

Методические рекомендации
для студента к освоению темы «Медицинская документация»
4 курс 2 поток
Количество часов - 2

Цель занятия: выработка навыка оформления медицинской документации (письменная речь), выработка навыка ведения профессионального диалога (устная речь).

Основные вопросы темы:

1. Понятие об истории болезни как медицинском документе.
2. Схема истории болезни:
 - общие сведения (паспортная часть);
 - жалобы больного;
 - история настоящего заболевания;
 - история жизни больного;
 - настоящее состояние;
 - местное состояние;
 - данные лабораторных исследований;
 - обоснование диагноза;
 - план обследования;
 - лечение;
 - дневник.

Практические знания и навыки:

1. Запомните схему истории болезни.
2. Сформулируйте вопросы пациенту по разделам истории болезни.
3. Оформите историю болезни.

Основные категории и понятия:

Документ, документация, паспортные данные, анамнез, диагноз, койко-день, прогноз болезни, эпикриз.

Задание 1. Проверьте, правильно ли вы понимаете значения следующих слов и словосочетаний:

ДОКУМЕНТ – деловая бумага, подтверждающая какой-нибудь факт или право на что-нибудь.

ДОКУМЕНТАЦИЯ – совокупность документов, обслуживающих ту или иную сферу человеческой деятельности, например: «медицинская документация», «банковская документация».

ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ – главные сведения о человеке, больном: ФИО, дата и место рождения, место проживания, семейное положение, номер и серия паспорта.

АНАМНЕЗ - совокупность сведений, полученных при беседе (опросе) с больным или людьми, знающими его.

ДИАГНОЗ – медицинское заключение о состоянии здоровья, причине смерти.

КОЙКО-ДЕНЬ – календарный день, проведенный больным в лечебном учреждении.

ПРОГНОЗ (БОЛЕЗНИ) – научно обоснованное предвидение дальнейшего течения заболевания.

ЭПИКРИЗ – суждение о диагнозе, этиологии и лечении болезни после окончания лечения или на его этапе (этапный эпикриз), фиксированное медицинском документе.

Задание 2. Обратите внимание на устойчивые словосочетания (речевые клише), используемые в данной сфере профессионального общения:

излагать – изложить (жалобы больного, результаты наблюдений).

обосновывать – обосновать (клинический диагноз);

детализировать (жалобы, информацию);

выписывать – выписать (с выздоровлением, с улучшением, с ухудшением);

доставлять – доставить (по экстренным показаниям, в плановом порядке), госпитализировать;

ставить – поставить (дату и подпись).

Задание 3. Ознакомьтесь с информацией текста и схемой истории болезни. Будьте готовы ответить на вопросы.

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

История болезни является основной формой медицинской документации. Это важный медицинский, научный, юридический документ, правильное оформление которого относится к числу обязательных составляющих профессиональной компетенции каждого врача.

История болезни – это учетно-оперативный документ, составляемый на каждого больного в стационаре лечебно-профилактического учреждения, предназначенный для регистрации сведений о диагнозе, течении и исходе заболевания, а также о лечебно-профилактических мероприятиях, проведенных за время пребывания больного в стационаре. Оформление истории болезни должно быть четким, грамотным, логичным. Поэтому для достижения этой цели будущий врач должен: а) усвоить схему истории болезни; б) уметь вести профессиональный диалог с больным (т.е. расспросить больного о его заболевании, прежней жизни и т.д.); в) отразить

полученные сведения в письменной форме, используя специальную лексику и терминологию.

История болезни имеет свою схему.

1. Общие сведения (паспортная часть).

Фамилия, имя, отчество. Пол. Образование. Место жительства. Профессия, должность. Кем и когда направлен больной на стационарное лечение. Даты, время поступления и выписки. Диагнозы направившего лечебного учреждения и при поступлении. Сопутствующие заболевания.

Клинический диагноз: основное заболевание, осложнения основного заболевания. Операция (название, время и дата операции, вид обезболивания).

2. Жалобы больного

Жалобы составляются по всем органам и систем на день первичного осмотра больного. Следует выделить основные и второстепенные жалобы (это деление условно).

Необходимо указать время и место возникновения того или иного болезненного ощущения. Каждая жалоба максимально детализируется по характеру, силе, условиях появления или исчезновения, связи с другими моментами.

3. История настоящего заболевания.

