

|  |   |  |                        |           |
|--|---|--|------------------------|-----------|
| <b>IMSP IMșiC</b><br><b>Consiliul Calității</b><br><b>Serviciul management al calității</b><br><b>și audit medical</b><br><b>(SMCAM)</b> | <b>PROCEDURA</b><br><b>DE GESTIONARE A FIȘEI MEDICALE</b><br><b>A BOLNAVULUI DE STAȚIONAR</b> |  | <b>IMC.PG.003</b>      |           |
|  |   |  | Ediția 1               | Revizia 0 |
|  |   |  | <b>Pagina 1 din 21</b> |           |
|  |   |  | <b>Exemplar nr.1</b>   |           |

## IMSP INSTITUTUL MAMEI și COPILULUI





### PROCEDURA DE GESTIONARE A FIȘEI MEDICALE A BOLNAVULUI DE STAȚIONAR

**COD IMC.PG.003**

**Notă:** Acest document conține informații care sunt proprietatea IMSP Institutul Mamei și Copilului din Chișinău și este destinată utilizării exclusive pentru propriile cerințe. Utilizarea integrală sau parțială a acestei proceduri în orice scop sau activitate sau reproducerea parțială sau integrală în orice publicație și prin orice procedeu (electronic, mecanic, fotocopiare, microfilmare etc.) este interzisă fără acordul scris al Directorului IMSP Institutul Mamei și Copilului

|  |   |  |                        |                  |
|--|---|--|------------------------|------------------|
| <b>IMSP IMșiC</b><br><b>Consiliul Calității</b><br><b>Serviciul management al calității</b><br><b>și audit medical</b><br><b>(SMCAM)</b> | <b>PROCEDURA</b><br><b>DE GESTIONARE A FIȘEI MEDICALE</b><br><b>A BOLNAVULUI DE STAȚIONAR</b> |  | <b>IMC.PG.003</b>      |                  |
|  |   |  | <b>Ediția 1</b>        | <b>Revizia 0</b> |
|  |   |  | <b>Pagina 2 din 21</b> |                  |
|  |   |  | <b>Exemplar nr.1</b>   |                  |


**Componenta 1. Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea, avizarea, coordonarea și aprobarea ediției**

| ELABORAT  | VERIFICAT  | AVIZAT   | COORDONAT   | APROBAT  | EDIȚIA | REVIZIA |
|---|--|--|---|--|--------|---------|
| Șefii subdiviziunilor DMESM   | SMCAM  | Șeful compartimentu -lui respectiv   | Consiliul Calității (CC)  | Director IMSP Institutul Mamei și Copilului, Sergiu Gladun                         | 1      | 0       |
|  | Șef SMCAM, Ludmila Zănoagă   | Șef Departament monitorizare și evaluare servicii medicale, Mihai Rotaru                     | Președintele CC, Mihai Rotaru, șef Departament monitorizare și evaluare servicii medicale (DMESM) |  |        |         |
| 21.07.2017  |  27.07.2017 |  07.08.2017 |  10.08.2017      | 11.08.2017   |        |         |

**Componenta 2. Situația edițiilor și a reviziilor în cadrul edițiilor**

| Nr. crt. | Ediția sau, după caz, revizia în cadrul ediției | Componenta revizuită | Modalitatea reviziei | Data de la care se aplică prevederile ediției sau reviziei ediției |
|----------|---|----------------------|----------------------|--|
| 2.1.     | Ediția 1. Procedura completă                    | -                    | -                    | 14 august 2017   |
| 2.2.     | Revizia 0.                                      | -                    | -                    | -  |

**Componenta 3. Lista cuprinzând persoanele la care se difuzează ediția**

| Nr. crt. | Scopul difuzării | Exemplar nr.: | Compartiment                         | Funcția                       | Numele și prenumele   | Data primirii | Semnătura   |
|----------|------------------|---------------|--------------------------------------|-------------------------------|-----------------------|---------------|---|
| 3.1.     | Arhivare         | 1             | Consiliul Calității                  | Președinte Secretar           | M.Rotaru<br>L.Zănoagă | 11.08.2017    |  |
|          |                  |               | SMCAM                                | Șef Serviciu                  | L.Zănoagă             | 11.08.2017    |   |
| 3.2.     | Evidență         | 2             | Cancelaria (Registra corespondență)  | Șef Cancelarie                | N.Lesnic              | 11.08.2017    |   |
| 3.3.     | Aplicare         | 3             | Toate compartimentele/subdiviziunile | Șef compartiment/subdiviziune | *                     | 14.08.2017    | *   |
| 3.4.     | Informare        | 4             | Toate compartimentele/subdiviziunile | Colaboratorii/angajații       | *                     | 14.08.2017    | *   |

**Notă:** \* În cazul unui număr mai mare a persoanelor responsabile de aplicare a procedurii și/sau a celor care urmează a fi informate - se vor anexa listele celor vizați cu indicarea numelui și prenumelui, datei primirii ediției și semnăturii

|  |   |  |                   |                  |
|--|---|--|-------------------|------------------|
| <b>IMSP IMȘIC</b><br><b>Consiliul Calității</b><br><b>Serviciul management al</b><br><b>calității</b><br><b>și audit medical</b><br><b>(SMCAM)</b> | <b>PROCEDURA</b><br><b>DE GESTIONARE A FIȘEI MEDICALE</b><br><b>A BOLNAVULUI DE STAȚIONAR</b> |  | <b>IMC.PG.003</b> |                  |
|  |   |  | <b>Ediția 1</b>   | <b>Revizia 0</b> |
|  | <b>Pagina 3 din 21</b>  |  |                   |                  |
|  | <b>Exemplar nr.1</b>  |  |                   |                  |

#### **Componenta 4. Scopul procedurii**

Prezenta procedură are drept scop descrierea procesului de gestionare a Fișei medicale a bolnavului de staționar din momentul generării acesteia pînă la externarea pacientului, modalitățile de completare, codificare, raportare în sistemul DRG on-line și stocare a acesteia.

