



БЪЛГАРСКИ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ
Вх. № *272*
22.03 20*21* г.
УПРАВИТЕЛЕН СЪВЕТ

отдел експерти

НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА

София 1407, ул. "Кричим" № 1

www.nhif.bg

тел: +359 2 9659192



ДО
Д-Р ИВАН МАДЖАРОВ
ПРЕДСЕДАТЕЛ НА УС НА БЛС
БУЛ. "АКАД. ИВАН ГЕШОВ" №15
ГР. СОФИЯ

Относно: Указания за попълване и съхранение на „История на заболяването“, „История на бременността и раждането“ и „История на новороденото“

УВАЖАЕМИ/А Г-Н/Г-ЖО ДИРЕКТОР,

Във връзка с ваше писмо вх. № на НЗОК17-01-53/11.03.2021 г., относно прилагане на § 43 на Договор № РД-НС-01-4-7 от 30.12.2020 г. за изменение и допълнение на Национален рамков договор за медицинските дейности между НЗОК и БЛС за 2020-2022 г. (Договор № РД-НС-01-4-7 от 30.12.2020 г.) приложено, изпращаме Указания за попълване и съхранение на „История на заболяването“, „История на бременността и раждането“ и „История на новороденото“.

Приложение: съгласно текста

С УВАЖЕНИЕ,

УПРАВИТЕЛ НА НАЦИОНАЛНА
ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА:

ПРОФ. Д-Р ПЕТКО САЛЧЕВ



I. УКАЗАНИЯ ЗА ПОПЪЛВАНЕ НА „ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО“ (по страници)

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

Титулната страница на „История на заболяването“ (ИЗ) се попълва на компютър, веднага при приемане на пациента, постъпил или преведен от друго лечебно заведение за лечение по клинични пътеки (КП) или амбулаторни процедури (АПр) с №№ 4, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 31, 32, 34 и 44, каквато е практиката досега, спазвайки изискванията на Наредба № 49 от 18 октомври 2010 г. за основните изисквания, на които трябва да отговарят устройството, дейността и вътрешният ред на лечебните заведения за болнична помощ и домовете за медико-социални грижи (Наредба № 9 от 2010 г.). В случаите, при които с едно направление с №№ 7, 8 или 8А се отчита цикъл от процедури, то цикълът се описва в едно 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.

Първата страница на ИЗ се попълва машинно. При необходимост от допълване на данните на ръка, същите трябва да са написани ясно и четливо.

При превеждане на пациент в друга клиника/отделение се издава нова ИЗ, на основание документ за превеждане, в който подробно е описано следното: състояние на пациента, осъществени диагностично-лечебни мероприятия, консултации и основания за превеждането му в съответната клиника/отделение.

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. 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, разчетел данните. Разчетените образни изследвания могат да бъдат подписани с електронен подпис, ако лекарят, който ги е извършил има такъв. На стр. 8 се интегрира номерът на образното изследване от PACS.

Стр. 9

Всички процедури (диагностични и терапевтични) се вписват по кодове МКБ 9 и КСМП, име и подпис на лекаря, назначил процедурата, дата и подпис на извършилия процедурата. В случай, че са използвани консумативи, същите се описват по вид.

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.).

II. УКАЗАНИЯ ЗА ПОПЪЛВАНЕ НА „ИСТОРИЯ НА БРЕМЕННОСТТА И РАЖДАНЕТО“

Титулната страница на „История на бременността и „ 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.

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.

III. УКАЗАНИЯ ЗА ПОПЪЛВАНЕ НА „ИСТОРИЯ НА НОВОРОДЕНОТО“

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. 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.

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

ПРОФ. Д-Р ПЕТКО САЛЧЕВ
УПРАВИТЕЛ НА НЗОК

