**Текст лекции по теме занятия №1 Организация и структура акушерской помощи. Инфекционный контроль в акушерстве.**

**Изучаемые вопросы:**

Введение

История развития акушерства.

Организация и структура родовспоможения в России.

Проблемы ВБИ в акушерском стационаре.

Приказы МЗРФ о профилактике инфекционных заболеваний в акушерских стационарах.

Методы стерилизации и дезинфекции инструментов.

Личная гигиена персонала.

Обследование персонала.

Моющие и дезинфицирующие средства.

Заполнение медицинской документации.

**История развития акушерства**

Акушерство - область клинической медицины, изучающая физиологические и патологические процессы, происходящие в организме женщины, связанные с зачатием, беременностью, родами и послеродовым периодом, а также профилактику и лечение осложнений беременности и родов.

Выдающимся врачом Древней Греции, «отцом медицины» был Гиппократ. Его мать Фанарега была известной акушеркой.

Врачи Рима и Греции делали эмбриотомию, выскабливание шейки матки, зондирование матки, применяли операцию кесарева сечения, однако только для спасения жизни ребенка на уже мертвой матери.

В трактате Авиценны «Канон врачебной науки» имеются главы по акушерству и женским болезням. В этой книге упоминаются операции - поворот плода на головку, кранио- и эмбриотомия.

Эпоха Возрождения характеризовалась бурным развитием наук (16 век). Появляются анатомические исследования Везалия, Фаллопия, Евстахия, Боталло. Большим достижением акушерства было внедрение в практику (Аморцаз Паре) операции - поворот плода на ножку. В это же время в Париже открывается первая повивальная школа при парижском госпитале.

В 17 веке Чемберлен (Англия) изобрел акушерские щипцы. В 1701 году Девентер в работе «Новый свет» описал общеравномерносуженный и плоский таз.

Французский акушер Жан-Луи Боделок предложил наружное измерение таза, которым пользуются и в настоящее время (1746-1810).

В России акушерская помощь осуществлялась повитухами. «Бабка - повитуха», и «повивальная бабка» (повивавшая, свивавшая пеленкой дитя) —так именовались женщины, оказывающие пособие роженице, приглашалась только при трудных родах: в легких же случаях она приглашалась уже после родов для перевязки пуповины и повития младенца.

Впервые в России Петром I были изданы законоположения, касающиеся деятельности бабок - повитух, которые не подвергались ни какому контролю. В 1804г.был издан указ, запрещавший под страхом смертной казни убивать родившихся уродов, что практиковалось повитухами и не противоречило установившимся в народе взглядам.

Среди выдающихся акушеров XVIII века видное место занимал Нестор Максимович Амбодик (1744-1812) - автор первого крупного труда по акушерству «Искусство повивания, или наука о бабичьем деле».

Большое значение для развития акушерской науки имело открытие родильных домов - Москва - 1761, Прага - 1770, Петербург - 1771. вскоре после их открытия акушеры встретились с бичом роддомов - «родильной горячкой». Огромное значение в борьбе с послеродовым сепсисом имели труды венгерского акушера Игнада Земмельвейса .

Большой вклад в развитие отечественного акушерства в XIX веке внесли Крассовский А.Я., Лазаревич И.П., Феноменов Н.Н.

Крассовский А.Я. был профессором Петербургской медико-хирургической академии, а затем директором Петербургского родовспомогательного заведения (роддом им. Снегирева В.Ф.):

- разработал учение о механизме родов и узком тазе;

- впервые в России ввел асептику и антисептику в акушерстве;

Лазаревич И.П. был профессором Харьковского университета. Его оригинальные исследования:

- по нервной регуляции матки;

- обезболиванию родов;

- большой вклад в разработку прямых акушерских щипцов

Феноменов Н.Н. - профессор Казанского университета:

- одним из первых в России ввел асептический способ оперирования;

- изобрел и усовершенствовал ряд акушерских инструментов (щипцы Симпсона - Феноменова, перфоратор, ложка для эксцеребрации, ножницы для эмбриотомии);

Во II половине XIX века в России была плеяда выдающихся акушеров-гинекологов.

Груздев В.С. (1866-1938) - был профессором Казанского университета:

- проведены исследования по морфологии и физиологии женских половых органов;

- основатель крупной школы акушеров-гинекологов.

Строганов В.В.(1857-1938) - профессор центрального научно-исследовательского института акушеров и гинекологов в Ленинграде:

- трудами по эклампсии способствовал значительному снижению летальности от этой патологии.

В царской России не было никакой государственной системы охраны здоровья матери и ребенка.

Советская система охраны здоровья матери и ребенка - это система государственных и общественных мероприятий, направленных на создание условий для сохранения и укрепления здоровья женщины и выполнения ею важнейшей функции - рождение здорового ребенка и его воспитания.