#### **Componenta 5. Domeniul de aplicare a procedurii**

Procedura se aplică tuturor compartimentelor clinice și paraclinice a IMSP Institutului Mamei și Copilului, inclusiv Departamentului Medicină Urgentă, Arhivei.

#### **Componenta 6. Documente de referință (reglementări) aplicabile activității procedurate**

##### **Primare:**

- 6.1. Legea ocrotirii sănătății, nr.411-XIII din 28.03.1995, cu modificările și completările ulterioare.
- 6.2. Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, nr.1585-XIII din 27.02.1998, cu modificările și completările ulterioare.
- 6.3. Legea privind evaluarea și acreditarea în sănătate, nr.552-XV din 18.10.2001, cu modificările și completările ulterioare.
- 6.4. Legea cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului, nr.263-XIV din 27.10.2005, cu modificările ulterioare.
- 6.5. Hotărîrea Guvernului nr.1387 din 10.12.2007 cu privire la aprobarea Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, cu modificările și completările ulterioare.
- 6.6. Ordinul MS nr.519 din 29.12.2008 „Cu privire la sistemul de audit medical intern”.
- 6.7. Ordinul MS nr.265 din 03.08.2009 „Privind Instrucțiunea cu privire la completarea Fișei medicale a bolnavului de staționar (F 003/e)”.
- 6.8. Ordinul MS nr.139 din 03.03.2010 „Privind asigurarea calității serviciilor medicale în instituțiile medico-sanitare”.
- 6.9. Ordinul MS nr.303 din 06.05.2010 „Cu privire la asigurarea accesului la informația privind propriile date medicale și lista intervențiilor medicale care necesită perfectarea acordului informat”.
- 6.10. Ordinul MS nr.546 din 06.06.2012 „Privind aprobarea Regulilor de codificare a diagnosticilor și procedurilor medicale”.
- 6.11. Ordinul MS și CNAM nr.839/427-A din 21.08.2014 „Cu privire la aprobarea materialelor pentru codificarea medicală a maladiilor și intervențiilor în cadrul sistemului DRG”.
- 6.12. Ordinul MS și CNAM nr.596/404-A din 21.07.2016 „Privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală”.
- 6.13. Ordinul IMSP IMȘIC nr.01-19/24 din 07.02.2011 „Cu privire la îmbunătățirea eficacității, eficienței și calității serviciilor medicale acordate pacienților”.
- 6.14. Ordinul IMSP IMȘIC nr.01-19/90 din 23.05.2012 „Cu privire la îmbunătățirea calității și eficientizarea serviciilor medicale acordate pacienților cu urgențe pediatrice”.
- 6.15. Ordinul IMSP IMȘIC nr.01-19/200 din 27.10.2016 „Cu privire la implementarea procedurilor”.
- 6.16. Ordinul IMSP IMȘIC nr.01-19/81 din 10.05.2017 „Cu privire la asigurarea pacienților cu asistență medicală la cele mai înalte standarde de calitate, în conformitate cu prevederile Normelor metodologice de aplicare a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală (AOAM) și Contractului de acordare a asistenței medicale în cadrul AOAM”.
- 6.17. Ghidul arhivelor din Republica Moldova. M. Tașcă, A. Postică, V. Basiul et al. Ch.: Pontos, 2011.

##### **Secundare:**

- 6.18. Regulamentul Arhivei.
- 6.19. Standardele de bază de evaluare și acreditare a spitalelor.
- 6.20. Standardele de codificare DRG.

|  |   |  |                        |                  |
|--|---|--|------------------------|------------------|
| <b>IMSP IMȘIC</b><br><b>Consiliul Calității</b><br><b>Serviciul management al</b><br><b>calității</b><br><b>și audit medical</b><br><b>(SMCAM)</b> | <b>PROCEDURA</b><br><b>DE GESTIONARE A FIȘEI MEDICALE</b><br><b>A BOLNAVULUI DE STAȚIONAR</b> |  | <b>IMC.PG.003</b>      |                  |
|  |   |  | <b>Ediția 1</b>        | <b>Revizia 0</b> |
|  |   |  | <b>Pagina 4 din 21</b> |                  |
|  |   |  | <b>Exemplar nr.1</b>   |                  |

## Componenta 7. Definiții și abrevieri

### Componenta 7.1. Definiții

| <b>Nr. crt.</b> | <b>Termenul</b>                         | <b>Definiția și/sau, dacă este cazul, actul care definește termenul</b>  |
|-----------------|---|--|
| 1.              | Fișa medicală a bolnavului de staționar | Fișa medicală a bolnavului de staționar (formular nr.003/e-2012) este un document oficial, întocmit de către personalul medical și reprezintă interacțiunea scriptică a medicului cu pacientul, dovada actului medical și a intervențiilor terapeutice/chirurgicale, în care se fixează informațiile referitoare la diagnosticarea maladiei (traumei), evoluția procesului patologic în dinamică și tratamentul aplicat. |
| 2.              | Asigurarea calității                    | Parte a managementului calității, concentrată pe furnizarea încrederii că cerințele referitoare la calitate vor fi îndeplinite   |
| 3.              | Proces                                  | Ansamblu de activități corelate sau în interacțiune care transformă elemente de intrare în elemente de ieșire  |
| 4.              | Procedură                               | Prezentarea formalizată, în scris, a tuturor pașilor ce trebuie urmați, a metodelor de lucru stabilite și a regulilor de aplicat în vederea realizării activității, cu privire la aspectul procesual   |
| 5.              | Ediție a unei proceduri operaționale    | Forma inițială sau actualizată, după caz, a unei proceduri operaționale, aprobată și difuzată  |
| 6.              | Revizia în cadrul unei ediții           | Acțiunile de modificare, adăugare, suprimare sau altele asemenea, după caz, a uneia sau a mai multor componente ale unei ediții a procedurii operaționale, acțiuni care au fost aprobate și difuzate   |
| 7.              | Compartiment                            | Subdiviziune organizatorică formată prin gruparea, pe baza unor criterii obiective, a unui număr rațional de posturi aflate sub o autoritate unică, în cadrul căreia se realizează, în mod permanent, un ansamblu relativ omogen de sarcini, necesitând cunoștințe specializate de un anumit tip și utilizarea unor metode și tehnici adecvate   |

