

011.2
P12

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA
UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
NICOLAE TESTEMIȚANU

**CERINȚELE ÎNAINȚATE FAȚĂ DE
PERFECTAREA FIȘEI MEDICALE
A BOLNAVULUI DE STAȚIONAR
(formularul 003/e)**

Indicații metodice

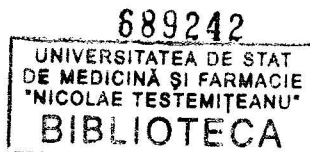
Chișinău
2009

017/02
012

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA
UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
NICOLAE TESTEMIȚANU

**CERINȚELE ÎNAINȚATE
FAȚĂ DE PERFECTAREA
FIȘEI MEDICALE
A BOLNAVULUI DE STAȚIONAR
(formularul 003/e)**

Indicații metodice



Chișinău
Centrul Editorial-Poligrafic *Medicina*
2009

Aprobat de Comisia Republicană Științifico-Metodică de profil „Morfologia” a Ministerului Sănătății al Republicii Moldova (proces-verbal nr.2 din 28.01.2008), Consiliul metodic central postuniversitar al USMF „Nicolae Testemițanu” (proces-verbal nr. 1 din 31.01.2008) și Consiliul de Experti al Ministerului Sănătății (proces-verbal nr.2 din 14.03.2008)

Autori: *Andrei Pădure* – director al Centrului de Medicină Legală, șef al catedrei Medicină legală, conferențiar universitar, doctor în medicină

Gheorghe Baci – profesor universitar, doctor habilitat în medicină

Vladimir Hotineanu – șef al catedrei Chirurgie nr.2, profesor universitar, doctor habilitat în medicină

Recenzenți: *Vladimir Cazacov* – specialist principal în chirurgie al Ministerului Sănătății, conferențiar universitar, doctor în medicină

Valeriu Istrati – șef al catedrei Medicină internă și semiologie, profesor universitar, doctor habilitat în medicină

Redactor: *Sofia Fleștor*

Machetare computerizată: *Ala Livădar*

DESCRIEREA CIP A CAMEREI NAȚIONALE A CĂRȚII

Pădure, Andrei

Cerințele înaintate față de perfectarea fișei medicale a bolnavului de staționar (formularul 003/e): Indicații metodice / Andrei Pădure, Gheorghe Baci, Vladimir Hotineanu; Univ. de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”. – Ch.: CEP „Medicina”, 2009. – 18 p.

Bibliogr.: p. 17 (12 tit.). – 300 ex.

ISBN 978-9975-915-91-5.

614.2(076.5)

P 12

© CEP *Medicina*, 2009

© A. Pădure ș.a., 2009

INTRODUCERE

Aceste indicații metodice au drept scop reglementarea modului de perfectare a fișei medicale a bolnavului de staționar (formularul nr. 003/e) și asigurarea descrierii corecte și depline a volumului de asistență medicală acordată la toate etapele actului medical în vederea ameliorării calității asistenței medicale acordate pacienților de staționar.

Fișa medicală de staționar (în continuare *fișa*) este un document oficial, întocmit de către personalul medical, în care se fixează informațiile referitoare la diagnosticarea maladiei (traumei), evoluția procesului patologic în dinamică și tratamentul aplicat. Fișele medicale reprezintă și o bază informativă pentru alte cercetări investigative, curative și de recuperare, întreprinse și după externarea pacientului din staționar. Menționăm că documentele medicale, inclusiv fișele bolnavului de staționar, deseori servesc drept sursă de informații pentru expertizele medico-legale, în special în cazurile de traumatisme sau probleme ce țin de calitatea asistenței medicale de care a beneficiat pacientul. Din aceste considerente, între volumul și calitatea informațiilor incluse în fișele medicale, pe de o parte, și posibilitatea rezolvării anumitor probleme de către organul de urmărire penală, pe de altă parte, există o legătură directă. Se poate afirma că documentele medicale sunt o verigă decisivă a lanțului pacient–medicul curator–medicul legist–organul de urmărire penală.

În literatura medico-legală se accentuează, în mod deosebit, rolul calității și corectitudinii perfectării fișelor medicale, deoarece aceste documente au o valoare probatorie înaltă în calificarea infracțiunilor. Cu atât mai mult, dacă informația cuprinsă în fișa medicală este succintă și nu reflectă pe deplin volumul asistenței acordate, nici personalul medical, nici expertiza medico-legală nu pot argumenta corectitudinea și plenitudinea îngrijirilor medicale. De aici rezultă că o fișă medicală perfectată corect, cuprinzând toate etapele actului medical, poate proteja medicul de o acuzare neîntemeiată ce ține de activitatea sa.

Așadar, fișele medicale ale bolnavilor de staționar au diverse semnificații: clinică, epidemiologică, instructiv-educativă, judiciară, medico-legală, administrativă, științifică etc.

