

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**  
**УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ**  
**«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

**Кафедра общественного здоровья и здравоохранения с курсом ФПК и П**

**Т. М. ШАРШАКОВА, М. Г. РУСАЛЕНКО,**  
**А. В. САЧКОВСКАЯ**

# **ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ**

**Учебно-методическое пособие**  
**для студентов 4–6 курсов всех факультетов, магистрантов**  
**учреждений высшего медицинского образования**

**Гомель**  
**ГомГМУ**  
**2018**

УДК 614.21(072)  
ББК 51.1, 21 я 73  
Ш 26

**Рецензенты:**

кандидат медицинских наук,  
ученый секретарь научного отдела  
Республиканского научно-практического центра радиационной медицины  
и экологии человека

***С. В. Зыблева;***

кандидат медицинских наук,  
главный врач Гомельской центральной городской поликлиники

***Е. В. Цитко***

**Шаршакова, Т. М.**

Ш 26 Организация медицинской помощи населению в стационарных условиях: учебно-методическое пособие для студентов 4–6 курсов всех факультетов, магистрантов учреждений высшего медицинского образования / Т. М. Шаршакова, М. Г. Русаленко, А. В. Сачковская. — Гомель: ГомГМУ, 2018. — 68 с.

ISBN 985-985-588-086-9

В учебно-методическом пособии изложены вопросы организации медицинской помощи населению в условиях стационара, даны основные направления работы больницы, приведена методика расчета показателей деятельности стационара, указаны методические подходы к оценке показателей и анализу деятельности организаций здравоохранения и др. Пособие соответствует типовой программе по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение», утвержденной Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

Предназначено для студентов медицинских вузов 4–6 курсов всех факультетов, магистрантов учреждений высшего медицинского образования.

Утверждено и рекомендовано к изданию научно-методическим советом учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет» 20 июня 2018 г., протокол № 4.

**УДК 614.21(072)**  
**ББК 51.1, 21 я 73**

**ISBN 978-985-588-086-9**

© Учреждение образования  
«Гомельский государственный  
медицинский университет», 2018

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение .....	4
Учебный материал .....	7
Первичные медицинские документы и формы государственной статистической отчетности стационара .....	16
Показатели, характеризующие медицинскую помощь в стационаре, и их оценка .....	17
Задания для самостоятельной работы студентов по реализации программных целей занятия .....	24
Литература .....	32
Приложение А .....	34
Приложение Б .....	50
Приложение В .....	55
Приложение Г .....	60
Приложение Д .....	62
Приложение Е .....	65

## **ВВЕДЕНИЕ**

Оказание медицинской помощи населению в стационарных условиях имеет важное значение в сохранении и восстановлении здоровья населения. Условия ее предоставления определены Законом Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435–XII в редакции от 16.06.2014 г. № 163–З «О здравоохранении». Данный вид медицинской помощи осуществляется при необходимости комплексного подхода к профилактике, диагностике, лечению, реабилитации и требует постоянного круглосуточного наблюдения и интенсивного ухода. Это обуславливает высокую ресурсоемкость и затратность медицинской помощи в стационарных условиях. Знание вопросов организации, планирования, анализа и оценки деятельности медицинской помощи в стационарных условиях позволяет рационально и эффективно использовать бюджетные средства, определять потребность в развитии стационарзамещающих форм оказания специализированной медицинской помощи. Основным учреждением в организации медицинской помощи в условиях стационара является больница, эффективность деятельности которой в значительной мере определяется слаженной работой всех ее структурных подразделений.

В методических рекомендациях изложен материал, который позволит студенту и магистранту изучить организацию медицинской помощи населению в условиях стационара в Республике Беларусь, а также научиться осуществлять анализ деятельности больничных организаций.

### ***Цель занятия***

Приобретение студентами теоретических знаний и практических навыков, касающихся организации медицинской помощи в стационарных условиях, структуры и основных функций городской больницы, методики расчета и анализа основных показателей.

### ***Задачи занятия:***

1. Ознакомиться с особенностями и принципами оказания медицинской помощи в условиях стационара, типами больничных организаций здравоохранения.

2. Изучить функции и структуру городской больницы, ее основных подразделений.

3. Ознакомится с организацией труда врачей и среднего медицинского персонала больницы.

4. Изучить источники формирования данных для годового отчета, формы годовых статистических отчетов больничной организации здравоохранения.

5. Освоить методику анализа данных, характеризующих обеспеченность населения медицинской помощью в условиях стационара, штаты, кадры и их нагрузку, эффективность использования коечного фонда, а также качество оказываемой медицинской помощи.

***Требования к исходному уровню знаний***

Студенты должны **знать**:

— основные положения стратегического развития здравоохранения Республики Беларусь, касающиеся оказания медицинской помощи в условиях стационара,

— нормативы, используемые для планирования медицинской помощи в стационаре;

— основные задачи и принципы медицинской помощи населению в условиях стационара;

— виды больничных организаций здравоохранения,

— структуру городской больницы и ее основных подразделений,

— организацию труда и основные элементы работы врача-ординатора,

— основные формы первичной медицинской документации и годовых статистических отчетов стационара организации здравоохранения.

Студенты должны **уметь**:

— проводить расчет потребности населения в медицинской помощи в условиях стационара,

— проводить расчет показателей обеспеченности населения медицинской помощью в стационарных условиях, использования коечного фонда, качества больничной помощи на основании данных статистических отчетов;

— анализировать и оценивать деятельность больницы.

***Контрольные вопросы по теме занятия:***

1. Значение медицинской помощи в стационарных условиях для населения.

2. Особенности медицинской помощи в условиях стационара и факторы, влияющие на ее ресурсоемкость и затратность.

3. Основные функции больницы.

4. Номенклатура и классификация больничных организаций здравоохранения.

5. Преимущества объединенной больницы.

6. Нормативы медицинской помощи в стационаре (показатели обеспеченности и объемов медицинской помощи).

7. Структура городской больницы, состав и характеристика отдельных подразделений.

8. Приемное отделение: структура, задачи, организация работы, порядок обращения, осмотра и госпитализации пациентов, документация, мероприятия по профилактике внутрибольничных инфекций.

9. Профильные лечебно-профилактические отделения больницы, задачи, организация работы, учетные документы, порядок заполнения и хранения.

10. Функции лечащего врача, организация врачебных консультаций (консилиумов).

11. Резервы для сокращения длительности лечения в стационаре, периодизация по срокам пребывания пациента в стационаре. Стационарзаменяющие технологии.

13. Основные формы государственной статистической отчетности, характеризующие медицинскую помощь в стационарных условиях.

14. Основные формы первичной медицинской документации — источники информации для составления отчета о деятельности стационара.

15. Показатели обеспеченности населения медицинской помощью в стационаре, их оценка.

16. Показатели использования коечного фонда, их оценка.

17. Основные показатели, характеризующие качество медицинской помощи в стационаре, их оценка.

# УЧЕБНЫЙ МАТЕРИАЛ

## *1. Значение медицинской помощи в стационарных условиях для населения*

**Больничная организация** — организация здравоохранения всех форм собственности, оказывающая медицинскую помощь в стационарных условиях и предназначенная для круглосуточного оказания медицинской помощи.

Медицинская помощь населению в условиях стационара оказывается при наиболее тяжелых заболеваниях, требующих комплексного подхода к диагностике и лечению, применения сложных методов обследования, лечения, оперативных вмешательств, круглосуточного медицинского наблюдения, интенсивного ухода. В больнице население получает специализированную и высокотехнологичную медицинскую помощь. Больницы по-прежнему остаются основной клинической базой для подготовки студентов, клинических ординаторов, аспирантов, магистрантов, среднего медицинского персонала, для повышения квалификации и узкой специализации дипломированных врачей. В больницах сосредоточены основные материальные ценности здравоохранения: лечебное и диагностическое оборудование, твердый, мягкий инвентарь и т. д.

## *2. Особенности медицинской помощи в условиях стационара и факторы, влияющие на ее ресурсоемкость и затратность*

Вышеперечисленные факторы наряду с так называемыми гостиничными услугами (круглосуточное пребывание на койке, водоснабжение, канализация, теплоснабжение, электроснабжение, питание и др.) обуславливают высокую ресурсоемкость и затратность медицинской помощи в стационарных условиях. В настоящее время объем расходов на стационарную помощь (в рамках оказания гарантированного объема бесплатной медицинской помощи) в несколько раз превышает расходы на первичную медицинскую помощь, а сама система оказания специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи ориентирована преимущественно на стационарный этап. В связи с этим важно знание вопросов организации, планирования, анализа и оценки деятельности медицинской помощи в стационаре, позволяющее рационально и эффективно использовать коечный фонд больничных организаций, определять развитие стационарзамещающих форм медицинской помощи.

В соответствии с Концепцией развития сферы услуг в Республике Беларусь на 2015—2020 годы целью развития здравоохранения является повышение качества и доступности медицинской помощи населению независимо от уровня благосостояния потребителя на основе создания современной инфраструктуры рынка медицинских услуг; комплекса мер, включаю-

щего внедрение новых эффективных методов профилактики, диагностики, лечения заболеваний и реабилитации; обеспечения эффективными, безопасными и качественными лекарственными средствами; развития внебюджетного сектора здравоохранения; информатизации системы здравоохранения и создания единой системы мониторинга здоровья населения.

### ***3. Основные функции больницы***

Выделяют **4 основные функции современной больницы**:

- 1) восстановительные (диагностика, лечение, реабилитация);
- 2) профилактические (первичная и вторичная профилактика, включая диспансеризацию), более присущие больнице, объединенной с поликлиникой;
- 3) учебно-методические (подготовка медицинского персонала и последипломное образование);
- 4) научно-исследовательские.

### ***4. Номенклатура и классификация больничных организаций здравоохранения***

#### **4.1. Номенклатура больничных организаций здравоохранения**

(Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28.09.2005 № 35)

- больница;
- госпиталь;
- медико-санитарная часть;
- диспансер;
- центр;
- родильный дом;
- дом ребенка;
- хоспис.

К категории учреждений «больничные организации» не относятся бальнеологические организации, санатории, интернаты для ухода за престарелыми людьми. Также не учитываются участковые больницы, в которых на конец года ни одна штатная врачебная должность не занята врачом.

**Мощность** больничной организации определяется абсолютным числом коек. В зависимости от мощности больницы делятся по категориям.

#### **4.2. Классификация больничных организаций здравоохранения**

***По административно-территориальному принципу:***

- республиканские;
- областные;
- городские;
- центральные районные;
- районные;
- участковые больницы.

***В зависимости от вида и характера оказываемой медицинской помощи:***

- многопрофильные;
- специализированные (инфекционные, туберкулезные, психиатрические, наркологические, кожно-венерологические и др.).

***В зависимости от экстренности госпитализации пациентов:***

- больницы экстренной госпитализации (больницы скорой медицинской помощи);
- больницы для плановой госпитализации;
- больницы смешанного типа (большинство стационаров), куда поступают пациенты по экстренным показаниям и на плановую госпитализацию.

***По системе организации больницы:***

- объединенные с поликлиникой;
- не объединенные с поликлиникой.

Существуют другие признаки для классификации больниц, например, по режиму работы, по степени интенсивности лечения и ухода и т. д.

### ***5. Преимущества объединенной больницы***

Наиболее оптимальным типом медицинской организации является ***объединенная больница***. Она призвана оказывать основные виды – первичную, стационарную и медицинскую помощь в условиях дневного стационара, представляющие последовательные этапы в лечении пациентов. Следовательно, такая организация здравоохранения в более полной мере обеспечивает преемственность в обследовании и лечении пациентов между поликлиническим и стационарным этапами с целью непрерывности лечебно-диагностического процесса. При хорошо организованной преемственности в наблюдении за пациентами возможно сокращение срока лечения в стационаре, что способствует более рациональному использованию материальных средств, выделенных республиканским бюджетом.

### ***6. Нормативы стационарной помощи определяются:***

1) показателями обеспеченности – минимальным числом коек в больничных организациях с круглосуточным пребыванием (без учета больниц сестринского ухода) в расчете на 1 тыс. человек населения (государственные минимальные социальные стандарты в здравоохранении);

2) показателями объемов, выраженных числом койко-дней на 1 тыс. жителей.

Норматив обеспеченности койками в Республике Беларусь составляет 9 коек на 1 тыс. жителей, в том числе для г. Минска — 8 коек на 1 тыс. жителей.

## **7. Структура городской больницы, состав и характеристика отдельных подразделений**

Городская больница представляет собой необъединенную больничную организацию и по функциональному назначению, как правило, имеет следующие структурные подразделения: управление, стационар, административно-хозяйственную часть, централизованное стерилизационное отделение, кабинет медицинской статистики, архив. По согласованию с главным врачом в состав городской больницы может входить аптека.