### Componenta 7.2. Abrevieri

| <b>Abrevierea</b> | <b>Termenul abreviat</b>                               |
|-------------------|--|
| A                 | Aprobare   |
| Ah                | Arhivare   |
| Ap                | Aplicare   |
| AOAM              | Asigurare obligatorie de asistență medicală            |
| CNAM              | Compania Națională de Asigurări în Medicină            |
| DMESM             | Departament monitorizare și evaluare servicii medicale |
| EI                | Elaborare  |
| Ev                | Evidență   |
| Ex                | Execută  |
| FMBS              | Fișa medicală a bolnavului de staționar                |
| RP                | Responsabil de proces                                  |
| V                 | Verificare   |
| SMCAM             | Serviciul managementul calității și audit medical      |

|  |   |                        |                  |
|--|---|------------------------|------------------|
| <b>IMSP IMșiC</b><br><b>Consiliul Calității</b><br><b>Serviciul management al calității</b><br><b>și audit medical</b><br><b>(SMCAM)</b> | <b>PROCEDURA</b><br><b>DE GESTIONARE A FIȘEI MEDICALE</b><br><b>A BOLNAVULUI DE STAȚIONAR</b> | <b>IMC.PG.003</b>      |                  |
|  |   | <b>Ediția 1</b>        | <b>Revizia 0</b> |
|  |   | <b>Pagina 5 din 21</b> |                  |
|  |   | <b>Exemplar nr.1</b>   |                  |

## **Componenta 8. Descrierea procedurii (activității)**

### **8.1. Generalități**

Fișa medicală a bolnavului de staționar (formular nr.003/e-2012), în continuare - FMBS, este un document oficial, întocmit de către personalul medical și reprezintă interacțiunea scriptică a medicului cu pacientul, dovada actului medical și a intervențiilor terapeutice/chirurgicale, în care se fixează informațiile referitoare la diagnosticarea maladiei (traumei), evoluția procesului patologic în dinamică și tratamentul aplicat.

FMBS 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.

FMBS servește, la necesitate, drept sursă de informații pentru expertizele medico-legale, în special în cazurile de traumatisme sau probleme ce țin de calitatea asistenței medicale de care a beneficiat pacientul.

În cazul când informația cuprinsă în FMBS este succintă și nu reflectă pe deplin volumul asistenței acordate, personalul medical cât și expertiza medico-legală nu poate argumenta corectitudinea și plenitudinea îngrijirilor medicale. FMBS perfectată corect, cuprinzând toate etapele actului medical, poate proteja medicul de o acuzare neîntemeiată ce ține de activitatea sa.

FMBS servesc la documentarea cercetărilor diagnostice, argumentarea diagnosticului stabilit, justificarea internării pacientului pentru tratament staționar, fixarea și confirmarea tratamentului prescris, a tuturor manipulațiilor și investigațiilor întreprinse, informațiilor cu privire la evoluția și dinamica în timp a procesului patologic, tuturor acțiunilor curative întreprinse în vederea ameliorării stării pacientului, asigurarea continuității procesului curativ.

Înscrierile în FMBS se efectuează cu scris citeț, cu cerneală de culoare albastră. Corectări nu se admit.

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. Se admit doar abrevierile recunoscute în medicină.

### **8.2. Completarea și codificarea FMBS**

#### **8.2.1. Completarea FMBS de către asistentul medical**

Completarea FMBS este inițiată în secția de internare, Departamentul medicină urgentă (DMU) de către asistentul medical. Fișa se întocmește într-un singur exemplar pentru fiecare episod de spitalizare.

|  |   |                        |                  |
|--|---|------------------------|------------------|
| <b>IMSP IMșiC</b><br><b>Consiliul Calității</b><br><b>Serviciul management al</b><br><b>calității</b><br><b>și audit medical</b><br><b>(SMCAM)</b> | <b>PROCEDURA</b><br><b>DE GESTIONARE A FIȘEI MEDICALE</b><br><b>A BOLNAVULUI DE STAȚIONAR</b> | <b>IMC.PG.003</b>      |                  |
|  |   | <b>Ediția 1</b>        | <b>Revizia 0</b> |
|  |   | <b>Pagina 6 din 21</b> |                  |
|  |   | <b>Exemplar nr.1</b>   |                  |

Numărul FMBS se indică conform numărului de rînd din Registrul de evidență a internărilor bolnavilor și renunțărilor la spitalizare (Formular Nr.001/e) și va fi unic pe spital și pe durata unui an.

Foaia de titlu se completează în secția de internare, DMU și cuprinde informații generale referitoare la instituția medico-sanitară (denumire, secție, salon), data și ora internării, datele de identificare și locul de muncă al pacientului, grupa de sînge, intoleranța față de unele preparate medicamentoase, de cine este trimis pentru internare ș.a.

La punctul 1. se indică numele, prenumele, patronimicul bolnavului.

La punctul 2. se indică cetățenia bolnavului, bifînd, după caz, căsuțele (cetățean al Republicii Moldova sau altele). În cazul cînd bolnavul este cetățean al altui stat se înscrie și țara de origine.

