



**ORDIN
ПРИКАЗ**

03 august 2009

mun. Chișinău

Nr. 265

**Privind Instrucțiunea cu privire la completarea
Fișei medicale a bolnavului de staționar (F 003/e)**

În conformitate cu prevederile Legii ocrotirii sănătății nr.411 din 28 martie 1995, în scopul ameliorării calității asistenței medicale acordate și calității documentației medicale completate în cadrul instituțiilor medico-sanitare spitalicești, asigurării corectitudinii și plenitudinii descrierii îngrijirilor medicale efectuate la toate etapele actului medical, precum și în temeiul Regulamentului privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 326 din 21 martie 2007,

ORDON :

1. Se aprobă Instrucțiunea cu privire la completarea Fișei medicale a bolnavului de staționar (F 003/e), conform anexei.

2. Directorilor Direcției Sănătății a Consiliului municipal Chișinău, Direcției Sănătății și Protecției Sociale UTA Găgăuzia, șefului Secției Sănătate a Primăriei mun. Bălți, Directorilor IMSP Spitale raionale, conducătorilor instituțiilor spitalicești republicane și departamentale a organiza implementarea Instrucțiunii aprobate prin prezentul ordin și a monitoriza corectitudinea completării Fișei medicale a bolnavului de staționar.

3. Consiliul Național de Evaluare și Acreditare (dna Maria Bolocan) va evalua Fișele medicale a bolnavilor de staționar în cadrul evaluării și acreditării instituțiilor medico-sanitare.

4. Centrul Medicină Legală (dl Andrei Pădure) va evalua Fișele medicale a bolnavilor de staționar în cadrul expertizei medico-legale în vederea aprecierii calității asistenței medicale acordate.

5. A recomanda Companiei Naționale de Asigurări în Medicină (dl Gheorghe Rusu) de a evalua Fișele medicale a bolnavilor de staționar în cadrul controalelor efectuate în instituțiile medico-sanitare spitalicești, contractate în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală.

6. Direcția servicii medicale individuale și Centrul Național de Management în Sănătate vor acorda suportul consultativ metodic necesar.

Controlul executării prezentului ordin se atribuie dlui Mircea Buga, viceministrul sănătății.

Ministru

Larisa CATRINICI

Instrucțiune cu privire la completarea Fișei medicale a bolnavului de staționar (F 003/e)

I. Dispoziții generale

1. Instrucțiunea cu privire la completarea Fișei medicale a bolnavului de staționar (F 003/e) reglementează modul de perfectare a fișei medicale a bolnavului de staționar și este elaborată în baza indicațiilor metodice „Cerințe înaintate față de perfectarea fișei medicale a bolnavului de staționar (formular 003/e)”, întocmite în cadrul catedrei Medicină legală a USMF „Nicolae Testemițanu”, avînd scopul asigurării 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.

2. Fișa medicală a bolnavului de staționar (în continuare Fișa medicală) 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.

3. Fișa medicală este un document oficial și are o diversă semnificație: clinică, epidemiologică, instructiv-educativă, judiciară, medico-legală, administrativă, științifică etc. și reprezintă o bază informativă pentru cercetări investigative, curative și de recuperare, întreprinse și după externarea pacientului din staționar.

4. Fișa medicală servește, la necesitate, 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.

În cazul cînd informația cuprinsă în Fișa medicală este succintă și nu reflectă pe deplin volumul asistenței acordate, personalul medical cît și expertiza medico-legală nu poate argumenta corectitudinea și plenitudinea îngrijirilor medicale. Fișa medicală perfectată corect, cuprinzînd toate etapele actului medical, poate proteja medicul de o acuzare neîntemeiată ce ține de activitatea sa.

5. 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, informațiilor cu privire la evoluția și dinamica în timp a procesului patologic, tuturor acțiunilor curative întreprinse în vederea ameliorării stării pacientului, asigurarea continuității procesului curativ.

6. Înscrierile în fișa medicală se efectuează citeț. Informațiile incluse în fișă trebuie să fie veridice, să reflecte real și deplin caracterul modificărilor constatate la examenele clinice și paraclinice ale pacientului.

Nu se admit corecții, 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 expresia „normă”; includerea informațiilor contradictorii (ex.: plagă pe mîna dreaptă/stîngă, semne meningiene pozitive/negative, plagă contuză/tăiată).

