

## **Об утверждении правил ведения первичной медицинской документации и представление отчетов**

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 10 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-244/2020. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 11 декабря 2020 года № 21761.

В соответствии с подпунктом 9) пункта 2 статьи 115 Кодекса Республики Казахстан от 7 июля 2020 года "О здоровье народа и системе здравоохранения" ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить правила ведения первичной медицинской документации и представления отчетов согласно приложению к настоящему приказу.
2. Департаменту организации медицинской помощи Министерства здравоохранения Республики Казахстан обеспечить:
  - 1) государственную регистрацию настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан;
  - 2) размещение настоящего приказа на интернет-ресурсе Министерства здравоохранения Республики Казахстан после его официального опубликования;
  - 3) в течение десяти рабочих дней после государственной регистрации настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан, представление в Юридический департамент Министерства здравоохранения Республики Казахстан сведений об исполнении мероприятий, предусмотренных подпунктами 1) и 2) настоящего пункта.
4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на курирующего вице-министра здравоохранения Республики Казахстан.
5. Настоящий приказ вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования.

*Министр здравоохранения  
Республики Казахстан*

*А. Цой*

Приложение к приказу  
Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 10 декабря 2020 года  
№ ҚР ДСМ-244/2020

## **Правила ведения первичной медицинской документации и представления отчетов**

### **Глава 1. Общие положения**

1. Настоящие правила ведения первичной медицинской документации и представления отчетов (далее — Правила) разработаны в соответствии с подпунктом 9)

пункта 2 статьи 115 Кодекса Республики Казахстан от 7 июля 2020 года "О здоровье народа и системе здравоохранения" (далее — Кодекс) и определяют порядок ведения форм первичной медицинской документации и представление отчетов в области здравоохранения.

2. Основные понятия для ведения форм первичной медицинской документации и представления отчетов в области здравоохранения:

- 1) первичные статистические данные – данные, полученные или зарегистрированные в статистических формах;
- 2) предварительный диагноз – заключение лечащего врача о заболеваниях (травмах, патологических процессах), сформированный на основании жалоб, анамнеза, обследования и данных дополнительных и инструментальных исследований;
- 3) первичная медицинская документация – набор документов, предназначенных для записи данных о состоянии здоровья населения;
- 4) отчетная документация – документы, содержащие сведения о результатах деятельности организации за определенный период времени;
- 5) заключительный диагноз – заключение лечащего врача о заболеваниях (травмах, патологических процессах), по поводу которых оказывалась медицинская помощь.

## **Глава 2. Порядок ведения первичной медицинской документации и представления отчетов**

3. Медицинские документы обеспечивают взаимодействие медицинских работников в лечебно-диагностическом процессе.

4. В соответствии с подпунктом 21) пункта 1 статьи 77 Кодекса граждане имеют право на получение в доступной форме информации о состоянии здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, диагнозе и о прогнозе заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи.

5. Медицинская документация:

- 1) своевременно заполняется, содержит сведения о состоянии здоровья пациента и результатах назначенного лечения;
- 2) способствует выявлению факторов, приведших к нарушению стандарта лечения и (или) возникновению рисков для пациента;
- 3) содержит медицинскую терминологию;
- 4) содержит даты и подписи под записями;
- 5) не содержит зачеркиваний и сокращений слов.

6. Медицинская карта стационарного пациента, утвержденная по форме, в соответствии с подпунктом 31) статьи 7 Кодекса является основным медицинским документом медицинской организации, который заполняется на каждого пациента, поступившего в стационар.

7. Медицинская карта стационарного пациента содержит все необходимые сведения, характеризующие состояние пациента в течение всего времени пребывания в стационаре, организацию его лечения, данные объективных и лабораторных исследований и назначений.

8. Данные из медицинской карты стационарного пациента позволяют контролировать правильность организации лечебно-диагностического процесса и используются для предоставления сведений в случаях, в соответствии с пунктом 4 статьи 273 Кодекса.