La compartimentul dat în căsuțe se indică respectiv numărul de identificare sau numărul actului de identitate străin. Pentru bolnavii, cetățeni ai Republicii Moldova, care nu dețin IDNP, în compartimentul respectiv se indică în căsuțe seria și numărul Certificatului de naștere sau seria și numărul formularului Nr.9.

*Notă: Informația ce ține de datele privind identitatea bolnavului se indică în baza următoarelor acte:*

1) Pentru cetățenii Republicii Moldova sau apatrizi:

a) Buletinul de identitate;

b) Certificatul de naștere pentru copiii sub 16 ani;

c) Formularul Nr.9, pentru persoanele care dețin acte de identitate provizorii în conformitate cu HG RM nr.42 din 17.01.1995.

2) Pentru cetățenii altor state: Actul de identitate național.

La punctul 3. se indică data nașterii. Ziua se codifică în căsuțele respective prin cifrele 01 - 31; luna - prin cifrele 01 - 12; anul - prin cele 4 cifre ale anului. Vîrsta se indică, după caz, în zile/luni/ani în cifre și se codifică în căsuțele respective prin 2 cifre, concomitent specificînd prin subliniere unitatea de măsură a vîrstei.

La punctul 4. se indică locul de trai al bolnavului, indicînd municipiul/raionul, sectorul/localitatea, strada, numărul locuinței, blocului, apartamentului.

La punctul 5. se codifică în căsuțe cine este plătitorul serviciilor medicale, după caz: cu cifra 1, cînd serviciile medicale sunt achitate de asigurător și cu cifra 2, cînd serviciile medicale sunt achitate de pacient.

*Notă: În situația, în care bolnavul este asigurat de către CNAM (deține la momentul internării o poliță valabilă) și solicită internarea fără respectarea regulilor de internare stabilite (nu deține bilet de trimitere etc.), în cazul dat, vor fi introduse toate datele bolnavului referitoare la statutul de asigurat, asigurător, categoria bolnavului asigurat, și se va bifa cifra 2 în căsuța „Plătitor de servicii medicale”.*

La punctul 6. se bifează căsuța în funcție de statutul persoanei, asigurat (căsuța 1) sau neasigurat (căsuța 2).

|  |   |                        |                  |
|--|---|------------------------|------------------|
| <b>IMSP IMșiC</b><br><b>Consiliul Calității</b><br><b>Serviciul management al</b><br><b>calității</b><br><b>și audit medical</b><br><b>(SMCAM)</b> | <b>PROCEDURA</b><br><b>DE GESTIONARE A FIȘEI MEDICALE</b><br><b>A BOLNAVULUI DE STAȚIONAR</b> | <b>IMC.PG.003</b>      |                  |
|  |   | <b>Ediția 1</b>        | <b>Revizia 0</b> |
|  |   | <b>Pagina 7 din 21</b> |                  |
|  |   | <b>Exemplar nr.1</b>   |                  |

La punctul 7. se bifează căsuța 1, în cazul când bolnavul este asigurat de către CNAM sau căsuța 2, în cazul când bolnavul este asigurat de către o altă companie de asigurări. În acest caz, pe linia respectivă se specifică denumirea companiei de asigurare.

La punctul 8. se indică numărul poliței de asigurare, în baza poliței de asigurare pe care o deține bolnavul la momentul internării. De asemenea, după verificare, se codifică valabilitatea poliței, specificând în căsuțele respective: ziua - prin cifrele 01 - 31; luna - prin cifrele 01 - 12; anul - prin cele 4 cifre ale anului, inclusiv ora, pînă la care este valabilă polița, prin cifrele 00 - 24 (ora) și 00 - 60 (minuta).

La punctul 9. se codifică Categoria bolnavului asigurat (ex.1 - 19), în funcție de categorie. Codificarea categoriei bolnavului asigurat, se efectuează în baza datelor obținute pe parcursul verificării valabilității poliței de asigurare obligatorie de asistență medicală.

La punctul 10. se indică locul de muncă, profesia și funcția ocupată a bolnavului internat; pentru elevi și pentru copii se specifică respectiv locul de studii, și/sau denumirea instituției preșcolare sau școlii.

La punctul 11. se specifică grupa sanguină și Rh-factor prin încercuire. Specificarea se efectuează în baza datelor din buletinul de identitate. După caz, punctul dat se completează, ulterior, după internare și primirea rezultatului respectiv.

La punctul 12. se codifică în căsuțe după caz cifrele 1 (pentru sexul masculin) sau 2 (pentru sexul feminin).

La punctul 13. se codifică în căsuțe, pentru copiii nou-născuți, greutatea la naștere în grame (*exemplu: 3560*).

La punctul 14. se indică prezența în anamneză, inclusiv în perioada internării, a reacției alergice, cu specificarea alergenului.

La punctul 15. se codifică respectiv prin cifrele 1 sau 2 dacă bolnavul fumează sau nu, inclusiv dacă consumă zilnic alcool sau nu. Punctul dat se completează în baza declarației bolnavului sau datelor de evidență medicală.

La punctul 16. se codifică data internării: ziua, luna, anul și ora internării.

La punctul 17. se codifică în căsuțe tipul internării prin cifra 1 - în cazul internării urgente a bolnavului și prin cifra 2 - în cazul internării programate a bolnavului.

La punctul 18. se codifică în căsuță cifrele de la 1 pînă la 5, în funcție de cine a fost trimis pacientul și modul de internare (trimis de AMU, medicul de familie, medicul specialist de profil, transfer intraspitalicesc, la cererea bolnavului). De asemenea, pe linie se indică denumirea instituției care a trimis, sau din care a fost transferat.