Din cele relatate, sperăm, devine clară semnificația și valoarea fișei medicale de staționar în calitate de document oficial.

Indicațiile metodice au menirea de a suplini neajunsurile constatate la capitolul perfectarea corectă a fișei de staționar și a facilita metodologia perfectării corecte, pentru a evita reproșurile în adresa asistenței medicale.

Lucrarea este destinată studenților, rezidenților, secundarilor clinici și medicilor în cadrul cursurilor de formare medicală continuă.

DISPOZIȚII GENERALE

Fișele medicale servesc la: documentarea cercetărilor diagnostice; argumentarea diagnosticului stabilit; justificarea internării pacientului pentru tratament staționar; fixarea și confirmarea tratamentului prescris, a tuturor manipulațiilor și investigațiilor întreprinse, a informațiilor cu privire la evoluția și dinamica în timp a procesului patologic, a tuturor acțiunilor curative întreprinse în vederea ameliorării stării pacientului; asigurarea continuității procesului curativ.

Toate înscriserile făcute în fișa medicală trebuie să fie citețe, iar informațiile – veridice, să reflecte real și deplin caracterul modificărilor constatate la examenele clinice și paraclinice ale pacientului.

Nu se admit corectări, modificări și adăugări la informațiile deja fixate; înlocuirea simptomelor prin sindroame, a descrierilor și indicilor activității funcționale a organelor interne prin expresii cu caracter general (ex.: hemodinamica – stabilă, diureza – adecvată) sau prin „normă”; includerea unor informații contradictorii (ex.: plagă pe mâna dreaptă/stângă, semne meningiene pozitive/negative, plagă contuză/tăiată).

Se admit doar abrevierile recunoscute în medicină.

În continuare prezentăm ordinea și cerințele referitoare la îndeplinirea fișei bolnavului de staționar (pe compartimente).

FOAIA DE TITLU

Foaia de titlu se completează în secția de internare a spitalului și cuprinde informații generale privind instituția medico-sanitară (denumirea, secția), data și ora internării/externării (sau decesului), datele de identificare și genul de activitate al pacientului, grupa de sânge, intoleranța față de unele preparate medicamentoase etc.

Diagnosticul instituției care a îndreptat pacientul în staționar se fixează din documentele de însoțire. *Diagnosticul la internare* este întocmit atât în baza informațiilor obținute în urma examinării clinice primare a pacientului, cât și a rezultatelor cercetărilor complementare primare. *Diagnosticul clinic* se stabilește doar după examinarea deplină a pacientului, pe parcursul primelor 72 ore de la internare. În mod obligatoriu se fixează data stabilirii diagnosticului clinic. *Diagnosticul clinic definitiv* se fixează la momentul externării pacientului și cuprinde: maladia (trauma) de bază, complicațiile maladii (traumei) de bază și maladiile concomitente. În diagnosticul clinic definitiv se indică unitățile nosologice în conformitate cu Clasificația Internațională a Maladiilor (CIM) în vigoare (Revizia X a OMS). Diagnosticul clinic se stabilește prin corelarea informațiilor subiective și obiective, obținute în urma examenului clinic al pacientului, cu rezultatele investigațiilor complementare. Diagnosticul bazat doar pe informații cu caracter subiectiv (anamneză, acuze) nu este considerat argumentat.

Diagnosticul clinic trebuie să fie explicit. Este inadmisibilă folosirea noțiunilor incorecte și inexistente în medicină (ex.: plagă prin armă albă/de cuțit/injunghiată, traumatism multiplu).

EXAMENUL CLINIC LA INTERNARE

Pacientul planificat este examinat de către medicul curant în decursul primelor 3 ore de la internare, iar cel de urgență – de medicul de gardă imediat după solicitarea lui în secția de internare. Starea subiectivă și obiectivă a pacientului la internare se fixează în fișa medicală în momentul examinării primare. *Acuzele* se fixează din spusele bolnavului sau rudelor acestuia și rezultă din

