

Бастапқы медициналық құжаттаманы жүргізу және есептерді ұсыну қағидаларын бекіту туралы

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы 10 желтоқсандағы № ҚР ДСМ-244/2020 бұйрығы. Қазақстан Республикасының Әділет министрлігінде 2020 жылғы 11 желтоқсанда № 21761 болып тіркелді.

"Халық денсаулығы және саулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 115-бабы 2-тармағының 9)-тармақшасына сәйкес **БҰЙЫРАМЫН:**

Ескерту. Кіріспе жаңа редакцияда - ҚР Денсаулық сақтау министрінің 16.07.2024 № 56 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

1. Осы бұйрыққа қосымшаға сәйкес бастапқы медициналық құжаттаманы жүргізу және есептерді ұсыну қағидалары бекітілсін.

2. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Медициналық көмекті ұйымдастыру департаменті:

1) осы бұйрықты Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінде мемлекеттік тіркеуді;

2) осы бұйрықты ресми жарияланғаннан кейін оны Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің интернет-ресурсында орналастыруды;

3) осы бұйрықты Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінде мемлекеттік тіркегеннен кейін он жұмыс күні ішінде Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Заң департаментіне осы тармақтың 1) және 2) тармақшаларында көзделген іс-шаралардың орындалуы туралы мәліметтерді ұсынуды қамтамасыз етсін.

3. Осы бұйрықтың орындалуын бақылау жетекшілік ететін Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау вице-министріне жүктелсін.

4. Осы бұйрық алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрі

А. Цой

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрі
2020 жылғы 10 желтоқсаны
№ ҚР ДСМ-244/2020
Бұйрыққа қосымша

Бастапқы медициналық құжаттаманы жүргізу және есептерді ұсыну қағидалары

1-тарау. Жалпы ережелер

1. Осы бастапқы медициналық құжаттаманы жүргізу және есептерді ұсыну қағидалары (бұдан әрі – Қағидалар) "Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің (бұдан әрі – Кодекс) 115-бабы 2-тармағының 9) тармақшасына сәйкес әзірленді және бастапқы медициналық құжаттама нысандарын жүргізу және денсаулық сақтау саласындағы есептерді ұсыну тәртібін айқындайды.

Ескерту. 1-тармақ жаңа редакцияда - ҚР Денсаулық сақтау министрінің 16.07.2024 № 56 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

2. Бастапқы медициналық құжаттама нысандарын жүргізу және денсаулық сақтау саласындағы есептерді ұсыну үшін негізгі ұғымдар:

1) алғашқы статистикалық деректер – статистикалық нысандарда алынған немесе тіркелген деректер;

2) алдын ала диагноз – шағымдардың, анамнездің, тексерудің және қосымша және аспаптық зерттеулер деректерінің негізінде қалыптастырылған, аурулар (жарақаттар, патологиялық үрдістер) туралы емдеуші дәрігердің қорытындысы;

3) бастапқы медициналық құжаттама – халықтың денсаулық жағдайы туралы деректерді жазуға арналған құжаттар жиынтығы;

4) есептік құжаттама – белгілі бір уақыт кезеңіндегі қызмет нәтижелері туралы мәліметтерді қамтитын құжаттар;

5) қорытынды диагноз – емдеуші дәрігердің медициналық көмек көрсетілген аурулар (жарақаттар, патологиялық үрдістер) туралы қорытындысы.

2-тарау. Бастапқы медициналық құжаттаманы жүргізу және есептерді ұсыну қағидалары

3. Медициналық құжаттар емдеу-диагностикалық процесте медицина қызметкерлерінің өзара іс-қимылын қамтамасыз етеді.

4. Кодекстің 77-бабы 1-тармағының 21) тармақшасына сәйкес азаматтардың денсаулық жағдайы туралы ақпаратты, оның ішінде медициналық зерттеп-қарау нәтижелері, диагнозы туралы және аурудың болжамы, медициналық көмек көрсету әдістері, олармен байланысты тәуекелдер, медициналық араласудың ықтимал түрлері, оның салдарлары мен медициналық көмек көрсету нәтижелері туралы мәліметтерді қолжетімді нысанда алуға құқығы бар.

