

УДК 614.2.31.007.051

Организация учета, контроля и экспертизы стационарной помощи в центральной районной больнице

Синявский В.М.,

зав. отделом статистики и информатики Торжокской ЦРБ, врач высшей квалификационной категории, заслуженный работник здравоохранения Российской Федерации

Резюме. Достоверный статистический учет в стационаре невозможен без применения унифицированной статистической документации. Оперативный учет деятельности стационара, управленческий учет и экспертиза качества оказанной помощи требуют использования медицинских информационных систем. В статье представлен опыт разработки унифицированного учетного документа «Статистическая карта выбывшего из стационара», адаптированного под компьютерный учет, и организация системного управления на базе медицинской информационной системы.

Ключевые слова: унифицированный учетный документ «Статистическая карта выбывшего из стационара», медицинская информационная система, управленческий учет, экспертиза оказанной помощи, анализ деятельности стационара.

~~The order of presentation of information on activities related to trafficking in narcotic drugs and psychotropic substances, as well as maintenance and storage of logs, special operations~~

~~Kaminskaya I.A., Scripchenko L.G.~~

~~**Summary.** This article discusses the procedure for providing reports on activities related to trafficking in narcotic drugs and psychotropic substances, conduct and store logs of special operations related to trafficking in narcotic drugs and psychotropic substances.~~

~~**Key words:** reports on activities related to narcotic drugs and psychotropic substances, the transaction log, narcotic drugs, psychotropic substances, inventory.~~

ВВЕДЕНИЕ

Программой государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи утверждаются объемные и финансовые нормативы. Эти нормативы являются расчетной базой для формирования госзаказа. В условиях, когда финансируется не койка, а число пролеченных пациентов, актуальными становятся достоверное планирование медицинской помощи, учет ее объемов и рациональное использование ресурсов. За качество оказанной помощи, за исполнение плана госзаказа и рациональное использование ресурсов персоналу можно осуществлять ежемесячные стимулирующие выплаты.

Такой механизм экономической мотивации обязывает каждого врача просчитывать свои

решения в рублях. То есть создаются условия, при которых медперсоналу выгодно:

- лечить эффективно, не превышая стандарты длительности лечения, и иметь высокий показатель оборота койки;
- избегать дублирования и необоснованности назначений лабораторных и диагностических исследований;
- иметь высококлассных специалистов, владеющих различными методиками лечения и медицинскими технологиями (тогда средства не уйдут в региональные диагностические и межрайонные центры);
- вкладывать деньги в новые технологии; развивать сервисные услуги, лечить иногородних пациентов, создавать собствен-

ные межрайонные центры, открывать койки дневного пребывания;

- иметь хорошие показатели качества оказанной медицинской помощи (не допускать штрафных санкций);
- иметь хорошие отзывы у населения и рекламировать свои профессиональные возможности;
- экономить электроэнергию, бережно относиться к имуществу и оборудованию и т. д., т. е. снижать уровень затрат на одного пролеченного.

УНИФИЦИРОВАННАЯ СТАТИСТИЧЕСКАЯ КАРТА

В Торжокской ЦРБ функционирует 460 коек круглосуточного пребывания и 124 койки в дневных стационарах. Ежегодно более 15 тыс. пациентов получают стационарное лечение. Необходимо было наладить оперативный персонализированный учет медицинских услуг, проводить анализ и экспертизу оказанной помощи с использованием компьютерных технологий. Кроме того, существующая на тот момент (1995 г.) «Статистическая карта выбывшего из стационара» ф. 066/у не соответствовала новым требованиям учета и отчетности. В карте не учитывались внутрибольничные переводы, виды оплаты, страховые полисы. При внутрибольничных переводах пациента страховые компании требовали отдельного учета числа койко-дней по каждому профилю койки. Под эти цели мы разработали новую «Статистическую карту выбывшего из стационара» (приложение 1) и программный модуль «Стационар».

«Статистическая карта выбывшего из стационара», утвержденная Минздравом РФ, предназначена для ручного учета. При проектировании собственной статистической карты выбывшего из стационара нами был продуман дизайн, позволяющий врачу оперативно ее заполнить. Выбранный врачом из карты реквизит имеет цифровое значение, которое и вносится в специально выделенное поле. Такое кодирование учетных реквизитов обеспечивает и оперативный ввод карты оператором ЭВМ.