Se admit doar abrevierile recunoscute în medicină.

II. Ordinea și cerințele înaintate față de completarea fișei bolnavului de staționar pe compartimentele ei

1) Completarea foii de titlu a fișei

7. Foaia de titlu se completează în secția de internare a spitalului și cuprinde informații generale referitoare la instituția medico-sanitară (denumire, secție), data și ora internării/externării (sau decesului), datele de identificare și locul de muncă al pacientului, grupa de sânge, intoleranța față de unele preparate medicamentoase, de cine este trimis pentru internare ș.a.

8. Diagnosticul instituției care a trimis pacientul în staționar se fixează din documentele de însoțire.

9. Diagnosticul la internare este întocmit în baza informațiilor obținute în urma examinării clinice primare a pacientului, cât și în baza rezultatelor cercetărilor complementare primare.

10. Diagnosticul clinic se stabilește doar după examinarea deplină a pacientului, pe parcursul primelor 72 ore de la internare. În mod obligator se fixează data stabilirii diagnosticului clinic.

11. Diagnosticul clinic definitiv se fixează la momentul externării pacientului și cuprinde: maladia (trauma) de bază, complicațiile maladiei (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 a 10-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 (anamneza, acuze) în lipsa celor obiective, nu este considerat argumentat.

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

2) Descrierea examenului clinic la internare

12. Pacientul internat în mod programat se examinează 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.

13. Starea subiectivă și obiectivă a pacientului la internare se fixează în fișa medicală în momentul examinării lui primare.

Acuzele se fixează din spusele pacientului sau rudelor acestuia și rezultă din starea somatică a bolnavului. Se indică toate acuzele prezentate de pacient și nu doar cele ce țin de profilul medicului sau secției/instituției, respectându-se principiul sindromal.

Anamneza bolii și vieții se indică în mod succint, trecând toate momentele importante pentru elaborarea strategiei (tacticii) de diagnosticare și tratament.

În anamneza bolii se reflectă 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.

În anamneza vieții în mod neapărat se reflectă condițiile de viață și muncă, antecedente patologice personale (maladii: tuberculoza, hepatita virală, bolile venerice, SIDA etc. și manipulații: intervențiile chirurgicale, hemotransfuziile ș.a. suportate), antecedente eredocolaterale, precum și deprinderile nocive (fumat, etilism 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 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 obligator vizată și prin semnătura medicului ce a cules anamneza.

14. 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, sistemului osteo-articular și muscular.

Ulterior se indică indicatorii activității sistemelor respirator (forma cutiei toracice, rezultatele percuției toracelui, tipul și frecvența respirației, prezența sau absența ralurilor), cardiovascular (localizarea șocului apexian, limitele 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 (dereglări de urinare, simptomul de tapotament, starea rinichilor la palpare ș.a.).

Starea obiectivă pe sisteme de organe va cuprinde rezultatele inspecției, palpării, percuției și auscultației. În funcție de profilul secției sau instituției se mai cercetează sistemul hematopoetic, endocrin și nervos etc. Modificările patologice constatate la examinarea pacientului se descriu în mod detaliat, indicându-se și denumirea lor după autor.

15. Modificările locale (*status localis*) este un compartiment obligator al fișei medicale și prevede descrierea detaliată a tuturor leziunilor constatate pe corpul pacientului.

Pentru calificarea medico-legală ulterioară a vătămării corporale și soluționarea întrebărilor ridicate de către organul de urmărire penală, leziunile se indică în fișă respectându-se în mod obligator schema standardizată de descriere a acestora.

Descrierea leziunilor externe prevede indicarea obligatorie a următoarelor caracteristici: *localizarea exactă* a leziunii (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 ș.a.) 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 a se indica *distanța de la plante* pînă la porțiunea inferioară a leziunii.

Întru identificarea 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 a unei leziuni produse prin armă de foc și diferențierii lui de cel de ieșire, cît și întru stabilirea distanței de tragere, obligator se cercetează și se fixează forma leziunii (rotundă, ovală, fisurată, stelată etc.), dimensiunile, caracterul (regulate, neregulate) și orientarea (în interior, 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 pîrlirii 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.).

Respectarea schemei în descrierea leziunilor va permite organelor judiciare să stabilească prin intermediul expertizei medico-legale circumstanțe (vitalitatea și vechimea traumei, mecanismele de formare a leziunilor, tipul agentului vulnerant etc.) importante pentru corecta și deplina desfășurare a urmăririi penale, iar medicului clinician să argumenteze diagnosticul clinic.