### **Структура городской больницы:**

#### **I. Управление**

Руководитель городской больницей – **главный врач**, который отвечает за лечебно-диагностическую, финансовую и административно-хозяйственную работу.

#### **Главный врач имеет заместителей:**

- **по медицинской части** (руководит лечебно-диагностической, профилактической и санитарно-противоэпидемической работой больницы, контролирует и несет ответственность за качество оказания медицинской помощи);

- **по административно-хозяйственной части** (руководит административно-хозяйственной работой больницы, включая обеспечение хозяйственным оборудованием, инвентарем, продуктами питания, горячей и холодной водой, теплом и электричеством, транспортом, организует ремонты и техническое обслуживание помещений, коммуникаций, оборудования, аппаратуры, обеспечение противопожарной безопасности и др.);

- **по хирургической работе** (в больницах с числом коек 800 и более);

- **по терапевтической работе** (в больницах с числом коек 1 тыс. и более);

- **по экономике.**

К административно-управленческим работникам относятся **руководители, специалисты и другие служащие**, осуществляющие функциональное управление всеми сторонами деятельности организации здравоохранения в целях обеспечения выполнения стоящих перед ней задач.

К этой категории работников относятся: *руководитель, его заместители, специалисты отдела кадров, планово-экономического отдела, бухгалтера, юрисконсульт, начальник штаба ГО, инженер по охране труда* (в соответствии с письмом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 15.03.2013г. № 03-2-07/848-91).

#### **II. Стационар:**

- приемное отделение;

- профильные лечебные отделения (терапевтическое, хирургическое, неврологическое, гинекологическое и др. — всего около 50 профилей);

— лечебные вспомогательные отделения (физиотерапевтическое, лечебной физкультуры, радиологическое, гипербарической оксигенации, гемодиализа и др.);

— диагностические отделения (клинико-диагностическая лаборатория, отделение ультразвуковой диагностики, эндоскопическое, рентгенологическое, отделение функциональной диагностики, отделение радиоизотопной диагностики).

**III. Административно-хозяйственная часть** включает в себя пищеблок, библиотеку, продуктовый и хозяйственный склады, гараж, и пр.

**IV. Централизованное стерилизационное отделение.**

**V. Кабинет медицинской статистики.**

**VI. Архив.**

### ***8. Организация работы приемного отделения***

Приемное отделение стационара может быть **централизованным** (для всей больницы) и **децентрализованным** для отдельных профильных структурных его частей (например, приемное отделение для инфекционных отделений, для родильных домов).

Как правило, основные потоки обращения пациентов для оказания медицинской помощи в стационарных условиях следующие:

— ***в плановом порядке:***

- по направлению специалистов организаций здравоохранения, медицинских университетов, управлений здравоохранения облисполкомов, Минского горисполкома, Министерства здравоохранения;

- перевод из стационара других организаций здравоохранения;
- самообращение;

— ***в экстренном порядке:***

- по направлению бригад скорой медицинской помощи;
- перевод из стационара других организаций здравоохранения;
- самообращение.

***Задачами приемного отделения являются:***

- оказание экстренной и неотложной медицинской помощи;
- решение вопроса о необходимости госпитализации;
- санитарная обработка пациентов;
- распределение (сортировка) пациентов, в том числе с целью профилактики внутрибольничных инфекций;
- перевод пациентов из одного отделения (или больницы) в другое;
- установление диагноза пациентам при поступлении;
- заполнение медицинской документации;
- сопровождение пациентов в лечебные отделения;
- прием вещей и выдача их;

- выдача справок о состоянии здоровья пациента;
- регистрация выписанных, переведенных и умерших пациентов, предоставление справочной информации;
- учет движения пациентов по стационару.

В *структуру* приемного отделения входят следующие помещения: вестибюль, кабинет для осмотра пациентов, перевязочная, кабинет санитарной обработки, комната медперсонала, выписная.

Приемные отделения городских больниц работают круглосуточно. В случае вхождения в состав больницы родильного отделения — организуется отдельное приемное отделение для рожениц.

### **9. Профильные лечебно-профилактические отделения больницы, задачи, организация работы, учетные документы**

Основными структурными подразделениями стационара являются **профильные лечебные отделения**. Традиционно профильное отделение стационара организуется при количестве коек 60 и более. При наличии меньшего числа профильных коек отделение формируется из различных профилей коек. Например, 20 кардиологических, 20 пульмонологических и 20 эндокринологических коек формируют одно терапевтическое отделение. Отделение стационара состоит из палат, в которых находятся пациенты, и вспомогательных помещений медицинского и хозяйственного назначения. Преимущество следует отдавать палатам на 1–2–3 койки, имеющим отдельный санитарный блок (туалет, душ, раковина для мытья рук и т. д.).

Руководство лечебного отделения осуществляется *заведующим отделением*.

В соответствии с Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 22.12.2007 N 186 должности заведующих отделениями — врачей соответствующих специальностей — устанавливаются в отделениях с количеством коек:

- до 60 — вместо должности врача соответствующей специальности;
- 60 и более — вместо 0,5 должности врача соответствующей специальности.

#### ***Обязанности заведующего отделением:***

- осуществляет руководство отделением и работой врачебного персонала;
- следит за диагностикой и лечением в соответствии с клиническими протоколами диагностики и лечения пациентов;
- осматривает вновь принятых пациентов в день их поступления и систематически наблюдает тяжелобольных пациентов;
- решает вопросы о выписке, производстве операций, экспертизы трудоспособности;
- консультирует врачей, проводит консилиумы;

- делает обходы пациентов с присутствием ординаторов и старшей медицинской сестры отделения;
- регулярно осматривает тяжелобольных пациентов;
- проводит пятиминутки;
- внедряет в работу важнейшие достижения науки и практики;
- участвует в патологоанатомическом исследовании умерших пациентов;
- проводит врачебные клинические и патологоанатомические конференции;
- осуществляет организацию подготовки врачей-интернов;
- совершенствует качество медицинской помощи в отделении;
- составляет график работы.

**Штаты медицинского персонала** отделения стационара устанавливаются в зависимости от числа коек, типа и профиля организации здравоохранения. Основными в штатной структуре отделения стационара являются должности заведующего отделением, врача, старшей медицинской сестры, медицинской сестры (постовой, процедурной), сестры-хозяйки и др.

Основными направлениями работы врачей отделения являются диагностика и лечение пациентов, экспертиза трудоспособности, реабилитация и восстановительное лечение, осуществление консультаций, ведение медицинской документации. На одного ординатора приходится до 20–25 пациентов.

Во внерабочее время, выходные и праздничные дни наряду со средним медицинским персоналом дежурят врачи-специалисты. Дежурства организованы либо одним врачом-терапевтом, ответственным по стационару небольшой мощности, либо — согласно профилю отделений.

#### **10. Функции лечащего врача, организация врачебных консультаций (консилиумов), врачебно-консультационные и иные комиссии**

*Лечащим врачом* является врач-специалист, который организует и оказывает медицинскую помощь пациенту в период его медицинского наблюдения и лечения. В его обязанности входит:

- наблюдает установленное число пациентов;
- проводит диагностические исследования и лечение пациентов в соответствии с протоколами;
- заполняет медицинские карты;
- контролирует своевременность и правильность выполнения средним медицинским персоналом врачебных назначений;
- участвует в обходе пациентов заведующим отделением;
- дежурит по больнице;
- направляет пациента для оказания ему медицинской помощи к другим врачам-специалистам, работающим в одной с ним организации здравоохранения;

- направляет пациента на заседание врачебно-консультационной комиссии;
- предоставляет пациенту или лицам, указанным в медицинской документации, информацию о состоянии его здоровья;
- ставит перед руководителем организации здравоохранения вопрос о необходимости проведения врачебных консультаций (консилиумов);
- ставит перед руководителем организации здравоохранения вопрос о необходимости направления пациента в другие организации здравоохранения.

В случае несоблюдения пациентом врачебных предписаний или правил внутреннего распорядка организации здравоохранения для пациентов лечащий врач с разрешения руководителя организации здравоохранения может отказаться от оказания медицинской помощи пациенту, если это не угрожает его жизни или здоровью окружающих. Ответственность за организацию дальнейшего оказания медицинской помощи пациенту возлагается на руководителя организации здравоохранения.

**Врачебно-консультационные комиссии (ВКК)** создаются в организациях здравоохранения и состоят не менее чем из трех врачей-специалистов. Врачебно-консультационные комиссии создаются в целях:

- коллегиального рассмотрения и принятия решений по вопросам проведения медицинских экспертиз, медицинской реабилитации;
- оценки качества оказания медицинской помощи пациентам;
- оценки состояния здоровья пациента для выдачи заключения ВКК;
- решения иных вопросов при оказании медицинской помощи.

### ***11. Резервы для сокращения длительности лечения в стационаре, периодизация по срокам пребывания пациента в стационаре. Стационарзамещающие технологии***

*Срок пребывания пациента в стационаре* можно разделить на **4 периода** (по И. И. Розенфельду). Каждый из этих периодов имеет свои резервы для более рационального использования коечного фонда и сокращения длительности пребывания пациентов в стационаре. Приведенная ниже периодизация носит условный характер, так как этапы обследования и лечения, начиная с поликлинического, взаимосвязаны и взаимообусловлены, представляя единый лечебно-диагностический процесс.

**Первый период** от поступления пациента до начала обследования должен быть минимальным.

**Второй период** — клинико-диагностическое обследование.

Содержит значительные резервы для сокращения сроков пребывания пациента в стационаре. Причинами необоснованно длительного пребывания пациента на койке часто является отсутствие преемственности между поликлиникой и стационаром, дублирование диагностических процедур, перегрузка клинико-диагностических подразделений, недостаточная укомплектованность и подготовка кадров.

**Третий период** — лечение.

Длительность этого периода зависит от квалификации врачей, тактики ведения заболеваний, эффективности средств и методов лечения.

**Четвертый период** — выписка пациента.

Может быть сокращен при оптимизации организационных приемов (регламентация по дням недели, предварительная подготовка документации, информатизация и др.).

В целях экономии бюджетных средств и в рамках повышения социальной эффективности различных форм медицинской помощи населению Республики Беларусь были внедрены в практику здравоохранения **стационарзамещающие технологии**.

Нормативно-правовыми документами, регламентирующими оказание медицинской помощи пациентам с хирургическими заболеваниями в амбулаторных условиях по технологии «хирургия одного дня» является приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 04.07.2007 № 562 «Об организации медицинской помощи больным с хирургическими заболеваниями в амбулаторных условиях по технологии «хирургия одного дня» и Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 08.05.2013 № 40 «Об утверждении инструкции о порядке организации оказания медицинской помощи пациентам с некоторыми хирургическими заболеваниями».

В амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения медицинская помощь пациентам с хирургическими заболеваниями, требующими оперативного вмешательства, оказывается при условии, что травматичность хирургического вмешательства с учетом возраста пациента и сопутствующей патологии не требует круглосуточного наблюдения медицинскими работниками в послеоперационном периоде и пациент не нуждается в специальной предоперационной подготовке в условиях круглосуточного хирургического стационара.

Определен порядок направления, обследования и лечения, транспортировки и наблюдения пациентов, а также перечень хирургических вмешательств, выполняемых в амбулаторно-поликлинических условиях:

- удаление доброкачественных образований кожи, мягких тканей, ЛОР-органов, гортани, папиллом, кондилом, полипов половых органов;
- хирургическое лечение варикозной болезни 1-3 степени;
- биопсии кожи, мягких тканей, лимфоузлов, шейки матки, влагалища, вульвы, эндометрия;
- малоинвазивные вмешательства при заболеваниях анального канала и параректальной области;
- вскрытие абсцессов, удаление вросшего ногтя, инородных тел из мягких тканей, металлоконструкций, полипов и грануляций из уха;
- внутрисуставные, пароартикулярные и паровертбральные блокады;
- операции с использованием лазерного офтальмологического оборудования;

- вакуумаспирация плодного яйца из полости матки при сроке беременности до 21 дня задержки от дня ожидаемой менструации;
- первичная обработка ран, наложение и снятие швов с послеоперационной раны.

Минимизация пребывания пациента в стационаре после вмешательства обеспечивает и психологическую адаптацию.

Экономическая целесообразность обусловлена как сокращением продолжительности стационарного лечения, так и длительности амбулаторно-поликлинического этапа лечения. Количество выполняемых операций может быть существенно увеличено.

## **ПЕРВИЧНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ДОКУМЕНТЫ И ФОРМЫ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СТАТИСТИЧЕСКОЙ ОТЧЕТНОСТИ СТАЦИОНАРА**

Для управления деятельностью больницы, оперативного и перспективного планирования необходима соответствующая информация. Одним из источников такой информации является первичная медицинская документация, а также формы государственной и ведомственной статистической отчетности. Работники организаций здравоохранения собирают медицинские статистические данные путем заполнения первичной медицинской (учетной) документации. После обработки данных форм медицинскими статистиками необходимые сведения включаются в формы статистической отчетности. В настоящее время формы первичной медицинской документации в организациях здравоохранения, оказывающих стационарную помощь, утверждены приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 18.11.2008 № 1050 «О внесении изменений и дополнений в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 1 октября 2007 № 792 (таблица 1).

