

Медицинская карта стационарного больного

Составляется в стационаре на каждого поступающего независимо от цели поступления и срока нахождения в стационаре. Медицинская карта стационарного больного, называвшаяся ранее историей болезни, и её важнейшие модификации — группа первичной медицинской документации, предназначенная для записи наблюдений за состоянием больного в течение всего периода пребывания в лечебно-профилактическом учреждении, проводимых лечебно-диагностических мероприятий, данных объективных исследований, назначений и результатов лечения.

Оформление карты осуществляется в определенной последовательности на специальном унифицированном бланке (форма № 003/у), состоящем из титульного листа (обложки) и вкладных листов.

Первый раздел карты содержит паспортно-статистические данные;

Второй — жалобы больного, анамнез болезни и анамнез жизни, данные обследования при поступлении;

В третьем разделе (так называемый дневник) лечащий врач описывает (на вкладных листах) развитие болезни, план и результаты дальнейшего обследования, ежедневные наблюдения за больным, лечебные назначения, заключения консультантов.

Данные карты позволяют контролировать правильность организации лечебно-диагностического процесса, составлять рекомендации по дальнейшему обследованию и лечению больного и диспансерному наблюдению за ним, получать информацию, необходимую для установления инвалидности, а также выдачи справочного материала по запросам ведомственных учреждений (суда, прокуратуры, медико-социальной экспертизы и др.).

Медицинская карта стационарного больного подлежит хранению в медицинском архиве в течение 25 лет.

При выписке из стационара каждый больной получает на руки выписной эпикриз или переводной эпикриз в случае перевода больного в другое отделение или лечебное учреждение.

Понятие электронной истории болезни, стандартизация, проблемы и особенности применения

Электронная история болезни (ЭИБ), или электронная медицинская карта — комплекс медицинских записей, содержащих данные о состоянии пациента и назначаемом ему лечении, обрабатываемых и хранимых электронным способом. Аналогичен классической бумажной истории болезни. Электронная история болезни явилась закономерным результатом развития автоматизации и компьютеризации в медицинских учреждениях и ознаменовала своим появлением переход от подготовки обычной истории болезни с помощью электронных документов (позднее распечатываемых), к признанию электронной формы медицинской документации легитимной и законодательно закреплённой. В России с 1 января 2008-го действует национальный стандарт «Электронная история болезни. Общие положения» (ГОСТ Р 52636—2006), описывающий понятие ЭИБ и требования к ней.

Проблематика использования электронной истории болезни

Электронная история болезни, по сути, является основой автоматизации врачебной практики. Ключевыми проблемами при ведении электронных историй болезни являются:

неизменность данных;

разграничение доступа и обеспечение конфиденциальности данных в ИБ;

разрешение коллизий при многопользовательском доступе;

подтверждение авторства записей;

любое изменение данных в истории болезни должно инициироваться человеком, т. к. может повлечь за собой последствия, связанные со здоровьем пациента;

Необходимо подробнее остановиться на этих проблемах. В отличие от бумажной истории болезни, электронная форма подразумевает совершенно иные способы защиты от подделки или подмены данных в истории болезни, аналогичные таковым в других крупных информационных системах, содержащих важные официальные данные. Однако, в отличие от этих систем, электронная история болезни подразумевает контроль пользователя (врача или другого медицинского работника) над любыми изменениями данных и инициацию этих изменений только со стороны пользователя. Такой подход обусловлен высочайшим уровнем ответственности за здоровье, а порой и жизнь пациента.

Преимущества и особенности применения электронной истории болезни

Из преимуществ электронной истории болезни можно отметить более чёткую формализацию записей, их мгновенную доступность для медперсонала, а также перспективу объединения электронных историй болезни в единый банк данных о здоровье. Так же, как и бумажные формы истории болезни, ЭИБ может несколько отличаться, в зависимости от специфики медицинского учреждения. Как правило, выделяют электронные истории болезни для стационаров (и отдельно отделений экстренной помощи), амбулаторий, стоматологических клиник и санаториев. Если в отделении экстренной помощи лечение пациента начинается с его поступления и заканчивается выпиской, то в узкопрофильных лечебных учреждениях, работающих с пациентами, требующими длительного наблюдения, под лечением понимают всю совокупность эпизодов стационарного лечения и поликлинических консультаций, а в санаториях важно отслеживать динамику на относительно коротком промежутке времени, при этом сравнивая её с динамикой в прошлые пребывания пациента в санатории. Таким

образом, каждый тип медицинского учреждения нуждается в адаптации систем электронной истории болезни.

