

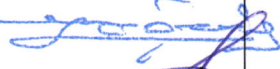
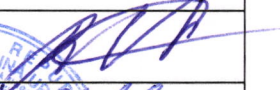


Ministerul Sănătății al Republicii Moldova
IMSP Institutul de Medicină Urgentă

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

CHIȘINĂU 2024

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 asistenței 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.

Motivul 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 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/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 parașa 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), conștiența (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 (fungine, lubrifianți, rugină, fragmente de stofa, 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 părării 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).