При сертификации в Минздраве РФ нашей медицинской информационной системы (МИС) «Базовое программное обеспечение для ЛПУ и системы ОМС» была продемонстрирована разработанная нами статистическая карта, которая затем была принята за основу для создания новой общероссийской учетной формы. Приказом Минздрава РФ от 30.12.2002 № 413 была утверждена форма № 066/у-02 «Статистическая карта выбывшего из стационара». По просьбе отдела статистики и информатики мы подготовили инструкцию по заполнению формы № 066/у-02, вскоре она также была утверждена Минздравом РФ (приказ от 13.11.2003 № 545).

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

В МИС функционирует программный модуль «Стационар» (рис. 1), обеспечивающий персонализированный учет числа пролеченных пациентов, расход медикаментов, проведенных лабораторных и диагностических исследований.

АРМ «Приемное отделение» предназначено:

- для ведения регистра госпитализированных пациентов;

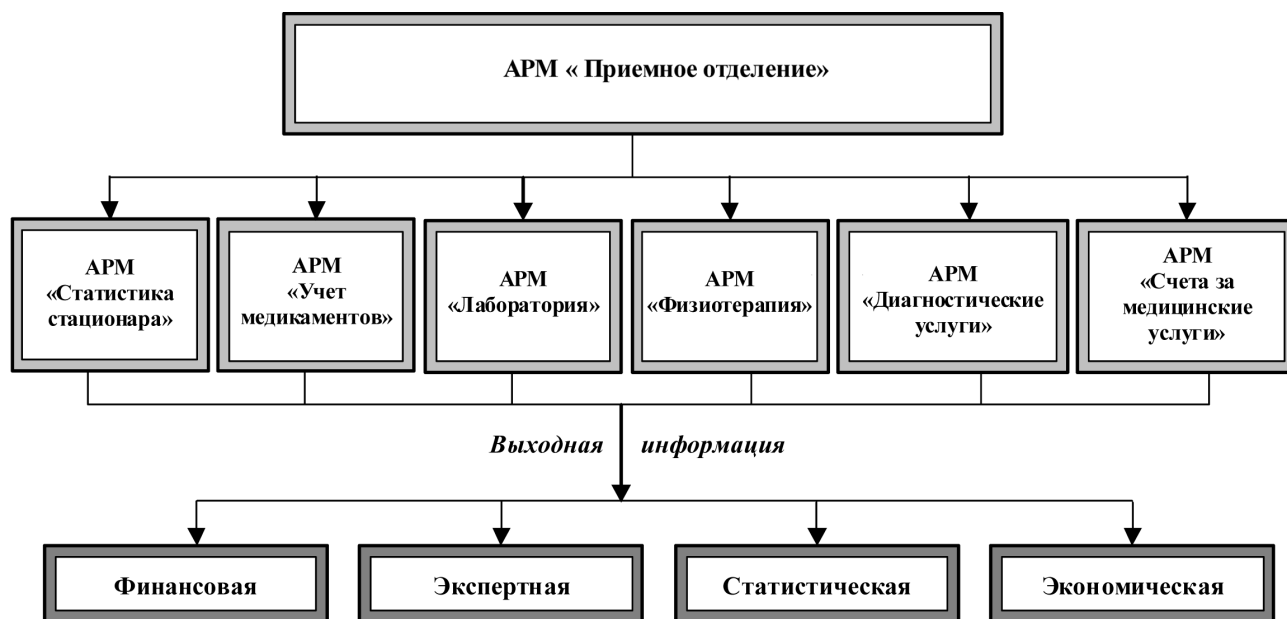


Рис. 1. Схема взаимодействия автоматизированных рабочих мест (АРМ) программного модуля «Стационар»

- формирования базы данных поступивших на стационарное лечение (журнал учета поступивших больных);
- распечатки в «Статистическую карту выбывшего из стационара» и «Медицинскую карту стационарного больного» паспортных данных (рис. 2).

АРМ «Статистика стационара» предназначено для учета статистических форм: «Листок ежедневного учета больных и коечного фонда» и «Статистическая карта выбывшего из стационара».

Выходные документы:

Таблица № 1 «Сводная ведомость движения больных и коечного фонда». Сведения используются для формирования статистической отчетности по ф. № 14-ДС и ф. № 30 (табл. 3100 «Деятельность стационара»).

Таблица № 2 «Состав больных в стационаре, сроки и исходы лечения». Сведения используются для формирования статистической отчетности по ф. № 14-ДС и ф. № 14.

