

I. „ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО“

(по страници)

Стр. 1 (титулна страница) от „История на заболяването“:

1. Документ „История на заболяването/ бременността и раждането/новороденото“ се води освен за пациентите, приети за лечение в стационара по всички КП, и за тези, лекувани по АПр, както и за КПр, съгласно представените таблици:

Таблица №1: Амбулаторни процедури

Амбулаторни процедури	Води се/ не се води ИЗ	Пациента се насочва с направление:	Изготвя се/не се изготвя епикриза
АПр № 1	не	бл. МЗ - НЗОК № 8	не
АПр № 2	не	бл. МЗ-НЗОК № 8	не
АПр № 3	не	бл. МЗ-НЗОК № 8	не
АПр № 4	да	бл. МЗ-НЗОК № 7	да
АПр № 5	не	бл. МЗ-НЗОК № 12	не
АПр № 6	не	бл. МЗ-НЗОК № 8	не
АПр № 7	не	бл. МЗ - НЗОК № 9	не
АПр № 8	не	бл. МЗ-НЗОК № 8	не
АПр № 9	не	бл. МЗ - НЗОК № 9	Етапна епикриза 1 път /г.
АПр № 10	не	бл. МЗ-НЗОК № 8	не
АПр № 11	да	бл. МЗ-НЗОК № 7	да
АПр № 12	да	бл. МЗ-НЗОК № 7	да
АПр № 13	да	бл. МЗ-НЗОК № 7	да
АПр № 14	да	бл. МЗ-НЗОК № 7	да
АПр № 15	да	бл. МЗ-НЗОК № 7	да
АПр № 16	да	бл. МЗ-НЗОК № 7	да
АПр № 17	да	бл. МЗ-НЗОК № 7	да
АПр № 18	да	бл. МЗ-НЗОК № 7	да
АПр № 19	да	бл. МЗ-НЗОК № 7	да
АПр № 20	да	бл. МЗ-НЗОК № 7	да
АПр № 21	да	бл. МЗ-НЗОК № 7	да
АПр № 22	да	бл. МЗ-НЗОК № 7	да
АПр № 23	да	бл. МЗ-НЗОК № 7	да
АПр № 24	да	бл. МЗ-НЗОК № 7	да
АПр № 25	не	бл. МЗ- НЗОК № 8А	не
АПр № 26	не	бл. МЗ- НЗОК № 8А	не
АПр № 27	не	бл. МЗ - НЗОК № 8	не
АПр № 28	не	бл. МЗ- НЗОК № 8А	не
АПр № 29	не	бл. МЗ- НЗОК № 8А	не
АПр № 30	не	бл. МЗ- НЗОК № 8А	не
АПр № 31	да	бл. МЗ-НЗОК № 7	да
АПр № 32	не	бл. МЗ - НЗОК № 8	не
АПр № 33	не	бл. МЗ- НЗОК № 8А	не
АПр № 34	да	бл. МЗ-НЗОК № 7	да
АПр № 35	не	бл. МЗ- НЗОК № 8А	не
АПр № 36	не	бл. МЗ- НЗОК № 8А	не
АПр № 37	не	бл. МЗ- НЗОК № 8А	не
АПр № 38	не	бл. МЗ - НЗОК № 8	не
АПр № 39	не	бл.МЗ-НЗОК № 9	не
АПр № 40	не	бл.МЗ-НЗОК № 9	не
АПр № 41	не	бл.МЗ-НЗОК № 9	не
АПр № 42	не	бл.МЗ-НЗОК № 9	не
АПр № 43			
АПр № 44	да	бл. МЗ-НЗОК № 7	да

Таблица №2: Клинични процедури

Клинични процедури	Води се/ не се води ИЗ	Пациента се насочва с:	Изготвя се/не се изготвя епикриза
№1	не	бл. МЗ-НЗОК № 8	не
№2	не	бл. МЗ-НЗОК № 8	не
№3	да	бл. МЗ- НЗОК № 8А	да
№4	да	бл. МЗ- НЗОК № 8А	да
№5	да	бл. МЗ- НЗОК № 8А	да
№6	да	бл. МЗ- НЗОК № 8	да

В случаите, при които с едно направление с №№ 7, 8 или 8А се отчита цикъл от процедури, то цикълът се описва в една ИЗ. В тези случаи ИЗ се изготвя и попълва, съобразно извършената дейност, включена в обхвата на дейността, посочена в съответната КП или АПр и изискванията на НРД за медицинските дейности за 2020-2022 г. В тези случаи изготвената Епикриза отразява извършените в нея дейности, терапевтично поведение и препоръки за последващо лечение. Епикриза не се изготвя при завършване на АПр с № 6, 7 и 8, но проведените прегледи и процедури се вписват във воденото онкологично досие.