5. Медициналық құжаттама:

1) уақтылы толтырылады, пациенттің денсаулық жағдайы және тағайындалған емдеу нәтижелері туралы мәліметтерді қамтиды;

2) емдеу стандартының бұзылуына және (немесе) пациент үшін тәуекелдердің туындауына әкеп соққан факторларды анықтауға ықпал етеді;

3) медициналық терминологияны қамтиды;

4) жазбалардың күні мен қолтаңбасын қамтиды;

5) сөздерді сызып тастамайды және қысқартпайды.

6. Кодекс 7-бабының 31) тармақшасына сәйкес нысан бойынша стационарлық пациенттің медициналық картасы медициналық ұйымға түскен әрбір пациентке толтырылатын стационардың негізгі медициналық құжаты болып табылады.

7. Стационарлық пациенттің медициналық картасы пациенттің стационарда болған барлық уақыты ішіндегі жай-күйін, оны емдеуді ұйымдастыруды сипаттайтын барлық қажетті мәліметтерді, объективті және зертханалық зерттеулер мен тағайындаулардың деректерін қамтиды.

8. Стационарлық пациенттің медициналық картасынан алынған деректер емдеу-диагностикалық процесті ұйымдастырудың дұрыстығын бақылауға мүмкіндік береді және Кодекстің 273- бабының 4-тармағына сәйкес жағдайларда мәліметтерді ұсыну үшін пайдаланылады.

9. Пациент стационарға түскен кезде қабылдау бөлімшесінің қызметкерлері медициналық картаның бет жағына пациенттің паспорт деректерін жазады.

10. Қан тобы, резус-фактор, дәрілік препараттарға төзбеушілік туралы ақпаратты, осы деректерді алу мүмкін болмаған жағдайларды қоспағанда, емдеуші (қабылдаушы) дәрігер пациентті бастапқы тексеру кезінде тіркейді. Қажетті ақпаратты алу мүмкін еместігі туралы факт тиісті стационарлық пациенттің медициналық картасына жазбамен ресімделеді.

11. Клиникалық диагноз пациент стационарға түскен сәттен бастап үш жұмыс күні ішінде стационарлық пациенттің медициналық картасының алдыңғы жағына жазылады.

12. Қорытынды диагноз пациентті шығару кезінде оныншы қайта қараудың Аурулардың халықаралық жіктемесіне (бұдан әрі – АХЖ-10) сәйкес толық қойылады. Қорытынды диагноз негізгі болып табылады, медициналық картада бар деректерге сәйкес келеді, функционалдық бұзылулардың айқындылық дәрежесін және клиникалық маңызы бар қосарлас ауруларды ескере отырып, барлық асқынуларды қамтиды.

13. Егер пациент хирургиялық араласуға ұшыраған жағдайда, операцияның атауы, күні (жылы, айы, күні және уақыты (сағаты), анестезиялау әдісі көрсетіледі.

14. Стационарлық пациенттің медициналық картасына еңбекке уақытша жарамсыздық фактісін куәландыратын құжатты беру туралы жазбаны емдеуші дәрігер еңбекке уақытша жарамсыздық парағының нөмірі мен сериясын немесе ұзарту мерзімдерін көрсете отырып, еңбекке уақытша жарамсыздық туралы анықтаманың нөмірін көрсете отырып жүзеге асырады.