В 1917 году организован отдел по охране материнства и младенчества.

В 1920 году все детские учреждения переданы в Народный комиссариат здравоохранения. В 1922 году в Москве открыт центральный НИИ охраны материнства и младенчества.

Гордостью отечественной науки является создание перинатальной медицины.. В 60-е гг. оформилось учение о критических периодах эмбриогенеза, о повреждающем влиянии различных патологических состояний материнского организма на эмбриогенез (П. Г. Светлов, В. И. Бодяжина). Большая роль в оформлении перинатологии, как самостоятельной научной дисциплины, принадлежит ленинградским ученым Н. Л. Гармашевой, Н. Н. Константиновой, московским ученым Л. С. Персианинову, И. В. Ильину, Г. М. Савельевой.

Одним из крупнейших достижений акушерства XX в. стало создание и внедрение метода экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) с переносом эмбриона в матку. Первая успешная операция ЭКО проведена в Англии Р. Эдвардсом и П. Стептоу. В России первые дети после экстракорпорального оплодотворения родились в Москве (1986) и Санкт-Петербурге (1986).

**Организация и структура родовспоможения в России.**

Значение системы охраны материнства и детства обусловлено её ролью в сохранении здоровья женщины, снижении материнской и младенческой заболеваемости и смертности. Работа подразделений амбулаторной помощи и родильного дома регламентируется приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 г. N 572н Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»

*Порядок оказания медицинской помощи женщинам в период беременности.*

Медицинская помощь женщинам в период беременности оказывается в рамках первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, и скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи в медицинских организациях.

Порядок оказания медицинской помощи женщинам в период беременности включает в себя два основных этапа:

амбулаторный, осуществляемый медицинскими работниками фельдшерско-акушерских пунктов (в случае возникновения осложнения течения беременности должна быть обеспечена консультация врача-акушера-гинеколога и врача-специалиста по профилю заболевания);

стационарный, осуществляемый в отделениях патологии беременности (при акушерских осложнениях) или специализированных отделениях (при соматических заболеваниях) медицинских организаций.

• Первичную медико-санитарную акушерско-гинекологическую помощь в муниципальном районе оказывают в амбулатории, центре общей врачебной (семейной) практики, участковой больнице, поликлинике, районной больнице, центральной районной больнице, родильном доме, женской консультации

в городском округе — в городской поликлинике, консультативно-диагностическом центре, городской больнице, родильном доме, женской консультации, центре планирования семьи и репродукции и перинатальном центре.

• Специализированная акушерская и гинекологическая помощь может быть проведена в учреждениях здравоохранения субъектов РФ (областная, краевая, республиканская, окружная больница, диспансер, специализированная больница, госпиталь, перинатальный центр), а скорая акушерско-гинекологическая помощь (санитарно-авиационная) — в областной, краевой, республиканской, окружной больнице, в центрах медицины катастроф и перинатальном центре.

• Высокотехнологичную акушерскую и гинекологическую медицинскую помощь оказывают в федеральных специализированных медицинских учреждениях.

АМБУЛАТОРНАЯ ПОМОЩЬ

Амбулаторную помощь оказывают работники женских консультаций, акушерско-гинекологических кабинетов, смотровых кабинетов поликлиник, центров планирования семьи и репродукции, медико-генетических консультаций, кабинетов искусственной инсеминации, фельдшерско-акушерских пунктов.

При наличии условий при женской консультации организуют стационар дневного пребывания.

Работа в ж/к ведется по участковому принципу. Участковый принцип позволяет осуществлять постоянную связь с участковым терапевтом районной поликлиники, терапевтом женской консультации и другими специалистами.

*Организационные принципы оказания медицинской помощи беременным в женской консультации.*

Наблюдение беременных — главная задача женской консультации.

К организационным принципам относят:

• Ранний охват беременных врачебным наблюдением.

• Взятие на учет.

• Своевременное (в течение 12-14 дней) обследование.

• Определение риска возникновения и развития перинатальной, акушерской и экстрагенитальной патологии.

• Дородовой и послеродовой патронаж.

• Своевременная госпитализация женщины в течение беременности

и до родов.

Для оказания стационарной медицинской помощи беременным женщинам, проживающим в районах, отдаленных от акушерских стационаров, и не имеющих прямых показаний для направления в отделение патологии беременности, но нуждающихся в медицинском наблюдении для предотвращения развития возможных осложнений, женщина направляется в отделение сестринского ухода для беременных женщин.

*Фельдшерско – акушерский пункт*

Деятельность регламентируется Приложением N 15 к Положению об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденному приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. N 543н.

Фельдшерско-акушерский пункт (ФАП) является структурным подразделением медицинской организации.

ФАП организуется для оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи и паллиативной медицинской помощи населению в сельских населенных пунктах.