starea somatică a lui. Se indică toate acuzele prezentate de pacient, nu doar cele ce țin de profilul medicului sau secției/instituției, respectându-se principiul sindromal. *Anamneza bolii și vieții* se indică în mod succint, înregistrându-se toate momentele importante pentru elaborarea strategiei (tacticii) de diagnosticare și tratament. Anamneza bolii cuprinde: modul de apariție a primelor acuze și manifestări ale maladiei (debutul bolii), consecutivitatea apariției și evoluția în timp a simptomelor, cauzele posibile și condițiile în care acestea s-au instalat, consultațiile și internările anterioare, metodele de tratament întreprinse și eficiența lor. Anamneza vieții trebuie să includă neapărat: condițiile de viață și muncă, antecedentele patologice personale (maladii: tuberculoza, hepatita virală, bolile venerice, SIDA etc.; manipulații: intervențiile chirurgicale, hemotransfuziile etc.), antecedentele eredocolaterale, precum și deprinderile dăunătoare (fumatul, etilismul ș.a.). Informațiile referitoare la anamneza bolii și vieții pot fi fixate atât din spusele pacienților sau rudelor acestora, cât și din actele medicale oficiale (îndreptări, extrase etc.), indicându-se neapărat sursa informației. *Anamneza epidemiologică și cea alergologică* sunt obligatorii, în ele fixându-se contactul cu persoanele bolnave în decursul ultimelor 6 luni și intoleranța la medicamente. Anamneza alergologică se trece și pe foaia de titlu a fișei medicale, inscripția fiind vizată, în mod obligatoriu, și prin semnătura medicului care a cules anamneza.

Examenul obiectiv al pacientului se execută consecutiv pe sisteme de organe și începe cu inspecția generală: starea generală (satisfăcătoare, de gravitate medie, gravă, foarte gravă), conștiința (clară, comă, delir etc.), poziția (activă, pasivă, forțată), faciesul (hipocratic, acromegalic, basedowian etc.), tipul constituțional (normostenic, astenic, hiperstenic), starea (turgor, elasticitate, edeme, erupții etc.) și culoarea tegumentelor/mucoaselor vizibile, gradul de nutriție, starea ganglionilor limfatici periferici, sistemelor osteo-articular și muscular. Mai apoi se fixează indicatorii activității următoarelor sisteme: respirator (forma cutiei toracice, rezultatele percuției toracelui, tipul și frecvența respirației, prezența sau absența ralurilor), cardiovascular (localizarea șocului apexian, li-

mitele cordului, caracterul zgomotelor cardiace, prezența sau absența suflurilor, frecvența contracțiilor cardiace, calitățile pulsului pe arterele periferice, valorile tensiunii arteriale), gastrointestinal (starea cavității bucale și a limbii, starea peretelui abdominal anterior, prezența unor modificări patologice la palpare, prezența sau absența lichidului patologic, a semnelor de iritare a peritoneului, starea ficatului și splinei, particularitățile de defecare, caracterul maselor fecale etc.) și urogenital (deregări de urinare, simptomul de tapotament, starea rinichilor la palpare ș.a.). Prin urmare, starea obiectivă pe sisteme de organe va cuprinde rezultatele inspecției, palpării, percuției și auscultației. În funcție de profilul secției sau instituției, se mai cercetează sistemele hematopoietic, endocrin și nervos. Modificările patologice constatate la examinarea pacientului se descriu în mod detaliat, indicându-se și denumirea lor după autor.

Compartimentul *Modificările locale (status localis)* este obligatoriu și prevede descrierea detaliată a tuturor leziunilor constatate pe corpul pacientului. Pentru calificarea medico-legală ulterioară a vătămării corporale și soluționarea tuturor întrebărilor organului de urmărire penală, leziunile se indică în fișă, respectându-se în mod obligatoriu schema standardizată de descriere a acestora. Așadar, descrierea leziunilor externe prevede, obligatoriu, următoarele caracteristici: **localizarea exactă** a leziunilor (se fixează regiunea anatomică și suprafața ei, coraportul cu punctele anatomice de reper); **tipul leziunii** (echimoză, excoriație, plagă etc.); **forma leziunii** (se compară cu figurile geometrice; dacă forma nu poate fi comparată, se indică: *formă neregulată*); **orientarea leziunii** față de linia mediană a corpului (organului, osului); **dimensiunile leziunii** (lungimea, lățimea și, separat, profunzimea) în centimetri; **culoarea leziunii și a regiunilor adiacente**; **caracterul suprafeței leziunii** (relieful, culoarea, prezența și nivelul crustei excoriației în raport cu tegumentele intacte); **caracterul marginilor, capetelor, pereților și fundului plăgilor**; **prezența sau absența hemoragiei** și gradul acesteia, a **semnelor de regenerare** a leziunilor; **prezența depunerilor sau impurităților eterogene**

(funingine, lubrifianți, rugină, fragmente de stofă, cioburi de sticlă etc.) pe suprafața leziunii sau în profunzimea ei; **starea țesuturilor adiacente** (edemațiate, hiperemiate, impurificate etc.).

În cazul traumatismelor de transport și leziunilor produse prin arme de foc este important să se indice **distanța de la plante** până la porțiunea inferioară a leziunii. Totodată, în scopul identificării agentului traumatic, se vor indica acele semne și particularități morfologice care reflectă forma, caracterul suprafeței și alte proprietăți importante ale obiectului vulnerant.