15. Стационарлық пациенттің медициналық картасын қабылдау бөлімшесінің дәрігері (кезекші дәрігер) пациентті қарап-тексергеннен кейін бірден толтырады, онда мыналар көрсетіледі:

1) пациенттің шағымдары олардың маңыздылығы бойынша егжей-тегжейлі;

2) осы аурудың ағымына қатысы бар немесе пациентті жүргізу тактикасына әсер ететін мәліметтер көрсетілген ауру анамнезінің деректері;

3) аллергиялық реакциялардың, эпидемиологиялық анамнездің, алдыңғы гемотрансфузиялардың, ауырған туберкулездің, жыныстық жолмен берілетін инфекциялардың, вирустық гепатиттің, АИТВ инфекциясының болуы туралы ақпарат;

4) сараптамалық анамнез (соңғы он екі айдағы еңбекке уақытша жарамсыздық туралы ақпарат, соңғы жағдай бойынша еңбекке жарамсыздық күндерінің саны, мүгедектік тобының болуы);

5) барлық ағзалар мен жүйелер бойынша алғашқы қарап-тексеру деректері анықталған патологиялық өзгерістер авторлар бойынша тән белгілері, оның ішінде сот-медициналық сараптама жүргізуді талап ететін криминалдық сипаттағы зақымдану жағдайлары көрсетіле отырып, егжей-тегжейлі сипатталады;

6) алдын ала қойылған диагноз және зерттеп-тексеру, емдеу жоспары (пациентті қарап-тексеру аяқталғаннан кейін) тағайындалады.

16. Дәрігердің пациенттің жай-күйі туралы динамикасын көрсететін стационарлық пациенттің медициналық картасындағы жазбалар, объективті қарап-тексеру деректері, зертханалық және басқа да зерттеулер жүргізуі Кодекс 7-бабының 31) тармақшасына сәйкес нысан бойынша аптасына кемінде үш рет жүзеге асырылады.

17. Ауыр немесе орташа ауыр жағдайдағы пациенттерге жазбалары күн сайын, ал қажет болған жағдайда, динамикасы нашарлаған жағдайларда пациентті қарау уақытын көрсете отырып, күніне бірнеше рет жасалады. Қарқынды бақылау кезінде жазбалар пациенттің ауырлық дәрежесіне байланысты сағат сайын жазылады. Үш жасқа дейінгі балаларға күнделікті жазбалар толтырылады.

18. Пациент стационардан шығарылған күні шығару эпикризі ресімделеді.

19. Биологиялық сұйықтықтардың трансфузиялары, есірткі және күшті әсер ететін препараттарды енгізу туралы жазбалар емдеуші дәрігердің қолымен расталады.

20. Бөлімше меңгерушілерінің аралауы клиникалық диагнозы, ұсынымдары жазылған пациент туралы ұсынысты көрсететін стационарлық пациенттің медициналық картаға жазумен ресімделеді және бөлімше меңгерушісі қол қояды.

21. Бейінді маман пациенттарді қарап-тексеру кезінде қарап-тексеру күнін, уақытын, бейінді маманның мамандығын, тегін, атын, әкесінің атын (бар болса), патологиялық өзгерістердің сипаттамасын, диагнозын және пациентті одан әрі жүргізу жөніндегі ұсынымдарды қамтитын жазба ресімделеді.

22. Консилиум жазбалары консилиумның барлық мүшелерінің пікірін ескере отырып жүргізіледі. Консилиум емдеуші дәрігердің келісімі бойынша жүргізіледі.

23. Пациент қарқынды терапия (реанимация) бөлімшесіне (палатасына) түскен кезде қабылдаушы дәрігер диагнозын немесе бар симптомдық кешенін көрсете отырып, стационарлық пациенттің медициналық картасына пациент туралы жазба жасайды. Қарқынды терапия (реанимация) бөлімшесінде (палатасында) жазбаларды кезекші

дәрігерлер тәулігіне кемінде үш рет ресімдейді. Жазбалар пациенттің жағдайының динамикасын және дене өмірінің маңызды көрсеткіштерін көрсетеді. Бейінді бөлімшенің емдеуші дәрігері күн сайын қарқынды терапия (реанимация) бөлімшесіндегі (палатасындағы) стационарлық пациенттің медициналық картасына пациенттің жай-күйінің динамикасын жазады.

