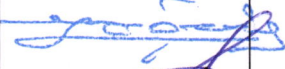
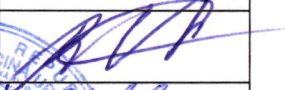
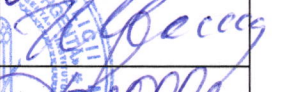
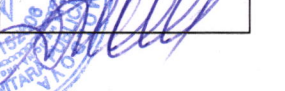


Ministerul Sănătății al Republicii Moldova
IMSP Institutul de Medicină Urgentă

PROCEDURĂ OPERAȚIONALĂ
PRIVIND COMPLETAREA FIȘEI MEDICALE A
BOLNAVULUI DE STAȚIONAR (F-003/E)

Ministerul Sănătății al Republicii Moldova IMSP Institutul de Medicină Urgentă	Procedura nr.02/10 IMSP IMU
TITLU: Procedura operațională privind completarea Fișei Medicale a bolnavului de staționar (F-003/e)	Secția Managementul Calității serviciilor medicale

1. Lista responsabililor de elaborarea, verificarea și aprobarea ediției sau, după caz, a reviziei în cadrul ediției procedurii operaționale.

Nr. crt.	Elemente privind responsabil/ operațiune	Numele și prenumele	Funcția	Data	Semnătura
	1				
1.1.	Elaborat	Vovc Liviu	Șef secție Managementul Calității serviciilor medicale	22.01.2024	
1.2.	Verificat	Rodica Scutelnic	Vicedirector medical	23.01.2024	
1.3.	Verificat	Igor Maxim	Vicedirector medical	25.01.2024	
1.4.	Aprobat	Diana Manea	Vicedirector medical	29.01.2024	

2. Situația edițiilor și a reviziilor în cadrul edițiilor procedurii operaționale.

Nr. crt.	Ediția/revizia în cadrul ediției	Componenta revizuită	Modalitatea reviziei	Data de la care se aplică prevederile ediției sau reviziei ediției
	1	2	3	4
2.1.	Ediția 2	Consemnarea în Fișa Medicală a bolnavului de staționar	Semnatura medicului curant, consultantului+parafa personală	01.02.2024
2.2.	Revizia 1			

3. Lista persoanelor la care se difuzează ediția sau, după caz, revizia din cadrul ediției procedurii operaționale.

Prevederile prezentei proceduri se aplică de către: șefii de secții, medicul curant, inclusiv medicii consultanți implicați în rezolvarea actului medical respectiv.

4. Scopul procedurii

Prezenta procedură reglementează modul de perfectare a Fișei Medicale a bolnavului de staționar, având 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.

5. Domeniul de aplicare a procedurii operaționale.

Prezenta procedură este aplicabilă la nivelul spitalului, fiind utilizată de cei cu responsabilități în realizarea ei, în toate secțiile și compartimentele de îngrijire.

Responsabilități

Responsabil de proces: Șefii de Departamente, șefii de secții, medicul curant și medicii consultanți.

Echipa de proces: medicul care efectuează internarea și asistenta de garda, medicul curant și asistenta de post, șeful de secție și asistenta superioară din secție.

6. Documente de referință aplicabile procedurii operaționale:

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 maladiilor (traumei), evoluția procesului patologic în dinamică și tratamentul aplicat.

Ministerul Sănătății al Republicii Moldova IMSP Institutul de Medicină Urgentă	Procedura nr.02/10 IMSP IMU
TITLU: Procedura operațională privind completarea Fișei Medicale a bolnavului de staționar (F-003/e)	Secția Managementul Calității serviciilor medicale

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.

Cadrul normativ:

1. Codul muncii privind timpul de muncă;
2. Ordinul MS nr. 303 din 06.05.2010;
3. Regulamentul de organizare și funcționare a secțiilor spitalicești;
4. Fișele de post a medicului șef de secție/medic curant;
5. Legea ocrotirii sănătății Nr.411-XII din 28.03.1995;
6. Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală Nr.1585-XII din 27.02.1998;
7. Legea nr. 263 din 27.10. 2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului;
8. Legea nr. 264 din 27.10. 2005 cu privire la exercitarea profesiei de medic;
9. Ordinul MS Nr.265 din 03 august 2009 „Privind Instrucțiunea cu privire la completarea Fișei medicale a bolnavului de staționar (F 003/e)”;
10. Ordinul MS nr.426 din 11.05.2012 „Privind aprobarea formularelor statistice de evidență medicală primară”;
11. Ordinul IMSP IMU nr.201 din 30 noiembrie 2012 „Cu privire la implementarea în practica medicală a Fișei medicale a bolnavului de staționar (formular nr.003/e-2012);
12. Programul Unic al Asigurării Obligatorii de Asistență Medicală;
13. Normele Metodologice de Aplicare a Programului Unic.