În scopul diagnosticării pe tegumente a orificiului de intrare al unei leziuni produse prin armă de foc și diferențierii lui de cel de ieșire și întru stabilirea distanței de tragere, obligatoriu se cercetează și se fixează forma leziunii (rotundă, ovală, fisurată, stelată etc.), dimensiunile, caracterul (regulate, neregulate) și orientarea (în interior sau în afară) a marginilor plăgii, prezența sau absența inelelor specifice (de excorie, ștergere, metalizare) pe marginile plăgii, a defectului veritabil de țesut, a depunerilor de factori suplimentari ai împușcăturii (funingine, particule de pulbere), a arsurilor pielii și părării firelor de păr.

La descrierea leziunilor nu se admite înlocuirea caracteristicilor morfologice ale lor prin expresii generale sau diagnostice (ex.: contuzie a țesuturilor moi, orificiu de intrare/ieșire, plagă tăiată etc.). Este de menționat că respectarea schemei în descrierea leziunilor le va permite organelor judiciare să stabilească, prin intermediul expertizei medico-legale, circumstanțele (vitalitatea și vechimea traumei, mecanismele de formare a leziunilor, tipul agentului vulnerant etc.), atât de importante pentru corecta și deplina desfășurare a urmăririi penale, iar medicului clinician să argumenteze diagnosticul clinic.

Este evident faptul că în unele specialități (oftalmologia, ORL, ginecologia ș.a.), *status localis* are unele particularități de care specialiștii domeniilor respective trebuie să țină cont. Cu toate acestea, cerințele generale în descrierea modificărilor locale sunt comune pentru toate specialitățile medicale.

Examenul clinic la internare se încheie cu diagnosticul de internare, planul de investigații și măsurile de tratament, care argumentează necesitatea internării pacientului și justifică tactica tratamentului.

Odată cu internarea pacientului, medicul curant îi explică regulamentul intern al secției (instituției) și îl informează despre metodele și mijloacele ulterioare de diagnosticare și tratament. Potrivit Legii ocrotirii sănătății, *consimțământul pacientului* este necesar pentru orice prestație medicală propusă (profilactică, diagnostică, terapeutică, recuperatorie). Consimțământul pacientului la intervenția medicală (oral sau în scris) se perfectează prin înscrierea în fișa medicală a acestuia, confirmat, obligatoriu, prin semnătura pacientului sau a reprezentantului său legal (rudă apropiată) și a medicului curant (sau a echipei de gardă; în cazuri excepționale – prin semnătura conducerii unității medico-sanitare). Dacă pacientul are mai puțin de 16 ani, își dă consimțământul reprezentantul său legal. Pentru intervențiile medicale cu risc sporit (caracter invaziv sau chirurgical), consimțământul se exprimă obligatoriu în formă scrisă, prin intermediul *acordului informat*. Acordul informat trebuie să conțină, în mod obligatoriu, informația expusă într-o formă accesibilă pentru pacient, privind scopul, efectul scontat, metodele intervenției medicale, riscul potențial legat de ea, posibilele consecințe medico-sociale, psihologice, economice etc., precum și privind variantele alternative de tratament și îngrijire medicală. Pacientul sau reprezentatul său legal (rudă apropiată) are dreptul să renunțe la intervenția medicală sau să ceară încetarea ei la orice etapă, cu excepția cazurilor prevăzute în art. 6 al legii „Cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului”, cu asumarea responsabilității pentru o atare decizie. În caz de refuz la intervenția medicală, exprimat de pacient sau de reprezentantul său legal (rudă apropiată), acestuia i se explică, într-o formă accesibilă, consecințele posibile. Refuzul categoric al pacientului se perfectează prin înscrierea respectivă în documentația medicală, cu indicarea consecințelor posibile, și se semnează, în mod obligatoriu, de către pacient sau reprezentantul său legal (rudă apropiată),

precum și de către medicul curant (sau de echipa de gardă; în cazuri excepționale – prin semnătura conducerii unității medico-sanitare). În caz de eschivare intenționată a pacientului de a-și pune semnătura care certifică faptul că el a fost informat despre riscurile și consecințele posibile ale refuzului la intervenția medicală propusă, documentul se semnează, în mod obligatoriu, de către director, șeful de secție și medicul curant. În caz de refuz la asistență medicală, exprimat de reprezentantul legal al pacientului (rudă apropiată), când o atare asistență este necesară pentru salvarea vieții pacientului, organele de tutelă și curatelă au dreptul, la solicitarea organizațiilor medicale, să se adreseze în instanța judecătorească, pentru a apăra interesele persoanei bolnave. În cazul unei intervenții medicale de urgență, necesară pentru a salva viața pacientului, când acesta nu-și poate exprima voința, iar consimțământul reprezentantului său legal (rudă apropiată) nu poate fi obținut la timp, personalul medical are dreptul să ia decizia respectivă, în interesele pacientului.