24. Кодекс 7-бабының 31) тармақшасына сәйкес нысан бойынша тағайындау парағы (стационарлық пациенттің медициналық картасына қосымша парақ) стационарлық пациенттің медициналық картасының құрамдас бөлігі болып табылады. Емдеуші дәрігер жазатын тағайындаулар екі түрлі немесе ерікті түсіндіруді болдырмайды, олардың тағайындау күні мен күшін жою күні көрсетіледі. Мейіргер тағайындау күні дәрігердің тағайындауын күнін көрсете отырып, өз қолымен куәландырады. Пациентті емдеу үшін пациенттің өзі сатып алған дәрілік зат пайдаланылған жағдайларда тағайындау туралы жазбаның жанына "пациенттің дәрілік заты" деген белгі қойылады.

25. Тағайындаулар парағының орнына қарқынды терапия (реанимация) бөлімшесінде (палатасында) Кодекс 7-бабының 31) тармақшасына сәйкес нысан бойынша реанимация және қарқынды терапия бөлімшесінде (палатасында) пациенттің және тағайындаулардың негізгі көрсеткіштерінің картасы (стационарлық пациенттің медициналық картасына қосымша парақ) жүргізіледі, онда тіршілік әрекетінің негізгі параметрлерінен басқа барлық дәрігерлік тағайындаулар тіркеледі. Пациентті қарқынды терапия (реанимация) бөлімшесінен (палатасынан) ауыстырған кезде қысқаша ауыстыру эпикриз ресімделеді. Клиникалық бөлімшенің дәрігері пациентті қарқынды терапия (реанимация) бөлімшесінен (палатасынан) келіп түскеннен кейін бір сағаттан кешіктірмей қарайды және пациент туралы қысқаша клиникалық түсінікті жазады.

26. Пациент туралы идеялардың динамикасын, пациентті одан әрі басқару тактикасы мен болжамын көрсететін кезеңді эпикриз екі аптада бір рет жасалады. Кезеңдік эпикризде зертханалық-диагностикалық зерттеулердің нәтижелерін талдамалық бағалауы көрсетіледі және сараптамалық анамнез (соңғы жағдай бойынша еңбекке уақытша жарамсыздық күндерінің саны) нақтыланады.

27. Стационарлық пациенттің медициналық картасындағы температура динамикасының жазбаларын мейіргер күніне екі рет жүргізеді.

28. Кезекшілік кезінде кезекші дәрігер пациентті динамикалық бақылауды жүзеге асырады, пациенттің жағдайында болып жатқан барлық өзгерістерді анықтап және талдайды. Медициналық құжаттамада тиісті жазба жасайтын белгілі бір манипуляцияның қажеттілігін негіздейді. Пациентті жүргізудің бұрын белгіленген тактикасы өзгерген жағдайда, өз шешімін негіздейді.

29. Кезекшілік аяқталғаннан кейін кезекші дәрігер пациентті бөлімше меңгерушісіне (емдеуші дәрігерге) тапсырады, стационарлық пациенттің медициналық картасында өткен уақыт кезеңіндегі динамикалық өзгерістерді қысқаша көрсетеді,

күтпеген жағдайларға және патологиялық процесс ағымының сипатындағы болжанбайтын сәттерге назар аударады.

30. Пациентті стационардан шығару кезінде шығару эпикризі ресімделеді, онда қорытынды клиникалық диагноз, болу мерзімі (оның ішінде түскен және шығарылған кездегі пациенттің жай-күйі туралы деректер қысқаша қорытындыланады), жүргізілген емдеу іс-шаралары және олардың тиімділігі, пациентті одан әрі жүргізу тактикасы және ұсынылатын режим бойынша ұсынымдар көрсетіледі.

31. Пациентті стационардан ашық парақпен және уақытша еңбекке жарамсыздық туралы анықтамамен шығарған кезде шығару эпикризінде ашық парақпен және уақытша еңбекке жарамсыздық туралы анықтамамен шығару үшін негіздеме, қабылдауға келген күні көрсетіледі. Егер пациент стационарда болған уақытында дәрігерлік-консультациялық комиссияның (бұдан әрі – ДКК) отырысына ұсынылса, ДКК-ны өткізу күні, ұсынымдар көрсетіледі.

