

СОДЕРЖАНИЕ

Авторский коллектив	4
От авторов	6
Введение	7
Значение медицинской карты	11
Медицинская карта стоматологического больного	23
Примеры заполнения дневника в медицинской карте на поликлиническом (амбулаторном) приеме врача стоматолога-хирурга	37
Примеры заполнения дневника в медицинской карте на поликлиническом (амбулаторном) приеме врача стоматолога-терапевта	74
Примеры заполнения дневника в медицинской карте на поликлиническом (амбулаторном) приеме врача стоматолога-ортопеда	103
Ошибки при заполнении медицинской карты	121
Качество заполнения медицинской документации	124
Список литературы	129

ЗНАЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ

Современные специалисты говорят о выделении особой категории пациентов, которых условно можно назвать «профессиональный пациент». К ним относится категория граждан, которые используют свои права для необоснованного получения от медицинской организации денежных средств или медицинских услуг на безвозмездной основе [18, 68, 109, 121].

В настоящее время все большее количество конфликтов между врачом и пациентом доходит до суда, выходя за рамки медицинского учреждения. А. Хорошавкина (1999) [121] показывает, что положительные достижения в борьбе за права потребителей нередко используются в недобросовестных целях для извлечения дополнительной выгоды мошенниками. Также нельзя не упомянуть о таком понятии, как «потребительский экстремизм», при котором пациенты хотят вернуть себе деньги за качественно оказанную им медицинскую услугу [2, 17, 33, 57].

В то же время И.С. Мельникова [67] отмечает, что современные иски пациентов направлены в первую очередь на компенсацию именно морального ущерба, а не на материальную составляющую.

Экспертиза по искам является особенно сложной, когда претензии пациентов спорны [61, 63, 115–117]. Эти дела всегда требуют консультаций и разбирательств на комиссиях судебно-медицинской экспертизы. Часто важную роль в этом процессе играет некачественно составленная и заполненная документация, что приводит к невозможности объективно оценить клинический случай и ситуацию. Такие ошибки не позволяют судебно-медицинским экспертам судить о качестве и полноте проведенных диагностических и лечебных манипуляций и не дают аргументов в защиту врача или в подтверждение претензий пациента [19–21, 48, 71]. Незаполнение всех граф в медицинских картах приводит к тому, что при необходимости вынесения решения суд будет не на стороне врача или клиники, а на стороне пациента [61, 63].

Следовательно, правильно составленные врачебные записи служат доказательным подтверждением выполнения необходимого объема медицинских манипуляций и в случае необходимости позволят гарантировать объективную оценку действий врача при экспертизе полноты и качества оказания медицинской помощи [38, 59, 74, 77, 79, 89, 92, 107] либо покажут недостаточный уровень его общемедицинских знаний [99, 102, 125].

Таким образом, оценка качества медицинской помощи зависит от наличия точной и достоверной информации, основным источником которой является, как правило, медицинская документация [2, 3, 7, 12, 22, 23, 35, 38, 73, 74, 77, 79–81, 122].

Врачебная документация служит подтверждением:

- ▶ полноценной диагностики;
- ▶ выполнения всех этапов лечения и необходимых процедур;
- ▶ проведения необходимых разъяснений и обсуждения лечения от этапа планирования до рекомендаций по профилактике осложнений.

И как следствие, в медицинской карте документируется проведение:

- ▶ исследований и их результатов;
- ▶ всех манипуляций, назначений, этапов лечения, промежуточных осмотров;
- ▶ информирования пациента [61, 63].

Еще в 1966 г. А.И. Рыбаков [100] указывал на то, что врачи в абсолютном большинстве относятся небрежно к оформлению истории болезни, несмотря на всю ее важность, и это в дальнейшем приводит ко многим организационным и лечебным ошибкам. Проблема актуальна и по сей день [2, 14, 17, 19, 20, 27, 102, 105].

В.И. Полуев, А.А. Логинов [86] и Е.С. Тучик [117, 118] указывают на наличие случаев, когда на врачей были поданы в суд жалобы и, несмотря на то что лечение было качественным, из-за неполной и неверной регистрации (ведения медицинской документации) врачи были привлечены к судебной ответственности.

В подобных случаях защитой врача от необоснованных претензий будет правильное заполнение медицинской карты [26, 27, 33, 52, 102].