Rezultatele examinărilor efectuate de către consultanții de profil îngust (sau de alt profil) trebuie să conțină denumirea specialității, numele și prenumele medicului, data și ora examinării, acuzele, starea obiectivă generală și specifică profilului, diagnosticul stabilit, recomandările diagnostice și cele curative. Nu se admit consultații formale, fără reflectarea stării obiective și a recomandărilor.

INTERVENȚIILE CHIRURGICALE

În cazul în care pacienții sunt internați în secțiile de profil chirurgical și apare necesitatea unei intervenții chirurgicale, se va ține cont de următoarele condiții.

1. După realizarea examenului medical, în mod obligatoriu, se va întocmi *epicriza preoperatorie*, prin intermediul căreia chirurgul va argumenta necesitatea intervenției chirurgicale și volumul acesteia. Prin urmare, *epicriza preoperatorie* trebuie să conțină diagnosticul clinic, manifestările maladiei, indicațiile și contrain-

dicațiile intervenției, gradul de pregătire a pacientului pentru operație, planul și riscurile intervenției chirurgicale.

2. *Vizita preoperatorie a anesteziștilor și procesul-verbal al anesteziei* se fixează, în mod obligatoriu, în toate tipurile de anestezie, cu excepția celei locale. Vizita preoperatorie a anesteziștilor va reflecta acuzele, anamneza bolii și cea alergologică, particularitățile individuale ale pacientului (maladiile concomitente, tratamentul urmat, folosirea alcoolului, tabagismul, condițiile de muncă și de trai etc.), rezultatele examenului clinic, devierile indicilor paraclinici (de laborator și instrumentali), măsurile de pregătire preoperatorie în funcție de caracterul intervenției chirurgicale. De menționat că toate aceste măsuri și informații vor determina și argumenta tactica anesteziei. Planul anesteziei va cuprinde următoarele informații obligatorii: tipul anesteziei, preparatele medicamentoase (și dozarea lor) folosite în scop de premedicație, induce și menținere a anesteziei, manipulațiile efectuate, metodele aplicate și riscul anestezic al operației. Riscul anestezic al intervenției chirurgicale trebuie calculat după protocolul ASA (Societatea Americană de Anestezie). Procesul-verbal al anesteziei va reflecta: starea clinică a pacientului (TA, Ps, FR) imediat până la administrarea anesteziei, tipul anesteziei, poziția pacientului pe masa de operație, manipulațiile întreprinse (intubare, cateterizarea venei centrale etc.), inducerea și menținerea anesteziei, metodele folosite, rezultatele monitorizării intraoperatorii a pacientului (TA, Ps, FR, volumul hemoragiei, diureza etc.), particularitățile și complicațiile anesteziei, măsurile curative întreprinse pentru înlăturarea lor.

3. *Procesul-verbal al intervenției chirurgicale* va începe cu: data și ora efectuării operației (începutul și sfârșitul), numele membrilor echipei operatorii, tipul operației și anesteziei, descrierea propriu-zisă a intervenției chirurgicale. În descrierea operației se vor indica: măsurile antiseptice; particularitățile abordului și țesuturilor secționare; conținutul cavităților anatomice (sânge, puroi, fibrină etc.), caracterul (culoarea, starea de agregare ș.a.) și volumul lui (ml); caracterul morfologic al leziunilor (hemoragie, rup-

tură, plagă, fractură etc.), localizarea anatomică, forma (plăgii, eschilelor osoase), dimensiunile, caracterul marginilor și alte particularități ce argumentează volumul intervenției chirurgicale și tactica curativă (înlăturarea organelor interne, amputarea porțiunilor de corp, aplicarea aparatului Ilizarov etc.). În procesul-verbal se vor indica manipulațiile și procedeele întreprinse (înlăturarea organului, suturarea leziunii, plasarea drenurilor, plastia peretelui abdominal, suturarea plăgii postoperatorii pe straturi anatomice, tipul suturii, aplicarea pansamentului steril etc.), specificându-se și tipul materialului de sutură, instrumentele folosite, metoda după autor și alte momente importante pentru reflectarea plenitudinii și corectitudinii acțiunilor medicale. În nici un caz nu se admite înlocuirea descrierilor detaliate a modificărilor constatate intraoperator prin concluzii, fraze generale, diagnostice (ex.: sânge vechi/modificat, hematom subacut/cronic, testicul devitalizat). Descrierea piesei operatorii va finaliza protocolul intervenției chirurgicale, specificându-se numai decît expedierea ei pentru cercetare morfo-patologică. La finele intervenției chirurgicale se face evidența numărului instrumentelor și tampoanelor folosite, rezultatele indicându-se prin intermediul inscripției corespunzătoare. Procesul-verbal se termină cu diagnosticul postoperatoriu, în care se menționează toate modificările patologice constatate cu ocazia intervenției chirurgicale.