Cerințele generale înaintate față de descrierea modificărilor locale sunt comune pentru toate specialitățile medicale, cu unele particularități în descriere în unele specialități, cum sunt spre exemplu, oftalmologia, ORL ș.a.

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

17. Informarea pacientului despre regulamentul intern al secției (instituției) și despre metodele și mijloacele de diagnosticare și tratament se consemnează în scris.

18. *Consimțămîntul pacientului* este necesar pentru orice prestație medicală propusă (profilactică, diagnostică, terapeutică, recuperatorie).

Consimțămîntul pacientului la intervenția medicală se perfectează prin înscrierea în fișa medicală a acestuia, cu semnarea obligatorie de către pacient sau reprezentantul său legal (ruda apropiată) și medicul curant (sau a completului în componența echipei de gardă, în cazuri excepționale prin semnătura conducerii unității medico-sanitare).

Dacă pacientul are mai puțin de 16 ani, consimțămîntul este dat de reprezentantul său legal. Pentru intervențiile medicale cu risc sporit (caracter invaziv sau chirurgical), se perfectează obligatoriu în formă scrisă *acordul informat*.

Acordul informat trebuie să conțină în mod obligatoriu informația, expusă într-o formă accesibilă pentru pacient, cu privire la 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 (ruda apropiată) are dreptul de a renunța la intervenția medicală sau de a cere încetarea ei la orice etapă, cu excepția cazurilor prevăzute de art.6 din „Legea 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 (de ruda 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 (ruda apropiată), precum și de către medicul curant (sau a completului în componența echipei 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 (ruda apropiată), când o atare asistență este necesară pentru salvarea vieții pacientului, organele de tutelă și curatelă au dreptul, la solicitarea organizațiilor medicale, de a se adresa în instanța judecătorească pentru protecția intereselor persoanei bolnave.

În cazul unei intervenții medicale de urgență, necesare pentru a salva viața pacientului, când acesta nu-și poate exprima voința, iar consimțământul reprezentantului său legal (al rudei apropiate) nu poate fi obținut la timp, personalul medical are dreptul de a lua decizia respectivă în interesele pacientului.

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

3) Descrierea intervenției chirurgicale

20. În cazul internării pacienților în secțiile de profil chirurgical și apariției necesității intervenției chirurgicale se va ține cont de următoarele particularități. 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 contraindicațiile intervenției, gradul de pregătire a pacientului pentru operație, planul și riscurile intervenției chirurgicale.

21. 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 anestezistului 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 ș.a.), rezultatele examenului clinic, devierile indicilor paraclinici (de laborator și instrumentali), măsurile de pregătire preoperatorie în funcție de caracterul intervenției chirurgicale.

Toate aceste măsuri și informații vor determina și argumenta tactica anesteziei. Planul anesteziei va cuprinde indicarea următoarelor informații obligatorii: tipul anesteziei, preparatele medicamentoase (și dozarea lor) folosite în scop de premedicație, inducere și menținere a anesteziei, manipulațiile efectuate, metodele aplicate și riscul anestezic al operației.

Calcularea riscului anestezic al intervenției chirurgicale se recomandă după protocolul ASA (societatea americană de anestezie).

Procesul-verbal al anesteziei va reflecta: starea clinică a pacientului (TA, Ps, FR) imediat pînă la administrarea anesteziei, tipul anesteziei, poziția pacientului pe masa de operație, manipulațiile întreprinse (intubare, cateterizarea venei centrale ș.a.), inducerea și menținerea anesteziei, metodicele folosite, rezultatele monitorizării intraoperatorii a pacientului (TA, Ps, FR, volumul hemoragiei, diureza etc.), particularitățile și complicațiile anesteziei, măsurile curative întreprinse pentru înlăturarea lor.

22. *Procesul-verbal al intervenției chirurgicale* va începe cu: data și ora efectuării (începerii și finisării) operației, numele membrilor echipei operatorii, denumirea operației, tipul anesteziei, descrierea propriu-zisă a intervenției chirurgicale.