СТАЦИОНАРНАЯ АКУШЕРСКАЯ ПОМОЩЬ

Родильный дом

Родильный дом (отделение) — самостоятельное лечебно-профилактическое

учреждение муниципального района (городского округа) или структурное подразделение лечебно-профилактического учреждения муниципального района (городского округа), созданное для оказания первичной медико-санитарной акушерско-гинекологической помощи женщинам в период беременности, родов, в послеродовом периоде, медицинской помощи новорождённым и женщинам с заболеваниями репродуктивной системы.

 Деятельность родильного дома (отделения) регламентирована приказом "Об утверждении СанПиН 2.1.3.2630 -10 ''Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность''"

от 18.05.2010, приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 г. N 572н

В них утверждено положение об организации деятельности родильного дома (отделения); представлена примерная структура родильного дома (отделения).

Акушерский стационар имеет следующие акушерские отделения:

1) физиологическое отделение, состоящее из помещения для приема и выписки, родового отделения, послеродового отделения, отделения новорожденных;

2) обсервационное отделение, включающее в себя помещение для приема и выписки, родовую часть, послеродовую часть, палаты для новорожденных и изоляционный блок;

3) отделение патологии беременных;

4) лечебно-диагностические отделения или кабинеты (лаборатории, рентгеновский, физиотерапевтический кабинеты, кабинет функциональной диагностики и т. д.);

5) вспомогательные службы.

Кроме акушерских стационаров общего типа, существуют специализированные стационары для оказания помощи беременным с заболеваниями сердца, почек, с эндокринной патологией, инфекционными заболеваниями, резус-конфликтной беременностью, а также стационары, специализирующиеся по лечению невынашивания, послеродовых гнойно-септических заболеваний.

В целях улучшения объема специализированной помощи матерям и детям создаются перинатальные центры.

В зависимости от коечной мощности, оснащения, кадрового обеспечения медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь женщинам в период родов и в послеродовый период, разделяются на три группы по возможности оказания медицинской помощи (маршрутизация)

а) первая группа - акушерские стационары, в которых не обеспечено круглосуточное пребывание врача-акушера-гинеколога;

б) вторая группа - акушерские стационары (родильные дома (отделения), имеющие в своей структуре палаты интенсивной терапии (отделение анестезиологии-реаниматологии) для женщин и палаты реанимации и интенсивной терапии для новорожденных, а также межрайонные перинатальные центры.

в) третья А группа - акушерские стационары, имеющие в своем составе отделение анестезиологии-реаниматологии для женщин, отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных, отделение патологии новорожденных и недоношенных детей (II этап выхаживания), акушерский дистанционный консультативный центр с выездными анестезиолого-реанимационными акушерскими бригадами для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи;

г) третья Б группа - акушерские стационары федеральных медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь женщинам в период беременности, родов, послеродовой период и новорожденным, разрабатывающие и тиражирующие новые методы диагностики и лечения акушерской, гинекологической и неонатальной патологии.

*Родовой блок* — часть акушерского отделения, которая состоит из предродовых палат (палаты), палаты интенсивно й терапии, родовых палат (зала), комнаты для новорожденных, операционного блока (большая и малая

операционная, предоперационная, комната для хранения крови, переносной аппаратуры), кабинетов и комнат для медперсонала, санузлов.

Предродовые и родовые палаты могут быть отдельными боксами, которые можно использовать в качестве малой операционной или даже большой операционной при наличии определенного оборудования.

 В *отделение патологии беременных* госпитализируют женщин с осложненным течением беременности (угроза досрочного прерывания беременности, гестоз), с экстрагенитальными заболеваниями (после 22 нед) и беременных с высокой степенью риска развития перинатальной, акушерской и экстрагенитальной.

С 1 января 2006 года в Российской Федерации в рамках национального проекта «Здоровье» началась реализация программы «Родовый сертификат». Внедрение родового сертификата направлено на решение проблемы сохранения и укрепления здоровья матери и ребенка, повышение качества и доступности оказания медицинской помощи женщинам в период беременности и родов, создание условий для рождения здоровых детей, а также укрепление репродуктивного здоровья населения.

НЕОНАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

Медицинскую помощь новорождённым начинают оказывать с родильного

блока, где для этой цели необходимо выделить манипуляционно-туалетные комнаты при родовых палатах. в этих помещениях производят не только уход за новорождёнными, но и реанимационные мероприятия, то в них должно быть специальное оборудование.

Палаты для новорождённых выделяют в физиологическом и обсервационном

отделениях.

*Перинатальный центр*

Перинатальный центр — высокоспециализированное медицинское учреждение для оказания всех видов помощи беременным, отнесенным к группам высокого риска возникновения перинатальной патологии, и их детям.