Как правило, современные электронные истории болезни входят в медицинскую информационную систему учреждения, которая также включает в себя финансовую и административную информацию, напрямую связанную с медицинской деятельностью (например, стоимость медицинских услуг, расписание приёмов и т. п.).

Стандартизация электронных историй болезни

Термин электронная история болезни имеет ряд особенностей:

он ассоциируется с пребыванием в стационаре;

терминологически информация о состоянии здоровья «не больных» людей с ним не связана (поэтому в оборот вводится термин «история здоровья»);

ГОСТ Р 52636—2006 оперирует понятиями электронная медицинская карта (ЭМК), электронная персональная медицинская запись (ЭПМЗ) и электронный медицинский архив (ЭМА).

Термин ЭМК - фактически, перевод международного термина EMR - Electronic Medical Record. Авторы стандарта условно разделяют электронную амбулаторную медицинскую карту для амбулаторий, поликлиник, диагностических центров, диспансеров, поликлинических отделений стационаров или специализированных медицинских центров, частных врачей, коммерческих лабораторий и др. и электронную медицинскую карту стационарного больного для стационаров. При этом авторы подчеркивают, что для стационара, под электронной медицинской картой понимаются не записи, относящиеся к одной госпитализации, а все записи, относящиеся к данному пациенту, то есть. речь идёт, по сути, об элктронной истории здоровья.

Существует несколько популярных технологических стандартов управления, хранения и обмена электронными историями болезни. К наиболее известным можно отнести ISO13606, HL7 и openEHR. Первые два главным образом направлены на обмен данными, тогда как openEHR сконцентрирован на информационной модели.

Рассмотрим некоторые преимущества электронных карт перед рукописными:

- ✓ удобочитаемость и точность (по сравнению с рукописными);
- ✓ могут включать различные виды информации (результаты исследований в виде звуковых файлов, видео- файлов, графических файлов);
- ✓ сокращение времени на оформление документов за счет уменьшения набора текста при использовании шаблонов, выбора из предложенного списка, автозаполнения;
- ✓ быстрый доступ (уменьшается время доступа; доступ не локальный, а глобальный: сколь угодно большое число медработников одновременно могут использовать информацию);
- ✓ оптимизация поиска необходимой информации (по фамилии, дате, диагнозу и т.д.);
- ✓ возможность напоминания и сигналов;
- ✓ оптимизация хранения информации;
- ✓ поддержка статистических отчетов и научных исследований (быстро осуществляются выборки данных, генерируются отчеты в автоматическом режиме);
- ✓ защита данных (разрешение/запрет просмотра и редактирования данных);
- ✓ конфиденциальность информации (возможность организации ограниченного доступа к карте по системе паролей);
- ✓ информация может быть в любой момент распечатана на принтере любом количестве экземпляров.

Существуют некоторые проблемы внедрения компьютеризированных историй болезни. Это высокие первоначальные финансовые и временные затраты на заказ и установку аппаратного и программного обеспечения, обучение персонала; последующие эксплуатационные траты на поддержание нормального бесперебойного функционирования, обслуживание и модернизацию системы, доступ к сетям связи. Однако, при грамотной организации АРМ эти затраты не столь велики и быстро окупаются быстротой и удобством работы.

Практическая работа

Задание 1 Ознакомьтесь с программой «Medwork Demo».

Medwork – это интегрированная среда, позволяющая организовать ввод, хранение и обработку информации о пациентах в любой области медицины. Система позволяет:

Формально описать историю болезни в виде привычной для медиков амбулаторной карты, состоящей из форм-бланков. Встроенный генератор бланков позволяет с помощью простого и понятного интерфейса изменять и создавать новые. Многообразие типов бланков от простых текстовых до графических или документов редактора Word позволяет легко описать функциональное состояние пациента, динамику изменения наблюдаемых параметров. Разнообразные шаблоны и редактируемые справочники значительно сократят время на заполнение карты.

С помощью механизма интерактивно создаваемых выписок из истории болезни, рассмотреть данные из карты пациента в произвольно задаваемом виде. При этом врач имеет возможность расположить на экране данные в привычном ему виде, независимо от формата ввода исходных форм.

В интерактивном режиме создавать разнообразные очереди, списки пациентов для направления на другие рабочие места. Простой и удобный интерфейс работы с группами пациентов дает возможность планировать график приемов на любом рабочем месте, от процедурного кабинета до планирования и учета операционных списков.

Выставить счет пациенту и получить отчет о платежах.

Получить подробные статистические отчеты по всем основным направлениям деятельности: по лечебной работе, статистика приемов, финансовый отчет и т.п. Открытый формат данных делает возможным доступ к системе из любых известных генераторов отчетов.