В случаите, при които не се изисква ИЗ, документирането на лечението се извършва в съответното направление 8, 8А и 9.

Първата страница на образец „История на заболяването/ бременността и раждането“ се отпечатва с данните от приема и се подписва от пациента. Допуска се първа страница, с цялата информация в нея, да се води само електронно и да се отпечатва при необходимост. По този начин ще се избегне необходимостта от дописване на данни на ръка във вече отпечатаната първа страница и в електронен вид ще е налична пълната история на заболяването.

При превеждане на пациент в друга клиника/отделение на същото лечебно заведение не се изисква задължително нова ИЗ. Нова ИЗ се изисква само при превеждане на пациента в друго лечебно заведение.

Всички реквизити в „История на заболяването“ се попълват задължително от изпълнителите на болнична медицинска помощ, сключили договор за изпълнение на съответната дейност.

Съгласно чл. 21, ал. 7 от Наредба № 49 от 2010 г., в ИЗ трябва да фигурират подписите на приемащ лекар, лекуващ лекар - служебно назначен от началника на клиника/отделение или на лекуващ лекар по избор на пациента, ако е направен такъв.

Изборът на лекар пациентът декларира с подписа си в Декларация за информирано съгласие, неизменна част от ИЗ. Подписите на лекарите могат да са електронни, ако имат такива, или на хартиен носител, ако ИЗ е разпечатано. След оформяне на 1-ва страница ИЗ се подписва електронно от началника на клиниката/отделението, ако има електронен подпис, или се подписва на хартиен носител, ако ИЗ е разпечатана.

Титулната страница на ИЗ трябва да е подписана от пациента, като това може да стане по електронен път чрез електронен подпис, при наличие на такъв и желание от страна на пациента, или на хартиен носител, след разпечатване на попълнения документ.

Попълват се всички данни от Блок „История на заболяването“, Блок „Важно“, Блок „Пациент“, Блок „Насочен към стационара“, Блок „Диагноза“, Блок „Изпратен по спешност“, Блокове „Изход от заболяването“, „Трудоспособност“, „След изписването болният е насочен за лечение“ - при приключване на лечението, както и степените на тежест на състоянието на пациента (над 3 години, деца до 1 година, новородени и кърмачета).

Валидирането на документа се осъществява чрез фамилията и подписа на лекуващия лекар и подписа на началник клиниката/отделението.

След 2-ра страница няма определен графичен интерфейс. Всяко лечебно заведение, в зависимост от спецификата на неговата дейност/дейности, може да създаде собствен формат на страниците след 1-ва, утвърден от директора/управителя на лечебното заведение.

Стр. 2

Задължително се вписва от кого е снета анамнезата (пациент, роднини, близки, упълномощено лице). Вписва се името на лекаря снет анамнезата, дата, час и подпис.

Стр. 3

Статуса при приемане на пациента се сменя от лекар, който вписва името си, посочва дата и час, и полага подпис. Специфичният статус е в зависимост от профила на клиниката/отделението, където е приет пациента.

Стр. 4

Диагностично-лечебният план е задължителна част на ИЗ, като се вписва датата и часа на изготвянето му, както и името на лекаря, който го е изготвил. В него се вписва следното: вероятна диагноза, диференциална диагноза, необходими изследвания и консултации, симптоми и синдроми, налагащи динамично следене на състоянието, прогноза ..., подпис на началник клиника/отделение.

Стр. 5, 6 и 7

Всички данни от лабораторните изследвания се прибавят към ИЗ, като се вписва дата и час на извършването им. Посочените изследвания в „Лист за лабораторни изследвания“ са минимум от тези, които са посочени в диагностично-лечебните алгоритми. При необходимост от специфични изследвания, същите се вписват в ИЗ.

Вписват се получените данни или се прибавят съответните медицински документи, свързани с тези изследвания, които съдържат дата на изследването и съответните резултати. Медицинските документи, доказващи извършването на изследванията, могат да бъдат подписани и с електронен подпис, ако лекарят, който ги е извършил има такъв.