9. При поступлении пациента в стационар, сотрудники приемного отделения на лицевой части медицинской карты записывают паспортные данные пациента.

10. Информация о группе крови, резус-факторе, непереносимости лекарственных препаратов фиксируется лечащим (принимающим) врачом при первичном осмотре пациента, за исключением тех случаев, когда эти данные получить невозможно. Факт о невозможности получить необходимую информацию оформляется соответствующей записью в медицинской карте стационарного пациента.

11. Клинический диагноз записывается на лицевую сторону медицинской карты стационарного пациента в течение трех рабочих дней с момента поступления пациента в стационар.

12. Заключительный диагноз выставляется при выписке пациента, в развернутом виде в соответствии с Международной классификацией болезней десятого пересмотра (далее – МКБ-10). Заключительный диагноз является обоснованным, соответствует имеющимся в медицинской карте данным, включает все имеющиеся осложнения, с учетом степени выраженности функциональных нарушений и сопутствующих заболеваний, имеющих клиническое значение.

13. В случае применения хирургического вмешательства в отношении пациента, указывается название операции, дата (год, месяц, число и время (час)), метод обезболивания.

14. Запись в медицинскую карту стационарного пациента о выдаче документа, удостоверяющего факт временной нетрудоспособности, осуществляет лечащий врач с указанием номера и серии листа о временной нетрудоспособности, или номера справки о временной нетрудоспособности, с указанием сроков продления.

15. Медицинская карта стационарного пациента врачом приемного отделения (дежурным врачом) заполняется сразу после осмотра пациента, где указываются:

- 1) жалобы пациента в порядке их значимости с детализацией;
- 2) данные анамнеза заболевания с отражением сведений, имеющих отношение к течению настоящего заболевания или влияющих на тактику ведения пациента;
- 3) информация о наличии аллергических реакций, эпидемиологическом анамнезе, предшествующих гемотрансфузиях, перенесенных туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, вирусном гепатите, ВИЧ-инфекции;

4) экспертный анамнез (информация о временной нетрудоспособности за последние двенадцать месяцев, количество дней нетрудоспособности по последнему случаю, наличие группы инвалидности);

5) данные первичного осмотра по всем органам и системам, выявленные патологические изменения описываются детально, с указанием характерных симптомов по авторам;

6) предварительный диагноз и назначается план обследования, лечения (по окончании осмотра пациента).

16. Ведение врачом записей в медицинской карте стационарного пациента, отражающих динамику о состоянии пациента, данных объективного осмотра, лабораторных и других исследований, осуществляется по форме в соответствии с подпунктом 31) статьи 7 Кодекса, не реже трех раз в неделю.

17. Пациентам, находящимся в тяжелом или среднетяжелом состоянии, врачом делаются записи в медицинской карте стационарного пациента ежедневно, а при необходимости, в случаях ухудшения динамики несколько раз в день с указанием времени осмотра пациента. При интенсивном наблюдении записи в медицинской карте стационарного пациента почасовые, в зависимости от степени тяжести пациента. Детям до трех лет записи в медицинскую карту стационарного пациента производятся врачом ежедневно.

18. В день выписки пациента из стационара оформляется выписной эпикриз.

19. Записи о трансфузиях биологических жидкостей, введении наркотических и сильнодействующих препаратов заверяются подписью лечащего врача.

20. Обходы заведующих отделениями оформляются записью в медицинской карте стационарного пациента, отражающей представление о пациенте с формулировкой клинического диагноза, рекомендациями, и подписываются заведующим отделением.

21. При осмотре пациентов профильным специалистом, оформляется запись в медицинской карте стационарного пациента, содержащая дату, время осмотра, специальность, фамилию, имя, отчество (при его наличии) профильного специалиста, описание патологических изменений, диагноз и рекомендации по дальнейшему ведению пациента.

22. Записи консилиумов ведутся с учетом мнения всех членов консилиума. Консилиум проводится по согласованию с лечащим врачом.