7. Descrierea Procedurii:

La Fișa medicală nu au acces decât persoanele implicate direct în acordarea asistentei medicale și îngrijirilor de sănătate, și anume:

- Șeful de Departament
- Șeful de secție
- Medicul curant
- Asistenta șefa
- Asistenta de salon
- Medicii de alte specialități (consult interdisciplinar, rezultate anatomopatologie, imagistica medicală) implicați în diagnosticare sau tratament)
- Alt personal implicat în tratarea bolnavului (psihologi, kinetoterapeut, etc.)

Pe parcursul spitalizării pacientului Fișa medicală însoțește pacientul (prin intermediul personalului medico-sanitar care îl însoțește) la toate examinările și investigațiile ce necesită consemnarea în Fișa medicală.

La externare Fișa medicală se arhivează, împreună cu toate documentele anexe, conform procedurii de arhivare a documentelor medicale.

Completarea Fișei medicale:

Completarea Fișei medicale se face pe baza următoarelor acte oficiale:

- buletin de identitate
 - poliță de asigurare
 - certificat de naștere pentru copiii (care nu au încă buletin de identitate).
- Numărul de înregistrare al Fișei medicale se face după Registrul de intrări-ieșiri; numerotarea începe cu 1 la 1 ianuarie al fiecărui an;
- IDNP se completează pe baza buletinului de identitate sau a certificatului de naștere pentru cei ce nu au buletin de identitate;
 - sexul se subliniază litera M (masculin) sau F (feminin);
 - data nașterii se codifică în căsuțele respective cu 01-31 (zi), 01-12 (lună), și în continuare pentru anul calendaristic respectiv;

Ministerul Sănătății al Republicii Moldova IMSP Institutul de Medicină Urgentă	Procedura nr.02/10 IMSP IMU
TITLU: Procedura operațională privind completarea Fișei Medicale a bolnavului de staționar (F-003/e)	Secția Managementul Calității serviciilor medicale

- domiciliul legal: Urban/Rural, strada și numărul etc. se completează pe baza buletinului de identitate;
- ocupația și locul de muncă se completează după dovada eliberată de unitatea unde este angajată persoana respectivă;
- statutul pacientului se completează din polița de asigurare dacă este.

Grupul sangvin, Rh și alergic la se completează pe baza actelor medicale ale pacientului, fie pe baza investigațiilor ce se efectuează la internarea în spital.

Tipul internării: se trece în căsuța alăturată codul felului de trimitere.

Data internării și externării și numărul zilelor de spitalizare și ale concediilor medicale acordate la externare se completează fiecare în căsuțele corespunzătoare.

Diagnosticul de trimitere este cel al medicului care a trimis pacientul pentru a fi spitalizat. Se completează de medicul de gardă pe baza Biletului de trimitere (internare); nu se codifică Diagnosticul de internare, care este cel al medicului de gardă, al spitalului și e **semnat și parafat de dânsul**, se codifică conform CIM-10.

Diagnosticul la 72 ore este cel al medicului curant.

Diagnosticul la externare se completează și codifică conform CIM-10 cu 4 caractere de medicul curant:

Diagnosticul principal, pentru situațiile de codificare duală:

- în caz de traumatisme și otrăviri:
- în primul rând se trece natura acestora (capitolele S,T din CIM-10 cu 4 caractere)
- în rândul al doilea se trece cauza externă (capitolele V, W, X,Y din CIM-10 cu patru caractere).

Diagnosticile secundare (complicații/comorbidități) are loc pentru maximum 6 afecțiuni, concomitente cu diagnosticul principal, trecându-se exclusiv complicațiile/comorbiditățile pentru care pacientul a fost investigat și tratat în timpul episodului respective de boala; se codifică conform CIM-10 cu 4 caractere.

Notă: La codificare se va ține cont de Reglementările de clasificare și codificare.

Intervenția chirurgicală principală și cele concomitente (secundare), data intervenției se completează pe baza Registrului protocol operator, trecându-se și echipa operatorie și data intervenției, precum și codurile respective din „Nomenclatorul intervențiilor chirurgicale”.