La punctul 19. se codifică în căsuță cifrele 1 - 3, în funcție de numărul de ore peste cîte a fost internat după debutul bolii (traumei), conform declarației bolnavului.

|  |   |                        |                  |
|--|---|------------------------|------------------|
| <b>IMSP IMșiC</b><br><b>Consiliul Calității</b><br><b>Serviciul management al</b><br><b>calității</b><br><b>și audit medical</b><br><b>(SMCAM)</b> | <b>PROCEDURA</b><br><b>DE GESTIONARE A FIȘEI MEDICALE</b><br><b>A BOLNAVULUI DE STAȚIONAR</b> | <b>IMC.PG.003</b>      |                  |
|  |   | <b>Ediția 1</b>        | <b>Revizia 0</b> |
|  |   | <b>Pagina 8 din 21</b> |                  |
|  |   | <b>Exemplar nr.1</b>   |                  |

### 8.2.2. Completarea FMBS

#### de către medicul secției de internare și medicul curant

La punctul 20. „Diagnosticul de trimitere”, de către medicul de gardă din DMU/ secția de internare, se indică diagnosticul instituției care a trimis pacientul în staționar conform documentelor de însoțire: trimitere-extras din Fișa medicală a bolnavului de ambulator, de staționar (Formular 027/e), Foaie de însoțire la Fișa de solicitare a asistenței medicale de urgență (Formulări 14/e) etc. și se codifică în căsuțe conform CIM-10 cu 4 caractere (*în CIM-10 cu 4 caractere, se pot întâlni diagnostice cu 5 caractere*).

*Notă: Codificarea tuturor diagnosticelor și procedurilor se face de către medici. La codificare se va ține seama de standardele și reglementările de clasificare și codificare în vigoare. Controlul calității codificării diagnosticelor, procedurilor și auditul medical se efectuează de către medicii statisticieni și ai serviciului audit DRG.*

La punctul 21., medicul de gardă din DMU/secția de internare, codifică diagnosticul la internare conform CIM-10 cu 4 caractere (*în CIM-10 cu 4 caractere, se pot întâlni diagnostice cu 5 caractere*). Diagnosticul la internare este cel al medicului de gardă și este întocmit în baza informațiilor obținute în urma examinării clinice primare a pacientului, cât și în baza rezultatelor cercetărilor complementare primare.

La punctul 22., medicul de gardă, care a stabilit diagnosticul la internare semnează și aplică parafa, concomitent indică codul său IDNP în căsuțele respective.

La punctul 23., în termen până la 72 ore după internare, medicul curant indică diagnosticul clinic conform CIM-10 cu 4 caractere (*în CIM-10 cu 4 caractere, se pot întâlni diagnostice cu 5 caractere*). 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.

La punctul 24., la externare de către medicul curant se indică diagnosticul principal la externare (clinic definitiv), care 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 trebuie să fie explicit, este inadmisibilă folosirea în diagnosticul clinic a noțiunilor incorecte și inexistente în medicină.

Diagnosticul principal la externare se codifică conform CIM-10 cu 4 caractere (*în CIM-10 cu 4 caractere, se pot întâlni diagnostice cu 5 caractere*).

Conform Regulilor de codificare a diagnosticelor CIM-10, în cazul afecțiunilor (diagnosticelor) notate cu dagger (+) și asterix (\*), codificarea diagnosticului principal la externare (clinic definitiv), se va face obligatoriu cu două coduri.

Anume, în prima căsuță se trece diagnosticul cu dagger (+), în a doua căsuță se trece diagnosticul cu asterix (\*).



|  |   |                        |                  |
|--|---|------------------------|------------------|
| <b>IMSP IMȘIC</b><br><b>Consiliul Calității</b><br><b>Serviciul management al</b><br><b>calității</b><br><b>și audit medical</b><br><b>(SMCAM)</b> | <b>PROCEDURA</b><br><b>DE GESTIONARE A FIȘEI MEDICALE</b><br><b>A BOLNAVULUI DE STAȚIONAR</b> | <b>IMC.PG.003</b>      |                  |
|  |   | <b>Ediția 1</b>        | <b>Revizia 0</b> |
|  |   | <b>Pagina 9 din 21</b> |                  |
|  |   | <b>Exemplar nr.1</b>   |                  |

La punctul 25. se înscriu diagnosticele secundare la externare (complicații/maladii concomitente), maximum 5 complicații și/sau maladii concomitente, indicînd exclusiv complicațiile/maladiile concomitente pentru care bolnavul a fost investigat și tratat în timpul episodului respectiv de boală și se codifică conform CIM-10 cu 4 caractere (*în CIM-10 cu 4 caractere, se pot întîlni diagnostice cu 5 caractere*).

La punctul 26., medicul curant semnează și aplică parafa, concomitent indică codul său IDNP în căsuțele respective.

La punctul 27. se codifică data externării: ziua, luna, anul și ora externării conform principiilor indicate la punctul 16.

La punctul 28. se indică tipul externării. În căsuțe se indică cifra de la 1 la 4 în funcție de motivul externării. În cazul transferului, pe linie se indică denumirea instituției în care a fost transferat bolnavul.

La punctul 29. se completează starea la externare și se codifică cu 1 - în cazul cînd bolnavul a fost vindecat, 2 - în cazul cînd starea bolnavului doar s-a ameliorat, 3 - în cazul cînd starea bolnavului a rămas fără schimbări, 4 - în cazul cînd starea bolnavului s-a agravat, 5 - în cazul cînd bolnavul a fost externat ca decedat.

La punctul 30. se indică starea capacității de muncă și se codifică cu 1 - în cazul cînd capacitatea de muncă a bolnavului a fost restabilită complet, 2 - în cazul cînd capacitatea de muncă a bolnavului este scăzută, 3 - în cazul cînd capacitatea de muncă a bolnavului a fost pierdută temporar, 4 - în cazul cînd capacitatea de muncă a bolnavului a fost pierdută total, 5 - în cazul cînd capacitatea de muncă a bolnavului a fost pierdută în legătură cu maladia dată, 6 - în cazul cînd capacitatea de muncă a bolnavului a fost pierdută din altă cauză, se indică cauza.