Таблица 1 — Основные формы первичной медицинской документации, используемые в стационарах\*

№ формы	Наименование формы	Срок хранения
001/у-07	Журнал учета приема пациентов и отказов в госпитализации	25 лет
003/у-07	Медицинская карта стационарного пациента	25 лет
008/у07	Журнал записи оперативных вмешательств в стационаре	Пост.
066/у-07	Статистическая карта выбывшего из стационара	10 лет
007/у-07	Листок движения пациентов и коечного фонда стационара	1 год
016/у-07	Сводная ведомость учета движения пациентов и коечного фонда по стационару, отделению или профилю коек	1 год

Примечание: \* — образцы форм первичной медицинской документации и инструкции по их заполнению представлены в приложениях А — Е).

Действующая форма государственной статистической отчетности 1-организация (Минздрав) «Отчет организации здравоохранения, оказывающей медицинскую помощь в стационарных и амбулаторных условиях» годовой периодичности и указания по ее заполнению утверждены Постановлениями Национального статистического комитета Республики Беларусь. Основной формой, отражающей деятельность организации здравоохранения, является форма 1-организация «Отчет организации здравоохранения, оказывающей медицинскую помощь в стационарных и амбулаторных условиях» (Постановление Национального статистического комитета Республики Беларусь от 30.10.2015 № 160).

Отчет заполняется на основании данных первичной медицинской документации. В отчете отражаются данные о коечном фонде всех профилей стационара, численность и состав пациентов, данные об исходах их лечения и об объеме хирургической помощи.

**РАЗДЕЛ I** «Сведения о структурных подразделениях организации здравоохранения».

**РАЗДЕЛ II** «Сеть и деятельность организации здравоохранения» заполняется стационарными организациями.

**РАЗДЕЛ III** «Число должностей (штатных и занятых) и численность основных работников на занятых должностях в организации здравоохранения, оказывающей стационарную медицинскую помощь».

**РАЗДЕЛ IV** «Сведения о работе врачей организации здравоохранения, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях».

## **ПОКАЗАТЕЛИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В СТАЦИОНАРЕ, И ИХ ОЦЕНКА**

Показатели деятельности больничных организаций здравоохранения условно можно объединить в следующие группы:

— показатели обеспеченности населения медицинской помощью в стационаре:

- показатели, характеризующие штаты и нагрузку персонала;
- показатели использования коечного фонда;
- показатели качества медицинской помощи в стационаре.

### ***1. Показатели обеспеченности населения медицинской помощью в стационаре***

Показатели обеспеченности населения больничными койками и уровня госпитализации рассчитываются и анализируются на уровне конкретной территории (район, город, область, страна).

$$\text{Обеспеченность населения больничными койками} = \frac{\text{Число коек на конец года}}{\text{Численность населения на конец года}} \times 1000.$$

$$\text{Уровень госпитализации} = \frac{\text{Число лиц, поступивших в стационар}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 1000.$$

Фактические и нормативные показатели обеспеченности койками и уровня госпитализации зависят от многих факторов, основными из которых являются:

— число фактически госпитализированных пациентов и число нуждавшихся в госпитализации, но по каким-либо причинам не госпитализированных;

— сложившиеся в данный период развития системы здравоохранения показания для госпитализации;

— уровень развития медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях;

— степень развития стационарзамещающих форм медицинского обслуживания;

— существующая система организации и финансирования медицинской помощи в стационаре.

$$\text{Обеспеченность населения медицинской помощью в стационаре} = \frac{\text{Число койко-дней, проведенных пациентами в стационарах в течение года}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 1000$$

Показатель обеспеченности населения медицинской помощью в стационаре, наряду с уровнем госпитализации, используется при установлении нормативов объема стационарной помощи при разработке территориальных программ государственных гарантий обеспечения населения бесплатной медицинской помощью.

## **2. Показатели, характеризующие штаты и нагрузку персонала**

$$\text{Укомплектованность штатами (врачей, среднего медперсонала)} = \frac{\text{Число занятых должностей}}{\text{Число штатных должностей}} \times 100$$

Недостаточный показатель укомплектованности штатов (ниже 100 %), характеризует наличие незанятых (вакантных) должностей медицинского персонала. Однако даже при 100 % укомплектованности, есть вероятность неадекватной нагрузки отдельных медицинских работников. Например,

когда штатные должности заняты другими врачами с целью совместительства или совмещения должностей. В этом случае более детально нагрузку характеризует коэффициент совместительства, показывающий среднее число должностей, занимаемых одним физическим лицом. Высокий коэффициент совместительства негативно сказывается на качестве выполняемой работы, а также может неблагоприятно отражаться на здоровье работника, занимающего более одной должности.

$$\text{Коэффициент совместительства (врачей, среднего медперсонала)} = \frac{\text{Число занятых должностей}}{\text{Число физических лиц}}$$

Для более детальной характеристики нагрузки на медицинский персонал стационара используют показатели среднего числа коек, пролеченных пациентов и койко-дней, приходящихся на одну должность врача (среднего медицинского работника):

$$\text{Среднее число коек на одну должность (врача, среднего медперсонала)} = \frac{\text{Среднегодовое число коек}}{\text{Число занятых должностей (врача, среднего медперсонала)}}$$

$$\text{Среднее число пролеченных пациентов на одну должность (врача, среднего медперсонала)} = \frac{\text{Число выбывших (выписанные+умершие) из стационара пациентов}}{\text{Число занятых должностей (врача, среднего медперсонала)}}$$

$$\text{Среднее число койко-дней на одну должность врача} = \frac{\text{Число койко-дней, проведенных пациентами в стационаре}}{\text{Число занятых врачебных должностей}}$$

### **3. Показатели использования коечного фонда**

В условиях высокой ресурсоемкости и затратности медицинской помощи в больнице особенно актуально рационально и эффективно использовать коечный фонд круглосуточных стационаров. Методика по формированию статистических показателей использования коечного фонда утверждена постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27 мая 2014 года № 37.

**Общее число больничных коек** — количество коек в больничной организации, оборудованных необходимым инвентарем и готовых принять пациентов, независимо от того, заняты они пациентами или нет, по состоянию на конец отчетного года.

**Койко-день** — один день пребывания пациента в стационаре в профильном отделении.

**Профиль коек** — совокупность основных, типичных черт, предъявляемых к содержанию коек, для оказания на них медицинской помощи пациентам с однотипными заболеваниями.

$$\text{Среднее число дней использования больничной койки} = \frac{\text{Число койко-дней, проведенных пациентами в стационаре} + \text{число койко-дней свертывания коек на ремонт}}{\text{Среднегодовое число больничных коек}}$$

Среднее число дней использования больничной койки в году в первую очередь зависит от заполняемости стационара. Уровень этого показателя обуславливают также проведение текущих ремонтов, карантинных мероприятий, дезинфекции, санитарной обработки и другие причины, по которым койка может быть не занята. Кроме того, среднее число дней использования больничной койки в году напрямую связано с оборотом койки, т. е. с количеством пациентов, пролеченных на одной койке в течение года. Для определения числа койко-дней пребывания пациента в стационаре день поступления и день выписки считается одним койко-днем. Поэтому, только этот фактор, при обороте койки 40 пациентов в год обусловит потерю 40 койко-дней для каждой койки в году. Таким образом, нормативный показатель среднего числа дней занятости койки в году должен учитывать все вышеперечисленные факторы. В некоторых зарубежных странах с различными системами здравоохранения оптимальным уровнем использования больничной койки в больницах с кратковременным пребыванием считается 85% или 310 дней и данный показатель значительно варьирует в различных больницах в зависимости от мощности коечного фонда, профилей отделений и др. Необходимо также иметь ввиду, что высокий показатель среднего числа дней использования больничной койки в году в ряде случаев может свидетельствовать о перегрузке стационара и наличием приставных коек, о более длительном пребывании пациентов. Поэтому для более объективной характеристики использования коечного фонда обязательно используется показатель средней длительности пребывания пациента на больничной койке.

$$\text{Средняя длительность (число дней) пребывания пациента на больничной койке} = \frac{\text{Число койко-дней, проведенных пациентами в стационаре}}{\text{Численность выбывших (выписанных, умерших) пациентов}}$$

$$\text{Оборот (функция) больничной койки} = \frac{\text{Среднее число дней использования больничной койки}}{\text{Средняя длительность пребывания пациента на больничной койке}}$$

Показатель средней длительности пребывания пациента на больничной койке связан как с факторами, не зависящими от организации работы больницы (половозрастной состав пациентов, характер заболевания и его

тяжесть), так и с зависящими факторами — время и своевременность обследования, уровень, интенсивность и эффективность лечения, осложнения в процессе лечения, качество экспертизы временной нетрудоспособности. Обязательно подлежат анализу случаи госпитализации с короткими сроками пребывания на койке: целесообразность госпитализации, вопросы преемственности с поликлиникой и т. д. В связи с этим оценка норматива средней длительности пребывания пациента на больничной койке отдельных профилей должна проводиться только по конкретному случаю госпитализации с учетом всех вышеперечисленных факторов. Обобщенные показатели средней длительности пребывания пациента в целом по больнице или по территории (район, город, область) должны определяться крайне осторожно на основании изучения сложившегося и предполагаемого состава и структуры пациентов.

$$\begin{aligned} \text{Общее число дней простоя} &= 365 - \text{среднее число дней использования} \\ \text{больничной койки} & \qquad \qquad \qquad \text{больничной койки} \\ \\ \text{Среднее время простоя} &= \frac{\text{Общее число дней простоя}}{\text{Оборот больничной койки}} \\ \text{больничной койки} & \qquad \qquad \qquad \end{aligned}$$

Под средним временем простоя больничной койки подразумевается среднее число дней незанятости койки от момента выписки предыдущего пациента до поступления следующего пациента. При условиях учета количества койко-дней пребывания пациента в стационаре, когда день поступления и день выписки считается одним койко-днем, норматив среднего времени простоя койки должен быть не менее одного дня. Однако в зависимости от профиля койки, требований по их периодической санитарной обработке (койки для беременных и рожениц, инфекционные, туберкулезные и т. д.) среднее время простоя койки может увеличиваться.

$$\text{Выполнение плана} = \frac{\text{Число койко-дней в году, фактически проведенных пациентами в стационаре}}{\text{Плановое число койко-дней}} \times 100$$

*койко-дней*

Плановое число койко-дней определяется при формировании территориальной программы государственных социальных гарантий обеспечения населения бесплатной медицинской помощью (за счет средств государственного бюджета). В условиях преимущественного бюджетного финансирования больниц фактическое и плановое числа койко-дней должны быть равными.

#### **4. Показатели качества медицинской помощи в стационаре**

$$\text{Повторность} = \frac{\text{Число поступивших в стационар пациентов (из числа повторно госпитализированных) в течение года}}{\text{Общее число поступивших в стационар пациентов в течение года}} \times 100$$

*госпитализации*

В большинстве случаев наличие повторно госпитализированных пациентов по одному и тому же поводу является негативной характеристикой как качества оказания медицинской помощи в больнице, так и качества оказания медицинской помощи в амбулаторно-поликлинической организации здравоохранения, где производится диспансеризация.

$$\text{Летальность в стационаре} = \frac{\text{Число умерших в стационаре}}{\text{Число выбывших (выписанных + умерших) из стационара пациентов}} \times 100$$

Хотя летальность относят к группе показателей, характеризующих качество медицинской помощи в больнице, использовать ее следует осторожно, так как уровень летальности зависит от множества других факторов: своевременность обращения пациентом за медицинской помощью, сроки госпитализации, возраст пациентов, тяжесть заболевания, нозологическая форма и др. Оценка данного показателя обязательно должна сопровождаться подробным анализом с выделением удельного веса умерших в стационаре от общего числа умерших на территории. Низкий показатель летальности в больнице при высоком удельном весе умерших на дому часто отражает наличие отказов в госпитализации или необоснованной выписки некоторых категорий тяжелых пациентов вследствие недостатка коек или желания сократить уровень больничной летальности.

$$\text{Досуточная летальность} = \frac{\text{Число умерших в первые сутки пребывания в стационаре}}{\text{Общее число выбывших (выписанных + умерших) из стационара пациентов}} \times 100$$

Смерть в первые сутки нахождения в стационаре может указывать на тяжесть заболевания, неправильную организацию экстренной медицинской помощи (редуцированная летальность), хотя также характеризует догоспитальный этап оказания медицинской помощи. Своевременность, качество и эффективность оказанной медицинской помощи на догоспитальном этапе, на этапе транспортировки и в условиях стационара анализируется лечебно-контрольной комиссией (ЛКК) организации здравоохранения при проведении аутопсии умершего либо без проведения аутопсии.