условие деятельности перинатального центра — оказание II этапа неонатальной помощи на месте для исключения транспортировки с возможным дополнительным травмированием маловесных и больных детей. ПРАВИЛА ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА Приложение N 9 (приказN 572н)

ЦЕНТР ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ СЕМЬИ И РЕПРОДУКЦИИ

Центр создается как самостоятельная медицинская организация или как структурное подразделение медицинской организации.

Центр оказывает медицинскую помощь женщинам в период беременности, в послеродовом периоде и гинекологическим больным по сохранению и восстановлению функции репродуктивной системы.

ЦЕНТПР ОХРАНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ

(Приложение N 25)

Осуществляет профилактическую и организационно-методическую работу и оказывает консультативную, лечебно-диагностическую, реабилитационную и социально-психологическую помощь подросткам (в возрасте от 10 до 17 лет включительно), направленную на сохранение и укрепление их репродуктивного здоровья.

ОТДЕЛЕНИЕ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ДЛЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН (Прилож. N 280)

Отделение является структурным подразделением медицинской организации и создается в больницах, имеющих в своем составе акушерские стационары, перинатальных центрах и (или) родильных домах.

Отделение оказывает медицинскую помощь в стационарных условиях женщинам в период беременности, проживающим в районах, отдаленных от акушерских стационаров и не имеющих прямых показаний для направления в отделение патологии беременности, но нуждающихся в медицинском наблюдении для предотвращения развития возможных осложнений.

ЦЕНТР МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, ОКАЗАВШИХСЯ В ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ

Центр создается как структурное подразделение медицинской организации.

Центр оказывает медико-социальную помощь женщинам в период беременности и в послеродовом периоде. Целью создания Центра является организация и координация работы кабинетов медико-социальной помощи женских консультаций.

**Проблемы ВБИ в акушерском стационаре.**

**Внутрибольничная инфекция** (ВБИ) - клинически выраженное заболевание микробного происхождения, которое поражает больного в результате его поступления в больницу или обращения за медицинской помощью, а также инфекционное заболевание сотрудника вследствие его инфицирования при работе в данной организации (ВОЗ).

**Вспышки ВБИ обусловлены грамотрицательными бактериями** (эшерихии, синегнойная палочка, клебсиеллы, протей). В связи с переходом родильных домов на систему работы по принципу мать—дитя, семейно-ориентированное родовспоможение (раннее отсечение пуповины, раннее прикладывание к груди сокращение времени пребывания в стационаре) наблюдается тенденция к снижению заболеваемости ВБИ. Высок риск развития гнойно-воспалительных заболеваний у родильниц, в родовых путях, представляющих в послеродовом периоде раневую поверхность, в лактирующих молочных железах, в силу наличия для микроорганизмов входных ворот в виде трещин, развития лактостаза.

В родильных домах к соблюдению противоэпидемического режима предъявляются высокие **требования,** которые обусловлены двумя обстоятельствами:

1.Высокой восприимчивостью к патогенным и условно-патогенным микроорганизмам новорожденных и родивших женщин

2.Необходимостью приема в родильные дома беременных и рожениц независимо от наличия сопутствующих заболеваний.

В связи с этим в родильных домах предусмотрен ряд противоэпидемических мероприятий, а также создание двух независимых друг от друга физиологического и обсервационного отделений.

**Входными воротами для инфекции** у родильниц являются родовые пути, представляющие обширную раневую поверхность, операционные раны, трещины и мацерации сосков молочных желез.

**Работа акушерских стационаров** регламентирована документом о профилактике внутрибольничных гнойно-воспалительных заболеваний у новорожденных и родильниц - Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы СанПиН 2.1.3.2630-10 "Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность от 18 мая 2010 г. N 58.

Профилактические мероприятия проводятся исходя из положения, что каждый пациент расценивается как потенциальный источник гемоконтактных инфекций (гепатит B, C, ВИЧ).

Кроме того, существует большое количество методических указаний (МУ), дезинфекция и стерилизация изделий медицинского назначения в которых рассматривается с точки зрения различных дезинфектантов, разрешенных для этой цели.

**При поступлении и в процессе работы в акушерском стационаре** все лица проходят **медицинские осмотры**, предусмотренные нормативными документами. Медицинский персонал обязан соблюдать правила личной гигиены как в целях предотвращения передачи инфекции женщинам и детям, так и по причинам собственной безопасности.

**При поступлении на работу** в акушерские стационары (отделения) медицинские работники проходят осмотр врачей: терапевта, стоматолога, отоларинголога, дерматовенеролога и гинеколога (в дальнейшем 1 раз в год). Дополнительные медицинские осмотры проводятся по показаниям.

Результаты обследования вносятся в личную медицинскую книжку.

