**О мерах по сокращению затрат времени медицинских работников на ведение медицинской документации и упразднении ряда учетных форм**

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СССР

ПРИКАЗ

от 9 июня 1986 года N 818

О мерах по сокращению затрат времени медицинских
работников на ведение медицинской документации
и упразднении ряда учетных форм

Комиссия Министерства здравоохранения СССР, созданная приказом по Министерству от 07.04.86 N 482, рассмотрела предложения министерств здравоохранения всех союзных республик, свыше 200 предложений главных врачей лечебно-профилактических учреждений, а также более 100 предложений граждан по уменьшению затрат времени врачами на заполнение медицинской документации, ведущими больных в амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждениях.

В результате изучения всех представленных материалов, проверки ряда лечебно-профилактических учреждений установлено, что в целом ряде лечебнопрофилактических учреждений ведется более 50 различного рода форм неутвержденной медицинской документации.

Подавляющее большинство из них не характеризует объем и качество оказываемой медицинской помощи и соответственно не используется для оценки работы подразделений и учреждений в целом.

Отдельные первичные медицинские документы дублируют друг друга. В ряде учреждений здравоохранения применяются модифицированные и измененные формы "Медицинская карта амбулаторного больного", "Медицинская карта стационарного больного", "История развития ребенка" и другие медицинские документы.

Вместе с тем, многие органы и учреждения здравоохранения в целях сокращения затрат времени врачей и средних медицинских работников разработали и внедрили рациональные системы ведения медицинской документации. Так, в течение последних 10 лет в большинстве лечебно-профилактических учреждений Латвийской ССР широко применяется диктофонный метод ведения истории болезни и оформления некоторых видов медицинской документации. В результате чего по данным Министерства здравоохранения Латвийской ССР у врачей освобождается ежедневно до 1,5 часов времени, что способствует улучшению качества лечебнодиагностического процесса.

В целях сокращения затрат времени медицинских работников на заполнение медицинской документации

Приказываю:

1. Исключить из "Перечня форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения", утвержденного [приказом Министерства здравоохранения СССР от 04.10.1980 N 1030](http://docs.cntd.ru/document/9042149) и последующими приказами Министерства здравоохранения СССР, первичные медицинские документы, указанные в [Приложении N 1](http://docs.cntd.ru/document/901756754).

2. Заместителю Министра здравоохранения СССР Сафонову А.Г., Главному управлению лечебно-профилактической помощи Министерства здравоохранения СССР (Москвичев А.М.), Главному управлению лечебно-профилактической помощи детям и матерям Министерства здравоохранения СССР (Гребешева И.И), Управлению медицинской статистики и вычислительной техники Министерства здравоохранения СССР (Церковный Г.Ф.) в месячный срок:

2.1. Разработать новые формы медицинских документов на основе объединения ряда аналогичных учетных форм и сокращения объема заполнения других (согласно [Приложению N 2](http://docs.cntd.ru/document/901756754)).

2.2. Завершить работу и представить на утверждение руководству Министерства здравоохранения СССР следующие формы медицинской документации с максимальным включением в них элементов формализации:

- ф. N 025/у "Медицинская карта амбулаторного больного";

- ф. N 026/у "Медицинская карта ребенка";

- ф. N 112/у "История развития ребенка";

- ф. N 003/у "Медицинская карта стационарного больного".

2.3. Ввести вышеназванные переработанные формы с 01.01.87 в ряде территорий СССР (1 союзной республике, 2-3 областях РСФСР). По итогам работы с ними в учреждениях здравоохранения подготовить новые формы в 1988 году.

3. Министру здравоохранения Латвийской ССР Канепу В.В. до 01.01.87 разработать 15 комплектов документов по системе организации, технологии, эксплуатации диктофонных центров в лечебно-профилактических учреждениях и направить их непосредственно Министрам здравоохранения союзных республик.

4. В целях активного внедрения в практику работы лечебно-профилактических учреждений диктофонного метода заполнения медицинской документации обязать:

4.1. Министра здравоохранения Латвийской ССР Канепа В.В. совместно с Минздравом СССР (Сафонов А.Г.) подготовить и провести:

4.1.1. Во II полугодии 1986 года рабочее совещание начальников Главных управлений (управлений) лечебно-профилактической помощи и начальников управлений лечебно-профилактической помощи детям и матерям Минздравов союзных республик по вопросу внедрения диктофонного метода ведения медицинской документации;

4.1.2. В I и II кварталах 1987 года провести 2 семинара по вопросу внедрения диктофонного метода для главных врачей республиканских (областных, краевых) больниц.

5. Министрам здравоохранения союзных республик:

5.1. До 1 сентября 1986 года запретить в лечебно-профилактических учреждениях ведение медицинских документов, указанных в [Приложении N 1](http://docs.cntd.ru/document/901756754) к настоящему Приказу.

5.2. Категорически запретить ведение медицинской документации в учреждениях здравоохранения, не утвержденной соответствующими приказами Министерства здравоохранения СССР.