Согласно статьи 32 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» от 18 июня 1993 г. (№ 2435–XII) в редакции от 16.06.2014 г. № 163–З «патологоанатомическое исследование в государственных организациях здравоохранения проводится в целях выяснения характера патологических изменений в органах и тканях человека и (или) установления причины смерти».

**Патологоанатомическое исследование** проводится при наличии согласия гражданина, выраженного им при жизни в письменной или устной форме в присутствии одного или нескольких свидетелей (далее — волеизъявление умершего), за исключением следующих случаев:

⇒ инфекционных заболеваний или подозрений на них;

- ⇒ неясного диагноза заболевания, повлекшего смерть;
- ⇒ смерти во время и после хирургических операций, родов, переливания крови, анафилактического шока, инструментальных исследований;
- ⇒ пребывания в стационарных условиях менее одних суток;
- ⇒ конфликтных ситуаций в процессе оказания медицинской помощи.

В случае отсутствия волеизъявления умершего патологоанатомическое исследование, осуществляемое в целях установления причины смерти, проводится при наличии согласия супруга (супруги) умершего, а при его (ее) отсутствии — одного из его (ее) близких родственников (родители, совершеннолетние дети, родные братья (сестры), внуки, дед (бабка)) или законного представителя, за исключением вышеописанных случаев.

Качество лечебно-диагностического процесса в стационаре определяется наличием и частотой расхождений клинических и патологоанатомических диагнозов. При этом если расхождения I категории часто связаны с догоспитальным этапом, тяжестью заболевания, а расхождения II категории не влияют на исход заболевания, то расхождения клинических и патологоанатомических диагнозов III категорий являются крайне негативной характеристикой качества больничной помощи (дефектом работы) и подлежат обязательному анализу и разбору в каждом отдельном случае.

$$\begin{array}{l}
 \text{Частота расхождения} \\
 \text{клинических} \\
 \text{и патологоанатомических} \\
 \text{диагнозов}
 \end{array}
 =
 \frac{\begin{array}{l}
 \text{Число расхождений клинических} \\
 \text{и патологоанатомических диагнозов,} \\
 \text{зарегистрированных} \\
 \text{патологоанатомической службой}
 \end{array}}{\begin{array}{l}
 \text{Общее число проведенных} \\
 \text{патологоанатомических вскрытий} \\
 \text{умерших в стационаре}
 \end{array}}
 \times 100$$

Для характеристики качества оказания хирургической помощи в стационаре используют показатели послеоперационной летальности и частоты послеоперационных осложнений. Эти показатели рекомендуется рассматривать по отдельным видам операций, а также оценивать вместе с показателем средней длительности пребывания пациента на больничной койке.

$$\begin{array}{l}
 \text{Послеоперационная} \\
 \text{летальность}
 \end{array}
 =
 \frac{\begin{array}{l}
 \text{Число умерших после} \\
 \text{оперативных вмешательств}
 \end{array}}{\begin{array}{l}
 \text{Общее число оперированных пациентов}
 \end{array}}
 \times 100$$

$$\begin{array}{l}
 \text{Частота послеоперационных} \\
 \text{осложнений}
 \end{array}
 =
 \frac{\begin{array}{l}
 \text{Число операций, после которых} \\
 \text{зарегистрированы осложнения}
 \end{array}}{\begin{array}{l}
 \text{Общее число операций}
 \end{array}}
 \times 100$$

## **ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ ПО РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММНЫХ ЦЕЛЕЙ ЗАНЯТИЯ**

С целью закрепления пройденного материала студент должен самостоятельно решить задачи, а также ответить на задания тестового контроля.

*Самоконтроль усвоения темы  
Выберите один правильный вариант ответа*

**1. Основными функциями современной больницы является:**

*Варианты ответа:*

- а) лечебно-восстановительная;
- б) учебная;
- в) научно-исследовательская;
- г) профилактическая;
- д) все ответы верны.

**2. Мощность стационара определяется:**

*Варианты ответа:*

- а) численностью населения обслуживаемой территории;
- б) структурой коечного фонда;
- в) абсолютным числом коек;
- г) оборотом койки;
- д) штатом медицинских работников.

**3. Норматив обеспеченности койками (государственный минимальный социальный стандарт) на 1000 жителей равен:**

*Варианты ответа:*

- а) 8 коек;
- б) 9 коек;
- в) 10 коек;
- г) 12 коек;
- д) 14 коек.

**4. Норматив объема стационарной медицинской помощи, предоставляемой за счет средств государственного бюджета, определяется:**

*Варианты ответа:*

- а) числом коек на 1000 жителей;
- б) числом врачей на 1000 жителей;
- в) числом консультаций врачами стационара на 1000 жителей;
- г) числом пролеченных больных на 1000 жителей;
- д) числом койко-дней на 1000 жителей.

**5. Согласно номенклатуре организаций здравоохранения, к больничным организациям относится:**

*Варианты ответа:*

- а) амбулатория;
- б) медико-реабилитационная экспертная комиссия;
- в) военно-врачебная комиссия;
- г) дом ребенка;
- д) поликлиника.

**6. К показателям деятельности стационара не относятся:**

*Варианты ответа:*

- а) показатели, характеризующие штаты и нагрузку персонала;
- б) показатели обеспеченности населения стационарной помощью;
- в) показатели использования коечного фонда;
- г) показатели качества стационарной помощи;
- д) показатели диспансеризации.

**7. Городская больница скорой медицинской помощи является учреждением:**

*Варианты ответа:*

- а) многопрофильным;
- б) специализированным;
- в) объединенным;
- г) специализированным и необъединенным;
- д) специализированным и объединенным.

**8. Центральная районная больница является учреждением:**

*Варианты ответа:*

- а) многопрофильным;
- б) специализированным;
- в) специализированным и объединенным;
- г) необъединенным;
- д) специализированным и необъединенным.

**9. Основным структурным подразделением стационара является:**

*Варианты ответа:*

- а) профильное отделение;
- б) ординаторская;
- в) палата;
- г) клиничко-диагностическая лаборатория;
- д) хозяйственная служба.

**10. При каком количестве коек в больничных отделениях вводится должность заведующего отделением:**

*Варианты ответа:*

- а) 70;
- б) 60;
- в) 50;
- г) 45;
- д) 40.

**11. В структуру любого профильного отделения стационара обязательно входят:**

*Варианты ответа:*

- а) палаты для пациентов;
- б) процедурная;
- в) буфет и столовая;
- г) ординаторская;
- д) все варианты ответа верны.

**12. Не являются первичными медицинскими документами стационара:**

*Варианты ответа:*

- а) журнал учета приема больных и отказов в госпитализации (форма 001/у);
- б) листок учета движения больных и коечного фонда (форма 007/у);
- в) статистический талон для регистрации заключительных диагнозов (форма 025-2/у);
- г) статистическая карта выбывшего из стационара (форма 066/у);
- д) не являются все перечисленные.

**13. Отчет о деятельности стационара составляется на основании:**

*Варианты ответа:*

- а) медицинской карты стационарного пациента (форма 003/у);
- б) температурного листа (форма 004/у);
- в) журнала учета инфекционных заболеваний (форма 060/у);
- г) статистической карты выбывшего из стационара (форма 066/у);
- д) журнала учета приема больных и отказов в госпитализации (форма 001/у).

**14. Уровень госпитализации определяется как:**

*Варианты ответа:*

- а) число коек на 1000 жителей;
- б) число умерших на 100 выбывших из стационара;
- в) число поступивших в стационар на 1000 жителей;

- г) число койко-дней, проведенных больными в стационаре, на 1000 жителей;
- д) число поступивших в стационар на 10000 жителей.

**15. Уровень госпитализации населения зависит от:**

*Варианты ответа:*

- а) сложившихся в данный период развития системы здравоохранения показаний к госпитализации;
- б) уровня больничной летальности;
- в) выполнения плана по койко-дням;
- г) уровня развития амбулаторно-поликлинической помощи;
- д) все ответы верны.

**16. Показатель нагрузки медицинского персонала в стационаре определяется:**

*Варианты ответа:*

- а) средним числом дней занятости койки в году;
- б) отношением числа коек к числу занятых должностей в стационаре;
- в) средней длительностью пребывания больного на койке;
- г) оборотом койки;
- д) уровнем госпитализации.

**17. Укажите показатель использования коечного фонда:**

*Варианты ответа:*

- а) оборот койки;
- б) обеспеченность населения койками;
- в) больничная летальность;
- г) хирургическая активность;
- д) уровень госпитализации.

**18. Оборот койки определяется как:**

*Варианты ответа:*

- а) среднее число дней занятости койки в году;
- б) выполнение плана по койко-дням;
- в) среднее число пациентов, которые прошли лечение в течение года на одной койке;
- г) среднее число дней пребывания пациента на койке;
- д) среднее число пациентов, которые прошли лечение в течение месяца на одной койке.

**19. Среднее время простоя койки определяется как:**

*Варианты ответа:*

- а) отношение числа койко-дней, проведенных пациентами в стационаре, к числу выбывших из стационара;

б) среднее число пациентов, которые прошли лечение в течение года на одной койке;

в) среднее число дней незанятости койки от момента выписки предыдущего пациента до поступления следующего пациента;

г) среднее число пациентов, которые прошли лечение в течение месяца на одной койке;

д) нет правильного ответа.

**20. Средняя длительность пребывания пациента на койке определяется как отношение:**

*Варианты ответа:*

а) числа проведенных пациентами койко-дней к числу среднегодовых коек;

б) числа проведенных пациентами койко-дней к числу выбывших из стационара;

в) числа выбывших пациентов за год к среднегодовому числу коек;

г) среднее число пациентов, которые прошли лечение в течение месяца на одной койке;

д) среднее число дней незанятости койки от момента выписки предыдущего пациента до поступления следующего пациента.

**21. Расчет среднего числа дней занятости койки в году проводится по следующей формуле:**

*Варианты ответа:*

а) число проведенных пациентами койко-дней / число выбывших пациентов;

б) число проведенных пациентами койко-дней / число среднегодовых коек;

в) число выбывших пациентов / число проведенных пациентами койко-дней;

г) число среднегодовых коек / число проведенных пациентами койко-дней;

д) число среднегодовых коек / число выбывших пациентов.

**22. Больничная летальность определяется как отношение:**

*Варианты ответа:*

а) числа умерших в стационаре к средней численности населения;

б) числа умерших в стационаре к среднегодовому числу коек;

в) числа умерших в стационаре к числу выбывших из стационара;

г) средней численности населения к числу умерших в стационаре;

д) нет правильного варианта ответа.

**23. Показателями качества медицинской помощи в стационарных условиях являются все, кроме:**

*Варианты ответа:*

- а) послеоперационная летальность;
- б) оборот койки;
- в) частота расхождения клинических и патологоанатомических диагнозов;
- г) частота послеоперационных осложнений;
- д) повторность госпитализации.

**24. Время пребывания пациента в стационаре можно разделить:**

*Варианты ответа:*

- а) на 2 периода;
- б) на 3 периода;
- в) на 4 периода;
- г) на 5 периодов;
- д) на 6 периодов.

### **Ситуационные задачи**

#### **Задача 1**

Число коек в больнице — 520. В течение года поступило 8 000 пациентов, выписалось 7 800, умерло 40. Все лечившиеся провели в больнице 112 200 койко-дней.

Рассчитать показатели работы больницы и дать им оценку.

#### **Задача 2**

В городском стационаре на 800 коек имеется 12 отделений. Число использованных больных в течение года составило 7 500.

Составить план организационных мероприятий стационара.

#### **Задача 3**

В течение года в терапевтических отделениях стационара было пролечено 415 пациентов, поступивших в состоянии разной степени тяжести:

Тяжесть состояния	Число пациентов	Из них умерло
Очень тяжелое	190	25
Тяжелое	11	15
Средней тяжести	90	8
Легкое	25	-
Всего	415	48

Определить летальность по группам, структуру лечившихся и умерших по степени тяжести состояния. Сделать выводы.

#### **Задача 4**

Число коек в больнице — 550, из них 350 коек терапевтического профиля и 200 коек хирургического профиля. В течение года поступило 9 800 пациентов, выписалось 9 760, умерло 40. Все лечившиеся провели в больнице 12 120 койко-дней. В кардиологическое отделение было госпитализи-

ровано 1520 человек, терапевтическое — 2 800, неврологическое — 980, хирургическое и родильное — 3 000.

Рассчитать показатели работы больницы и дать им оценку.