**Санитарный режим роддома** предусматривает раздельные гардеробы для I и II акушерских отделений, сменную обувь, ежедневную смену чистых халатов, работу в операционных, родзале, а также при проведении инвазивных вмешательств в масках, сменяемых каждые 3-4 часа; запрещает посещение родственниками рожениц, родильниц и новорожденных в палатах стационара, исключение составляет присутствие близкого человека при родах.

***Санитарное содержание помещений, оборудования, инвентаря***

**Генеральная уборка** родильных залов, процедурных, манипуляционных, стерилизационных и других помещений с асептическим режимом проводится один раз в неделю.

Для проведения генеральной уборки персонал должен иметь специальную одежду и средства индивидуальной защиты (халат, шапочка, маска, резиновые перчатки, резиновый фартук и др.), промаркированный уборочный инвентарь и чистые тканевые салфетки.

**Дезинфекция объектов** внешней среды, медицинских изделий, предстерилизационная очистка и стерилизация проводятся согласно инструкциям.

**Дезинфекции,** после которой не должны обнаруживаться вегетативные формы микроорганизмов, **подлежат предметы,** контактирующие, но не вызывающие нарушения целостности кожи и слизистых рожениц, родильниц, новорожденных: руки персонала, медицинские перчатки перед выполнением манипуляций (пальпации, перкуссии); инструменты (термометры, шпатели, соски, мембраны фонендоскопов, поверхности стетоскопов); поверхности весов и пеленальных столов перед их использованием для каждого ребенка; воздух. **Предметы,** нарушающие целостность кожи и слизистых, а также контактирующие с раной и растворами для инъекций, **должны быть стерильными**: хирургические перчатки и инструменты, перчатки и инструменты для гинекологического осмотра; шовно-перевязочный материал; спецодежда для работающих в родзалах и операционных; катетеры, зонды, наркозные маски; нательное белье и подкладные пеленки для рожениц, родильниц, послеоперационных больных, постельное белье рожениц, белье для новорожденных; салфетки для грудных желез, посуда для грудного молока; препараты для ухода за новорожденными.

**Обеззараживание рук медицинских работников**. Основными методами обеззараживания рук являются: гигиеническая обработка рук медицинского персонала и обработка рук хирургов.

Для достижения эффективного обеззараживания рук необходимо соблюдать следующие условия: коротко подстриженные ногти, отсутствие искусственных ногтей, отсутствие на руках колец, перстней и других ювелирных украшений. Перед обработкой рук хирургов снять также часы, браслеты. Для высушивания рук использовать полотенца или салфетки однократного применения, при обработке рук хирургов - только стерильные.

***Смену постельного белья*** родильницам следует проводить 1 раз в 3 дня, нательного белья и полотенец - ежедневно, подкладных пеленок - не менее 4 - 5 раз в сутки и по необходимости. Перед возвращением пациента в палату после операции, родов производится обязательная смена белья. В операционных, акушерских стационарах (родильных блоках и других помещениях с асептическим режимом, а также в палатах для новорожденных) должно применяться стерильное белье. Для новорожденных допускается использование памперсов.

***Требования к условиям труда медицинского персонала***

В целях профилактики гемоконтактных инфекций перчатки необходимо надевать перед любыми парентеральными манипуляциями у пациента. После снятия перчаток проводят гигиеническую обработку рук.

Смена одежды в подразделениях хирургического и акушерского профиля осуществляется ежедневно и по мере загрязнения

В ходе проведения манипуляций пациенту персонал не должен вести записи, прикасаться к телефонной трубке.

Прием пищи персоналом проводится в специально отведенных помещениях, на рабочем месте принимать пищу запрещено.

Нахождение в медицинской одежде и обуви за пределами ЛПО не допускается.

**Особенность содержания палат** в родильном стационаре состоит в том, что кровати стоят не заправленными, их готовят непосредственно при поступлении роженицы или родильницы. При наличии двух и более родовых залов прием родов идет в них в течение 1-2 суток поочередно, с последующей генеральной уборкой после освобождения. Если родзал один, то роды принимают поочередно на различных кроватях Рахманова с генеральной уборкой два раза в неделю.

*Особенности современных дезинфицирующих средств*

В настоящее время в медицине применяют препараты для дезинфекции широкого спектра действия, которые эффективны в отношении бактерий, вирусов, спор, патогенных грибов. Это одновременно моющие и дезинфицирующие средства. Многие из них можно использовать многократно. Вот названия некоторых из них: «Септол» - можно использовать как дез.средство и как стерилизующее средство. «Премиум» - экологически безопасен, дезинфицирует, также можно использовать как моющее средство.

Назовем несколько препаратов для обработки рук, которые завоевали доверие: «Стериллиум», «Эко Бриз», «Деттол», «Бриллиантовые руки». Дезинфицирующее средство «Ника» - изосептик, также подходит для дезинфекции рук. Выбирать средство нужно исходя из особенностей кожи, а также учитывать условия, в которых оно будет использоваться.

