Приказ Комитета здравоохранения Правительства Москвы от 30 декабря 1998 г. N 688 "Об утверждении форм медицинской документации отделений анестезиологии и реаниматологии"

В целях унификации ведения медицинской документации отделений анестезиологии и реаниматологии стационарных учреждений здравоохранения, приказываю:

1. Утвердить формы вкладышей в медицинскую карту стационарного больного Ф-003/У (приложения 1, 2, 3, 4, 5).

2. Главным врачам учреждений здравоохранения, имеющих в составе отделения анестезиолого-реанимационного профиля,

2.1. обеспечить тиражирование утвержденных вкладышей:

- "Карта интенсивной терапии" и "Карта течения анестезии" (приложения 1, 2) - самокопирующиеся, формат А-3;

- "Предоперационный осмотр", "Протокол течения анестезии" и "Согласие на анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства" (приложения 3, 4, 5) - формат А-4;

2.2. внедрить указанные формы в практическую деятельность отделений анестезиологии и реаниматологии. Срок - 01.02.99.

3. Главному анестезиологу-реаниматологу Комитета здравоохранения Молчанову И.В. обеспечить контроль за внедрением новых форм документации.

4. Считать утратившим силу приказ Комитета здравоохранения г.Москвы от 04.07.97. N 353 "О проведении эксперимента по унификации медицинской документации отделений анестезиологии и реаниматологии".

5. Контроль за выполнением настоящего приказа возложить на заместителя председателя Комитета здравоохранения - начальника управления организации медицинской помощи населению Плавунова Н.Ф.

Председатель Комитета здравоохранения А.П.Сельцовский

Приложение N 1
к приказу **Комитета здравоохранения**
Правительства Москвы
от 30 декабря 1998 г. N 688

Карта интенсивной терапии

Лечебное учреждение _____

Отделение ____ Дата заполнения___

Ф.И.О.больного _____

Возраст _____

N и/б

Пала-та

Койка

Группа крови_____ Rh_____

Аллергические реакции

Время			9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
35	40	250														
30	39	200														
ЧД25	Темр	АД														

	38	150
20	37	ЧСС 100
15	36	50
10	35	0

Параметры ИВЛ	ЦВД														
	O2sat														
	CO2														
	ДО														
	МОД														
	O2														
	PEEP														
Назначения															
Желудочный зонд/per os															
Получасовой диурез															
Стул															
Дренажи															

Продолжение карты

23	24	1	2	3	4	5	6	7	8

Диагноз _____

_____

Операция _____

_____

Дата операции _____

Сутки наблюдения _____

Аппарат ИВЛ:
Вид ИВЛ:

Эндотрахеальная трубка:
Трахеостомическая трубка:

Обследования:

Глюкоза
Билирубин
Холестерин
Общий белок
Белковые фракции
АСТ, АЛТ, ЛДГ, ЩФ, КФК
Мочевина
Креатинин
Ht, Hb
K, Na, Ca, Cl
КЩС
Коагулограмма
Осмолярность

Rg-исследования
УЗИ
ЭКГ
Консультации:

Общий анализ крови
Общий анализ мочи
Анализ мочи на сахар, ацетон
Амилаза
Микробиологические исследования с идентифицированием возбудителя и определением чувствит. к антибиотикам:
крови
мочи
мокроты
раневого отделяемого
Анализ ликвора
Химико-токсиколог ическое исследование крови, мочи

Лечебные мероприятия

Диета _____

Объем питания	Через зонд	Per os
	_____	_____
Каллораж питания	_____	_____

Итоги

Объем потребления жидкости:	Потери жидкости:
Гемотрансфузия _____	Кровопотеря _____
В/венно_____	Диурез_____
Энтерально_____	Дренажи_____
_____	_____

Баланс жидкости:
--_____+_____/сут

Врач _____
Медсестра _____

Приложение N 2
к приказу **Комитета здравоохранения**
Правительства Москвы
от 30 декабря 1998 г. N 688

Карта течения анестезии N

Лечебное учреждение
_____
_____
Отделение_____
Дата_____
Диагноз _____
_____
Операция _____
_____
Плановая
Экстренная
(подчеркнуть)

Ф.И.О. больного
_____
возраст_____
N и/б _____
рост ____ масса___
группа крови__Rh__

Аллергические реакции:

Состояние больного
_____
Премедикация:

В палате	В операционной
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Вид анестезии:

Наркозный аппарат:
Контур:
Эндотрахеальная трубка:
Положение больного на столе:

Итоги
Расход медикаментов
_____
_____

Газы: O2
N2O

	в/в болюсно		
	в/в капельно: объем		
	объем		
	Время		
	Зрачок		
	O2sat		
	CO2		
	ЦВД		
	t°		
	35	250	
Перелито в/в капельно 1_____ 2_____ 3_____ 4_____ 5_____ 6_____ 7_____ 8_____ 9_____ Гемотрансфузия_____ Всего перелито в/в _____	30	200	
	ЧД25	АД 150	
	20	ЧСС 100	
	15	50	
Кровопотеря _____ Выделено мочи _____	10	0	
	Этап анесте-		

Этапы операции	зии																							
I_____																								
II_____	Этап операции																							
III_____																								
IV_____																								
V_____	Хар-ка дыхания																							
VI_____																								
VII_____																								
VIII_____	Параметры ИВЛ																							
IX_____																								
X_____																								
XI_____	Диурез																							
XII_____																								