Осуществлять ввод данных с любых медицинских приборов, имеющих соответствующий интерфейс. В системе предусмотрена возможность подключения драйверов устройств и сопряжение их с базовыми формами. Экспорт/импорт данных позволяет организовать обмен данными с любыми внешними программами.

Модель амбулаторной карты. Вся информация о пациенте хранится в виде списка заполненных форм, имитирующего реальную амбулаторную карту пациента.

Форма в системе Medwork– это специально спроектированный бланк с полями ввода, в которых могут находиться некоторые начальные данные. Форма имеет ряд свойств, таких как название, тип, принадлежность к группе форм, уровень доступа и др.

Заполненная форма также называется записью в карте пациента, так как содержимое формы (имеется в виду полезное содержимое, т.е. заполненные поля ввода) реально хранится в виде одной записи в базе данных. Это необходимо для четкой структуризации данных пациента и для ведения статистики.

В карту можно добавлять новые записи, а также редактировать или удалять уже имеющиеся. Формы могут содержать любые данные – текст, графику, поля ввода, таблицы и т.д. Примером форм является бланк – анализ крови, осмотр терапевта. Амбулаторную карту можно просматривать, перемещаясь по оглавлению, либо просто листать, переходя со страницы на страницу. Пользователь может добавить в карту любую чистую форму-бланк из библиотеки форм и заполнить его. При этом работа с картой происходит в редакторе и внешне одинакова для всех типов форм.

Каждый пациент имеет свой уникальный номер, который и является номером амбулаторной карты. Поиск карты осуществляется по этому номеру либо по регистрационным данным пациента – фамилии, имени отчеству, дате рождения полу.

- 1.1. Запустите программу при помощи ярлыка Medwork 2.2 в папке Medwork.
- 1.2. Ознакомьтесь с любой из имеющихся в базе данных медицинской картой.
В списке пациентов выберите любую запись и щелкните на ней мышью. Просмотрите формы, входящие в карту, выбирая их в окне Карты пациента.
- 1.3. Создайте новую карту пациента.
Нажмите кнопку Новый или F3 и последовательно заполните формы.
- 1.4. Получите отчет о работе врачей.
Нажмите кнопку Отчет или F8, выберите Анализ работы врачей. Даты вводятся по умолчанию.
- 1.5. Составьте выписку для любого из пациентов.
Выберите любую карту и нажмите кнопку Выписки или F9, выберите Выписной эпикриз.
- 1.6. Познакомьтесь со словарем, содержащим стандартные фразы для заполнения форм.
Нажмите кнопку с изображением книги или F11. Обратите внимание на то, что словарь содержит Международный классификатор болезней «МКБ», что позволяет правильно сформулировать диагноз.

Задание 2 Ознакомьтесь с программами «Травматологический статус» и «Лорстатус». Составьте с помощью одной из этих программ выписной эпикриз.

С помощью этих программ можно создавать медицинскую документацию, необходимую врачу: эпикризы, осмотры, дневники.

2.1. Запустите одну из программ при помощи ярлыков Травма и Лорстатус 1.1. в папке Студент.

2.2. Составьте выписной эпикриз.

- Выбрав раздел Врач, введите данные о лечебном учреждении, лечащем враче, заведующем отделением.

- Выбрав раздел Больной, введите данные о пациенте. Последовательно заполняйте поля формы. В этой же форме отметьте вид документа, который вы составляете (*выписной эпикриз*).

2.3. Последовательно вводите жалобы пациента, анамнез, данные объективного исследования, неврологический статус, локальный статус, результаты обследования, информацию о проведенном лечении, оперативных вмешательствах, рекомендации, результаты лечения.

2.4. Нажмите кнопку Закончить.

2.5. Прочитайте и откорректируйте полученный текст.

2.6. Импортируйте выписной эпикриз в программу Word. Для этого воспользуйтесь кнопкой WORD. Сохраните документ в своей папке.

Задание 3. Ознакомьтесь с программой «УЗИ». Составьте протокол УЗИ-исследования.

3.1. Запустите программу при помощи ярлыка УЗИ 1.1. в папке Студент.

3.2. Составьте протокол УЗИ-исследования.

- Введите данные о враче и пациенте. Действуйте согласно комментариям, полученным в предыдущем задании.

3.3. Составьте протокол УЗИ-исследования, выбирая необходимые фразы в левой части экрана.

3.4. Нажмите кнопку Сохранить, импортируйте документ в программу Word и сохраните его в своей папке.

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

1. Перечислите цели ведения медицинских карт стационарного больного на основе компьютерных технологий.
2. Назовите преимущества электронных карт амбулаторных и стационарных больных перед рукописными.
3. Какие возникают проблемы внедрения электронных карт.