La punctul 31. se indică datele despre deces și se codifică cu 1 - în cazul decesului gravidei, 2 - în cazul decesului la naștere, 3 - în cursul spitalizării, fără ca bolnavul să fie supus intervenției chirurgicale, 4 - intraoperator, 5 - postoperator (0-23 ore), 6 - postoperator (24-47 ore), 7 - postoperator (peste 48 ore).

La punctul 32. se indică numărul total de zile spitalizate. În cazul în care, bolnavul a fost spitalizat ca bolnav asigurat (CNAM și/sau altă companie de asigurare), atunci se specifică numărul de zile spitalizate, asigurate de Asigurător și se indică perioada de spitalizare (ex.: de la 24.01.17 pînă la 29.01.17), iar în cazul în care bolnavul nu a fost asigurat pe durata spitalizării, atunci la compartimentul „contra plată” se indică numărul zilelor spitalizate și perioada de spitalizare, cu indicarea începutului și sfîrșitului perioadei de spitalizare.

La punctul 33. se fac mențiuni cu privire la eliberarea Certificatului de concediu medical, indicînd numărul certificatului medical și perioada de acțiune a lui. În cazul în care, au fost eliberate mai multe certificate de concediu medical, ele toate se menționează.

|  |   |                         |                  |
|--|---|-------------------------|------------------|
| <b>IMSP IMșIC</b><br><b>Consiliul Calității</b><br><b>Serviciul management al</b><br><b>calității</b><br><b>și audit medical</b><br><b>(SMCAM)</b> | <b>PROCEDURA</b><br><b>DE GESTIONARE A FIȘEI MEDICALE</b><br><b>A BOLNAVULUI DE STAȚIONAR</b> | <b>IMC.PG.003</b>       |                  |
|  |   | <b>Ediția 1</b>         | <b>Revizia 0</b> |
|  |   | <b>Pagina 10 din 21</b> |                  |
|  |   | <b>Exemplar nr.1</b>    |                  |

La punctul 34. se indică intervenția chirurgicală principală care a fost efectuată și se codifică intervenția chirurgicală principală conform Listei Tabelare a Procedurilor din Clasificarea Internațională a Maladiilor, versiunea australiană, CIM-10-AM versiunea 7.0, cu 7 caractere.

La punctul 35. se indică începutul intervenției chirurgicale principale - se completează și se codifică în căsuțele respective cu: ziua (ex.: 01-31), luna (ex.: 01-12), anul (ex.: 2017) și ora intervenției chirurgicale principale (ex.: 09.15, 23.59, 00.15).

La punctul 36. se indică sfârșitul intervenției chirurgicale principale - se completează și se codifică în căsuțele respective cu: ziua (ex.: 01-31), luna (ex.: 01-12), anul (ex.: 2017) și ora intervenției chirurgicale principale (ex.: 09.15, 23.59, 00.15).

La punctul 37., medicul operator principal semnează și aplică parafa, concomitent indică codul său IDNP în căsuțele respective.

La punctul 38., se indică informația despre transferul intraspitalicesc - se completează denumirea secției în care a fost internat bolnavul, data și ora intrării în secție, data și ora ieșirii din secție, numărul de zile spitalizate în secție. În cazul transferului bolnavului în mai multe secții, toate transferurile se fixează în tabelul respectiv.

La punctul 39., pentru internați la expertiză se indică concluzia expertizei efectuate.

Punctul 40. se completează de către medicul curant la externarea bolnavului, în conformitate cu datele anexate la FMBS, ce țin de alte intervenții chirurgicale, procedurile medicale și explorările funcționale. Se indică denumirea intervenției chirurgicale, procedurii medicale și explorării funcționale. Se trec elementele mai importante ale examenelor respective efectuate în spital. În căsuțele marcate cu Nr., se introduc numărul intervențiilor chirurgicale, procedurilor medicale și explorărilor, care au fost acordate bolnavului.

Codificarea intervențiilor chirurgicale, procedurilor medicale și explorărilor funcționale se va face conform Listei Tabelare a Procedurilor din Clasificarea Internațională a Maladiilor, versiunea australiană, CIM-10-AM versiunea 7.0, cu 7 caractere.

### **8.2.3. 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 FMBS 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.

|  |   |  |                      |                  |
|--|---|--|----------------------|------------------|
| <b>IMSP IMșiC</b><br><b>Consiliul Calității</b><br><b>Serviciul management al</b><br><b>calității</b><br><b>și audit medical</b><br><b>(SMCAM)</b> | <b>PROCEDURA</b><br><b>DE GESTIONARE A FIȘEI MEDICALE</b><br><b>A BOLNAVULUI DE STAȚIONAR</b> |  | <b>IMC.PG.003</b>    |                  |
|  |   |  | <b>Ediția 1</b>      | <b>Revizia 0</b> |
|  | <b>Pagina 11 din 21</b>   |  | <b>Exemplar nr.1</b> |                  |
|  |   |  |                      |                  |

Anamneza bolii și vieții se indică în mod succint, trecînd 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.

Informațiile referitoare la anamneza bolii și vieții pot fi fixate atît din spusele pacienților sau rudelor acestora, cît și din actele medicale oficiale (îndreptări, extrase etc.), indicîndu-se neapărat sursa informației.

Anamneza epidemiologică și alergologică sunt obligatorii, în ele fixîndu-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 și prin semnătura 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), conștiința (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 osteo-articular și muscular.

Ulterior se indică indicatorii activității sistemelor nervos, respirator, cardiovascular, gastrointestinal și urogenital.