32. Шығару эпикризі баспа (жазбаша) түрінде үш данада ресімделеді: біреуі стационарлық пациенттің медициналық картасында қалады, екіншісі пациенттің тұрғылықты (бақыланатын) жері бойынша медициналық-санитариялық алғашқы көмек (бұдан әрі – МСАК) ұйымына беріледі және амбулаториялық пациенттің медициналық картасына жапсырылады, үшіншісі пациентке беріледі.

33. Шығару эпикризіне емдеуші дәрігер және бөлімше меңгерушісі толық жаза отырып қол қояды. Пациентке берілетін және МСАК ұйымына жіберілетін даналар медициналық ұйымның мөрімен расталады.

34. Пациент қайтыс болған жағдайда стационарлық пациенттің медициналық картасында өлімнен кейінгі эпикриз толтырылады.

35. Өлімнен кейінгі эпикриз ауруханаға жатқызудың қысқаша тарихын, пациент туралы ақпаратты қамтиды: симптомдардың динамикасы, емдеу мен диагностикалық процедуралардың сипаты, өлімнің себептері мен жағдайлары. Егжей-тегжейлі клиникалық диагноз заманауи жіктеулер мен диагнозды қалыптастыруға қойылатын талаптарды ескере отырып тұжырымдалады.

36. Егер бейінді бөлімшенің емдеуші дәрігері қарап-тексергенге дейін қайтыс болса, қайтыс болғаннан кейінгі эпикризді қабылдау бөлімшесінің немесе қарқынды терапия (реанимация) бөлімшесінің (палатасының) дәрігері бейінді бөлімшенің дәрігерімен (немесе меңгерушісімен) бірлесіп ресімдейді. Бұл жағдайда пациентті емдеген дәрігер стационарлық пациенттің медициналық картасына жазба жасайды.

37. Қорытынды клиникалық диагноз АХЖ-10 сәйкес, оны негізгі ауруға (өлімнің негізгі себебі), негізгі аурудың асқынуына, қатар жүретін ауруларға бөлумен тұжырымдалады.

38. Мәйітті патологиялық-анатомиялық ашып қарауды жүргізгеннен кейін стационарлық пациенттің медициналық картасына күнтізбелік он күннен кешіктірмей егжей-тегжейлі патологиялық-анатомиялық диагнозы және эпикризі бар (

диагноздардың болжамды себебі мен айырмашылық дәрежесінде айырмашылығы болған жағдайда) зерттеу хаттамасы енгізіледі.

39. Стационарлық пациенттің медициналық картасы соттың, құқық қорғау органдарының, сақтандыру медициналық ұйымдарының, Әлеуметтік медициналық сақтандыру қорының (бұдан әрі – ӘМСҚ) және оның филиалдарының сұрау салуы бойынша және Кодекстің 273 бабының 4-тамағында көзделген жағдайларда мұрағаттан беріледі. Қажет болған жағдайда стационарлық пациенттің медициналық картасынан және тексерудің жекелеген түрлерінен көшірмелер алынады. Әрі қарай кеңес алу үшін пациентке рентген суреттері беріледі. Стационарлық пациенттің медициналық картасы аурухана мұрағатында жиырма бес жыл бойы сақталады.

40. Хирургиялық бейіндегі стационарлық пациенттің медициналық картасында хирургиялық патология жағдайларында кез келген операциялық араласудың күні мен уақыты, оның көлемі, анестезиологиялық құралдың түрі, реанимациялық іс-шаралардың уақыты мен көлемі көрсетіледі. Аурудың басталу сәтінен бастап (жіті хирургиялық жай-күйі) стационарға түскенге дейінгі мерзім, келіп түсу мен операция жүргізу арасындағы уақыт, операциядан кейінгі асқынудың даму күні, оны жою бойынша шаралар қабылдаудың уақтылығы, олардың толықтығы мен барабарлығы, пациенттің жеке ерекшеліктері, операциялық араласу кезінде туындаған қиындықтар көрсетіледі.