Таблица № 3 «Основные статистические показатели использования коечного фонда». По каждому коечному профилю рассчитываются показатели: выполнение плана койко-дней, процент использования пропускной способности, средняя занятость койки, число использованных больных, оборот койки, удельный вес поступивших сельских пациентов, средняя длительность лечения, летальность.

Таблица № 4 «Экстренная хирургическая помощь». Используется для расчета соответствующей табл. № 3600 в ф. № 30.

Таблица № 5 «Хирургическая работа учреждения». Используется для получения сведений по таблицам № 4000–4202 в отчетной ф. № 14.

Таблица № 6 «Ведомость учета работы врачей хирургического профиля». В таблице осуществляется персонафицированный учет по врачам

хирургического профиля о числе проведенных операций (наименование операции, дата проведения, категория сложности, вид анестезии, осложнения, послеоперационный статус).

Таблица № 7 «Состав больных психиатрического стационара». Сведения предназначены для заполнения табл. 2300 «Состав больных в стационаре» ф. № 36.

Таблица № 8 «Состав больных наркологического стационара». Сведения предназначены для заполнения табл. 2300 «Состав больных в стационаре» ф. № 37.

Таблица № 9 «Сведения о причинах временной нетрудоспособности». Используется для заполнения ф. № 16-ВН.

Таблица № 10 «Учет движения больных и числа проведенных койко-дней в отделении с учетом внутрибольничных переводов». Сведения предназначены для оперативного (ежемесячного) анализа движения пациентов и числа койко-дней. По профилю отделений учитывается число койко-дней на пациентов: умерших, состоящих, переведенных в другое ЛПУ и внутрибольничные переводы.

Таблица № 11 «Экспертиза стандартов длительности лечения». Проводится персонафицированный анализ отклонения от стандарта длительности лечения по диагнозу или по классу заболевания:

- в днях — по фактическому отклонению или на указанное экспертом (плюс, минус) число дней;
- в процентах — по фактическому отклонению или на указанное экспертом (плюс, минус) число дней.

Таблица № 12 «Экспертиза случаев повторной госпитализации». Осуществляется персонафицированный анализ повторного числа госпитализаций одного и того же пациента, в том числе по одной и той же нозологии.

Номер истории болезни: 35368	
ФИО пациента: Давыдова Ольга Ивановна	Медицинский код: 12251
Пол: женский	Дата рождения: 25.05.1954
СНИЛС: 123-456-789 01	
Страховая компания: Филиал Макс-М г.Тверь	
Полис: 00066 013320	
Вид страхования: обязательное	
Регистрация по постоянному месту проживания: г.Торжок ул. Луначарского д. 106 кв. 74	
Занятость: работает	Место занятости: МУ «Торжокская ЦРБ»
Профессия: Лифтер	
Социальный статус: член семьи военнослужащего — 3	
Категория льгот: Инвалид II степени — 082	
Врачебный участок: терапевтический — 9	
Направлен: Служба СМП, врач Рыжиков Р.Р.	
Диагноз при направлении: J18.9 - Острая левосторонняя пневмония	
Поступление: терапевтическое отделение; экстренно — первые 6 часов; 24.05.2005 16:35	

Рис. 2. Пример распечатки «паспортных» сведений

Таблица № 13 «Экспертиза хирургической помощи». Осуществляется персонифицированный (по пациенту) анализ контроля времени:

- количество часов от поступления в стационар до начала проведения операции;
- время нахождения пациента в стационаре после проведения операции.

Эксперт задает произвольный по времени промежуток для выборки таких пациентов (экстренных и плановых), у которых до- и послеоперационное пребывание в стационаре превышало стандарт.

Таблица № 14 «Статистические показатели хирургической работы». Рассчитываются показатели по Ф.И. О. хирурга и отделению о числе проведенных операций, удельному весу плановых и экстренных операций, операционной активности, послеоперационных осложнениях, послеоперационной летальности.

Таблица № 15 «Экспертиза летальности». Персонифицированная экспертиза по расхождению диагнозов: основного, сопутствующего, патологоанатомического.

Таблица № 16 «Список пациентов, имеющих сопутствующие заболевания». Персонифицированная выборка пациентов, имеющих сопутствующие заболевания. Используется для доказательства причин дополнительных расходов на медикаментозное лечение, диагностические услуги и увеличение срока лечения.

Таблица № 17 «Список поступивших пациентов». Экстренная информация о пациентах, поступивших без удостоверения личности и страхового полиса.