În descrierea operației se va indica: măsurile antiseptice; particularitățile abordului și țesuturilor secționate; conținutul cavităților anatomice (sînge, puroi, fibrină etc.), caracterul (culoarea, starea de agregare ș.a.) și volumul (ml) lui; caracterul morfologic al leziunilor (tipul (hemoragie, ruptură, 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 ș.a.), specificîndu-se inclusiv tipul materialului de sutură, instrumentele specifice folosite, metoda după autor și alte momente importante pentru reflectarea plenitudinii și corectitudinii acțiunilor medicale.

Nu se admite înlocuirea descrierilor detaliate a modificărilor constatate intraoperator prin concluzii, fraze generale, diagnostice (ex.: sînge vechi/modificat, hematom subacut/cronic, testicul devitalizat).

Descrierea piesei operatorii va finaliza protocolul intervenției chirurgicale, specificîndu-se numaidecît expedierea ei pentru cercetare morfopatologică.

La finele intervenției chirurgicale se face evidența numărului instrumentelor și tampoanelor folosite, rezultatele indicîndu-se prin intermediul inscripției corespunzătoare.

Procesul-verbal finisează cu diagnosticul postoperatoriu în care se menționează toate modificările patologice constatate cu ocazia intervenției chirurgicale.

Diagnosticul postoperatoriu urmează să-l completeze pe cel clinic definitiv. *Procesul-verbal* este semnat în mod obligator de toți membrii echipei operatorii.

Intervențiile chirurgicale sub protecția anesteziei locale cu Novocaină se efectuează numai după executarea probei individuale de sensibilitate la acest anesthetic, rezultatele probei fixându-se în mod obligator în fișă (p.21 al fișei – mențiuni speciale).

Justificarea necesității de înlăturare a organelor interne (sau unor porțiuni de corp) poate avea loc doar prin detalierea în procesul-verbal a leziunilor (modificărilor) constatate în cadrul intervenției chirurgicale și confirmate prin examenul morfopatologic. De aceea, piesele anatomice înlăturate se vor îndrepta în mod obligator pentru examenul morfopatologic, rezultatele cărora se vor anexa în 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.

4) Descrierea supravegherii în dinamică a pacientului

23. Zilnicele trebuie să reflecte pe deplin particularitățile de evoluție 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.).

Înscrierile încep în mod obligator cu fixarea datei vizitei. Pacienții aflați în stare generală satisfăcătoare, relativ-satisfăcătoare și internați pentru o durată lungă de tratament (psihiatrie, fizioterapie) se vizitează de cel puțin 3 ori pe săptămână, cei în stare medie – în fiecare zi, iar cei apreciați drept gravi sau foarte gravi – de câteva ori pe zi, în zilnice menționându-se numai decît și ora vizitării.

Pacienții aflați în stări critice se vor monitoriza practic în continuu, înscrierile fiind trecute peste fiecare 15-30 minute.

Nu se admite prescurtarea zilnicelor și mai ales omiterea stării obiective a pacienților, modificărilor evolutive locale și speciale (starea neurologică ș.a.).

Se admite fixarea în zilnice a recomandărilor diagnostice și a modificărilor la tratament.

Pacienții tratați chirurgical sunt monitorizați zilnic (cu inscripțiile respective) în primele trei zile după intervenție, iar după acest termen vor fi examinați zilnic sau în condiția evoluției pozitive a bolii – peste o zi, făcîndu-se inscripțiile corespunzătoare în fișa de observație.

Șeful de secție examinează pacienții internați programat în decursul primelor 3 zile, dar pînă 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.

Vizitele șefilor de secție se realizează cel puțin o dată pe săptămână, în funcție de gravitatea pacientului. În fișa medicală se fixează rezultatele acestei vizite, a examenelor clinice, diagnosticul clinic, recomandările și completările la tratament, urmate de semnătura șefului de secție.

Monitorizarea detaliată a indicilor vitali și 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 indicîndu-se în fișa medicală de staționar.

Medicul curant al secției de profil vizitează pacientul aflat în secția de terapie intensivă zilnic, fixînd rezultatele examinării în fișă.

Consiliile medicale sunt convocate pentru consultarea unui caz mai deosebit de către mai mulți specialiști concomitent. Rezultatele consultației sunt fixate în fișa medicală în mod detaliat și deplin, ținîndu-se cont de părerea tuturor specialiștilor implicați.

În mod obligator 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 obligator. În cazul apariției unor impedimente în executarea recomandărilor, acest fapt va fi adus neapărat la cunoștința președintelui consiliului medical.