При сборе анамнеза заболевания выясняется время первых проявлений болезни. В хронологическом порядке излагаются особенности течения заболевания, появления новых симптомов. Выявляются предполагаемые больным причины заболевания, влияние на него условий труда и быта. Следует указать, какое проводилось лечение в различных лечебных учреждениях и его эффективность, собрать сведения о предшествующих диагнозах, результатах лабораторно-инструментальных исследований. В процессе опроса необходимо обратить внимание на сезонность заболевания, влияния погоды, климата, физических факторов (охлаждение, перегревание) и нагрузок на его течение; значение отрицательных эмоций, простудных заболеваний, пищевых факторов, алкоголя, курения, контакта с животными на возникновение и течение заболевания.

4. История жизни больного.

Кратко приводятся биографические сведения из жизни больного, место рождения, социальное происхождение, развитие и состояние здоровья в раннем возрасте, материальная обеспеченность семьи. Начало учебы, начало самостоятельной трудовой деятельности.

Выясняются условия жизни в различные периоды: материальная обеспеченность, условия жизни, питания, использование отдыха, привычные интоксикации (курение, алкоголь), прием наркотиков. Перенесенные болезни, включая травмы, операции, ранения, контузии. При этом указываются тяжесть и продолжительность течения болезни, осложнения, лечебные мероприятия. Контакт с больными туберкулезом и инфекционными заболеваниями.

Время полового созревания. У женщин – начало менструального цикла и их характер. Время вступления в брак. Количество беременностей, число выкидышей, абортов, нормальных родов. Акушерские патологии. Количество и здоровье детей, причины смерти, если умерли. Здоровье жены, мужа. Климакс у мужчин и женщин.

Аллергологический анамнез предусматривает выяснение аллергии у самого больного и в его семье (у родителей, сестер и братьев, детей больного), реакция на введение вакцин и сывороток, медикаментов. Гемотрансфузии и осложнения после их проведения.

Наследственность. Состояние здоровья или причины смерти близких родственников больного. Обращается особое внимание на венерические заболевания, болезни обмена и крови, злокачественные опухоли, эндокринные и нервно-психические заболевания.

5. Настоящее состояние.

6. Местное состояние.

7. Данные лабораторных, инструментальных исследований.

8. Обоснование диагноза.

На основании синтеза всех клинических данных, полученных при исследовании больного, производится обоснование установленного клинического диагноза.

В клиническом диагнозе указываются:

а) основное заболевание;

б) осложнения основного заболевания;

в) сопутствующие заболевания.

9. План обследования больного.

10. Лечение с обоснованием и пояснением механизма действия лекарственных препаратов и других применяемых методов лечения, включая оперативное.

11. Дневник.

В дневнике ведется ежедневная краткая информация обо всех изменениях, отражающих динамику течения болезни и лечения:

а) прошедшие за истекшие сутки изменения в субъективном и объективном статусе больного;

б) результаты проведенных в этот день лабораторно-инструментальных исследований, а также данные консультаций больного с другими специалистами;

в) сделанные больному новые назначения и изменения в прежних назначениях.

12. Прогноз.

13. Эпикриз.

Ответьте на вопросы:

1. Чем является история болезни?

2. Где составляется и что отражает этот медицинский документ?
3. Каковы основные требования, предъявляемые к его оформлению?
4. Каковы основные составляющие паспортной части истории болезни?
5. Как составляются жалобы больного, на какие группы они делятся?
6. В каком порядке излагаются особенности течения заболевания?
7. Каковы основные пункты раздела «История болезни»?
8. Каковы основные определения оценки тяжести состояния больного в разделе «Настоящее состояние», какие системы и органы подлежат обязательному осмотру и описанию в этом разделе?
9. На основании каких данных обследования больного проводится обоснование диагноза? Что указывается в диагнозе?
10. Какую информацию отражает дневник?

Задание 4. На основании информации текста (В.Н. Дьякова «Диалог врача с больным. Пособие по развитию речи для иностранных студентов-медиков», с. 99-100) заполните соответствующие разделы истории болезни.

Задание 5. Сформулируйте по данному плану варианты вопросов больному:

- время начала заболевания;
- начало самого заболевания (первые признаки заболевания);
- причины заболевания;
- перенесенные ранее заболевания в детском, юношеском или зрелом возрасте;
- наследственность (заболевания родственников).

Задание 6. Дополните диалог (В.Н. Дьякова «Диалог врача с больным. Пособие по развитию речи для иностранных студентов-медиков», с. 167). Предположительные ответы больного оформите в истории болезни (раздел «Жалобы больного»).

Литература: В.Н. Дьякова Диалог врача с больным. Пособие по развитию речи для иностранных студентов-медиков. – СПб: Златоуст, 2015.- 229 стр.