Таблица № 18 «Учет и экспертиза случаев внутрибольничных переводов». Анализируются причины внутрибольничных переводов.

Таблица № 19 «Показатели работы коечного фонда по стат. картам». Осуществляется расчет показателей по отделениям стационара:

- число пациентов — поступивших, переведенных, выписанных, умерших;
- процент выполнения плана койко-дней, среднее пребывание, оборот койки, простой койки, работа койки, летальность.

Таблица № 20 «Персонифицированный учет оказанных услуг». Осуществляется учет сервисных, диагностических, лабораторных и иных услуг, не входящих в тариф.

Таблица № 21 «Ведомость учета оказанных услуг». Формируется ведомость об оказанных услугах для бухгалтерского учета заработанных средств.

Таблица № 22 «Ведомость учета нагрузок врачей-ординаторов». Персонифицировано по врачу указывается:

- число выписанных, переведенных, умерших пациентов;
- средняя длительность лечения;
- число койко-дней, проведенных пациентами;
- доля (%) пролеченных пациентов от общего числа выбывших из отделения;
- доля (%) числа койко-дней от общего числа койко-дней выбывших из отделения пациентов за указанный период.

Таблица № 23 «Персонифицированная экспертиза расхождения диагнозов». Осуществляется экспертиза расхождения диагнозов при поступлении:

- поликлиника — стационар;
- СМП — стационар.

Таблица № 24 «Сведения о прерывании беременности». Предназначены для получения отчетности по ф. № 13.

Таблица № 25 «Экспертиза соответствия профиля лечения диагнозу пациента». Выводится персонифицированная информация о соответствии, или не соответствии основного диагноза пациента профилю койки.

Примечание. Каждый выходной документ имеет стандартный набор надтабличных реквизитов (фильтров): период; время; результат лечения; Ф.И. О. врача службы скорой медицинской помощи (СМП) или поликлиники, направившего пациента на госпитализацию; плановая или экстренная госпитализация; перечень дефектов догоспитального этапа; пол и возраст пациентов, место работы, профессия; сельский пациент или городской; его социальный статус, категория льготности; номер терапевтического (педиатрического) участка. По этим фильтрам пользователь имеет возможность заказать необходимую выходную информацию.

АРМ «Учет медикаментов». Технологию учета и контроля медикаментозной терапии в условиях оказания стационарной помощи можно разбить на три составляющие: организационные мероприятия, бухгалтерский учет и экспертиза.

Организационные мероприятия:

Главным врачом издан приказ «О порядке персонифицированного учета медикаментов в стационаре». Основные тезисы приказа:

Согласно должностным обязанностям старшие медицинские сестры отделения несут ответственность за выписку, хранение и отпуск лекарственных средств (ЛС).

Выписку ЛС старшие медицинские сестры осуществляют по приходному документу «Требование в аптеку».

Списание ЛС старшие медицинские сестры осуществляют по расходному документу «Выписка из листка назначений на пациента, вы-

бывшего из отделения стационара» (приложение 2). Эта учетная форма готовится старшей медицинской сестрой и в день выписки пациента передается в бухгалтерию ЛПУ

Бухгалтер ЛПУ осуществляет ввод в базу данных «Требований в аптеку», т.е. обеспечивает предметно-количественный и финансовый учет поступивших в отделения ЛС. А при выписке пациента из стационара — вводит «Выписку из листка назначений», т.е. осуществляет персонифицированный учет расхода ЛС.

Примечания. 1) Весь учет ЛС ведется бухгалтером на одной ЭВМ. 2) В системе учета всего два входных документа: «Требование» и «Выписка из листа назначений». 3) При наличии в ЛПУ достаточного количества ЭВМ организуются автоматизированные рабочие места (АРМ) для старших медсестер в каждом отделении стационара.

В целях стандартизации выписки ЛС сформирован электронный справочник лекарственных средств.

Примечание. Учет ЛС в программе осуществляется: по фармакологическим группам; международному непатентованному наименованию; торговому наименованию ЛС; принадлежности ЛС к Перечню; дате изготовления ЛС; серии ЛС; сроку годности ЛС; стране-производителю ЛС; фирме-изготовителю ЛС.

На каждую нозологию (с учетом степени тяжести заболевания) создан лекарственный формуляр: по наименованию ЛС, фасовке, курсовой дозе, стоимости курса лечения.