### Задача 5

На территории обслуживания районной больницей проживает 60 тыс. человек. В течение года:

Отделение	Госпитализировано	Умерло
Терапевтическое	14 700	41
Хирургическое	2 100	15
Инфекционное	1 720	3
Всего	18 520	59

Определить удельный вес госпитализированных в стационаре, частоту госпитализации в различные отделения, больничную летальность по отделениям, состав госпитализированных по профилям отделений. Сделать выводы.

### Задача 6

В Н-ской центральной больнице в отчетном году из хирургического отделения выписано 1 337 и умерло 10 больных. В течение года оперировано 750 больных, из них умерло 4, у 13 больных имелись осложнения после операции.

Определить:

- хирургическую активность;
- уровень послеоперационной летальности;
- частоту послеоперационных осложнений.

Сделать выводы.

### Задача 7

Во всех отделениях центральной районной больницы на 550 коек в отчетном году проведено пациентами 176 816 койко-дней, в том числе в хирургическом отделении (140 коек) — 43 400, терапевтическом (120 коек) — 67 230 койко-дней. Из хирургического отделения в течение года выбыло 3 816 человек, в том числе 22 умерло.

Вычислить и оценить:

- показатель средней длительности пребывания больного на койке в хирургическом отделении;
- среднегодовую занятость койки в хирургическом отделении;
- летальность в хирургическом отделении.

### Задача 8

В Н-ской центральной районной больнице функционирует хирургическое отделение на 110 коек. В течение отчетного года в отделении проведено 2 030 операций, в том числе 1 580 плановых, поступило 2 565 пациентов, выбыло 2 558. Пациенты, госпитализированные для плановых операций, провели в стационаре 20 540 койко-дней, из них 5 064 койко-дня — до операции. В течение года 25 пациентов умерло. Всем умершим проведено

вскрытие. Клинический диагноз подтвержден у 23 пациентов. Результаты сравнения диагнозов обсуждены на клинико-анатомических конференциях.

Вычислить и оценить:

- хирургическую активность;
- показатели расхождения клинических и патологоанатомических диагнозов;
- показатель летальности в хирургическом отделении.

### **Задача 9**

В хирургическом отделении городской больницы в отчетном году функционировало 60 коек. В течение года в отделение поступило 1 476 пациентов, выписано 1 472 пациента, умерло — 4. Пациентами в больнице проведено 19 239 койко-дней. Оперировано 952 пациента.

Рассчитать и оценить:

- среднегодовую занятость койки;
- среднюю длительность пребывания на койке;
- оборот койки;
- хирургическую активность;
- больничную летальность.

### **Задача 10**

В Н-ской области численность населения на 01 января текущего года составила 1 388 300 человек, на 1 января предыдущего года — 1 370 000 человек. В области работало 4 550 врачей, функционировало 18 057 коек. В течение года было госпитализировано 365 000 человек.

Вычислить и оценить показатели обеспеченности населения врачами, больничными койками и стационарной помощью.

### **Задача 11**

В отчетном году в Республике Беларусь работало 42 891 врача, возвращено 126 209 больничных коек, выполнено населением 91 745 800 посещений к врачам, госпитализировано 2 800 533 человек. Численность населения в отчетном году — 9 480 200 человек.

Рассчитать и оценить показатели развития здравоохранения.

### **Задача 12**

Определить потребность в коечном фонде в сельской участковой больнице для госпитализации населения, если:

- показатель госпитализации сельского населения — 28 %;
- средняя продолжительность пребывания больного в стационаре — 12,3 дня;
- на сельском врачебном участке проживает 7 500 человек;
- в сельскую участковую больницу госпитализировано 30 % нуждающихся в стационарном лечении.

## ЛИТЕРАТУРА

### *Основная литература*

1. *Пилипцевич, Н. Н.* Общественное здоровье и здравоохранение: учеб. пособие / под ред. Н. Н. Пилипцевича. — Минск: Новое знание, 2015. — 784 с.

### *Дополнительная литература*

1. *Будник, Я. И.* Виды заболеваемости: учет, отчетность, методика вычисления и оценки показателей: учеб.-метод. пособие / Я. И. Будник, Т. М. Шаршакова. — Гомель: ГомГМУ, 2014. — 31 с.

2. *Будник, Я. И.* Организация медицинской экспертизы: учеб.-метод. пособие / Я. И. Будник, Т. М. Шаршакова. — Гомель: ГомГМУ, 2017. — 41 с.

3. *Глушанко, В. С.* Разработка и принятие управленческих решений в системе охраны здоровья населения: учеб.-метод. пособие / В. С. Глушанко, М. В. Алферова, А. Т. Щастный. — Витебск: ВГМУ, 2016. — 116 с.

4. *Куриленко, А. Н.* Планирование и финансирование деятельности организаций здравоохранения : учеб.-метод. пособие / А. Н. Куриленко. — Гомель: ГомГМУ, 2013. — 35 с.

5. *Глушанко, В. С.* Модернизация структуры управления здравоохранением и организация медицинской помощи сельскому населению: учеб.-метод. пособие / В. С. Глушанко. — Витебск: ВГМУ, 2016. — 201 с.

6. *Медик, В. А.* Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный ресурс] / В. А. Медик, В. И. Лисицин. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 296 с. — Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>. — Дата доступа: 30.08.2017.

7. Проведение профилактических мероприятий [Электронный ресурс] / С. И. Двойников [и др.]. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 448 с. — Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>. — Дата доступа: 30.08.2017.

8. *Шаршакова, Т. М.* Сборник ситуационных задач по общественному здоровью и здравоохранению: учеб.-метод. пособие / Т. М. Шаршакова, Н. П. Петрова, Я. И. Будник. — Гомель: ГомГМУ, 2014. — 53 с.

9. Тестовые задания по общественному здоровью и здравоохранению: учеб.-метод. пособие / Т. М. Шаршакова [и др.]. — Гомель: ГомГМУ, 2018. — 92 с.

10. *Викторова, И. А.* Экспертиза временной нетрудоспособности и медико-социальная экспертиза в амбулаторной практике [Электронный ресурс] / И. А. Викторова, И. А. Гришечкина. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 144 с. — Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>. — Дата доступа: 30.08.2017.

11. *Решетников, А. В.* Экономика здравоохранения [Электронный ресурс] / А. В. Решетников. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 192 с. — Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>. — Дата доступа: 30.08.2017.

### ***Нормативные акты***

1. Конституция Республики Беларусь 1994 года: с изм. и доп., принятыми на респ. референдумах 24 ноября. 1996 г. и 17 окт. 2004 г. — Минск: Амалфея, 2006. — 48 с.

2. О здравоохранении [Электронный ресурс]: Закон Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435–XII: в ред. Закона Республики Беларусь от 20.06.2008 № 363-З: с изм. и доп. // Нац. правовой Интернет-портал Республики Беларусь. — Режим доступа: <http://pravo.by>. — Дата доступа: 30.08.2017.

3. О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения: Закон Республики Беларусь от 7 января 2012 г. № 340-З: с изм. и доп. от 30 июня 2016 г. № 387-З.

4. О государственных минимальных социальных стандартах в области здравоохранения: постановление Совета Министров Республики Беларусь от 18 июля 2002 г. № 963.

5. Об утверждении Концепции национальной безопасности Республики Беларусь: указ Президента Республики Беларусь от 9 ноября 2010 г., № 575: с изм. и доп. от 24 января 2014 г. № 49.



Место подклеивания направления на госпитализацию

Информация	Подпись пациента Дата
<p>Разрешаю предоставлять информацию о факте госпитализации, состоянии здоровья, диагнозе заболевания, прогнозе, результатах обследования и лечения следующим лицам (Ф.И.О., степень родства):</p>	
<p>С правилами внутреннего распорядка стационара для пациентов ознакомлен, обязуюсь выполнять                      Предупрежден, что за нарушение запрета курения в зданиях больницы пациент подлежит выписке (приказ МЗ РБ № 603-А от 28.12.2000г.)                      С порядком и путями эвакуации из здания при чрезвычайных ситуациях ознакомлен</p>	

Сведения о передаче информации о пациенте

Куда передана	№ телефонов	Дата и время передачи	Ф.И.О. принявшего информацию	Ф.И.О. и подпись передавшего информацию
МВД (РОВД, ГАИ)				
ГЦГиЭ				
Прокуратура				
БРНС				
Родители, родственни- ки, соседи				

Вирусным гепатитом болел(а), не болел(а) (подчеркнуть)	Побочное действие лекарств (непереносимость) _____ название препарата, характер побочного действия
Группа крови: 0(I) A(II) B(III) AB(IV) Резус фактор: Rh - Rh+. Ф.И.О. врача _____	

**Движение пациента в стационаре (включая приемное отделение):**

Отделение	Дата, время поступления	Дата, время перевода	Дата, время выписки	Дата, время смерти

**Медицинская карта стационарного пациента № \_\_\_\_\_**

1 **ФИО** \_\_\_\_\_ **М / Ж** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ не идентифицирован

2. **Личный номер** \_\_\_\_\_ без паспорта

3. **Возраст** \_\_\_\_\_ (полных лет, для детей: до 1 года — месяцев, до 1 месяца — дней)

4 **Домашний адрес** \_\_\_\_\_

адрес по паспортным данным: государство, область, район, населенный пункт; номер телефона, адрес родственников

5. **Адрес места проживания** \_\_\_\_\_

адрес временного проживания: государство, область, район, населенный пункт; номер телефона, адрес родственников

Адрес и фамилия ближайших родственников:

6. **Вид оплаты:** за счет бюджетных средств, собственных средств, медицинского страхования (добровольного, обязательного) (нужное подчеркнуть).

Страховой полис: серия \_\_\_\_\_, номер Страховщик: \_\_\_\_\_

7. **Место работы, профессия или должность** \_\_\_\_\_

для детей — название детского учреждения, школы; для учащихся — место учебы

8. **Инвалид или ветеран** войн; инвалид ВС; воин-интернационалист; пострадавший(ая) от катастрофы на ЧАЭС; ребенок-инвалид до 18 лет (нужное подчеркнуть), другое (указать)

**№ удостоверения** \_\_\_\_\_

9. **Кем направлен** \_\_\_\_\_

10. **Доставлен в стационар** (нужное подчеркнуть) по экстренным показаниям: черезчасов после начала заболевания, получения травмы; госпитализирован в плановом порядке

11. Диагноз направившей организации здравоохранения \_\_\_\_\_

12. Диагноз при поступлении \_\_\_\_\_

13. Диагноз клинический (\_\_\_\_. .20\_\_ г.)

14. Диагноз заключительный клинический:

основной \_\_\_\_\_

Код по МКБ-10

осложнения основного \_\_\_\_\_

сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_

15. Госпитализирован в данном году по поводу данного заболевания: впервые, повторно (нужное подчеркнуть), всего \_\_\_\_\_ раз

16. Хирургические операции и послеоперационные осложнения

Дата, время начала и окончания операции	Название операции	ФИО оперирующего хирурга	Осложнения	Вид анестезии (общая, местная)

17. Временная нетрудоспособность (в днях): до поступления, в стационаре \_\_\_\_\_, после госпитализации \_\_ (для продолжающих болеть при открытом больничном листе)

Отметка о выдаче листка нетрудоспособности номер строки по форме 16-ВН

№ \_\_\_\_\_ с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_; № \_\_\_\_\_ с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_;  
(номер, число, месяц, год)

К труду « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.; продолжает болеть

18. Исход заболевания:

а) выписан с выздоровлением, с улучшением, без перемен, с ухудшением (нужное подчеркнуть);

б) переведен в другую организацию здравоохранения \_\_\_\_\_  
наименование организации здравоохранения, в которое переведен пациент

в) умер (в приемном отделении, умерла беременная до 22 недель беременности, умерла после 22 недель беременности, роженица, родильница (нужное подчеркнуть)).

19. Для поступивших на экспертизу — заключение \_\_\_\_\_

20. Особые отметки

Лечащий врач

\_\_\_\_\_   
Подпись

\_\_\_\_\_   
инициалы, фамилия

Зав. Отделением

\_\_\_\_\_   
Подпись

\_\_\_\_\_   
инициалы, фамилия

## Консилиумы по медикаментам

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_ г.