5.3. В течение 1986-1988 годов организовать диктофонные центры в лечебно-профилактических учреждениях на основе имеющегося положительного опыта использования диктофонных центров в учреждениях здравоохранения Латвийской ССР. С этой целью в месячный срок уточнить потребность и направить в территориальные управления Госснаба СССР заявку на необходимую технику для оснащения диктофонных центров.

5.4. Обязать главных врачей амбулаторно-поликлинических и больничных учреждений обеспечить выполнение следующих требований:

5.4.1. При заполнении "Медицинской карты стационарного больного":

- жалобы больного при поступлении и анамнез настоящего заболевания должны записываться кратко, с указанием лишь патологических изменений и данных, непосредственно относящихся к заболеванию;

- данные общего анамнеза фиксируются в истории болезни только в тех случаях, когда это необходимо врачу для установления диагноза, оценки состояния больного и определения плана лечения;

- данные первичного обследования заполняются кратко, с описанием только патологических изменений, выявленных при обследовании больного;

- протоколы записей консультантов должны вестись кратко с указанием патологических изменений и рекомендуемых назначений;

- ведение врачом дневников (данные динамического наблюдения) должно осуществляться по необходимости, в зависимости от состояния больного, кратко и четко, но не реже 3 раз в неделю, за исключением находящихся в тяжелом состоянии или в состоянии средней тяжести;

- детям до 3 лет дневники заполняются ежедневно.

5.4.2. При заполнении "Медицинской карты амбулаторного больного" в период обследования, наблюдения и лечения пациента в амбулаторных условиях кратко отражать в названной карте следующие основные данные:

- анамнестические;

- патологию, диагноз,

- проводимое лечение;

- состояние трудоспособности.

6. Директору Всесоюзного научно-исследовательского института социальной гигиены и организации здравоохранения им.Н.А.Семашко (Овчаров В.К.) в срок до 01.12.86 разработать предложения и доложить руководству Министерства здравоохранения СССР об использовании современной ЭВМ-техники в целях обработки медицинских статистических данных на уровне лечебно-профилактических учреждений: "Городская поликлиника", "Городская больница", "Городская детская поликлиника", "Городская детская больница".

7. Контроль за выполнением приказа возложить на заместителя Министра здравоохранения СССР Сафронова А.Г. Приказ разрешается размножить в необходимом для работы количестве.

**Приложение 1. Первичная медицинская документация, исключаемая из "Перечня форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения", утвержденного приказом Минздрава СССР от 04.10.80 N 1030 и последующими приказами Минздрава СССР**

Приложение N 1
к Приказу Минздрава СССР
от 09.06.86 N 818

1. Медицинская карта студента вуза, учащегося среднего специального учебного заведения. Форма N 025-3/у.

2. Контрольная карта диспансерного наблюдения (для кабинета инфекционных заболеваний). Форма N 030-3/у.

3. Карта подлежащего периодическому осмотру. Форма N 046/у.

4. Карта профилактически осмотренного с целью выявления. Форма N 047/у.

5. Список лиц, подлежащих целевому медицинскому осмотру на выявленных. Форма N 048/у

6. Извещение о спортивной травме. Форма N 092/y.

7. Извещение о побочном действии лекарственного препарата. Форма N 093/у.

8. Журнал изолятора, изоляционной комнаты. Форма N 125/у.

9. Этикетки на банку. Форма N 192/у.

10. Этикетка для посуды с биологическим материалом. Форма N 208/у.

11. Анализ крови - определение диаметра эритроцитов. Форма N 226/у.

12. Анализ - липопротеиды сыворотки крови. Форма N 230/у.

13. Анализ крови - содержание глюкозы. Форма N 231/у.

14. Анализ - содержание электролитов. Форма N 233/у.

15. Анализ активности ферментов сыворотки крови. Форма N 234/у.

16. Анализ - показатели системы свертывания крови (сокращенный анализ). Форма N 238/у.

17. Карта динамики лабораторных показателей (анализ мочи). Форма N 247/у.

18. Карта динамики лабораторных показателей (анализ крови). Форма N 248/у.

19. Карта динамики лабораторных показателей (биохимический анализ крови). Форма N 249/у.

20. Журнал приема и выдачи шприцев, инструментария, материалов. Форма N 263/у.

21. Контрольный журнал регистрации группы крови и резус-принадлежности. Форма N 127/у.

22. Лист регистрации артериального давления. Форма N 141/у.

23. Извещение участковому врачу-терапевту. Форма N 143/у.

**Приложение 2. Перечень медицинской документации, подлежащей дополнительному пересмотру**

ПРИЛОЖЕНИЕ N 2
к Приказу Минздрава СССР
от 09.06.86 N 818

1. Выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного. Форма N 027/у.

2. Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку. Форма N 058/у.

3. Вкладной лист на подростка к медицинской карте амбулаторного больного. Форма N 025-1/у.

4. Лист основных показателей состояния больного, находившегося в отделении (палате) реанимации и интенсивной терапии. Форма N 011/у.

5. Лист основных показателей состояния больного, находившегося в отделении (палате) реанимации и интенсивной терапии кардиологического отделения. Форма N 012/у.