Бухгалтерский учет. В связи с переходом на новый План счетов учет ЛС необходимо вести отдельно по источникам финансирования: бюджет, ОМС, ДМС, предпринимательская деятельность. Такой отдельный учет и стоимостная оценка ЛС в нашей системе проводятся по методу ФИФО, когда вначале списываются те ЛС, что первыми (по времени) поступили в ЛПУ.

В практической работе бухгалтер довольно часто сталкивается с проблемой проводки ЛС с одного источника финансирования на другой (ЛС приобрели на средства ОМС, а списание их нужно осуществить по бюджету). Встроенный в программу модуль позволяет в автоматическом режиме осуществить передачу ЛС по источникам финансирования.

Осуществив ввод приходных и расходных документов, бухгалтер имеет возможность получить ряд отчетных документов:

- учетная ведомость прихода ЛС от поставщиков;
- учетная ведомость передачи ЛС между подразделениями;
- учетная ведомость прихода текущих остатков ЛС;

- оборотная ведомость ЛС;
- накопительная ведомость ЛС;
- сводная ведомость расхода ЛС;
- накопительная ведомость по мемориальным ордерам;
- инвентаризационная ведомость;
- персонифицированный учет стоимости ЛС по отделениям;
- персонифицированные счета за медикаментозное лечение.

Экспертиза медикаментозной терапии.

В программе предусмотрена возможность установить финансовый норматив потребления ЛС на диагноз, на койко-день или на профиль койки.

Так как для любой нозологии установлен лекарственный формуляр, то ЭВМ отберет для эксперта те истории болезни, в которых имеются отклонения по курсовой дозе, стоимости, либо по препаратам, не включенным в лекарственный формуляр.

АРМ «Лаборатория», «Физиотерапия», «Диагностические услуги». Программное обеспечение осуществляет:

- персонифицированный учет услуг, оказанных пациенту;
- формирование счетов за оказанные услуги;
- персонифицированный расчет нагрузки персонала (исполнение функции должности);
- расчет статистических и финансовых показателей деятельности параклинических служб;
- статистическую отчетность по ф. № 30.

ЭКСПЕРТИЗА СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ

Оценивать деятельность стационара как самостоятельной структуры без учета и анализа деятельности амбулаторно-поликлинической службы и СМП некорректно. Этапность и преемственность при оказании стационарной помощи мы анализируем по следующим параметрам: уровень госпитализации прикрепленного к врачебному участку населения; удельный вес плановых и экстренных госпитализаций; число необоснованных госпитализаций; своевременность госпитализации; расхождение диагнозов; удельный вес дефектов при плановой госпитализации; число случаев экстренной госпитализации пациентов, в том числе состоящих на диспансерном учете.

При взаимодействии служб СМП — стационар заместитель главного врача ЦРБ по лечебной работе анализирует обоснованность и своевременность госпитализации, случаи расхождения диагнозов, дефекты в тактике лечения.