В связи с тяжестью болезни и сопутствующими заболеваниями пациенту назначено более четырех препаратов

зам. гл. врача по мед. части \_\_\_\_\_

зав. отделением \_\_\_\_\_

лечащий врач \_\_\_\_\_

« ___ » _____ 20 г. Решение консилиума С целью показано назначение _____ Подписи членов консилиума	« ___ » _____ 20 г. Решение консилиума С целью показано назначение _____ Подписи членов консилиума
« ___ » _____ 20 г. Решение консилиума С целью показано назначение _____ Подписи членов консилиума	« ___ » _____ 20 г. Решение консилиума С целью показано назначение _____ Подписи членов консилиума

### Согласие на медицинское вмешательство

(фамилия, имя, отчество пациента, или лица давшего согласие, степень родства)

(фамилия, имя, отчество врача) \_\_\_\_\_

понятной мне форме информацию о состоянии моего здоровья, цели медицинского вмешательства и его возможных осложнениях при проведении данного сложного медицинского вмешательства, даю информированное добровольное согласие на

(название медицинского вмешательства — записывается пациентом собственноручно или врачом по просьбе пациента)

(подпись пациента или давшего согласие)

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 г. \_\_\_\_\_

### Согласие на медицинское вмешательство

(фамилия, имя, отчество пациента, или лица давшего согласие, степень родства)

(фамилия, имя, отчество врача) \_\_\_\_\_

(название медицинского вмешательства — записывается пациентом собственноручно или врачом по просьбе пациента)

(подпись пациента или давшего согласие)

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 г. \_\_\_\_\_

**Осмотр врачом приемного отделения** Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г Время \_\_: \_\_: \_\_  
**Жалобы пациента**

### **История заболевания**

#### **Анамнез жизни**

Перенесенные заболевания:

Аллергологический анамнез: не отягощен, отягощен (нужное подчеркнуть)

Наследственный анамнез: не отягощен, отягощен (нужное подчеркнуть)

#### **Объективный статус**

**Общее состояние пациента:** удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое (нужное подчеркнуть).

**Сознание:** ясное, оглушение, сопор, кома 1, кома 2, кома 3 (нужное подчеркнуть).

**Положение:** активное, пассивное, вынужденное (нужное подчеркнуть).

**Питание:** нормальное, повышенное, пониженное, кахексия (нужное подчеркнуть).

**Кожные покровы:** обычной окраски, желтушны, гиперемированы, бледные, акроцианоз, диффузный цианоз (нужное подчеркнуть).

**Кожная сыпь:** нет, да \_\_\_\_\_

**Отеки, пастозность:** нет, да: голени, бедра, справа, слева, с обеих сторон, анасарка (нужное подчеркнуть).

**Видимые слизистые:** без изменений, иктеричны, гиперемированы, бледные (нужное подчеркнуть).

**Лимфоузлы:** не увеличены, увеличены \_\_ см, плотные, эластичные, безболезненные, болезненные (нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_

**Мышечная и костно-суставная система:** без отклонений от нормы, изменена (описать)

**Температура тела \_\_С Вес \_\_кг, Рост \_\_см**

#### **Органы кровообращения**

**Пульс \_\_ударов в мин.;** ритмичный, аритмичный, нитевидный дефицит пульса: нет, да ударов в мин. (нужное подчеркнуть).

**Артериальное давление \_\_мм рт.ст.**

**Границы сердца** не расширены; расширены \_\_\_\_\_

**Тоны сердца:** ясные, приглушены, глухие, ритмичные, аритмичные (нужное подчеркнуть)

**Шумы:** систолический, диастолический, шум трения перикарда \_\_\_\_\_

#### **Органы дыхания**

**Перкуторно:** звук ясный легочной, притупленный, тупой, коробочный, тимпанический, справа, слева, с обеих сторон (нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_

**Дыхание:** везикулярное, бронхиальное, амфорическое, ослаблено, усилено, справа, слева, с обеих сторон (нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_

**Хрипы:** сухие, влажные (мелкопузырчатые, среднепузырчатые, крупнопузырчатые), крепитация, шум трения плевры справа, слева, с обеих сторон (нужное подчеркнуть)

\_\_\_\_\_ **Число дыханий** в минуту

**Одышка** носит: инспираторный, экспираторный, смешанный характер (нужное подчеркнуть)

#### **Органы пищеварения**

**Язык:** сухой, влажный, не обложен, обложен \_\_\_\_\_ налетом

**Зев:** не гиперемирован, гиперемирован \_\_\_\_\_

**Печень:** не увеличена, выходит из-под реберной дуги на \_\_\_\_\_ см, безболезненна, болезненна (нужное подчеркнуть)



## Первичный осмотр лечащим врачом / совместно с заведующим отделением

Дата: «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. Время: \_\_\_\_\_ часов \_\_\_\_\_ минут

### Жалобы пациента

### История заболевания

### Анамнез жизни

Перенесенные заболевания:

Аллергологический анамнез: не отягощен, отягощен (нужное подчеркнуть, вписать)

Наследственный анамнез: не отягощен, отягощен (нужное подчеркнуть, вписать)

### Операции

### Трансфузиологический анамнез

Акушерский и гинекологический анамнез: месячные с \_\_\_\_\_ лет, по \_\_\_\_\_ дней, через \_\_\_\_\_ дней, последние месячные \_\_\_\_\_, Беременность (число) \_\_\_\_\_, аборт(ы) \_\_\_\_\_, роды \_\_\_\_\_, менопауза с \_\_\_\_\_ (число, течение)

### Гинекологические заболевания

### Экспертно-трудовой анамнез

**Объективный статус** **Общее состояние:** удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое (нужное подчеркнуть).

### Нервно-психическое состояние

**Сознание:** ясное, оглушение, спутанное, отсутствует, сопор, кома 1, кома 2, кома 3 (нужное подчеркнуть).

**Состояние психики, настроение:** спокойное, приподнятое, подавленное, тревожное (подчеркнуть)

Очаговая и общемозговая неврологическая симптоматика, параличи, парезы, нарушения чувствительности, рефлексов, головные боли, шум в голове, головокружение, галлюцинации и др.

**Телосложение:** правильное, астеническое, гиперстеническое (нужное подчеркнуть).

Состояние подкожного жирового слоя (повышенное или пониженное питание, истощение I–II–III ст. или ожирение I–II–III ст.)

**Кожные покровы, видимые слизистые:** без изменений, иктеричны, гиперемированы, бледные, (нужное подчеркнуть).

**Лимфоузлы:** не увеличены, увеличены, плотные, эластичные, безболезненные, болезненные (нужное подчеркнуть)

**Костно-мышечная и суставная система:** без отклонений от нормы, изменена (описать)

**Температура тела** \_\_\_\_\_ С **Вес** \_\_\_\_\_ кг, **Рост** \_\_\_\_\_ см

### Органы кровообращения

**Пульс** \_\_\_\_\_ ударов в мин.; ритмичный, аритмичный, нитевидный дефицит пульса: нет, да \_\_\_\_\_ ударов в мин. (нужное подчеркнуть).

**Артериальное давление** \_\_\_\_\_ мм рт. ст. \_\_\_\_\_ мм рт. ст.

**Границы сердца** не расширены; расширены: правая на \_\_\_\_\_ см от правого края грудины; верхняя: край (верхний, нижний) \_\_\_\_\_ ребра; левая: на \_\_\_\_\_ см (кнаружи, кнутри) от левой средне-ключичной линии

**Тоны сердца:** ясные, приглушены, глухие, ритмичные, аритмичные (нужное подчеркнуть).

**Шумы:** \_\_\_\_\_

**Органы дыхания**

**Число дыханий** \_ в минуту

**Одышка** носит: инспираторный, экспираторный, смешанный характер (нужное подчеркнуть).

**Перкуторно:** звук ясный легочной, притупленный, тупой, коробочный, тимпанический, справа, слева, с обеих сторон (нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_

**Дыхание:** везикулярное, бронхиальное, амфорическое, ослаблено, усилено, справа, слева, с обеих сторон (нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_

**Хрипы:** сухие, влажные (мелкопузырчатые, среднепузырчатые, крупнопузырчатые), крепитация, шум трения плевры справа, слева, с обеих сторон (нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_

**Органы пищеварения**

**Рвота:** нет/есть \_\_\_\_\_ раз в сутки с едой и питьем связанная (да/ нет)

**Язык:** сухой, влажный, не обложен, обложен \_\_\_\_\_ налетом.

**Зев:** не гиперемирован, гиперемирован \_\_\_\_\_

**Печень:** не увеличена, выходит из-под реберной дуги на \_\_\_\_\_ см, безболезненна, болезненна (нужное подчеркнуть)

**Желчный пузырь:** не определяется, выступает из подреберья на \_\_\_\_\_ см, болезненный, безболезненный (нужное подчеркнуть).

**Перистальтика** кишечника обычна, изменена (описать)

**Живот** мягкий, доступен для глубокой пальпации во всех отделах, безболезненный, болезненный в \_\_\_\_\_ (нужное подчеркнуть).

**Перитонеальные симптомы:** отсутствуют, вызываются

**Стул:** ежедневный, запоры, послабляющий (нужное подчеркнуть), частота \_\_\_\_\_ день/неделя,

цвет: обычный, необычный \_\_\_\_\_, патологические примеси: нет, есть:

**Мочевыделение:** свободное, затруднено, безболезненное, болезненное, расстройства мочеиспускания: нет, да

**Симптом поколачивания:** отрицательный, положительный, справа, слева, с обеих сторон (нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_

**Диурез**

**Локальный статус**

**Догоспитальное обследование**

**Обоснование диагноза**

**План обследования**

**План лечения:**

**Диагноз**

режим \_\_\_\_\_ стол: \_\_\_\_\_

Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

Лечащий врач \_\_\_\_\_

подпись

инициалы, фамилия

Заведующий отделением \_\_\_\_\_

подпись

инициалы, фамилия

Дневник врачебных наблюдений и назначений  
дата, наблюдение, назначение, время

Результаты осмотров и консультации врачей-специалистов, консилиумы

Инструментальные и аппаратные методы обследования

**Выполненные рентгеновские исследования**

№ кабинета	Дата исследования	Вид исследования	Количество рентгенограмм	ЭЭД МзВ	Сведения о возврате снимков в рентгенархив
------------	-------------------	------------------	--------------------------	---------	--

Лабораторные исследования

Название ОЗ  
Эпикриз №<sup>1</sup> ФИО пациента, возраст  
Адрес регистрации  
Даты нахождения в стационаре  
Диагноз заключительный клинический  
Основной  
Осложнения основного  
Сопутствующие заболевания  
Состояние и жалобы при поступлении  
Консультации врачей — узких специалистов, консилиумы врачей  
Результаты инструментальных и аппаратных методов исследования  
Результаты лабораторных исследований  
Операции  
Состояние при выписке  
Проведенное лечение  
Рекомендации  
Заключение: информация о листе ВН, выявленных факторах риска, проведенном онкоосмотре, другое

Дата  
Заведующий отделением

Лечащий врач





## Сведения о сдаче вещей в приемное отделение

Место для вклеивания кармана

Осмотрен на чесотку, микроспорию, педикулез. Опрошен на тениидоз.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_  
подпись

\_\_\_\_\_  
инициалы, фамилия,  
проводившего осмотр

### САНИТАРНАЯ ОБРАБОТКА

Выполнена (подчеркнуть): полная, \_\_\_\_\_ частичная \_\_\_\_\_ Не выполнялась

Дата \_\_\_\_\_ 200\_\_ г. \_\_\_\_\_  
подпись

\_\_\_\_\_  
инициалы, фамилия,  
проводившего  
санитарную обработку

Онкоосмотр произведен

Дата

Кожа, губа, язык и слизистая рта	
Пищевод, желудок	
Прямая кишка	
Легкие	
Молочная железа, матка	
Врач _____ подпись	_____ инициалы, фамилия

## **Краткая пояснительная записка о порядке заполнения и печати формы «Медицинская карта стационарного пациента»**

1. Настоящая форма содержит минимально достаточную информацию и отражает потребности большинства стационарных медицинских учреждений для взрослого населения и не рассчитана на ряд специализированных служб, например, онкология, акушерство.

2. Наличие приведенных в настоящей форме разделов и пунктов в форме «Медицинская карта стационарного пациента» обязательно.

2.1. С учетом специфики медицинских учреждений разрешается вносить дополнительные разделы и пункты.

2.1.1. Внесение изменений производится после согласования с главными специалистами МЗ РБ по курируемым направлениям.

3. Форма заполняется медицинским персоналом путем внесения записей и подчеркиваний нужных пунктов.

3.1. В пункт «план обследования» раздела «первичный осмотр лечащим врачом» вносится перечень планируемых обследований и консультаций специалистов с целью подтверждения или исключения патологии. Обоснование обследования (при необходимости) осуществляется перед проведением данного обследования в дневнике наблюдения.

3.2. В пункт «план лечения» раздела «первичный осмотр лечащим врачом» вносятся планируемые лечебные мероприятия (режим, стол, медикаментозная терапия, реабилитационные мероприятия и т. п.).

3.2.1. Медикаментозная терапия: вписываются лекарственные препараты без указания дозировок и режима приема (введения); возможно перечисление применяемых групп лекарственных средств. Конкретные препараты с указанием дозировок и режима приема (введения) вносятся в лист назначений.

3.2.2. Обоснование назначения наркотических и сильнодействующих лекарственных средств производится врачом, их назначившим, в дневниках наблюдения.

3.2.3. Назначение и обоснование выписки лекарственных средств, требующих решение консилиума, осуществляется в разделе «консилиумы по медпрепаратам».

