002	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта повторный
B01.054.001	Прием (осмотр, консультация) врача-физиотерапевта
B02.069.001	Прием (тестирование, консультация) медицинского психолога первичный
B02.069.002	Прием (тестирование, консультация) медицинского психолога повторный

B01.036.005	Ежедневный осмотр врачом психиатром-наркологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара
-------------	---

Наблюдение и уход за пациентом медицинскими работниками со средним профессиональным образованием

B02.003.003	Процедуры сестринского ухода за фиксированным пациентом
B02.036.001	Процедуры сестринского ухода при лечении больных с психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ

Инструментальные методы исследования

A05.10.004	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных
A05.10.006	Регистрация электрокардиограммы

Немедикаментозные методы профилактики, лечения и медицинской реабилитации

B05.069.004	Разработка индивидуальной программы психологической реабилитации
A13.29.020	Клинико-психологический тренинг
A13.29.006	Клинико-психологическое консультирование
A13.29.004	Терапия средой
A13.29.005.001	Арттерапия
A13.29.007	Психологическая коррекция
A13.29.007.001	Индивидуальная психологическая коррекция
A13.29.007.002	Групповая психологическая коррекция
A13.29.011	Социально-реабилитационная работа

Выписка из стационара

Решение о выписке принимает лечащий врач и заведующий отделением после совместного осмотра больного.

Оформление выписного эпикриза осуществляется в день выписки пациента из стационара. Выписной эпикриз должен содержать в краткой форме историю настоящей госпитализации, диагноз, результаты лабораторных и инструментальных исследований, проведенное лечение и результат. В эпикризе должны содержаться рекомендации по дальнейшему ведению пациента, сведения о временной утрате нетрудоспособности (в том числе № и дата листка нетрудоспособности).

Выписка из медицинской карты выполняется в печатном виде в двух одинаковых экземплярах, один из которых остается в медицинской карте, второй передается в диспансерно-поликлиническое отделение. В случае проживания/регистрации пациента в муниципальных образованиях Калининградской области, дополнительно оформляется третий экземпляр выписки для последующей передачи врачу психиатру-наркологу участковому соответствующего района. Выписка подписывается лечащим врачом и заведующим отделением с расшифровкой фамилий.

При выписке работающего пациента из стационара оформляется лист нетрудоспособности. Лист временной нетрудоспособности выдается пациенту на все время нахождения в стационаре. Если пациент имеет

непрерывный листок нетрудоспособности более 15 дней, его продление оформляется через врачебную комиссию медицинской Областного наркодиспансера.

Медицинской карта может быть выдана из архива по запросу органов суда, следствия и прокуратуры с разрешения администрации Областного наркодиспансера. По желанию пациента с медицинской карты и отдельных видов обследования могут сниматься копии. Копия медицинской карты выдается с разрешения главного врача. Медицинская карта хранится в архиве Областного наркодиспансера в течение 25 лет, решение о целесообразности дальнейшего хранения или уничтожения медицинской карты принимается администрацией по истечении этого срока.

В случае смерти больного:

1. Констатация биологической смерти осуществляется врачом (часть 5 статьи 66 Федерального закона № 323-фз). Функциональные признаки посмертных изменений таковы:

- а) отсутствие сознания,
- б) отсутствие дыхания, пульса, артериального давления,
- в) отсутствие рефлекторных ответов на все виды раздражителей.

2. В медицинской карте стационарного больного оформляется посмертный эпикриз. Посмертный эпикриз содержит краткую историю госпитализации, динамику симптомов, лабораторные тесты, подтверждающие диагноз, проведенное лечение. Детально, в хронологической последовательности описываются причина и обстоятельства наступления летального исхода и проведенные реанимационные мероприятия с указанием доз и пути введения лекарственных препаратов, длительности сердечно-легочной реанимации, количества и мощности разрядов дефибриллятора (в случае использования), критерии прекращения реанимационной помощи. Диагноз оформляется с указанием основного (конкурирующего, сочетанного) заболевания, его осложнений, фоновых и сопутствующих заболеваний. В диагнозе необходимо четко сформулировать причину смерти. Врач, формулируя посмертный диагноз, обязан в первую очередь определить болезнь или состояние, непосредственно приведшее больного к смерти (например, кома, сердечная недостаточность, отек легких, головного мозга и пр.) – непосредственную причину смерти. Затем, проанализировав цепь болезненных событий, приведших к летальному исходу, определить изначальную причину возникновения цепи событий. Она и будет – основной /первоначальной причиной смерти.

3. Лечащим (дежурным) врачом оформляется протокол установления смерти.

4. Оформленная история болезни умершего передается заведующему отделением, который должен ее проверить и подписать окончательный диагноз. После этого передать историю болезни для визирования заместителю главного врача по медицинской части.

5. Отправка трупа на вскрытие в бюро судебно-медицинской экспертизы осуществляется после завершения процедуры осмотра тела сотрудником органов внутренних дел. История болезни, направляемая судмедэксперту, должна содержать заключительный клинический диагноз с датой его установления, посмертный эпикриз, подлинники результатов, проведенных больному исследований (рентгенограммы, ЭКГ и ЭЭГ, лабораторные анализы и пр.), указание главного врача или его заместителя о цели направления трупа в бюро судебно-медицинской экспертизы. Оформленная должным образом, история болезни представляется в патолого-анатомическое отделение (бюро) одновременно с трупом.

6. После проведения судебно-медицинского исследования трупа в историю болезни вносится краткий протокол исследования с подробным патолого-анатомическим диагнозом и патолого-анатомическим эпикризом; в случае расхождения диагноза с клиническим указывается степень расхождения и его предположительная причина.

7. Медицинское свидетельство о смерти после аутопсии выдает врачом судмедэкспертом.

Отмена вскрытия

Право отмены вскрытия при объективно верифицированном диагнозе принадлежит главному врачу (кроме случаев, когда отмена вскрытия запрещена).

Вскрытие не проводится в следующих случаях:

- если таким было волеизъявление самого умершего, высказанное им при его жизни,
- по религиозным или иным мотивам. Эти мотивы должны быть приведены в письменном заявлении членов семьи, близких родственников или законного представителя умершего.

Подобное заявление рассматривает главный врач (или его заместитель по медицинской части), а в их отсутствие - дежурный врач. Им принадлежит право принятия решения об отмене вскрытия. Письменное указание об отмене вскрытия делается не в форме резолюции на заявлении родственников, а в виде специальной записи в истории болезни, в которой приводится обоснование причины отмены вскрытия.

В случае отмены вскрытия Медицинское свидетельство о смерти выдает лечащим врачом. Заверяется ответственным по медицинской организации за выдачу Медицинского свидетельства о смерти – заместителем главного врача по медицинской части.