41. Хирургиялық бейіндегі стационарлық пациенттің медициналық картасында хирургиялық араласу қажеттілігі, жоспарланған операцияның сипаты, ықтимал, жиі кездесетін асқынулар түсіндіріле отырып, пациенттің операцияға ақпараттандырылған келісімінің болуы туралы мәліметтер болады.

42. Операция алдындағы эпикризде жоспарлы және шұғыл операциялық араласудың қажеттілігі негізделеді, негізгі және қосалқы аурулар бойынша диагноз, функционалдық бұзылулардың айқындылық дәрежесі, операцияға абсолюттік немесе салыстырмалы қарсы айғақтар, операция алдындағы дайындықтың барабарлығы, операция жоспары, операциялық араласудың тәуекел дәрежесі көрсетіледі.

43. Анестезиологтың қарап-тексеруі және анестезия хаттамасы жергілікті анестезиядан басқа, анестезияның барлық түрлеріне арналған стационарлық пациенттің медициналық картасындағы міндетті жазбалар болып табылады.

44. Жазбада анестезиологиялық тактикаға айтарлықтай әсер ететін деректер көрсетіледі:

- 1) анамнез ерекшеліктері;
- 2) қосалқы аурулар;
- 3) пациент қабылдаған дәрілік заттар;

4) зиянды әдеттер (темекі бұйымдарын, оның ішінде қыздырылатын темекісі бар бұйымдарды, қорқорға арналған темекіні, қорқор қоспасын, темекіні қыздыруға арналған жүйелерді, алкогольді тұтыну);

- 5) есірткі және психотроптық заттарды қабылдау;
- 6) алдыңғы анестезиялардың асқынулары;
- 7) гемотрансфузияның болуы.

Ескерту. 44-тармаққа өзгеріс енгізілді - ҚР Денсаулық сақтау министрінің 16.07.2024 № 56 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

45. Объективті және субъективті зерттеп-қараудың ауытқулары көрсетіледі, артериялық қысым, пульс, зертханалық және аспаптық зерттеп-қарау деректеріндегі ерекшеліктер, алдағы операцияның сипаты, операция алдындағы дайындық белгіленеді.

46. Пациентті бақылау серпіні операция хаттамасында операция сәтінен бастап алғашқы күнтізбелік үш күн ішінде күн сайын, содан кейін операциядан кейінгі кезеңнің оң ағымы кезінде бір күннен кейін жүргізіледі. Жазбаларда пациентпен жүргізілетін барлық манипуляциялар (дренаждарды, түтіктерді, таңуларды алып тастау) пациенттің жай-күйі, симптомдардың динамикасы, тіршілік әрекетінің негізгі параметрлері, операциядан кейінгі жараның жай-күйі көрсетіледі.

47. Шығару эпикризінде аурудың диагнозы, жүргізілген операциялық араласудың күні мен түрі, операциядан кейінгі ағымның ерекшеліктері (дренаждарды алып тастау, тігістерді алу мерзімдері, жараның жазылуы сипаты), жүргізілген емнің тиімділігі көрсетіледі. Шығару эпикризінде одан әрі емдеу бойынша ұсынымдар және аурудың болжамы көрсетіледі.

48. Босандыру ұйымдарында стационарлық пациенттің медициналық картасын жүргізу ерекшеліктері:

1) стационарлық пациенттің медициналық картасы босандыру ұйымының негізгі медициналық құжаты болып табылады, ол келіп түскен әрбір жүкті әйелге, босанатын әйелге немесе босанған әйелге толтырылады;

2) стационарлық пациенттің медициналық картасында босану ағымының сипаты, сондай-ақ барлық диагностикалық және емдік іс-шаралар көрсетіледі. Стационарлық пациенттің медициналық картасы босану ағымы туралы ақпаратты қамтиды;

3) стационарлық пациенттің медициналық картасын жүргізуге кезекші және (немесе) емдеуші дәрігер жауап береді;

4) бөлімше меңгерушісінің консультациялары мен консилиумдардың қорытындысы стационарлық пациенттің медициналық картасына жазылады;