Стр. 8

Всички данни от образни изследвания се вписват в ИЗ или се прибавят към медицинската документация. Те трябва да съдържат дата извършване на изследването, разчитане на резултатите, име на лекаря, разчет данните. Разчетените образни изследвания могат да бъдат подписани с електронен подпис, ако лекарят, който ги е извършил има такъв. (Съхранението на образните изследвания и данните от тях се осъществява, съгласно медицински стандарт по „Образна диагностика“ и чл.286 и 295 от НРД за МД за 2020 – 2022г. и анекс ДОГОВОР № РД-НС-01-4-7 от 30.12.2020 г. за изменение и допълнение на НРД за медицинските дейности между НЗОК и БЛС за 2020 - 2022 г., именно във всички КП, в поясненията след таблица „Кодове на основни процедури по МКБ - 9КМ“, текстовете „Рентгеновите филми или друг носител при образни изследвания се прикрепват към ИЗ“ и/или „Рентгеновите филми прикрепват към ИЗ“ са заличени)

Стр. 9

Задължително се посочват всички извършени процедури (диагностични и терапевтични), които са включени в диагностично-лечебния алгоритъм (ДЛА) на съответните КП или КПр или АПр, както и други медицински процедури, извън ДЛА, които са извършени по време на болничния престой. Тези процедури се записват с кодове МКБ 9 и КСМП.

В таблицата се посочват имената на назначилите и извършилите процедурите, като подпис се полага в края на таблицата от началника на клиниката/отделението с електронен подпис или страницата с таблицата се разпечатва и тогава подписва.

В таблицата за използвани консумативи се записват приложените медицински изделия, които се заплащат от НЗОК извън цената на КП/КПр/АПр, както и всички други, незаплащани от НЗОК. Медицинските консумативи не влизат в това число.

Стр. 10

Представява проследяване на състоянието на пациента - декурзус, като в него в свободен текст се описва следното: състояние на болния, специфични симптоми и синдроми, провеждано лечение и промените в него, режим. Декурзусът трябва да има дата и час и име и подпис на визитиращия лекар, ако досието е електронно и лекарят има електронен подпис. Към тази страница се добавят при приключване на ИЗ оперативен протокол, лекарствен лист, температурен лист, анестезиологичен лист и т.н.

Забележка: при необходимост се създават следващи страници като стр. 10

Последна страница: съдържа - изход от заболяването, издадена и връчена епикриза с дата и час и подпис на получилия епикризата. В епикризата задължително се вписва дата и час на контролни прегледи, изследвания и консултации.

ИЗ се счита за окончателно приключена в деня на издаване на епикризата (по изключение това може да е до една седмица след изписването, съгласно чл. 24, ал. 1 от Наредба №49 от 2010 г.).

Подпис на пациента за връчена епикриза се добавя в самата епикриза, като един екземпляр от нея, отпечатан на хартия и подписан от получилия епикризата остава в лечебното заведение, изпълнител на болнична помощ и се предоставя на контролните органи при поискване.

Описът съдържа броят и видът на добавените към ИЗ документи.

Възможно е епикризата да се подписва електронно, като се осигури предаване на екземпляр от нея на ОПЛ и на пациента.

При онкологични КП и АПр онкологичното досие се поддържа по досегашния ред, като първата и последната страница на ИЗ се отпечатват и се прикрепят към досието.

Към ИЗ се създава опис на всички документи, които са прибавени към ИЗ по време на болничния престой и са неделима част от ИЗ. Подписват се с подпис и дата от лекуващия лекар и началника на клиниката/отделението.

II. „ИСТОРИЯ НА БРЕМЕННОСТТА И РАЖДАНЕТО“

Титулната страница на „История на бременността и раждането“ в представените образци се попълва на компютър, веднага при приемане на пациента, спазвайки изискванията на Наредба № 49 от 2010 г. Първата страница на ИЗ се попълва машинно. При необходимост от допълване на данните на ръка, същите трябва да са написани ясно и четливо.

Всички реквизити в „История на бременността и раждането“ се попълват задължително от изпълнителите на болнична медицинска помощ, сключили договор за изпълнение на съответната дейност.

Съгласно чл. 21, ал. 7 на Наредба № 49 от 2010 г., в ИЗ трябва да фигурират подписите на приемащ лекар, лекуващ лекар-служебно назначен от началникът на клиника отделение или на лекуващ лекар по избор на пациента, ако е направен такъв.

Изборът на лекар пациентът декларира с подписа си в Декларация за информирано съгласие, неизменна част от ИЗ. Подписите на лекарите могат да са електронни, ако имат такива, или на хартиен носител, ако ИЗ е разпечатано. След оформяне на 1-ва страница ИЗ се подписва електронно от началник клиника/отделение, ако има електронен подпис, или се подписва на хартиен носител, ако ИЗ е разпечатано.

Титулната страница на ИЗ трябва да е подписана от пациента, като това може да стане по електронен път чрез електронен подпис, при наличие на такъв и желание от страна на пациента, или на хартиен носител, след разпечатване на попълнения документ. Допуска се първата страница, с цялата информация в нея, да се води само електронно и да се отпечата при необходимост.