Examen citologic, extemporaneu, histopatologic - se trec elementele mai importante ale examenelor respective efectuate în spital.

Transfer între secțiile spitalului - se completează de fiecare secție în care a fost internat și transferat pacientul.

Starea la externare, tipul externării și decesul intraoperator se completează și codifică de medicul curant în căsuțele respective.

Diagnosticul în caz de deces se completează și se codifică tot de medicul curant, concomitent cu Certificatul constatator de deces, în conformitate cu regulile de codificare, cuprinse în Reglementările CIM-10.

Diagnosticul anatomo-patologic se completează pe baza buletinului de examinări histopatologice ale anatomo-patologului care, în caz de tumori maligne, trece și codul morfologic după regulile de codificare cuprinse în broșura de clasificare a tumorilor.

Explorări funcționale și investigații radiologice se completează de medicul curant pe baza buletinelor respective ale compartimentelor de explorări funcționale și radiologie, preluând codurile puse de aceste compartimente și separat numărul de explorări și investigații.

Motivele internării - se trec rezumativ agravările, complicațiile bolilor care au motivat spitalizarea pacientului.

Anamneza și istoricul bolii va cuprinde pe subcapitole (a, b, c, d, e) tot ce cunoaște pacientul despre antecedentele familiale, personale și boala care a necesitat spitalizarea.

Ministerul Sănătății al Republicii Moldova IMSP Institutul de Medicină Urgentă	Procedura nr.02/10 IMSP IMU
TITLU: Procedura operațională privind completarea Fișei Medicale a bolnavului de staționar (F-003/e)	Secția Managementul Calității serviciilor medicale

Examenul clinic general, examenul oncologic, alte examene speciale, cele radiologice, anatomo-patologice, ecografice etc. Examenul clinic general este cel al medicului curant, iar celelalte sunt ale altor secții sau laboratoare și trecut în buletinele de investigații, din care medicul curant va trece în F.O.C.G. ceea ce este mai important pentru cazul tratat, anexând și buletinele.

Susținerea diagnosticului și tratamentului, epicriza și recomandările la externare sunt obligatoriu de completat de medicul curant și revăzut de șeful secției respective. Cuprinde rezumativ principalele etape ale spitalizării și ale tratamentului acordat pe parcurs, recomandările date celui externat, medicamentele prescrise, comportamentul indicat acestuia în perioada următoare externării. ***Cu aplicarea semnăturii și parafeii medicului, care a avut în îngrijire pacientul.***

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 mâna dreaptă/stângă, semne meningiene pozitive/negative, plagă contuză/tăiată). Se admit doar abrevierile recunoscute în medicină.

Foaia de titlu se completează în Unitatea Primiri Urgente a instituției 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.

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

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

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.***

Diagnosticul clinic definitiv se fixează la momentul externării pacientului și cuprinde: maladia (trauma) de bază, complicațiile maladii (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/injunghiată, traumatism multiplu).

Descrierea examenului clinic la internare

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.

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.

Ministerul Sănătății al Republicii Moldova IMSP Institutul de Medicină Urgentă	Procedura nr.02/10 IMSP IMU
TITLU: Procedura operațională privind completarea Fișei Medicale a bolnavului de staționar (F-003/e)	Secția Managementul Calității serviciilor medicale

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 prin semnătura și parafa medicului ce a cules anamneza.**

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 ostio-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 (deregări 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 hematopoietic, endocrin și nervos, etc. Modificările patologice constatate la examinarea pacientului se descriu în mod detaliat, indicându-se și denumirea lor după autor.

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.).

Ministerul Sănătății al Republicii Moldova IMSP Institutul de Medicină Urgentă	Procedura nr.02/10 IMSP IMU
TITLU: Procedura operațională privind completarea Fișei Medicale a bolnavului de staționar (F-003/e)	Secția Managementul Calității serviciilor medicale

În cazul traumatismelor de transport și leziunilor produse prin arme de foc este important a se indica distanța de la plante până 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, cât 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 pârlirii 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.

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, **confirmate prin semnătura și parafa medicului respectiv.**

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

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

Consimțământul 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), cât și **semnătura și parafa medicului 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, consimțământul 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, care aplică și parafa personală** (sau a completului în componența echipei de gardă, în cazuri excepționale prin semnătura conducerii instituției).

Ministerul Sănătății al Republicii Moldova IMSP Institutul de Medicină Urgentă	Procedura nr.02/10 IMSP IMU
TITLU: Procedura operațională privind completarea Fișei Medicale a bolnavului de staționar (F-003/e)	Secția Managementul Calității serviciilor medicale

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 Departament, secție și medicul curant, aplicând parafa personală.