*Заполнение медицинской документации.*

Медицинская документация - это документы установленной формы, предназначенные для регистрации результатов лечебных, диагностических, профилактических, реабилитационных, санитарно-гигиенических и других мероприятий. Она позволяет обобщать и анализировать данную информацию.

Медицинская документация является учетной и отчетной, ее держателем выступают медицинские учреждения, следовательно, работники медицинских учреждений несут ответственность за неправильное оформление соответствующих документов.

Только правильно оформленная первичная медицинская документация позволяет медицинскому персоналу принимать адекватные решения в конкретных клинических ситуациях.

Учетная статистическая медицинская документация, на основании которой формируется статистика заболеваемости и смертности, достаточно сложна, поэтому неправильное понимание или небрежность при ее заполнении могут привести к серьезным ошибкам. Медицинская документация, оформляемая в медицинских учреждениях, используется при осуществлении ведомственного и вневедомственного контроля качества медицинской помощи. Кроме того, медицинский работник должен постоянно помнить о юридической стороне ведения медицинских документов, соблюдая основные правила их заполнения.

ПЕРЕЧЕНЬ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЙ В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

Статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов.

Талон на прием к врачу.

Талон амбулаторного пациента.

Талон амбулаторного пациента (сокращенный вариант).

Единый талон амбулаторного пациента.

Талон на законченный случай временной нетрудоспособности.

Выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного.

Направление на консультацию и во вспомогательные кабинеты.

Карта больного дневного стационара поликлиники, стационара на дому, стационара дневного пребывания в больнице.

Журнал учета процедур.

Контрольная карта диспансерного наблюдения.

Журнал для записи заключений ВКК.

Кодировочный талон.

Книга регистрации листков нетрудоспособности.

Журнал учета санитарно - просветительной работы.

Ведомость учета посещений поликлиники (амбулатории), диспансера, консультации и на дому.

Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку.

Справка для получения путевки в санаторно - курортное учреждение, дом отдыха, пансионат, турбазу

Санаторно - курортная карта для взрослых и подростков.

Тетрадь записи беременных, состоящих под наблюдением ФАП, колхозных родильных домов.

Врачебное заключение о переводе беременной на другую работу

Книга записи работы старшего юрисконсульта, юрисконсульта учреждений здравоохранения.

Направление на медико - социальную экспертизу.

Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, сифилиса, гонореи, трихомониаза, хламидиоза, урогенитального герпеса, аногенитальных (венерических) бородавок, микроспории, фавуса, трихофитии, микоза стоп, чесотки, трахомы.

Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного заболевания.

Рецепт.

Индивидуальная карта беременной и родильницы.

Обменная карта родильного дома, родильного отделения больницы.

Тетрадь учета работы на дому участковой (патронажной) медицинской сестры (акушерки).

Направление на анализ.

Направление на гематологический, общеклинический анализ.

Направление на биохимический анализ крови, плазмы, сыворотки, мочи, спинномозговой жидкости.

Направление на цитологическое исследование и результат исследования.

Направление на исследование крови на резус - принадлежность и резус - антитела и результат исследования.

Журнал регистрации серологических исследований.

Листок нетрудоспособности.

№ 113/у Обменная карта родильного дома, родильного отделения больницы

Учётные формы родильного дома

№ 002/у Журнал учета приема беременных, рожениц и родильниц

№ 096/у История родов

№ 103/у Медицинского свидетельства о рождении

№ 106/2у Свидетельство о перинатальной смерти

Отчетные формы родильного дома

№ 30 Сведения о лечебно-профилактическом учреждении

№ 32 Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам

№ 13 Сведения о прерывании беременности (в сроки до 28 нед.)

№ 16-вн Сведения о причинах временной нетрудоспособности

ЖУРНАЛ УЧЕТА ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Журнал ведется во всех лечебно-профилактических учреждениях, медицинских кабинетах школ, детских дошкольных учреждений, летних оздоровительных учреждений и др., а также в санитарно-эпидемиологических станциях.

Служит для персонального учета больных инфекционными заболеваниями и регистрации обмена информацией между лечебно-профилактическими учреждениями и СЭС.

Инструкция по ведению журнала приложена к Приказу Министерства здравоохранения СССР № 1282 от 29.12.78г.

Инструкция по заполнению учетной формы № 111

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ КАРТА БЕРЕМЕННОЙ И РОДИЛЬНИЦЫ

Индивидуальная карта беременной и родильницы заполняется на каждую обратившуюся в женскую консультацию беременную, желающую сохранить беременность\*.