Starea obiectivă pe sisteme de organe va cuprinde rezultatele inspecției, palpării, percuției și auscultației. În funcție de profilul secției se mai cercetează sistemul hematopoetic, endocrin etc. Modificările patologice constatate la examinarea pacientului se descriu în mod detaliat, indicîndu-se și denumirea lor după autor.

Modificările locale (*status localis*) este un compartiment obligator al FMBS 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 FMBS, respectîndu-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, forma leziunii, orientarea leziunii față de linia mediană a corpului, dimensiunile leziunii în centimetri, culoarea

|  |   |                         |                  |
|--|---|-------------------------|------------------|
| <b>IMSP IMșiC</b><br><b>Consiliul Calității</b><br><b>Serviciul management al</b><br><b>calității</b><br><b>și audit medical</b><br><b>(SMCAM)</b> | <b>PROCEDURA</b><br><b>DE GESTIONARE A FIȘEI MEDICALE</b><br><b>A BOLNAVULUI DE STAȚIONAR</b> | <b>IMC.PG.003</b>       |                  |
|  |   | <b>Ediția 1</b>         | <b>Revizia 0</b> |
|  |   | <b>Pagina 12 din 21</b> |                  |
|  |   | <b>Exemplar nr.1</b>    |                  |

leziunii și a regiunilor adiacente, caracterul suprafeței leziunii, 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 pe suprafața leziunii sau în profunzimea ei, starea țesuturilor adiacente.

Întru identificarea agentului traumatic se vor indica acele semne și particularități morfologice care reflectă forma, caracterul suprafeței și alte proprietăți importante ale obiectului vulnerant.

La descrierea leziunilor nu se admite înlocuirea caracteristicilor morfologice ale lor prin expresii generale sau diagnostice.

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.

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) și medicul curant (sau a completului în componența echipei de gardă, în cazuri excepționale prin semnătura conducerii unității medico-sanitare).

Dacă pacientul are mai puțin de 18 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.

|  |   |                         |                  |
|--|---|-------------------------|------------------|
| <b>IMSP IMșiC</b><br><b>Consiliul Calității</b><br><b>Serviciul management al</b><br><b>calității</b><br><b>și audit medical</b><br><b>(SMCAM)</b> | <b>PROCEDURA</b><br><b>DE GESTIONARE A FIȘEI MEDICALE</b><br><b>A BOLNAVULUI DE STAȚIONAR</b> | <b>IMC.PG.003</b>       |                  |
|  |   | <b>Ediția 1</b>         | <b>Revizia 0</b> |
|  |   | <b>Pagina 13 din 21</b> |                  |
|  |   | <b>Exemplar nr.1</b>    |                  |

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 (sau a completului în componența echipei de gardă, în cazuri excepționale prin semnătura conducerii instituției medico-sanitare).

În caz de eschivare intenționată a pacientului de a-și pune semnătura care certifică faptul că el a fost informat despre riscurile și consecințele posibile ale refuzului la intervenția medicală propusă, documentul se semnează în mod obligatoriu de către director, șeful de secție și medicul curant.

În caz de refuz la asistență medicală, exprimat de reprezentantul legal al pacientului (ruda apropiată), când o atare asistență este necesară pentru salvarea vieții pacientului, organele de tutelă și curatelă au dreptul, la solicitarea organizațiilor medicale, de a se adresa în instanța judecătorească pentru protecția intereselor persoanei bolnave.

În cazul unei intervenții medicale de urgență, necesare pentru a salva viața pacientului, când acesta nu-și poate exprima voința, iar consimțământul reprezentantului său legal (al rudei apropiate) nu poate fi obținut la timp, personalul medical are dreptul de a lua decizia respectivă în interesele pacientului.

Rezultatele examinărilor efectuate de către consultanții de profil îngust (sau alt profil) trebuie să conțină denumirea specialității, numele și prenumele medicului, data și ora examinării, acuzele, starea obiectivă generală și specifică profilului, diagnosticul stabilit, după cum și recomandările diagnostice și cele curative. Nu se admit consultații formale, petrecute fără reflectarea stării obiective și a recomandărilor. Medicii chemați în consulturi interdisciplinare vor scrie consulturile de specialitate semnate și parafate.

#### **8.2.4. Descrierea intervenției chirurgicale**

În cazul internării pacienților în secțiile de profil chirurgical și apariției necesității intervenției chirurgicale se va ține cont de următoarele particularități. După realizarea examenului medical, în mod obligator, se va întocmi *epicriza preoperatorie*, prin intermediul căreia chirurgul va argumenta necesitatea intervenției chirurgicale și volumul acesteia. Prin urmare, epicriza preoperatorie trebuie să conțină diagnosticul clinic, manifestările maladiei, indicațiile și contraindicațiile intervenției, gradul de pregătire a pacientului pentru operație, planul și riscurile intervenției chirurgicale.

Vizita preoperatorie a anesteziștilor și procesul-verbal al anesteziei se fixează în mod obligator în toate tipurile de anestezie, cu excepția celei locale. Vizita preoperatorie a anesteziștilor va reflecta acuzele, anamneza bolii și cea alergologică, particularitățile individuale ale pacientului (maladiile concomitente, tratamentul urmat, folosirea alcoolului, tabagismul, condițiile de muncă și de trai ș.a.), rezultatele

|  |   |                         |                  |
|--|---|-------------------------|------------------|
| <b>IMSP IMșiC</b><br><b>Consiliul Calității</b><br><b>Serviciul management al</b><br><b>calității</b><br><b>și audit medical</b><br><b>(SMCAM)</b> | <b>PROCEDURA</b><br><b>DE GESTIONARE A FIȘEI MEDICALE</b><br><b>A BOLNAVULUI DE STAȚIONAR</b> | <b>IMC.PG.003</b>       |                  |
|  |   | <b>Ediția 1</b>         | <b>Revizia 0</b> |
|  |   | <b>Pagina 14 din 21</b> |                  |
|  |   | <b>Exemplar nr.1</b>    |                  |

examenului clinic, devierile indicilor paraclinici (de laborator și instrumentali), măsurile de pregătire preoperatorie în funcție de caracterul intervenției chirurgicale.