Примечание. Недостаточный уровень диспансерного наблюдения приводит к обостре-

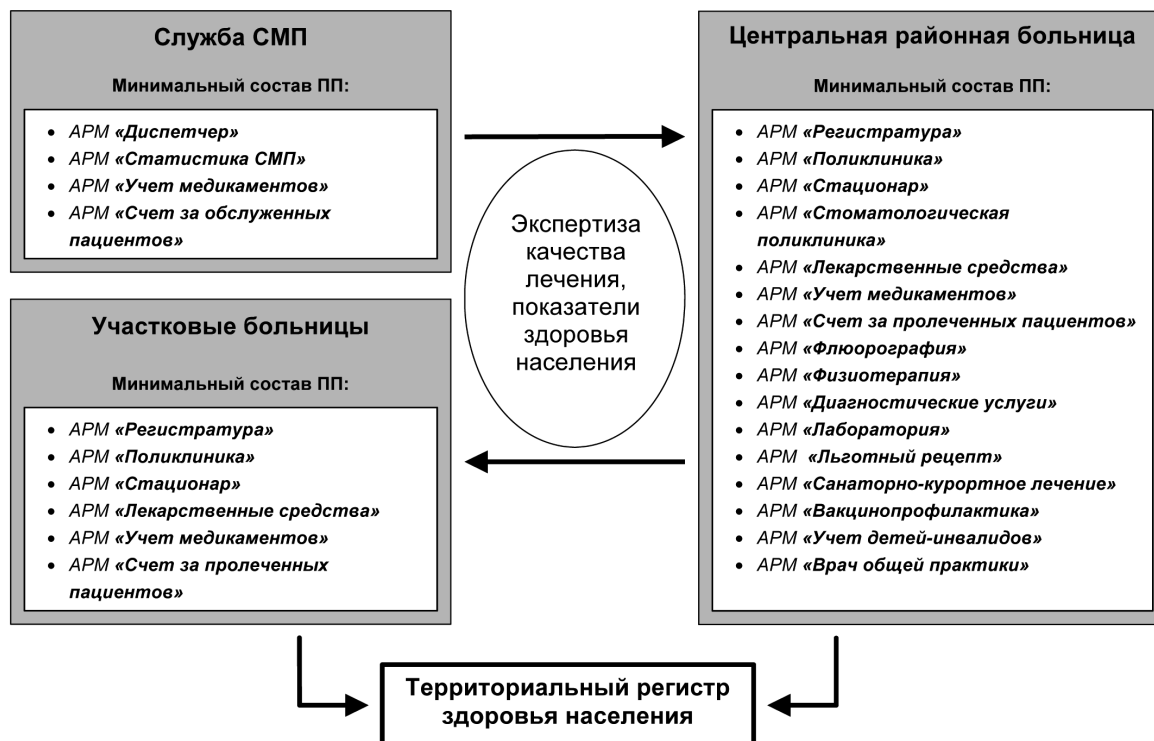


Рис. 2. Схема взаимодействия медицинской информационной системы в ГБУЗ «Торжокская центральная районная больница»

нию хронических заболеваний. Лечение таких «запущенных» пациентов ухудшает показатели коечного фонда, так как увеличивается средняя длительность лечения и снижается показатель оборота койки. Заместитель главного врача по результатам экспертизы может потребовать отнести часть расходов по таким случаям госпитализации на амбулаторно-поликлиническое звено (как дефект работы врачей поликлиники).

Заместитель главного врача по экономическим вопросам проводит экспертизу затрат на медикаментозное лечение, лабораторные и диагностические услуги; анализирует случаи повторной госпитализации пациента с одной и той же нозологией, случаи необоснованной госпитализации; осуществляет контроль выполнения объемов государственного заказа.

Заместитель главного врача по клинико-экспертной работе анализирует случаи отклонения от стандартов лечения и лекарственного формуляра, «дефектов направления пациентов на госпитализацию», поздней доставки пациентов с диагнозами «экстренная хирургия», расхождение диагнозов и т. д.

Эксперт работает с историей болезни по встроенному модулю «Экспертиза качества». В модуле используется «Справочник критериев оценки качества оказанной помощи», каждый критерий оценивается в баллах. По результатам экс-

пертизы распечатывается «Экспертная карта» (приложение 3).

Медицинская информационная система (рис. 2) позволяет принимать управленческие решения в реальном масштабе времени.

Система развернута к пациенту, начинается с учета сведений о пациенте (регистр обслуживаемого населения), пациент — главное действующее лицо в МИС. Актуализация и достоверность информации обеспечивается идентификацией пациентов по их личному коду. На медицинский код пациента интегрируются все виды оказанной ему помощи, и это «медицинское досье» служит для создания регистра здоровья населения. Информация, полученная о пациенте в программах комплексной системы, доступна всем рабочим местам, находящимся в локальной сети или работающим автономно, но в разной степени. Для этого в программе предусмотрены определенные функции управления по ограничению доступа различных пользователей к информационным ресурсам.

Главным фактором, определяющим качество медицинской помощи, является мониторинг и оценка результатов деятельности всех структурных подразделений центральной районной больницы. Системный анализ причин ухудшения показателей, оперативное выявление и устранение недостатков в работе являются эффективной мерой управления, контроля и планирования.

Статистическая карта выбывшего из круглосуточного (дневного) стационара

№ истории болезни

1. Фамилия, имя, отчество пациента _____

2. Дата рождения _____

3. Пол: м — 1, ж — 2

4. Социальный статус: _____

5. Занятость: работает — 1; не работает — 2; учится — 3; дошкольник: посещает ДУ — 4, не посещает ДУ

6. Место занятости _____

7. Профессия _____

8. Страховая компания _____

9. Вид страхования ОМС-1, ДМС-2

Полис: серия _____ номер _____ период действия: с ____ . ____ . ____ по ____ . ____ . ____