В карту заносятся паспортные данные, сведения анамнестического характера (особо подробно о течении и исходах предыдущих беременностей), данные о состоянии здоровья женщины ко времени обращения в консультацию, результаты общего и специального акушерского обследования, заключения терапевта и других специалистов о состоянии здоровья беременной. При повторных посещениях жалобы, данные объективного обследования и назначения, записываются в специальный раздел карты. Эти данные позволяют проследить динамику ряда объективных показателей состояния беременной плода (пункт № 6), а также принимать меры в случае отклонения их от норм В карте представлен специальный лист для подклейки анализов и других документов.

Последняя страница карты предназначается для записи сведений о течении и исходе родов (на основании талона №2 обменной карты ф. № 113/у), а также о течении послеродового периода после выписки родильницы из стационара.

После снятия женщины с диспансерного наблюдения карта за подписью лечащего врача и зав. консультацией поступает в архив женской консультации (родильного дома).

\*На беременных, обратившихся в консультацию за направлением для искусственного прерывания беременности, заполняется медицинская карта амбулаторного больного ф. № 025/у.

Инструкция Карта ведется во всех лечебно-профилактических учреждениях, дошкольных учреждениях и школах, в которых осуществляются профилактические прививки детям.

Карта профилактических прививок заполняется на каждого новорожденного и на каждого вновь поступающего под наблюдение поликлиники или ФАП.

Карты хранятся в специальной картотеке поликлиники (ФАП). Прививочные карты в картотеке раскладываются по месяцам следующей прививки, что обеспечивает ежемесячный учет детей, подлежащих активной иммунизации.

Прививочные карты организованных детей и школьников при составлении плана прививок на месяц учитываются в плане прививок детского дошкольного учреждения (или школы), которое они посещают. При наличии Централизованной картотеки медицинские сестры учебно-воспитательных учреждений получают ежемесячные списки детей, подлежащих вакцинации, а в конце месяца отчитываются о работе; данные записываются в карту профилактических прививок. При отсутствии прививочной централизованной картотеки прививки планируются самостоятельно медицинскими работниками Поликлиники, дошкольного учреждения, школы.

Инструкция по заполнению учетной формы № 095/у

ТЕТРАДЬ УЧЕТА РАБОТЫ НА ДОМУ УЧАСТКОВОЙ

(ПАТРОНАЖНОЙ) МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ (АКУШЕРКИ)

Тетрадь ведется участковой (патронажной) медицинской сестрой (акушеркой) и отражает ее работу за определенный период времени.

В графах 3,4 и 5 записываются паспортные данные патронируемого больного или беременной.

В 6-ой графе отмечаются лекарственные и другие назначения, в соответствии с записью врача в индивидуальной карте беременной, родильницы (ф.№ 111/у) или медицинской карте амбулаторного больного (ф. № 025/у). В число посещений включаются и посещения медицинской сестры на дому для измерения температуры.

В графе 7-й проводится запись проведенного обследования (пульс, АД и пр.).

Отметка о выполнении назначения, указанного в графе 6, делается в графе 8-й.

В 9-й графе средний медицинский работник, выполняющий патронаж, ставит разборчиво свою подпись.

Записи в тетради используются для проверки работы участковой (патронажной) медицинской сестры (акушерки) по выполнению ею врачебных назначений, а также проведения патронажной работы.

Соответствующие данные могут быть использованы в оперативном порядке для определения объема и характера работы по обслуживанию больных на дому средним медицинским персоналом.

История родов (форма N 096/у)

История родов является основным медицинским документом родильного дома (родильного отделения больницы), который составляется на каждую поступившую беременную, роженицу или родильницу\*.

\* Примечание. На женщин, поступающих для прерывания беременности, заполняется медицинская карта прерывания беременности (ф. N 003-1/у), на гинекологических больных - ф. N 003/у

В истории родов должны найти свое отражение характер течения родов, а также все диагностические и лечебные мероприятия лечащего врача (или акушерки), записанные в их последовательности. История родов должна дать ясное представление о всей картине течения родов без дополнительных пояснений.

Все необходимые в истории родов исправления делаются немедленно, оговариваются за подписью врача, отвечающего за ведение истории родов, либо записываются в строку после перечеркивания подлежащих исправлению слов.

Замазывание исправленного текста не разрешается, как равным образом не разрешается внесение дополнительных записей без соответствующих оговорок.

За ведение истории родов отвечает непосредственно дежурный врач - в части, касающейся течения родов, и лечащий врач - в части, касающейся течения беременности или послеродового периода.

В случае консультации по поводу состояния женщины с главным врачом, заведующим отделением или со специалистами, приглашенными извне, в истории родов записывается заключение консилиума за подписью всех консультантов.

Каждая операция вписывается в историю родов с указанием условий и показаний к операции, последовательности ее производства, лиц, производивших операцию, ассистентов, операционной сестры, анестезиологов, а также примененных наркотических средств и их количества.

