

Порядок ведения медицинских записей, отчетов и их хранение.

Ведение записей

- При поступлении ребёнка врач или дежурная медсестра проводят осмотр, заполняют медицинскую карту получателя социальных услуг, форма № 026/у. В неё вносят титульный лист на основании документов (свидетельство о рождении, полис, справка МСЭ и т.п.). В карте фиксируют диагнозы (основной и сопутствующие), план наблюдения и лечения, результаты осмотров (например, на педикулёз), антропометрические данные.
- Ежедневные записи о состоянии здоровья делают в период пребывания в центре.
- Листы врачебных назначений временно хранят на посту дежурной медсестры, а после завершения курса лечения подклеивают в календарном порядке в конец медицинской карты. Нумерация записей в журналах начинается ежегодно с единицы. Страницы журналов с учётными данными (о поступивших, медикаментах, справках) пронумеровывают, прошнуровывают и скрепляют печатью.
- Для специализированных задач могут использоваться утверждённые формы (например, форма № 030/у-Д/с для диспансеризации детей-сирот в стационарных учреждениях — Приказ Минздрава России № 212н).

Отчётность

- По итогам периодов (месяц, квартал, год) составляют отчёты. Например, по результатам диспансеризации — форму № 030/о-Д/с. Её заполняют не позднее чем через 15 рабочих дней после завершения календарного года. Отчёт утверждают руководитель и заверяют печатью учреждения.
- Также центр формировать внутренние отчёты по отдельным направлениям: по эффективности реабилитационных мероприятий, по динамике состояния здоровья воспитанников.

Хранение

- Медицинские карты хранят в архиве учреждения. Срок хранения — 25 лет.
- Журналы (например, журнал приёма воспитанников) обычно хранят 5 лет.
- Бумажные документы размещают в запирающихся шкафах.
- Периодически проводят инвентаризацию личных дел воспитанников с составлением актов.

Несколько важных принципов

- Конфиденциальность. Доступ к медицинской документации имеют только уполномоченные сотрудники центра.
- Полнота и достоверность. Записи должны чётко отражать реальную картину: диагноз, план, динамику, все проведённые манипуляции и результаты обследований.
- Соблюдение сроков. Важно не только правильно вести записи, но и вовремя передавать документы в архив, а также сдавать отчётность в установленные сроки.