10. Удостоверение личности (наименование) _____ серия _____ номер _____

11. Прописан по адресу: _____

12. Проживает по адресу: _____

13. Цель направления: лечебная - 1, консультативная — 2, социальная — 3, судебная экспертиза — 4, военная экспертиза — 5, трудовая экспертиза — 6, лечебная по ДТП — 7 14. Кем направлен: СМП — 1; поликлиники: взрослая — 2, детская — 3, женская — 4; сельские ЛПУ — 5, ВОП — 6, прочие - 7 Ф.И.О. медработника: _____ код 15. Доставлен добровольно: да — 1, нет — 2 16. Опьянение: алкогольное — 1, наркотическое — 2, нет — 3 17. Дефекты до госпитального этапа: несвоевременность госпитализации — 1, недостаточный объем клинико-диагностического обследования — 2, неправильная тактика лечения -3, несовпадение диагноза — 4, прочие — 5 _____, дефекты отсутствуют — 6 18. Диагноз (при поступлении) _____ код МКБ 19. Как доставлен: экстренно — 1, планово — 2 20. Через какое время доставлен: в первые 6 часов — 1, от 7 до 24 часов — 2, позднее 24 часов — 3 21. Кратность госпитализации: впервые в жизни — 1, впервые в этом году — 2, повторно в этом году — 3 22. Исход: выписан — 1, умер — 2, переведен: в круглосуточный стационар — 3, в дневной стационар — 4, в другое ЛПУ — 5 23. Результат лечения: выздоровление — 1, улучшение — 2, без изменений — 3, ухудшение — 4

24. Диагноз стационар основной _____
 _____ код МКБ

Осложнение _____
 25. Диагноз стационара сопутствующий _____ код МКБ

26. Диагноз патологоанатомический _____
 _____ код МКБ

27. Обследование на RW: дата ____-____-____ 28. AIDS: дата ____-____-____

29. Больничный лист: открыт закрыт (выписан к труду)

30. Движение пациента по отделениям (профилям коек)

Наименование отделения, профиля коек	Поступил: дата, время	Выбыл: дата, время	Койко- дни	Диагноз - код МКБ	Степень тяжести*	Код лечащего врача	Вид оплаты**
Отделение							
Профиль							
Отделение							
Профиль							
Отделение							
Профиль							

* Степень тяжести: легкая — 1, средней тяжести — 2, тяжелое течение заболевания — 3.

** Вид оплаты: ОМС — 1, ТФОМС — 2, бюджет — 3, платные — 4, ДМС — 5, хоз. договор — 6, Пенсионный фонд — 7.

31. Хирургические операции

Отделение	Дата	Время	Операция		Категория сложности	Анестезия*	Спец. аппаратура **	ВМТ****	Код осложнения ***	Код врача	Вид оплаты
			Наименование	Код							

* Анестезия: общая — 1, местная — 2

** Использование специализированной аппаратуры: эндоскопической — 1, лазерной — 2, криогенной — 3

*** Послеоперационное осложнение (код)

**** Операция с применением высоких медицинских технологий (ВМТ) — да, нет.

32. Услуги отделений: сервисные, диагностические, консультативные

Отделение. Профиль	Услуга			Дата		Вид оплаты	Код врача
	наименование	код	кол-во	начала	окончания		

33. Заведующий отделением (Ф. И. О., подпись) _____ код

Приложение 2

Выписка из листка назначений на пациента, выбывшего из отделения стационара

№ 758 от « 12 » июня 2001 г.

1. Отделение: Терапевтическое 2. Профиль: Терапевтический
3. Платательщик: ОМС — 1, ТФОМС — 2, бюджет — 3, пациент — 4, ДМС — 5, хоз. договор — 6 1
4. Страховая компания: Филиал ЗАО «Макс-М» в г. Твери
5. Номер истории болезни: 6. Единый код пациента:
7. Ф.И.О. пациента: Соколов Михаил Иванович
8. Дата поступления: 12.05.2001 г. 9. Дата выписки: 02.06.2001 г. 10. Кол-во к/дней: 21
11. Диагноз: о. пневмония код МКБ-10 12. Степень тяжести: 1
13. Исход отделения: выписан — 1, умер — 2, переведен — 3 1
Внутрибольничный перевод (в какое отделение): нет
14. Период списания медикаментов: с 12.05.2001 по 02.06.2001
15. Медикаменты (препараты), отпущенные больному:

№ п/п	Наименование	Кол-во
1	Пенициллин натриевая соль — флаконы по 1 млн ед.	72 фл.
2	Линкомицин 30% — ампулы по 1,0 мл	72 амп.
3	Эуфиллин 2,4% — ампулы по 1,0 мл	10 амп.
4	Анальгин 50% — ампулы по 2,0 мл	11 амп.
5	Димедрол % — ампулы по 1,0 мл	1 амп.