При выписке беременной, родильницы и ее ребенка история родов подписывается палатным врачом, заведующим отделением, после просмотра главным врачом передается на хранение в архив родильного дома.

Истории родов могут выдаваться на руки сотрудникам родильного дома для составления статистических отчетов или научных разработок, согласно письменному разрешению главного врача под расписку.

История развития новорожденного (форма N 097/у)

История развития новорожденного заполняется на всех новорожденных, прошедших через стационар, как родившихся в стационаре, так и поступивших в стационар после домашних или дорожных родов, а также переведенных из других роддомов. В этом документе содержатся все необходимые сведения о медицинском обслуживании новорожденных, включая сведения о матери, характере родов, состоянии при рождении, наличии пороков развития и родовой травмы, подробное состояние новорожденного во время пребывания в роддоме, текущие наблюдения и состояние при выписке. Сведения "истории развития новорожденного" служат для заполнения данных о новорожденных в журнале отделения (палаты) новорожденных (ф. N 102/у) и в отчете-вкладыше N 3.

Температурный лист (форма N 004/у)

Температурный лист является оперативным документом, служащим для графического изображения основных данных, характеризующих состояние здоровья больного.

Ежедневно лечащий врач записывает в карте стационарного больного (истории родов, истории развития новорожденного) сведения о состоянии больного (роженицы, родильницы, новорожденного), палатная сестра переносит данные о температуре, пульсе, дыхании и т.д. в регистратурный лист и вычеркивает кривые этих показателей.

Журнал записи родов в стационаре (форма N 010/у)

Журнал является одним из основных документов родильного дома и содержит сведения о родах, проведенных в стационаре, об обезболивании родов, об осложнениях при родах и мероприятиях, проведенных во время родов, а также о новорожденных (живой, мертвый, пол, масса, рост).

Журнал ведется в родовой комнате, акушеркой под контролем врача. При регистрации многоплодных родов сведения о новорожденных (графы 10-14) показываются отдельной строкой о каждом из новорожденных. В указанный журнал заносятся и все сведения о роженицах, доставленных в акушерский стационар в III-м периоде родов (с отметкой в журнале о том, что женщина поступила после рождения ребенка с невыделившимся последом) \*. В этих случаях запись вносится только в журнал приема беременных и рожениц (форма N 002/у).)

\* Родильница, доставленная в стационар после рождения ребенка и отделения последа, не учитывается в журнале записи родов в стационаре (форма N 010/у).

Журнал записи родов может использоваться для составления отчета-вкладыша N 3 "О медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам".

Журнал отделения (палаты) для новорожденных (форма N 102/у)

Журнал ведется в физиологическом и обсервационном отделениях для новорожденных медицинской сестрой под наблюдением заведующего отделением (врача-неонатолога).

Сведения для заполнения журнала берутся из записей в истории развития новорожденного (форма N 097/у). Первые 11 граф журнала заполняются при поступлении ребенка в отделение на основании записей в истории развития новорожденного, сделанных в родовом блоке, последующие - при выписке (переводе, смерти) ребенка.

Журнал используется для составления таблиц 2Г-2Е в отчете-вкладыше N 3 "О медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам". Особенно внимательно должна заполняться гр.12, в которой для детей, родившихся больными или заболевших в период пребывания в отделении, указываются диагнозы заболеваний.

В гр.17 отмечается передача телефонограммы в детскую поликлинику о выписке ребенка.

Индивидуальная карта беременной и родильницы (форма N 111/у)

Индивидуальная карта беременной и родильницы заполняется на каждую обратившуюся в женскую консультацию беременную, желающую сохранить беременность\*.

\* На беременных, обратившихся в консультацию за направлением для искусственного прерывания беременности, заполняется медицинская карта амбулаторного больного ф. N 025/у.

В карту заносятся паспортные данные, сведения анамнестического характера (особо подробно о течении и исходах предыдущих беременностей), данные о состоянии здоровья женщины ко времени обращения в консультацию, результаты общего и специального акушерского обследования, заключения терапевта и других специалистов о состоянии здоровья беременной. При повторных посещениях жалобы, данные объективного обследования и назначения записываются в специальный раздел карты. Эти данные позволяют проследить динамику ряда объективных показателей состояния беременной и плода (пункт N 6), а также принимать меры в случае отклонения их от нормы.

В карте представлен специальный лист для подклейки анализов и других документов.

Последняя страница карты предназначается для записи сведений о течение и исходе родов (на основании талона N 2 обменной карты ф. N 113/у), а также о течении послеродового периода после выписки родильницы из стационара.

После снятия женщины с диспансерного наблюдения карта за подписью лечащего врача и зав.консультацией поступает в архив женской консультации (родильного дома).