4. *Diagnosticul postoperatoriu* trebuie să-l completeze pe cel clinic definitiv. Procesul-verbal este semnat, în mod obligatoriu, de toți membrii echipei operatorii.

Intervențiile chirurgicale sub protecția anesteziei locale cu novocaină se efectuează **numai după ce se face proba individuală de sensibilitate** la acest anesteziec, iar rezultatele probei se fixează în mod obligatoriu în fișă (p. 21 a fișei – *Mențiuni speciale*).

De menționat că necesitatea înlăturării organelor interne (sau a unor porțiuni de corp) poate fi justificată doar prin descrierea detaliată, în procesul-verbal, a leziunilor (modificărilor) constatate în cadrul intervenției chirurgicale și confirmate prin examenul morfo-patologic. De aceea, piesele anatomice înlăturate vor fi su-

puse, obligatoriu, unui examen morfo-patologic, rezultatele căruia se vor anexa la fișa medicală.

Denumirea intervenției chirurgicale, anesteziei și complicațiile acestora, numele, prenumele și funcția medicului care a realizat operația se menționează și la punctul 15 al foii de titlu a fișei medicale.

SUPRAVEGHEREA ÎN DINAMICĂ A PACIENTULUI

Înscrierile zilnice trebuie să reflecte pe deplin particularitățile de evoluare a stării generale a pacientului (în special a indicilor vitali), rezultatele examenelor clinice (inclusiv starea locală, neurologică) și paraclinice obiective, modificările și completările diagnosticului/tratamentului, manipulațiile întreprinse (înlăturarea pansamentului, drenurilor etc.). Ele trebuie să înceapă, neapărat, cu fixarea datei vizitei. Pacienții cu stare generală satisfăcătoare, relativ satisfăcătoare și cei internați pe o durată lungă de tratament (psihiatrie, ftiziatrie) sunt vizitați de cel puțin 3 ori pe săptămână; cei în stare medie – în fiecare zi, iar cei gravi sau foarte gravi – de câteva ori pe zi, menționându-se numai decît și ora vizitării. Pacienții cu stare critică se vor monitoriza practic încontinuu, iar înscrierile se vor face după fiecare 15–30 minute. Nu se admite prescurtarea informației, dar mai ales omiterea stării obiective a pacienților, modificărilor evolutive locale și speciale (starea neurologică ș.a.). Se admite fixarea recomandărilor diagnostice și a modificărilor tratamentului. Pacienții tratați chirurgical sunt monitorizați zilnic (cu inscripțiile respective). După intervențiile chirurgicale laborioase, pacientul este examinat în cursul primelor 24 ore peste fiecare 4–6 ore (cel mult), în funcție de starea generală.

Șeful de secție examinează pacienții planificați în 1–2 zile după internare, dar până la efectuarea intervenției chirurgicale (în cazul secțiilor de profil chirurgical). Pacienții internați de urgență, aflați în stare medie sau gravă, vor fi examinați de către șeful de secție în decursul primei zile de la internare. Șefii de secție îi vor vizita pe bolnavi cel puțin o dată pe săptămână, în funcție de gravitatea bolii. În fișa medicală se fixează rezultatele vizitelor, ale

examenelor clinice, diagnosticul clinic, recomandările și completările la tratament, urmate de semnătura șefului de secție.

Monitorizarea detaliată a indicilor vitali și a dinamicii procesului patologic la pacienții internați în secțiile de terapie intensivă se realizează de către medicul de gardă (al acestei secții) de cel puțin trei ori pe zi, rezultatele indicându-se în fișa medicală de staționar. Medicul curant al secției de profil vizitează zilnic pacientul aflat în secția de terapie intensivă, fixând rezultatele examinării în fișă.

Consiliile medicale sunt convocate pentru consultarea unui caz mai deosebit de către mai mulți specialiști concomitent. De aceea, rezultatele consultației sunt fixate în fișa medicală în mod detaliat și deplin, ținându-se cont de părerea tuturor specialiștilor implicați. În mod obligatoriu se fixează datele personale ale medicilor-membri ai consiliului, data și ora desfășurării consultației, rezultatele investigațiilor clinice și paraclinice, diagnosticul clinic, recomandările diagnostice și terapeutice. Recomandările consiliului se vor executa în mod obligatoriu. În cazul în care apar unele impedimente în executarea recomandărilor, acest fapt va fi adus neapărat la cunoștința președintelui consiliului medical.

Dacă pacientul se transferă în altă secție, se întocmește epicriza de transfer, care cuprinde informații referitoare la starea somatică a lui în momentul transferului, tratamentul și măsurile diagnostic-curative efectuate, evoluția în dinamică a procesului patologic (traumei) și motivele transferului. În secția de primire, pacientul în stare satisfăcătoare este examinat pe parcursul primei ore, iar cel în stare medie sau gravă – imediat după transferare.