4. При нехватке страниц соответствующего раздела карты стационарного пациента вклеиваются дополнительные листы.

4.1. После раздела «первичный осмотр лечащим врачом» может быть вклеена или напечатана типографским способом карта оценки риска суицидальной активности, после эпикриза — утвержденная Министерством здравоохранения таблица экспертной оценки качества оказания медицинской помощи.

5. Результаты протоколов обследований вклеиваются в соответствующие разделы карты или вкладываются во вклеенный карман на обложке.

6. При госпитализации детей вместе с родителями или иными лицами после данных о ФИО пациента вносятся ФИО лица, госпитализированного с ребенком.

7. При госпитализации новорожденного (родившегося больным или заболевшего в стационаре) заносится фамилия, имя, отчество матери.

8. Информация о домашнем адресе (п.4) вносится на основании паспортных сведений о регистрации по месту жительства или месту пребывания. Адрес

проживания на момент госпитализации при отличии его от паспортных данных дополнительно указывается в п. 5.

9. Данные о страховом полисе и страховщике (п.6) вносятся при госпитализации лиц по программам страхования

10. При наличии в организации здравоохранения электронно-вычислительной техники и соответствующего программного продукта медицинская карта заполняется автоматизировано. При формировании печатной версии электронной медицинской карты допускается:

- в пунктах, предполагающих выбор, печатать конкретный вариант, относящийся к данному больному;
- для заполненных полей опускать комментарий;
- менять порядок вывода на печать отдельных разделов протоколов при наличии технических или программных сложностей соблюдения предложенной последовательности.

# Приложение Б

Медицинская документация  
Форма № 007/у-07

(наименование организации здравоохранения)  
наименование отделения

Листок учета движения пациентов и коечного фонда стационара  
Дата «\_\_» \_\_\_\_ 20\_\_ г.

	Фактически развернуто коек, включая койки, свернутые на ремонт	в том числе коек, свернутых на ремонт	Движение пациентов за истекшие сутки						На начало текущего дня								
			состояло пациентов на начало истекших суток	поступило пациентов (без переведенных внутри стационара)	передано пациентов внутри больничной орга- низации	выписано пациентов	состоит пациентов	состоит матерей при больных детях	состоит пациентов	свободных мест							
											всего	из них					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	
Всего коек																	
в том числе по про- филям коек (указать)																	



**ИНСТРУКЦИЯ  
ПО ЗАПОЛНЕНИЮ УЧЕТНОЙ ФОРМЫ N 007/У-07  
«ЛИСТОК УЧЕТА ДВИЖЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ И КОЕЧНОГО  
ФОНДА СТАЦИОНАРА»**

Учет работы стационарных учреждений как городских, так и сельских, независимо от их специализации, ведется по «Листку учета движения пациентов и коечного фонда стационара» (учетная форма № 007/у-07).

Учетная форма № 007/у-07 является первичным учетным документом, на основании которого ведется ежедневный учет движения пациентов и использования коечного фонда в отделении, стационаре. Эта учетная форма позволяет следить за изменением коечного фонда и движением пациентов. Кроме того, она обеспечивает возможность регулировать прием пациентов в стационаре, так как в графе 17 указывается наличие свободных мест.

Листок учета движения пациентов и коечного фонда заполняется в каждом отделении, выделенном в составе больницы в соответствии со сметой и приказами вышестоящего органа управления здравоохранением.

По отделениям, имеющим в своем составе выделенные приказом по стационару койки узкого профиля (например, онкологические койки в составе хирургического или гинекологического отделения), в листки записываются первой строкой сведения о числе коек и движения пациентов в целом по отделению (включая и сведения по койкам узких специальностей), в последующие строки выделяются сведения о койках и движении пациентов по узким специальностям.

При заполнении строк, относящихся к койкам узких специальностей, выделенным в составе какого-либо отделения, показывается движение пациентов с заболеваниями, соответствующими профилю выделенных коек в данном отделении независимо от того, на каких койках этого отделения они лежали. Например, в составе хирургического отделения выделены приказом по больнице 3 койки для урологических пациентов, фактически в отдельные дни в отделении находилось не 3, а 5 и более урологических пациентов — движение этих пациентов показывается по урологическим койкам. В то же время пациенты с урологическими заболеваниями могли госпитализироваться и в другие отделения, в составе которых урологические койки не выделены. Сведения об этих пациентах показываются по койкам того отделения, в которое они были помещены, и не суммируются со сведениями об урологических пациентах, лежащих в отделении, имевшем урологические койки.

В случаях, когда приказом по стационару было произведено временное или постоянное перепрофилирование коек, сведения в форме (графа 2) о фактически развернутых койках показываются по новому профилю коек. Например, если койки терапевтического отделения перепрофилируются в койки для инфекционных пациентов, то в графе 2 показываются инфекционные койки.

В число коек не включаются койки для матерей в детских отделениях, койки для новорожденных в родильных отделениях.

В графе 2 показываются фактически развернутые в пределах сметы койки, включая свободные койки, не занятые пациентами, и койки, временно свернутые в связи с ремонтом, карантинном и другими причинами в соответствии с приказом по стационару. В это число не включаются приставные койки, развернутые в палатах, коридорах и т. д. в связи с переполнением отделения.

Из числа коек, показанных в графе 2, выделяются в графу 3 койки, временно свернутые в связи с ремонтом и другими причинами.

При заполнении сведений о движении пациентов в графе 4 (состояло пациентов) показывается общее число пациентов, находящихся в отделении на 8 часов утра истекшего дня, включая и пациентов, занимающих приставные койки.

В графах 4–13 показываются сведения о движении пациентов за истекшие сутки с 8 часов утра предыдущего до 8 ч утра текущего дня (о числе состоявших и поступивших пациентов, переведенных из отделения в отделение, выписанных, умерших).

В графах 14–15 показываются сведения о числе пациентов, состоящих в отделении на 8 ч утра текущего дня. В графе 15 из числа пациентов, состоящих в отделении на начало текущего дня выделяются сельские жители.

В графе 5 указывается общее число поступивших в отделение пациентов за истекшие сутки. Сведения в графах 6–8 выделяются из графы 5; в графу 6 включаются только жители сельской местности, в графах 7 и 8 указываются поступившие пациенты в соответствии с указанным возрастом (меньше 18 лет и 1 года, соответственно).

Графы 9 и 10 отражают движение пациентов внутри стационара, т. е. пациентов, переведенных из одного отделения в другое.

В графе 11 показывается общее число выписанных из отделения пациентов, включая пациентов, переведенных в другие стационары (графа 12).

В графе 14 указывается число состоявших в отделении на начало текущего дня, т. е. на день заполнения формы. Число пациентов, показанное в графе 14 предыдущего дня, должно быть переписано в графу 4 текущего дня.

Необходимо ежедневно следить за тем, чтобы количество пациентов балансировалось, т. е. число пациентов, показанное на начало текущего дня (гр. 14) было равно количеству пациентов, состоявших на начало предыдущего дня (гр. 4), поступивших (гр. 5) и переведенных (гр. 9) за минусом количества пациентов, переведенных в другие отделения (гр. 10), выписанных (гр. 11) и умерших (гр. 13), т. е. числа в графах  $(4+5+9-10-11-13) = \text{гр. 14}$ .

Отдельно в графе 16 показываются сведения о состоящих матерях по уходу за больными детьми. В общем движении пациентов сведения о состоящих матерях при больных детях не учитываются.

В графе 17 показывается количество свободных мест как результат вычисления: число гр. 2 – число гр. 3 = число гр. 17.

На обороте учетной формы № 007/у-07 указываются фамилии и инициалы поступивших (гр.5), переведенных внутри стационара (гр. 9, 10), выписанных (гр. 11), переведенных в другие круглосуточные стационары (гр. 12), умерших (гр. 13). Данные оборотной стороны служат для контроля поступивших и выбывших пациентов и учета поступления медицинской карты стационарного пациента (учетная форма № 003/у-07) и карты выбывшего из стационара (учетная форма № 066/у-07) в кабинете медицинской статистики.

Таким образом, достигается полнота контроля поступления медицинских карт стационарного пациента и карт выбывшего из стационара в кабинет медицинской статистики.

Сведения о движении пациентов в учетной форме № 007/у-07 (графы 5, 9, 11, 10, 12, 13) должны соответствовать списку этих пациентов на обороте учетной формы.

Заполненные листки учетной формы № 007/у-07 передаются каждый день в кабинет медицинской статистики или другому сотруднику, отвечающему за ведение учета пациентов, который ежедневно составляет данные в целом по стационару и записывает их в сводную учетную форму № 007/у-07. Примечание.

Для организаций здравоохранения, применяющих программное средство автоматизированного формирования данной формы, допускается введение графы с номером истории болезни по всем позициям «Списка пациентов на начало текущего дня».

# Приложение В

Медицинская документация  
Форма № 066/у-07

(наименование организации здравоохранения)

## Статистическая карта выбывшего из стационара №

1. ФИО \_\_\_\_\_  не идентифицирован  
2. Личный номер \_\_\_\_\_  без паспорта  
3. Дата рождения \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_  
4. Пол. мужской  женский   
5. Житель: города  села   
6. Адрес регистрации \_\_\_\_\_  
7. Обслуживающая амбулаторно-поликлиническая ОЗ \_\_\_\_\_  
8. Инвалид или ветеран войн ; инвалид ВС ; воин-интернационалист ,  
пострадавший(ая) от катастрофы на ЧАЭС ; ребенок-инвалид до 18 лет ,  
другое  (указать) \_\_\_\_\_  
9. Кем направлен \_\_\_\_\_  
10. Диагноз направившей ОЗ \_\_\_\_\_  
11. Доставлен по экстренным показаниям после начала заболевания (получения травмы):  
в первые 6 ч. ; через 7–24 ч. ; позднее 24-х ч.   
12. Госпитализирован в данном году по поводу данного заболевания:  
первично , повторно   
13. Движение больного в стационаре (включая приемное отделение):

Отделение	Профиль коек	Дата, время поступле-	Дата, время перевода	Дата, время выписки	Дата, время смерти
1	2	3	4	5	6

14. Проведено койко-дней по стационару: \_\_\_\_  
15. Исход госпитализации: выписан , переведен , умер .  
16. Обследование на RW  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г., результат \_\_\_\_\_  
17. Обследование на ВИЧ-инфекцию «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г., результат \_\_\_\_\_

18. Диагноз стационара

18.1. клинический заключительный

основной \_\_\_\_\_

осложнения \_\_\_\_\_

сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_

Код по МКБ – 10

18.2. патологоанатомический

основной \_\_\_\_\_

осложнения \_\_\_\_\_

сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_

Код по МКБ – 10

19. Хирургические операции

Дата, время начала и	Отделение	Операция		ФИО оперирующего хирурга	Осложнения	Вид анестезии
		название	основная			
1	2	3	4	5	6	7

20. Диагностические высокотехнологические исследования

Дата, время	Отделение	Название исследования	ФИО врача	Осложнения
1	2	3	4	5

Лечащий врач \_\_\_\_\_

подпись инициалы, фамилия

Заведующий отделением \_\_\_\_\_

подпись

инициалы, фамилия

Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г

## ИНСТРУКЦИЯ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ УЧЕТНОЙ ФОРМЫ № 066/У-07 «СТАТИСТИЧЕСКАЯ КАРТА ВЫБЫВШЕГО ИЗ СТАЦИОНАРА»

«Статистическая карта выбывшего из стационара» (далее Карта выбывшего) является статистическим учетным документом, содержащим сведения о пациенте, выбывшем из стационара. Заполняется на всех выбывших из стационара, в том числе родильниц. Она заполняется также на выбывших новорожденных, родившихся больными или заболевших в стационаре.

Номер Карты выбывшего, пункты 1–12 и первая строка п. 13 (ст. 1, 3, 4) заполняются при поступлении пациента (роженицы) в приемный покой стационара, родильного дома. Врач приемного отделения стационара (родильного дома), осуществляет контроль за правильным и своевременным заполнением выше указанных пунктов Карты выбывшего. Строки, начиная со 2-ой п.13, заполняются в каждом отделении при оформлении движения больного внутри стационара и его убытия.

Пункты 14–18.1 заполняются лечащим врачом при выписке пациента.

Строки пунктов 19 и 20 заполняются врачами соответствующих отделений.

Разделы пункта 18.2 «Диагноз стационара патологоанатомический» заполняются в патологоанатомическом отделении.

На заведующих отделением возлагается контроль за правильностью заполнения пунктов Карты выбывшего.

Врач кабинета медицинской статистики (или лицо, на которое возложена функция контроля кодирования диагнозов) контролирует правильность кодирования диагнозов (при необходимости кодирует диагнозы).

Кодирование диагнозов стационара (дневного стационара) проводится по «Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем» десятого пересмотра (МКБ-10).