23. При поступлении пациента в отделение (палату) интенсивной терапии (реанимации) принимающий врач делает запись о пациенте в медицинскую карту стационарного пациента с указанием диагноза, либо имеющегося симптомокомплекса. В отделении (палате) интенсивной терапии (реанимации) записи в медицинской карте стационарного пациента оформляют дежурные врачи не реже трех раз в сутки. Записи отражают динамику состояния пациента и важнейших показателей жизнедеятельности организма. Лечащий врач профильного отделения ежедневно записывает динамику

состояния пациента в медицинскую карту стационарного пациента, находящегося в отделении (палате) интенсивной терапии (реанимации).

24. Лист назначений (вкладной лист к медицинской карте стационарного пациента), в соответствии с подпунктом 31) статьи 7 Кодекса, является составной частью медицинской карты стационарного пациента, лекарственные средства и процедуры, назначаемые лечащим врачом, исключают двоякое или произвольное толкование, указывается дата их назначения и дата отмены. Медицинская сестра в день назначения удостоверяет назначения врача своей подписью с указанием даты. В случаях, когда для лечения пациента используется лекарственное средство, приобретенное самим пациентом, рядом с записью о назначении делается пометка "лекарственное средство пациента".

25. Вместо листа назначений, в отделении (палате) интенсивной терапии (реанимации) ведется карта основных показателей состояния пациента и назначений в отделении (палате) реанимации и интенсивной терапии (вкладной лист к медицинской карте стационарного пациента), в соответствии с подпунктом 31) статьи 7 Кодекса, где, кроме основных параметров жизнедеятельности, фиксируются все врачебные назначения. При переводе пациента из отделения (палаты) интенсивной терапии (реанимации) оформляется краткий переводной эпикриз. Врач клинического отделения осматривает пациента не позже, чем через час после поступления его из отделения (палаты) интенсивной терапии (реанимации) и записывает краткое клиническое представление о пациенте.

26. Этапный эпикриз, отражающий динамику представлений о пациенте, дальнейшую тактику ведения пациента и прогноз, оформляется врачом один раз в две недели. В этапном эпикризе указывается аналитическая оценка результатов лабораторно-диагностических исследований и уточняется экспертный анамнез (количество дней временной нетрудоспособности по последнему случаю).

27. Записи динамики температуры в медицинской карте стационарного пациента производятся медицинской сестрой два раза в день.

28. Во время дежурства дежурный врач осуществляет динамическое наблюдение за пациентом, констатируя и анализируя все происходящие изменения в состоянии пациента. Обосновывает необходимость проведения манипуляций соответствующей записью в медицинской карте стационарного пациента. В случае изменения ранее намеченной тактики ведения пациента, обосновывает свое решение.

29. По завершении дежурства дежурный врач передает сведения о динамике состояния за прошедший период времени, обращая внимание на непредвиденные обстоятельства и непрогнозируемые моменты в характере течения патологического процесса пациента заведующему отделением (лечащему врачу).

30. При выписке пациента из стационара, оформляется выписной эпикриз, где указываются заключительный клинический диагноз, срок пребывания (в том числе

кратко резюмируются данные о состоянии пациента при поступлении и выписке), проведенные лечебные мероприятия и их эффективность, рекомендации по дальнейшей тактике ведения пациента и рекомендуемому режиму.

31. При выписке пациента из стационара с открытым листом и справкой о временной нетрудоспособности, в выписном эпикризе указывается основание для выписки с открытым листом и справкой о временной нетрудоспособности, дата явки на прием. Когда пациент за время пребывания в стационаре представляется на заседание врачебно-консультативной комиссии (далее – ВКК), указывается дата проведения ВКК и рекомендации.

32. Выписной эпикриз оформляется в печатном (письменном) виде в трех экземплярах: один остается в медицинской карте стационарного пациента, второй передается в организацию первичной медико-санитарной помощи (далее – ПМСП) по месту жительства (наблюдения) пациента и подклеивается в медицинскую карту амбулаторного пациента, третий выдается пациенту.