Rezultatele tuturor cercetărilor complementare (instrumentale și de laborator) se vor atașa la fișa medicală, respectându-se consecutivitatea investigațiilor.

MANIPULAȚIILE

Administrarea substanțelor narcotice și psihotrope este confirmată de către asistenta medicală care a efectuat procedurile corespunzătoare. Aceste substanțe se administrează în prezența medicu-

lui curant (de gardă), care semnează de rând cu asistenta medicală, confirmându-se astfel realizarea acestei proceduri.

Transfuziile de sânge (masă eritocitară) sunt realizate de către asistenta medicală doar după efectuarea probelor de compatibilitate, rezultatele cărora sunt fixate neapărat în fișă. Totodată, asistenta înregistrează și datele de identificare (grupa de sânge, data prelevării, termenul de valabilitate etc.) a materialului biologic transfuzat.

Remediile terapeutice prescrise pacientului trebuie scrise citeț de către medicul curant în foaia de indicații, excluzându-se orice ambiguitate. Suplimentar se indică data prescrierii și anulării medicamentului. Asistenta medicală urmează cu strictețe indicațiile medicului și confirmă administrarea preparatului prin semnătură.

Fișa de evidență a temperaturii pacientului este completată de către asistenta medicală, care fixează indicațiile de 2 ori pe zi (dimineața și seara).

EXTERNAREA

La externarea pacientului, medicul curant întocmește epicriza de externare, care conține o succintă informație: cauzele internării, rezultatele cercetărilor clinice și paraclinice, diagnosticul clinic definitiv, măsurile diagnostic-curative întreprinse, evoluția tabloului clinic și recomandările pe viitor. Această informație se va fixa și în trimiterea-extras (formularul statistic nr.027/e), eliberată pacientului pentru a se prezenta la medicul de familie, care o lipește în fișa medicală de ambulatoriu a pacientului. Epicriza de externare și extrasul din fișa medicală se semnează de medicul curant și șeful de secție. Extrasul eliberat pacientului se vizează cu ștampilele dreptunghiulară și triunghiulară ale instituției medico-sanitare.

La externare, pe verso foi de titlu a fișei medicale se înregistrează, conform cerințelor din punctele 16, 17, 18, 19, 20, 21, datele cu privire la eliberarea certificatului de concediu medical, evoluția bolii, capacitatea de muncă, alte mențiuni speciale.

În caz de deces, fișa medicală se completează cu epicriza de deces, în care medicul curant sau reanimatolog fixează în mod succint motivele internării, tabloul clinic al maladiei și evoluția lui în dinamică, măsurile diagnostice și curative întreprinse, cauzele și condițiile instalării morții, diagnosticul clinic definitiv. După efectuarea autopsiei morfopatologice sau medico-legale, în fișă se fixează diagnosticul morfologic și epicriza postumă.

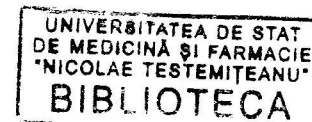
DISPOZIȚII FINALE

Fișa medicală se păstrează în arhiva instituției medico-sanitare timp de 25 ani. După expirarea acestui termen, administrația instituției ia o decizie despre necesitatea păstrării sau nimicirii fișei. La solicitarea organului de urmărire penală sau a instanței de judecată, fișa medicală poate fi eliberată din arhivă doar cu acordul administrației. După efectuarea acțiunilor judiciare (expertiza medico-legală), fișa urmează să fie neapărat returnată arhivei.

BIBLIOGRAFIE

1. Cicala E. *Semiologie chirurgicală*. Chișinău, 1999, 290 p.
2. *Chirurgie* (red. A. Spânu). Chișinău, F.E.P. „Tipografia Centrală”, 2000, 736 p.
3. I. Ababii, Vl. Popa, I. Antohii et. al. *Examinarea bolnavului și alcătuirea foii de observație clinică ORL*. Chișinău, 2000, 11 p.
4. Hotineanu Vl. *Chirurgie. Curs selectiv*. Chișinău, F.E.P. „Tipografia Centrală”, 2002, 700 p.
5. Legea ocrotirii sănătății. Monitorul Oficial al R.M., nr. 034 din 22.06.95, art. 373.
6. Legea „Cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului”. Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2005, nr.176–181 (1775–1780), p. 11–15.
7. Legea „Cu privire la exercitarea profesiei de medic”. Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2005, nr. 172–175, p. 10–12.
8. *Medicină internă. Lucrări practice* (red. V. Botnaru). Chișinău, F.E.P. „Tipografia Centrală”, 1999, p. 129–142.
9. *Propedeutica bolilor interne* (Vasilenco V.H., Grebeniov A.L., Șirokova C.I. etl. al.). Chișinău, Ed. „Universitas”, 1995, 607 p.
10. Șelagurov A.A. *Metode de explorare în clinica de boli interne*. Chișinău, Ed. „Lumina”, 1967, 479 p.
11. Семенова И.А., Асадуллаев М.Р. *Стандарты учреждения по ведению медицинской документации//Качество медицинской помощи, № 3, 2003, с. 3–11.*
12. Черкалина Е.Н. *Оценка медицинских документов при проведении комиссионных экспертиз по уголовным и гражданским делам, связанным с дефектами оказания медицинской помощи новорожденным//Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики на современном этапе. Москва, 2006, с. 311–312.*