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.

Rezultatele examinărilor efectuate de către consultanții de profil îngust (sau alt profil) trebuie să conțină denumirea specialității, **numele și prenumele medicului cu aplicarea parafei personale**, 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.

Descrierea intervenției chirurgicale

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 obligator, **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.

Vizita preoperatorie a anesteziștului și procesul-verbal al anesteziei se fixează în mod obligator în toate tipurile de anestezie, cu excepția celei locale. Vizita preoperatorie a anesteziștului 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). **Se aplică în mod obligatoriu semnătura și parafa medicului anesteziolog, care a examinat pacientul.**

Procesul-verbal al anesteziei va reflecta: starea clinică a pacientului (TA, Ps, FR) imediat până 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.

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.).

Ministerul Sănătății al Republicii Moldova IMSP Institutul de Medicină Urgentă	Procedura nr.02/10 IMSP IMU
TITLU: Procedura operațională privind completarea Fișei Medicale a bolnavului de staționar (F-003/e)	Secția Managementul Calității serviciilor medicale

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.), specificându-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, specificându-se numaidecât expedierea ei pentru cercetare morfopatologică.

La finele intervenției chirurgicale se face evidența numărului instrumentelor și tampoanelor folosite, rezultatele indicându-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 cu aplicarea parafelor personale.**

Intervențiile chirurgicale sub protecția anesteziei locale cu Novocaină se efectuează numai după executarea probei individuale de sensibilitate la acest anestezic, 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 căruia 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.

Descrierea supravegherii în dinamică a pacientului

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 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 numaidecât 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, făcându-se inscripțiile corespunzătoare în fișa de observație. **Fiecare zilnic se semnează de către medicul curant cu aplicarea, în mod obligatoriu a parafei personale.**

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

Ministerul Sănătății al Republicii Moldova IMSP Institutul de Medicină Urgentă	Procedura nr.02/10 IMSP IMU
TITLU: Procedura operațională privind completarea Fișei Medicale a bolnavului de staționar (F-003/e)	Secția Managementul Calității serviciilor medicale

Vizitele șefilor de Departamente, 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, confirmată prin parafa personală.***

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 indicându-se în fișa medicală a bolnavului de staționar, ***aplicând semnătura și parafa personală.***

Medicul curant al secției de profil vizitează pacientul aflat în secția de terapie intensivă zilnic, fixând rezultatele examinării în fișă, ***aplicând semnătura și parafa personală.***

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, ținându-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, ***care se confirmă prin semnătura și parafa fiecărui membru al consiliului.***

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.

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.

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

Descrierea manipulațiilor

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 și aplică parafa personală de rând cu asistenta medicală***, confirmându-se astfel realizarea procedurii.

Transfuziile de sânge (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 sânge, data prelevării, termenul de valabilitate ș.a.) a materialului biologic transfuzat.

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

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

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.

Ministerul Sănătății al Republicii Moldova IMSP Institutul de Medicină Urgentă	Procedura nr.02/10 IMSP IMU
TITLU: Procedura operațională privind completarea Fișei Medicale a bolnavului de staționar (F-003/e)	Secția Managementul Calității serviciilor medicale

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.

Întocmirea epicrizei de externare

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, aplicându-se și parafele personale**. Extrasul eliberat pacientului se vizează cu ștampila dreptunghiulară și triunghiulară a instituției medico-sanitare.

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.

La externare partea verso a foi 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.

8. Documente corespondente

- Registru de evidență a internărilor bolnavilor și renunțarilor la spitalizare,

9. Distribuie

- tuturor angajaților din cadrul secțiilor cu pacienți;
- medicilor șefi adjuncți.

10. Anexe

- fișa medicală a pacientului de staționar - F-003/e aprobată prin ordinul MS nr.426 din 11.05.2012 „Privind aprobarea formularelor statistice de evidență medicală primară”, anexa 1

11. Cuprins.

Numarul componentei în cadrul procedurii operaționale	Denumirea componentei din cadrul procedurii operaționale	Pag
1	Coperta	1
2	Lista responsabililor de elaborare	2
3	Lista responsabililor la care se difuzează ediția	2
4	Scopul procedurii operaționale	2
5	Domeniul de aplicare	2
6	Documente de referință	2-3
7	Descrierea procedurii	3-10
8	Documente corespondente	11
9	Anexe	11
10	Cuprins	11