Попълват се всички данни от Блок „История на бременността и раждането“, Блок „Важно“, Блок „Пациент“, Блок „Насочена към стационара“, Блок „Диагноза“, Блок „Изпратен по спешност“, Блок „Операции“, Блок „Пролежани дни“, Блок „Наследственост от страна на:“, Блок „Последна редовна менструация“, Блок „Движение на пациентката“, Блок „Изход от бременността“, Блок „Новородено“. Валидирането на документа се осъществява чрез име и подпис на лекуващия лекар и подпис на началник клиниката отделението.

Всички документи, отразяващи дейността по диагностично- лечебния алгоритъм приети и утвърдени от директора/управителя на лечебното заведение (примерно мониторинг и проследяване на маточни контракции и сърдечна честота на плода) могат да бъдат прилагани при въвеждането на собствен интерфейс, съобразен с изискванията на Наредба №49 от 2010 г.

„История на бременността и раждането“ се води при всички случаи на болничен престой, свързан със бременност и раждане.

III. „ИСТОРИЯ НА НОВОРОДЕНОТО“

„История на новороденото“ се изготвя за всички новородени деца. Същата се води за деца до навършване на 28 дневна възраст. При необходимост от продължително лечение в неонатологичното отделение, издадената „История на новороденото“ се продължава до приключване на лечебно- диагностичния процес. При превеждане в друго лечебно заведение до 28-я ден от раждането се води „История на новороденото“ от приемащото лечебно заведение, като тази ИЗ се води до края на болничния престой.

При превеждане след 28- я ден от раждането в приемащото лечебно заведение се води „История на заболяването“.

Титулната страница на „История на новороденото“ се попълва на компютър, спазвайки изискванията на Наредба № 49 от 2010 г. Първата страница на ИЗ се попълва машинно. При необходимост от допълване на данните на ръка, същите трябва да са написани ясно и четливо.

Всички реквизити в „История на новороденото“ се попълват задължително от изпълнителите на болнична медицинска помощ, сключили договор за изпълнение на съответната дейност.

Съгласно чл. 21, ал. 7 на Наредба № 49 от 2010 г., в ИЗ трябва да фигурират подписите на приемащ лекар, лекуващ лекар-служебно назначен от началникът на клиника/отделение или на лекуващ лекар по избор на пациента, ако е направен такъв.

Подписите на лекарите могат да са електронни, ако имат такива, или на хартиен носител, ако ИЗ е разпечатано. След оформяне на 1-ва страница ИЗ се подписва електронно от началник клиника/отделение, ако има електронен подпис, или се подписва на хартиен носител, ако ИЗ е разпечатано.

Попълват се всички данни от Блок „История на новороденото“, като в паспортната част освен № от общоболничния журнал се поставя и № от Актовата книга

електронно от началник клиника/отделение, ако има електронен подпис, или се подписва на хартиен носител, ако ИЗ е разпечатано.

Попълват се всички данни от Блок „История на новороденото“, като в паспортната част освен № от общоболничния журнал се поставя и № от Актовата книга на клиниката/отделението, дата на вписване в актовата книга, РЗИ на лечебното заведение, където е родено детето, Блок „Важно“, Блок „Майка“, Блок „Дете“, Блок „Наследственост от страна на:“, Блок „Диагноза при изписването“, Блок „Данни за детето при раждането“, както и степени на тежест на състоянието на новородени и кърмачета. Валидирането на документа се осъществява чрез име и подпис на лекуващия лекар и подпис-на началник клиника/отделение.

Степента на тежест на състоянието (новородени и кърмачета) е описана подробно в „Указания за попълване на история на новороденото“ от публикуваните документи в § 43 на Договор № РД-НС-01-4-7 от 30.12.2020 г. Направените имунизации и скрининговите проби могат да се запишат в изготвен от лечебното заведение формуляр, одобрен от директора/управителя.

В частта „Народност“ на майката да се разбира „Гражданство“.

Приетите и утвърдени от директора/управителя на лечебното заведение образци (примерно листове за интензивно наблюдение и лечение) могат да бъдат прилагани при въвеждането на собствен интерфейс, съобразен с изискванията на Наредба №49 от 2010 г.

При оформянето на ИЗ в електронен вариант се създава „Електронен файл на пациента“, като всеки следващ документ, който се добавя се включва към стр. №...

ИЗ се съхранява в електронен вариант в болничната информационна система (БИС) и се разпечатва при необходимост.

Оценка на тежестта на здравното състояние по системата на Клифорд не се прилага.

ПРОФ. Д-Р ПЕТКО САЛЧЕВ
УПРАВИТЕЛ НА НЗОК