Этапы анестезии	Характеристика дыхания	Заключение Анестезиолога:	Врач_____ Медсестра_____
А - Премедикация Вв - Вводный наркоз Т - Интубация Пв - Поворот Э - Экстубация Д - Декуризация Б - Блокада	С - Спонтанное В - Вспомогательное П - Принудительное		Операционная бригада:

Приложение N 3
к приказу **Комитета здравоохранения**
Правительства Москвы
от 30 декабря 1998 г. N 688

ФИО больного_____
Возраст_____
N и/б_____

Предоперационный осмотр
Запись анестезиолога
отделение_____
дата осмотра_____

Рост_____ Масса_____ Группа крови_____ Rh_____
Предполагаемая операция (плановая, экстренная) в объеме_____
_____
Данные из анамнеза: (подчеркнуть)
аллергия да нет гемотрансфузия да нет
общее обезболивание да нет
применение гормональных препаратов да нет
наличие съемных зубных протезов да нет
состояние шейного отдела позвоночника (изменения) да нет
рубцовые изменения дыхательных путей да нет
хронические заболевания (какие)_____
_____
_____
длительный прием лекарственных средств (каких)_____
Исходное состояние пациента: удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое
Состояние кожных покровов_____
Состояние вен нижних конечностей _____
Периферические отеки да нет
Сознание_____
Дыхательная система_____

Данные рентгенологического обследования_____
_____
Волюметрия: ДО_____ МОД_____ЧД_____
Проба Штанге_____
Система кровообращения_____
АД_____ ЧСС_____ЦВД_____
ЭКГ_____
Органы пищеварения_____
_____
Выделительная система_____
Данные лабораторного обследования:_____
_____
_____

Заключение:_____
_____
_____
Особое мнение:_____
_____
Степень анестезиолого-операционного риска:
1 2 3 4 5 (Классификация МНОАР)

Премедикация:_____
_____
_____
Дополнительные назначения:_____
_____

Врач анестезиолог

Приложение N 4
к приказу **Комитета здравоохранения**
Правительства Москвы
от 30 декабря 1998 г. N 688

ФИО больного_____
Возраст_____
N и/б_____

Протокол течения анестезии
Название отделения _____
Дата операции _____
В плановом, экстренном порядке

Пациент поступил в операционную в _____ часов _____минут
Начало анестезии _____час. _____мин. Конец _____час. _____ мин.
Начало операции _____ час. _____мин. Конец _____час. _____ мин.

Название операции: _____
_____
Положение на операционном столе:_____
Премедикация на операционном столе:_____
_____
Вид анестезии: _____
Наркозно-дыхательный аппарат: _____
Дыхательный контур: полуоткрытый, полузакрытый, закрытый (подчеркнуть)
Вводный наркоз:_____
_____

Интубация трахеи с_____ попытки эндотрахеальной трубкой N_____ фирмы ____
В желудок введен зонд N _____, отделяемое из желудка_____
Особенности интубации обусловлены_____
Начата ИВЛ в режиме: МОД _____ ДО_____ PEEP_____FiO2_____
Газовая дыхательная смесь _____
После интубации дыхание проводится _____
Хрипы _____
Интраоперационный мониторинг: - гемодинамики (метод измерения параметров прямой, непрямой) - дыхания: CO2, O2Sat, N2O (подчеркнуть)
Течение анестезии: Анестетик (название, капельно, болюсно) _____
_____
Суммарная доза анестетика (прописью, подпись врача) _____
_____
Кураризация (название препарата, суммарная доза):_____
_____
Особенности течения анестезии_____
_____
_____
_____
_____
_____
После операции сознание восстановлено через_____
Необходимость продленной вентиляции в п/о периоде определялась:_____
_____
Декураризация (название препарата, суммарная доза):_____
_____
Экстубация _____
Дыхательные нарушения после экстубации: да нет
Параметры мониторного контроля после анестезии: АД_____ ЧСС_____SatO2____
Сознание: отсутствует, ясное, медикаментозная седация, сопор.
Пациент переведен: в п/о палату, профильное отделение, ОРИТ (подчеркнуть)
Параметры мониторного контроля в палате: АД_____ ЧСС_____ SatO2____
Проводится ингаляция увлажненного кислорода через маску.
Заключение:_____
_____
_____
_____
Врач-анестезиолог _____ Анестезист _____

Приложение N 5
к приказу **Комитета здравоохранения**
Правительства Москвы
от 30 декабря 1998 г. N 688

Согласие на анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства

Я_____
(Фамилия, имя, отчество)
_____ года рождения, проживающий (ая) по адресу:_____
_____
находясь на лечении (обследовании, родоразрешении) в отделении
_____
(название лечебного учреждения, отделения, номер палаты)
_____
_____

добровольно даю свое согласие на _____
_____
_____
(название вида обезболивания, возможность изменения анестезиологической тактики)

О последствиях _____
(возможных осложнениях при выполнении анестезии)

и связанным с ними риском информирован (а) врачом анестезиологом-реаниматологом _____
(фамилия, имя, отчество)

" " _____ _____г. Подпись пациента _____

Расписался в моем присутствии:
Врач анестезиолог-реаниматолог _____(подпись) _____