5) стационарлық пациенттің медициналық картасына операцияға көрсетілімдері, оны жасау кезектілігі, операция жасаған адамдар, ассистенттер, операциялық мейіргер, анестезиологтар көрсетіле отырып, әрбір операция жазылады;

6) жүкті, босанған әйелді және оның баласын шығару кезінде стационарлық пациенттің медициналық картасына емдеуші дәрігер, бөлімше меңгерушісі және

талдаудан кейін бас дәрігер (бас дәрігердің орынбасары) қол қояды, босандыру ұйымының мұрағатына сақтауға тапсырылады;

7) стационарлық пациенттің медициналық картасы статистикалық есептерді құрастыру үшін босандыру ұйымының (медициналық ұйымның босандыру бөлімшесінің) қызметкерлеріне беріледі.

49. Амбулаториялық пациенттің медициналық картасы амбулаториялық жағдайда немесе үйде ем алатын пациенттің негізгі бастапқы медициналық құжаты болып табылады және медициналық ұйымға әрбір медициналық көмекке жүгінген кезде толтырылады.

50. Амбулаториялық пациенттің медициналық картасының титулдық парағын ресімдеу медициналық ұйымның тіркеу орнында жүзеге асырылады.

51. Емдеуші дәрігер амбулаториялық пациенттің медициналық картасында:

- 1) жүгіну күнін көрсетеді (шұғыл жағдайларда-жүгіну уақыты);
- 2) пациенттің шағымдарын көрсетеді;
- 3) аурудың анамнезін көрсетеді;
- 4) объективті деректерді көрсетеді;
- 5) АХЖ-10 бойынша ауру диагнозын, асқынулардың болуын, ауырлық дәрежесін, функционалдық бұзылулардың дәрежесін тұжырымдайды;
- 6) қажетті тексерулер мен консультацияларды тағайындайды;
- 7) емдеу-сауықтыру іс-шараларын көрсетеді;
- 8) аурудың динамикасын, жүргізілген емнің тиімділігін көрсетеді (қайта бару кезінде);
- 9) нақтыланған диагноздар мен еңбекке уақытша жарамсыздығы туралы парағын ресімдейді.

52. Диагнозда еңбекке уақытша жарамсыздықты негіздейтін аурудың көріністері көрсетіледі, пациенттің еңбекке уақытша жарамсыздығы туралы жазба жасалады, ауру ағымының жеке ерекшеліктерін ескере отырып, оның мерзімдері, еңбекке уақытша жарамсыздық парағын және анықтамасын беру туралы жазба, дәрігерге кезекті бару сериясы, нөмірі және күні көрсетіледі. Кейінгі тексерулер кезінде аурудың динамикасы, жүргізілетін емнің тиімділігі көрсетіледі және еңбекке уақытша жарамсыздық парағын және анықтамасын ұзарту немесе жабу, ДКК-ға жіберу, ауруханаға жатқызу негізделеді.

53. Стационарды алмастыратын жағдайларда және үйде емделіп жатқан пациенттің медициналық құжаттамасын жүргізу ерекшеліктері:

1) стационарды алмастыратын жағдайларда немесе үйдегі стационарда ем алатын пациентке "күндізгі стационар" немесе "үйдегі стационар" деген таңбасы бар стационарлық пациенттің медициналық картасы толтырылады";

2) стационарлық пациенттің медициналық картасында пациенттің жай-күйі, диагностикалық зерттеулер туралы жазбалар, сондай-ақ жүргізілген емдеу және оның

нәтижелері туралы мәліметтер көрсетіледі. Стационарлық пациенттің медициналық картасындағы жазбалар күн сайын ресімделеді.

3) емделген пациентке жүргізілген емдеу және ұсынымдар туралы шығару эпикризі беріледі.

54. Денсаулық сақтау субъектілері есептерді ұсынуы денсаулық сақтау саласындағы уәкілетті орган белгілейтін мерзімдерде жүзеге асырылады.

© 2012. Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінің «Қазақстан Республикасының Заңнама және құқықтық ақпарат институты» ШЖҚ РМҚ