33. Выписной эпикриз подписывается лечащим врачом и заведующим отделением с расшифровкой подписи. Экземпляры, выдаваемые пациенту и направляемые в организацию ПМСП, заверяются печатью медицинской организации.

34. В случае смерти пациента, в медицинской карте стационарного пациента заполняется посмертный эпикриз.

35. Посмертный эпикриз содержит краткую историю госпитализации, информацию о пациенте: динамику симптомов, характер проведенного лечения и диагностических процедур, причину и обстоятельства наступления летального исхода. Формулируется развернутый клинический диагноз с учетом современных классификаций и требований к формулировке диагноза.

36. Если летальный исход наступил до осмотра лечащим врачом профильного отделения, посмертный эпикриз оформляется врачом приемного отделения или отделения (палаты) интенсивной терапии (реанимации), совместно с врачом (или заведующим) профильного отделения. В этом случае врач, лечивший пациента, оформляет записи в медицинской карте стационарного пациента.

37. Заключительный клинический диагноз формулируется в соответствии с МКБ-10 с указанием основного заболевания (основной причины смерти), осложнений от основного заболевания, сопутствующих заболеваний.

38. После проведения патологоанатомического вскрытия трупа, в медицинскую карту стационарного пациента, не позднее, чем через десять календарных дней, вносится протокол исследования с подробным патологоанатомическим диагнозом и эпикризом (в случае расхождения диагнозов предположительной причиной и степенью расхождения).

39. Медицинская карта стационарного пациента выдается из архива по запросу Фонда социального медицинского страхования (далее – ФСМС) и его филиалов, и в

случаях, предусмотренных пунктом 4 статьи 273 Кодекса. При необходимости, с медицинской карты стационарного пациента и отдельных видов обследования снимаются копии. Для дальнейших консультаций, пациенту выдаются рентгеновские снимки. Медицинская карта стационарного пациента хранится в архиве больницы в течение двадцати пяти лет.

40. В медицинской карте стационарного пациента хирургического профиля, в случаях хирургической патологии, указывается дата и время любого оперативного вмешательства, его объем, вид анестезиологического пособия, время и объем реанимационных мероприятий. Указывается срок от момента начала заболевания (острого хирургического состояния) до поступления в стационар, время между поступлением и производством операции, день развития послеоперационного осложнения, своевременность принятия мер по его устранению, их полнота и адекватность, индивидуальные особенности пациента, возникшие сложности при оперативном вмешательстве.

41. В медицинской карте стационарного пациента хирургического профиля содержатся сведения о наличии информированного согласия пациента на операцию, с разъяснением необходимости оперативного вмешательства, характера планируемой операции, возможных, часто встречающихся осложнений.

42. В предоперационном эпикризе обосновывается необходимость планового и экстренного оперативного вмешательства, указываются диагноз по основному и сопутствующим заболеваниям, степень выраженности функциональных нарушений, абсолютные или относительные противопоказания к операции, адекватность предоперационной подготовки, план операции, степень риска оперативного вмешательства.

43. Осмотр анестезиолога и протокол анестезии являются обязательными записями в медицинской карте стационарного пациента для всех видов обезболивания, кроме местной анестезии.

44. В записи указываются данные, которые существенно влияют на анестезиологическую тактику:

- 1) особенности анамнеза;
- 2) сопутствующие заболевания;
- 3) лекарственные средства, которые принимал пациент;
- 4) вредные привычки (потребление табачных изделий, в том числе изделий с нагреваемым табаком, табака для кальяна, кальянной смеси, систем для нагрева табака, электронных систем потребления и жидкостей для них, алкоголя);
- 5) прием наркотических средств и психотропных веществ;
- 6) осложнения предыдущих анестезий;
- 7) наличие гемотрансфузий.

45. Указываются отклонения объективного и субъективного обследования, отмечаются артериальное давление, пульс, особенности в данных лабораторных и инструментальных обследований, характер предстоящей операции, предоперационная подготовка.