Порядок заполнения Карты выбывшего.

В заголовке Карты выбывшего фиксируется номер медицинской карты стационарного больного (ф. № 003/у).

Пункт 1. **Ф.И.О.** Фамилия, имя, отчество записываются без сокращений на основании документа, удостоверяющего личность. При отсутствии документа — по устному заявлению пациента, а при отсутствии контакта с пациентом — вносится «неидентифицирован». При заполнении Карты выбывшего на новорожденного (родившегося больным или заболевшего в стационаре) заносится фамилия, имя, отчество матери.

Пункт 2. **Личный номер.** Фиксируется на основании данных паспорта личный номер, при отсутствии документа — проставляется отметка рядом с фразой «без паспорта».

Пункт 3. **Дата рождения.** Указывается дата рождения пациента в формате: число, месяц, год (год рождения — полностью). Например, запись даты рождения «5 января 2003 года» должна иметь вид 05.01.2003.

Пункт 4. **Пол.** Пол пациента отмечается галочкой в соответствующей позиции: мужской, женский.

Пункт 5. **Житель.** Признак «житель города», «житель села» проставляется в соответствующей позиции (в соответствии с административным делением). Житель поселка городского типа классифицируется как житель города.

Пункт 6. **Адрес регистрации.** Указывается адрес места жительства/места пребывания по данным паспорта: государство, административный округ, населенный пункт (город, деревня, село и т. д.), улица, дом, корпус, квартира.

Пункт 7. **Обслуживающая амбулаторно-поликлиническая ОЗ.** Указывается наименование, номер организации здравоохранения, обслуживающей пациента по месту регистрации.

Пункт 8. Отмечается соответствующая позиция для пациентов, имеющих категорию льготности. Если пациент имеет категорию льготности, не указанную в Карте выбывшего, то отмечается позиция «другое» с последующим описанием.

Пункт 9. **Кем направлен.** Заносится наименование организации здравоохранения, направившего пациента или канал госпитализации (например, «скорая помощь», «самостоятельное обращение» и т. д.).

Пункт 10. **Диагноз направившей ОЗ.** Заносится наименование диагноза направившей организации здравоохранения.

Пункт 11. **Доставлен по экстренным показаниям.** На основании решения врача приемного отделения проставляется признак рядом с соответствующей фразой и отмечается время, прошедшее от начала заболевания (травмы) со слов больного. При отсутствии проставленного признака госпитализация оценивается как плановая.

Пункт 12. **Госпитализирован по поводу данного заболевания.** Отмечается соответствующая позиция: «первично», «повторно» на основании устного заявления пациента о первичном либо повторном поступлении в данное лечебное учреждение по данному заболеванию в текущем году.

Пункт 13. **Движение больного в стационаре.** В столбцах 1–4 фиксируется движение пациента по отделениям (включая приемное отделение) с указанием наименования отделения, профиля коек (кроме приемного отделения), дат и времени поступления, убытия для каждого отделения. В столбце 5 записывается дата и время окончания госпитализации в строке, соответствующей отделению выписки пациента. Дата и время смерти регистрируется в столбце 6 в строке с наименованием отделения, где наступил летальный исход.

Пример заполнения п.13.

Отделение	Профиль коек	Дата и время поступления	Дата и время перевода	Дата выписки	Дата смерти
Приемное отделение		12.09.2017 14.30	12.09.2017 14.40		
Отделение № 1	реанимационный	12.09.2017 14.45	14.09.2017 10.00		
Отделение № 2	терапевтический	14.09.2017 10.15		21.09.2017 12.00	

Пункт 14. **Проведено койко-дней по стационару.** Записывается количество койко-дней, проведенных в стационаре (в круглосуточном стационаре день поступления и день выписки считать за один койко-день для всех отделений). При совпадении дат поступления и выписки количество койко-дней считать равным 1.

Пункт 15. **Исход госпитализации.** Исход госпитализации отмечается в соответствующей позиции. Выбор «переведен» следует делать при переводе больного на долечивание в другую организацию здравоохранения, наименование которой необходимо указать.

Пункт 16, 17. **Обследование на сифилис, ВИЧ-инфекцию.** Заполняются при наличии обследования на сифилис, ВИЧ-инфекцию: отмечаются в соответствующих позициях дата проведения и результат обследования.

Пункт 18. **Диагноз стационара.** Записывается клинический заключительный диагноз заболевания в последовательности: «Основное, осложнение основного, сопутствующие заболевания», и соответствующие им коды МКБ-10. При наличии бикаузального или мультикаузального диагноза в рубрике «основной» кодируется одна нозологическая единица — основное заболевание, которое идет в статистическую разработку. Осложнения основного заболевания и сопутствующие заболевания кодируются при использовании их в статистическом анализе. В случае смерти пациента и проведении аутопсийного исследования, записывается патологоанатомический диагноз в последовательности: «основное, осложнение, сопутствующие».

Пункт 19. **Хирургические операции.** Заполняется при проведении оперативного вмешательства. Записываются: ст. 1 — дата, время начала и окончания операции; ст. 2 — наименование отделения, к которому относится операция; ст. 3 — наименование операции. ст. 4 — в случае летального исхода оперированного пациента при наличии нескольких операций одна из операций обязательно отмечается признаком «основная операция». Выделенная в качестве «основной» данная операция будет использована для статистической разработки при оценке умерших оперированных в стационаре. Далее в столбцы 5–7 вносятся, соответственно, сведения об оперирующем хирурге (фамилия и инициалы), осложнениях, связанных с оперативным лечением, и виде обезболивания в процессе операции.

Пункт 20. **Диагностические высокотехнологические исследования.** Заполняется при проведении исследований, отнесенных к высокотехнологическим. Записываются: ст. 1 — дата и время начала исследования; ст. 2 — наименование отделения, где было выполнено исследование; ст. 3 — наименование исследования; ст. 4 — фамилия и инициалы врача-диагноста; ст. 5 — осложнения, возникшие в процессе исследования.

Заполненная Карта выбывшего подписывается лечащим врачом и заведующим отделением, из которого выписывается больной. Заносится дата оформления Карты выбывшего.

При наличии в стационаре электронно-вычислительной техники и соответствующего программного продукта, Карта выбывшего может заполняться автоматизировано. При формировании печатной версии электронной Карты выбывшего в пунктах, предполагающих выбор, представляется конкретный вариант, относящийся к данному больному.

# Приложение Г

Медицинская документация

Форма № 016/у-07

## Сводная ведомость

учета движения пациентов и коечного фонда по стационару, отделению или профилю коек  
указать за 20\_\_г.

Месяц года	За отчетный период																	
	поступило пациентов			переведено пациентов внутри больницы организации			выписано пациентов											
		из них																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	
А																		
Январь																		
Февраль																		
Март																		
Апрель																		
Май																		
Июнь																		
За полугодие																		

Окончание

Месяц года	За отчетный период												Окончание				
	поступило пациентов			переведено пациентов внутри больницы организации			выписано пациентов			12	13	14	15	16	17		
	4	5	6	7	8	9	10	11	12								
										из них							
А	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Июль																	
Август																	
Сентябрь																	
Октябрь																	
Ноябрь																	
Декабря																	
За год																	

Медицинский статистик \_\_\_\_\_

Подпись

инициалы фамилия

Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г

Оборотная сторона

**Приложение Д**  
Медицинская документация  
Форма № 008/у-07

(наименование организации здравоохранения)

Журнал записи  
оперативных вмешательств в стационаре

Начат «\_\_\_» 20\_\_ г.  
Окончен «\_\_\_» 20\_\_ г.

**Операция №**

Медицинская карта № \_\_\_\_\_ Отделение \_\_\_\_\_

**ФИО пациента**

Дата рождения «\_\_» \_\_\_\_\_

Дата операции \_\_/\_\_/20\_\_г.

Время операции: начало - \_\_:\_\_:\_\_ окончание - \_\_:\_\_:\_\_

**Диагноз до операции**

**Диагноз после операции**

**Операция**

**Обезболивание**

**Шкала риска**

**Операционная бригада:**

**Хирург**

**Ассистенты**

**Анестезиолог**

**Протокол операции**

**Описание препарата (удаленного органа, части органа)**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Биопсия**

---

---

**Оператор**

\_\_\_\_\_ подпись

В журнале регистрируются все оперативные вмешательства, произведенные в стационаре. На каждую операцию отводится отдельный лист, который заполняется следующим образом:

**1. Операция №** — порядковый номер операции в течение текущего года. Допускается комбинированный номер, состоящий из порядкового номера по отделению, за которым будет числиться операция, и сквозного номера по операционной, например, № 3/15.

**2. Медицинская карта №** — номер медицинской карты стационарного пациента

**3. Отделение** — номер отделения, за которым будет числиться операция.

**4–5. ФИО пациента, дата рождения** — полностью фамилия, имя, отчество пациента и дата его рождения.

**6–7. Дата, время операции** — дата операции в формате число, месяц, год и время начала и окончания операции в формате час, минуты.

**8–9. Диагноз до/после операции** — формулировка диагноза пациента до и после оперативного лечения.

**10. Операция** — название операции согласно перечня операций, утвержденного в организации здравоохранения

**11. Обезболивание** — вид примененной анестезии.

**12. Шкала риска** — степень риска возможных осложнений и неблагоприятного исхода с указанием названия шкалы.

**13. Операционная бригада** — состав операционной бригады с указанием ролей (хирург, ассистенты, операционная м/с и т. д.) и их фамилий, инициалов.

**14. Протокол операции** — подробное описание хода операции.

**15. Описание препарата** — описание удаленного макропрепарата.

**16. Биопсия** — результаты исследований

**18. Оператор** — подпись оперирующего хирурга

Журнал хранится в операционной, заполняется оперирующим хирургом, если в больнице несколько операционных, то в каждой из них ведется свой отдельный журнал.

В случае формирования журнала записи оперативных вмешательств в стационаре с помощью компьютерной технологии ведения медицинской карты стационарного пациента поля 1–8 заполняются автоматически с возможностью редактирования. При создании печатной копии электронного документа названия полей не выводятся на печать, если в данное поле не была внесена информация.

**Приложение Б**  
Медицинская документация  
Форма № 001/у-07

(наименование организации здравоохранения)

Журнал учета приема пациентов и отказов в госпитализации

Начат «\_\_» 20\_\_г  
Окончен «\_\_» 20\_\_г





Журнал служит для регистрации пациентов, поступающих в стационар. Записи в журнале позволяют разрабатывать данные о поступивших пациентах, о частоте и причинах отказов в госпитализации. Журнал ведется в приемном отделении организации здравоохранения, один на всю организацию здравоохранения.

В родильных отделениях и роддомах ведется журнал по форме № 001/у только на поступающих туда гинекологических больных и женщин, госпитализируемых для прерывания беременности. Поступающие беременные, роженицы и родильницы регистрируются в журнале по ф. № 002/у.

В журнал записывается каждый пациент, обратившийся по поводу госпитализации, независимо от того, помещается ли он в стационар или ему отказано в госпитализации.

Графы 2–10 заполняются в приемном отделении на пациентов, поступающих в стационар.

Графы 11–14 заполняются в приемном отделении на пациентов, имевших направление на госпитализацию, по тем или иным причинам не госпитализированных. Для пациентов, которым отказано в госпитализации, необходимо точно указать причину отказа в госпитализации и принятые меры: данные врачебного осмотра, оказанная амбулаторная помощь, рекомендации, место перенаправления, а также факт и вариант сопровождения.

Несостоявшейся госпитализацией считаются все случаи отказа в госпитализации в течение текущего года по поводу заболевания, указанного в направлении.

При наличии в стационаре электронно-вычислительной техники и соответствующего программного продукта Журнал учета приема пациентов и отказов в госпитализации может заполняться автоматизировано. Печатная версия электронного журнала формируется один раз в сутки по окончании рабочей смены медицинской сестры приемного отделения.

Учебное издание

**Шаршакова** Тамара Михайловна  
**Русаленко** Мария Григорьевна  
**Сачковская** Анастасия Витальевна

**ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ  
ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ  
В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ**

**Учебно-методическое пособие  
для студентов 4–6 курсов всех факультетов, магистрантов  
учреждений высшего медицинского образования**

Редактор ***Т. М. Кожмякина***  
Компьютерная верстка ***Ж. И. Цырыкова***

Подписано в печать 01.10.2018.  
Формат 60×84<sup>1/16</sup>. Бумага офсетная 65 г/м<sup>2</sup>. Гарнитура «Таймс».  
Усл. печ. л. 3,96. Уч.-изд. л. 4,3. Тираж 150 экз. Заказ № 419.

Издатель и полиграфическое исполнение:  
учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет».  
Свидетельство о государственной регистрации издателя,  
изготовителя, распространителя печатных изданий № 1/46 от 03.10.2013.  
Ул. Ланге, 5, 246000, Гомель.