24. În cazul transferării pacientului în altă secție se întocmește epicriza de transfer, care cuprinde informații referitoare la starea somatică a pacientului la momentul transferului, tratamentul și măsurile diagnostic-curative efectuate, evoluția în dinamică a procesului patologic (traumei) și motivele transferului.

În secția primitoare, pacientul în stare satisfăcătoare este examinat pe parcursul primei ore, iar cel aflat în stare medie sau gravă – imediat după transferare.

25. Rezultatele tuturor cercetărilor complementare (instrumentale și de laborator) se vor atașa la fișa medicală respectîndu-se consecutivitatea în timp a investigațiilor.

5) Descrierea manipulațiilor

26. Confirmarea administrării substanțelor narcotice și psihotrope este efectuată de către asistenta medicală care a efectuat procedurile corespunzătoare.

Administrarea acestor substanțe are loc în prezența medicului curant (de gardă), care semnează de rînd cu asistenta medicală, confirmîndu-se astfel realizarea procedurii.

27. Transfuziile de sînge (masă eritocitară) sunt realizate de către asistenta medicală, sub supravegherea medicului curant, doar după efectuarea probelor de compatibilitate, rezultatele cărora sunt fixate în mod neapărat în fișă. Totodată, asistenta înregistrează și datele de identificare (grupa de sînge, data prelevării, termenul de valabilitate ș.a.) a materialului biologic transfuzat.

28. Remediile terapeutice prescrise pacientului sunt fixate de către medicul curant în foaia de indicații într-un mod citet, excluzîndu-se ambiguitățile. Suplimentar se indică data prescrierii și anulării medicamentului. Asistenta medicală urmează cu strictețe indicațiile medicului și confirmă administrarea preparatului prin semnătura proprie.

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

30. În cazul încetării activității sistemelor de organe de importanță vitală și instalării morții clinice, în fișa medicală se indică obligator data și ora exactă, măsurile de resuscitare întreprinse și efectul lor, semnele morții clinice (absența activității SNC (areflexia, EEG la izolinie), SCV (absența pulsului pe artera carotidă, tensiunii arteriale, ECG la izolinie) și SP (absența mișcărilor respiratorii și murmurului vezicular)). Neapărat se fixează durata resuscitării, iar în cazul eșecului ei

– ora instalării morții biologice și apariției semnelor ei (modificările cadaverice, precum lividitățile cadaverice, rigiditatea cadaverică, deshidratarea, scăderea temperaturii corpului). În cazul provocării unor eventuale leziuni postreanimatorii (fracturi costale, leziuni după intubare etc.), acestea se consemnează în fișa medicală.

Traseul electrocardiografic și electroencefalografic (în cazul existenței posibilității aplicării acestei metode) la izolinie se lipește în fișa medicală în dreptul altor semne de moarte clinică.

6) *Întocmirea epicrizei de externare*

31. La externarea pacientului, medicul curant întocmește epicriza de externare, care conține o succintă trecere în revistă a cauzelor internării, rezultatelor cercetărilor clinice și paraclinice, diagnosticul clinic definitiv, măsurile diagnostic-curative întreprinse, evoluția tabloului clinic și recomandările adresate pacientului.

Informația din epicriza de externare se va fixa și în trimiterea-extras (formularul statistic nr.027/e) ce se eliberează pacientului pentru a se prezenta medicului de familie și a se lipi 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 ștampila dreptunghiulară și triunghiulară a instituției medico-sanitare.

32. În cazul decesului pacientului, la finele fișei medicale se completează 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 celei medico-legale, în fișă se fixează diagnosticul morfologic și epicriza postumă.

33. La externare partea verso a foii de titlu a Fișei medicale se completează cu menționarea, conform cerințelor, la punctele 16, 17, 18,19, 20, 21 a datelor cu privire la eliberarea certificatului de concediu medical, evoluția bolii, capacitatea de muncă alte mențiuni speciale.

III. Dispoziții finale

34. Fișa medicală se păstrează în arhiva instituției medico-sanitare timp de 25 ani.

După expirarea acestui termen administrația instituției ia decizie despre necesitatea păstrării sau nimicirii fișei.

35. Fișa medicală poate fi eliberată din arhivă la solicitarea organului de urmărire penală sau instanței de judecată doar cu acordul administrației. După efectuarea acțiunilor judiciare (expertiza medico-legală), fișa urmează să fie neapărat returnată arhivei.