689242



CUPRINS

Introducere..... 3
 Dispoziții generale..... 4
 Foaia de titlu..... 5
 Examenul clinic la internare..... 5
 Intervențiile chirurgicale..... 10
 Supravegherea în dinamică a pacientului..... 13
 Manipulațiile..... 14
 Externarea..... 15
 Dispoziții finale..... 16
 Bibliografie..... 17

FIȘA MEDICALĂ A BOLNAVULUI DE STAȚIONAR № _____
 МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА СТАЦИОНАРНОГО БОЛЬНОГО

Data și ora internării _____ Data și ora externării _____
 Дата и время поступления _____ Дата и время выписки _____
 Secția _____, salonul Nr _____
 Отделение _____ палата _____
 Transferat în secția _____ Zile-pat spitalizate _____ din ele contra plată _____
 Переведен в отделение _____ Проведено койко-дней _____ из них платные _____
 Modul de transportare: cu căruciorul pentru transportarea bolnavilor, cu fotoliu, merge singur (de specificat)
 Вид транспортировки: на каталке, в кресле, может идти (подчеркнуть)
 Grupa de sânge _____ Factor-Rhesus _____
 Группа крови _____ Резус- фактор _____
 Reacție secundară la medicamente (intoleranță) _____
 Побочное действие лекарств (непереносимость) _____

denumirea preparatului, caracterul reacției secundare
 название препарата, характер побочного действия

1. Numele, prenumele _____, număr de identificare _____
 Фамилия, имя, отчество _____ идентификационный номер _____
 2. Sex M / F 3. Vîrsta _____ (ani împliniți, pentru copii: sub 1 an- luni, sub 1 lună - zile)
 Пол M / Ж Возраст _____ (полных лет, для детей: до 1 года - месяцев, до 1 месяца - дней)
 4. Adresa la domiciliu completă: _____
 Полный адрес местожительства: _____

5. Locuitor: urban, rural (de specificat) _____
 Житель: городской сельский (подчеркнуть)
 6. Asigurat: da - 1, nu - 2 (de specificat), dacă da, de înscris seria _____, Nr _____ poliței de asigurare
 Застрахован: да нет (подчеркнуть), если да, вписать серию № _____ страхового полиса

și codul contingentului indicat în polița de asigurare _____
 и код контингента, указанного в страховом полисе _____
 7. Locul de muncă, profesia sau funcția _____
 Место работы, профессия или должность _____
pentru elevi - locul de studii, pentru copii - denumirea instituției preșcolare, școlii
 для учащихся - место учебы, для детей - название детского учреждения, школы

pentru invalizi - felul și categoria de invaliditate
 для инвалидов - род и группа инвалидности
 a. Participant la al II Război Mondial: da, nu, (de specificat), dacă da de indicat invalid: da - 1, nu - 2
 Участник II Мировой Войны: да, нет (подчеркнуть), если да указать инвалид: да - 1, нет - 2
 b. Osta - internaționalist: da, nu, (de specificat), dacă da de indicat invalid: da - 1, nu - 2
 Воин интернационалист: да, нет (подчеркнуть), если да указать инвалид: да - 1, нет - 2

8. Trimis de _____
 Кем направлен _____
denumire instituției curative _____
 название лечебного учреждения _____
 9. Transportat la staționar conform unor indicații absolute: da, nu peste _____ ore de la debutul bolii,
 Доставлен в стационар по экстренным показаниям: да, нет, через _____ часов после начала заболевания,
 traumei, spitalizat planificat _____
 получения травмы, госпитализирован в плановом порядке (подчеркнуть) _____

10. Diagnosticul instituției care a trimis _____
 Диагноз направившего учреждения _____
 11. Diagnosticul la internare _____
 Диагноз при поступлении _____
 12. Diagnosticul clinic _____
 Диагноз клинический _____

13. Diagnosticul definitiv clinic _____
 Диагноз заключительный клинический: _____
 1) de bază _____
 основной _____
 Data stabilirii _____
 Дата установления _____