По определению, приведенному в Большой медицинской энциклопедии (1997), медицинская документация — это система записей, документирующих результаты диагностических исследований, сам диагноз, лечебные мероприятия, течение и исход заболевания или травмы.

История болезни служит основой для дальнейших (после выписки из стационара) врачебных действий, связанных с реабилитацией больного и его трудовой деятельностью.

Оформляя медицинскую карту, врач должен исходить из того, что записи в ней имеют важное лечебно-диагностическое, научно-практическое, воспитательное, юридическое и социальное значение [43, 49, 74, 76, 77, 125].

Также необходимо учитывать, что в постановке диагноза и лечении пациента могут участвовать несколько специалистов, и важное значение имеет грамотное и полное ведение медицинской документации для точного определения ранее проводимого лечения и диагностических манипуляций в конкретном клиническом случае [14, 15, 17, 25, 29, 30, 32, 84, 114, 118].

Кроме того, записи в медицинских документах должны фиксировать проведенное лечение во время каждого визита пациента. При этом чем более подробно изложена информация, тем она эффективней защищает от необоснованных исков [62, 65, 72, 98, 103].

По данным А.В. Карцевского [50], Н.С. Эделева [125], при проведении следственных или судебных разбирательств все данные из историй болезни подвергаются тщательному анализу, особенно те пункты, которые отражают исходное состояние пациента, обоснование диагноза, данные о проведенных манипуляциях. Также история болезни — это документ, в котором отражается следование пациента рекомендациям и назначениям врача или отклонение пациента от них и который показывает, как это поведение влияет на конечный результат [44].

Научно-практическое значение медицинской карты заключается в том, что она является незаменимым источником информации о причинах и условиях возникновения различных заболеваний и травм, их клиническом течении и исходах, целесообразности использования различных методов, средств и препаратов с диагностическими и терапевтическими целями и об эффективности лечения. Анализ множества клинических случаев позволяет разработать рекомендации для верной диагностики, рационального лечения и профилактики болезней и иных патологических состояний.

Способы формализации заполнения медицинской документации обеспечивают внедрение цифровых технологий в целях диагностики, выявления факторов риска, статистических исследований и прогнозирования исходов.

Стоит отметить, что правильно и грамотно заполненные истории болезни развивают у молодых врачей клиническое мышление, способность объективно оценивать клиническую картину, жалобы, симптоматику, поставить диагноз, определить тактику, методы и объем необходимых манипуляций, повышают чувство ответственности за здоровье и жизнь пациентов, а также за свои решения и действия.

Вместе с тем медицинская карта, оформляемая в том или ином лечебном учреждении, характеризует уровень лечебно-диагностической работы в нем. Во все медицинские учреждения периодически приходят новые молодые врачи, формирование и становление которых как специалистов осуществляет коллектив, и от того, как поставлена работа с медицинской документацией, зависит многое в воспитании врача как качественного специалиста.

И конечно, медицинская карта имеет важное юридическое значение. Это медицинский документ, а любой медицинский документ является прежде всего юридическим, то есть он в любую минуту может стать предметом следственного судебного разбирательства [43, 48, 74, 77, 79, 125].

Вот почему заполненные медицинские карты, записи дневников должны полностью отражать состояние больного и его лечение. Как писал М.Я. Мудров: «История болезни должна иметь достоинство точного представления о случившемся... Она должна быть справедливой. Врачу нужно писать ее рачительно, подобно живописцу, малейшие черты и тени изображавшему на лице человека».

Само слово «документ» (лат. *documentum*) на русский язык переводится как способ доказательства. А относительно доказательств статья 74 нового Уголовно-процессуального кодекса РФ, введенного в действие с 1 июля 2002 г., гласит: «Доказательствами по уголовному делу являются любые фактические данные, на основе которых в определенном законом порядке органы дознания, следователь и суд устанавливают наличие или отсутствие общественно опасного деяния, виновность лица, совершившего это деяние, и иные обстоятельства, имеющие значение для правильного разрешения дела. Эти данные устанавливаются: показаниями свидетеля, показаниями потерпевшего, показаниями обвиняемого, заключением эксперта, вещественными доказательствами, протоколами следственных и судебных действий и иными документами».