46. Динамика наблюдения за пациентом ведется в протоколе операции, ежедневно в течение первых трех календарных дней с момента операции, затем через день при положительном течении послеоперационного периода. В записях указываются все манипуляции, проводимые с пациентом (удаление дренажей, трубок, перевязки) состояние пациента, динамику симптомов, основные параметры жизнедеятельности, состояние послеоперационной раны.

47. В выписном эпикризе указывается диагноз заболевания, дата и вид проведенного оперативного вмешательства, особенности послеоперационного течения (сроки удаления дренажей, снятия швов, характер заживления раны), эффективность проведенного лечения. В выписном эпикризе указываются рекомендации по дальнейшему лечению и прогноз заболевания.

48. Особенности ведения медицинской карты стационарного пациента в организациях родовспоможения:

1) медицинская карта стационарного пациента является основным медицинским документом организации родовспоможения, который заполняется на каждую поступившую беременную, роженицу или родильницу;

2) в медицинской карте стационарного пациента указывается характер течения родов, а также все диагностические и лечебные мероприятия. Медицинская карта стационарного пациента содержит информацию о течении родов;

3) за ведение медицинской карты стационарного пациента отвечает дежурный и (или) лечащий врач;

4) консультации заведующего отделением и заключение консилиумов фиксируются в медицинской карте стационарного пациента;

5) каждая операция вписывается в медицинскую карту стационарного пациента, с указанием показаний к операции, последовательности ее производства, лиц, проводивших операцию, ассистентов, операционной сестры, анестезиологов;

6) при выписке беременной, родильницы и ее ребенка медицинская карта стационарного пациента подписывается лечащим врачом, заведующим отделением и, после анализа главным врачом (заместителем главного врача), передается на хранение в архив организации родовспоможения;

7) медицинская карта стационарного пациента выдается сотрудникам организации родовспоможения (родильного отделения медицинской организации) для составления статистических отчетов.

49. Медицинская карта амбулаторного пациента является основным первичным медицинским документом пациента, получающего лечение в амбулаторных условиях,



или на дому, и заполняется при каждом обращении за медицинской помощью в медицинскую организацию.

50. Оформление титульного листа медицинской карты амбулаторного пациента осуществляется в регистратуре медицинской организации.

51. Лечащий врач в медицинской карте амбулаторного пациента:

1) указывает дату обращения (в экстренных случаях - время обращения);

2) указывает жалобы пациента;

3) указывает анамнез заболевания;

4) указывает объективные данные;

5) формулирует диагноз заболевания по МКБ-10, наличие, степень тяжести осложнений, степень функциональных нарушений;

6) назначает необходимые обследования и консультации;

7) указывает лечебно-оздоровительные мероприятия;

8) отражает динамику заболевания, эффективность проводимого лечения (при повторных посещениях);

9) оформляет лист уточненных диагнозов и о временной нетрудоспособности.

52. В диагнозе указываются проявления заболевания, обуславливающие временную нетрудоспособность, делается запись о временной нетрудоспособности пациента, определяются ее сроки с учетом индивидуальных особенностей течения заболевания, запись о выдаче листа и справки о временной нетрудоспособности с указанием серии, номера и даты очередного посещения врача. При последующих осмотрах указывается динамика заболевания, эффективность проводимого лечения и обосновывается продление или закрытие листа и справки о временной нетрудоспособности, направление на ВКК, госпитализацию.

53. Особенности ведения медицинской документации пациента, находящегося на лечении в стационарозамещающих условиях и на дому:

1) на пациента, получающего лечение в стационарозамещающих условиях или в стационаре на дому, заполняется медицинская карта стационарного пациента с маркировкой "дневной стационар" или "стационар на дому";

2) в медицинской карте стационарного пациента указываются данные о состоянии пациента, диагностических исследованиях, а также сведения о проведенном лечении и его результатах. Записи в медицинской карте стационарного пациента оформляются ежедневно.

3) пролеченному пациенту выдается выписной эпикриз о проведенном лечении и рекомендациях.

54. Субъекты здравоохранения представляют отчеты в сроки, установленные уполномоченным органом в области здравоохранения.