Старшая медсестра _____ Лечащий врач _____

Приложение 3

Экспертная карта № 127 от 30.01.2010 г.

1	Ф.И.О пациента	Абрамова Лидия Николаевна
2	Дата рождения	04.06.1950 г.
3	История болезни №	2217
4	Диагноз при направлении	I63.2 инфаркт мозга
5	Кто направил	служба СМП, врач Рыжиков И.А.
6	Дата и время поступления в стационар	08.01.2010; 06 часов 15 мин.
7	Плановая или экстренная госпитализация	экстренная
8	Отделение, профиль	неврологическое, неврологический
9	Дата выбытия	25.01.2010 г.
10	Число койко-дней	17
11	Лечащий врач	Парамонова Е.М.
12	Диагноз отделения основной	I63.2 инфаркт мозга
13	Исход госпитализации	выписан
14	Результат лечения	улучшение

	Оценочные критерии	Оценка (баллы)
A	Качество ведения документации	
<i>A1</i>	Качество описания приемного статуса пациента при поступлении его в стационар	
<i>A1.2</i>	— <i>несущественные замечания</i>	2
<i>A2</i>	Оформление дневниковых записей	
<i>A2.3</i>	— <i>замечаний нет</i>	3
<i>A3</i>	Этапные эпикризы	
<i>A3.2</i>	— <i>имеются несущественные замечания</i>	2
<i>A4</i>	Выписной эпикриз	
<i>A4.3</i>	— <i>замечаний нет</i>	3
B	Диагностические мероприятия	
<i>B1</i>	План обследования	
<i>B1.2</i>	— <i>соответствует диагнозу, но не совпадает с протоколом (рекомендациями) обследования</i>	3
<i>B2</i>	Своевременность обследования	
<i>B2.3</i>	— <i>обследование проведено в установленные рекомендациями (стандартом) сроки</i>	5
<i>B3</i>	Полнота обследования	
<i>B3.2</i>	— <i>обследование проведено не в полном объеме, но это не повлияло на диагноз и/или результаты лечения</i>	3
<i>B4</i>	Наличие обоснования дополнительных назначений (R-логических, инструментальных и лабораторных) и методов обследования	
<i>B4.2</i>	— <i>назначено более одного необоснованного метода обследования</i>	2
<i>B5</i>	Интерпретация результатов обследований	
<i>B5.3</i>	— <i>интерпретация результатов обследования корректная</i>	5
C	Постановка диагноза	
<i>C1</i>	Соответствие (предварительно) диагноза клинической картине	
<i>C1.3</i>	— <i>диагноз выставлен и соответствует клинике</i>	3
D	Лечебно-профилактические мероприятия	
<i>D1.3</i>	— <i>назначения адекватны, соответствуют рекомендациям (протоколу) лечения</i>	10
<i>D2</i>	Своевременность лечения. Своевременность коррекции лечения	
<i>D2.3</i>	— <i>лечение начато своевременно</i>	9
<i>D3</i>	Лекарственная терапия. Соответствие ее формуляру. Рациональность назначения	
<i>D3.2</i>	— <i>назначения соответствуют лекарственному формуляру, но имеет место полипрагмазия (назначения сверх формулярного списка)</i>	6
<i>D4</i>	Соответствие сроков лечения стандарту	
<i>D4.2</i>	— <i>незначительное отклонение (менее 15 процентов от стандарта)</i>	7
E	Госпитализация	
<i>E1</i>	Обоснованность госпитализации	
<i>E1.3</i>	— <i>госпитализация обоснованна и своевременна</i>	4
K	Консультативная работа	
<i>K1</i>	Наличие записей заведующего отделением	
<i>K1.1</i>	— <i>записи зав. отделением отсутствуют</i>	0
<i>K2</i>	Осмотр пациента специалистами ЦРБ (внештатными специалистами) проведение консилиумов	
<i>K2.2</i>	— <i>назначались, но не в полном объеме</i>	2
<i>K3</i>	Выполнение рекомендаций консультантов	
<i>K3.2</i>	— <i>исполнялись, но не в полном объеме</i>	2
	Итого баллов	71
	Оценка	хорошо