Toate aceste măsuri și informații vor determina și argumenta tactica anesteziei. Planul anesteziei va cuprinde indicarea următoarelor informații obligatorii: tipul anesteziei, preparatele medicamentoase (și dozarea lor) folosite în scop de premedicație, inducere și menținere a anesteziei, manipulațiile efectuate, metodele aplicate și riscul anestezic al operației.

Calcularea riscului anestezic al intervenției chirurgicale se recomandă după protocolul ASA (societatea americană de anestezie).

*Procesul-verbal al anesteziei* va reflecta: starea clinică a pacientului (TA, Ps, FR) imediat pînă la administrarea anesteziei, tipul anesteziei, poziția pacientului pe masa de operație, manipulațiile întreprinse (intubare, cateterizarea venei centrale ș.a.), inducerea și menținerea anesteziei, metodicele folosite, rezultatele monitorizării intraoperatorii a pacientului (TA, Ps, FR, volumul hemoragiei, diureza etc.), particularitățile și complicațiile anesteziei, măsurile curative întreprinse pentru înlăturarea lor.

Procesul-verbal al intervenției chirurgicale va începe cu: data și ora efectuării (începerii și finisării) operației, numele membrilor echipei operatorii, denumirea operației, tipul anesteziei, descrierea propriu-zisă a intervenției chirurgicale.

*În descrierea operației* se va indica: măsurile antiseptice; particularitățile abordului și țesuturilor secționate; conținutul cavităților anatomice (sînge, puroi, fibrină etc.), caracterul (culoarea, starea de agregare ș.a.) și volumul (ml) lui; caracterul morfologic al leziunilor (tipul (hemoragie, ruptură, plagă, fractură etc.), localizarea anatomică, forma (plăgii, eschilelor osoase), dimensiunile, caracterul marginilor și alte particularități ce argumentează volumul intervenției chirurgicale și tactica curativă (înlăturarea organelor interne, amputarea porțiunilor de corp, aplicarea aparatului Ilizarov etc.).

*În procesul-verbal al operației* se vor indica manipulațiile și procedeele întreprinse (înlăturarea organului, suturarea leziunii, plasarea drenurilor, plastia peretelui abdominal, suturarea plăgii postoperatorii pe straturi anatomice, tipul suturii, aplicarea pansamentului steril ș.a.), specificîndu-se inclusiv tipul materialului de sutură, instrumentele specifice folosite, metoda după autor și alte momente importante pentru reflectarea plenitudinii și corectitudinii acțiunilor medicale.

Nu se admite înlocuirea descrierilor detaliate a modificărilor constatate intraoperator prin concluzii, fraze generale, diagnostice.

Descrierea piesei operatorii va finaliza protocolul intervenției chirurgicale, specificîndu-se numai decît expedierea ei pentru cercetare morfopatologică.

La finele intervenției chirurgicale se face evidența numărului instrumentelor și tampoanelor folosite, rezultatele indicîndu-se prin intermediul inscripției corespunzătoare.

|  |   |                         |                  |
|--|---|-------------------------|------------------|
| <b>IMSP IMȘIC</b><br><b>Consiliul Calității</b><br><b>Serviciul management al</b><br><b>calității</b><br><b>și audit medical</b><br><b>(SMCAM)</b> | <b>PROCEDURA</b><br><b>DE GESTIONARE A FIȘEI MEDICALE</b><br><b>A BOLNAVULUI DE STAȚIONAR</b> | <b>IMC.PG.003</b>       |                  |
|  |   | <b>Ediția 1</b>         | <b>Revizia 0</b> |
|  |   | <b>Pagina 15 din 21</b> |                  |
|  |   | <b>Exemplar nr.1</b>    |                  |

Procesul-verbal finisează cu diagnosticul postoperatoriu în care se menționează toate modificările patologice constatate cu ocazia intervenției chirurgicale.

*Diagnosticul postoperatoriu* urmează să-l completeze pe cel clinic definitiv. Procesul-verbal este semnat în mod obligator de toți membrii echipei operatorii.

Intervențiile chirurgicale sub protecția anesteziei locale cu Novocaină se efectuează numai după executarea probei individuale de sensibilitate la acest anesteziec, rezultatele probei fixându-se în mod obligator în FMBS (p. 14 al fișei).

Justificarea necesității de înlăturare a organelor interne (sau unor porțiuni de corp) poate avea loc doar prin detalierea în procesul-verbal a leziunilor (modificărilor) constatate în cadrul intervenției chirurgicale și confirmate prin examenul morfopatologic. De aceea, piesele anatomice înlăturate se vor îndrepta în mod obligator pentru examenul morfopatologic, rezultatele căruia se vor anexa în FMBS.

Denumirea intervenției chirurgicale, anesteziei și complicațiile acestora, numele și prenumele medicului care a realizat operația se menționează în punctele respective a FMBS.

#### **8.2.5. Descrierea supravegherii în dinamică a pacientului**

Medicul curant are obligația de a completa în FMBS evoluția zilnică a pacientului internat sau, în cazul în care medicul curant pregătește medici rezidenți, are obligația de a verifica și consemna evoluția zilnică a pacientului, dacă aceasta a fost consemnată de către un medic rezident.

În timpul vizitei medicale, se vor consemna la evoluția zilnică a pacientului acuzele subiective ale acestuia, starea sa generală precum și evoluția bolii din punct de vedere obiectiv, parametri vitali, medicația curentă, precum și eventualele schimbări terapeutice, adăugare de proceduri sau propuneri de examene clinice sau paraclinice, contrasemnate de medicul curant, dacă au fost consemnate de către medicul rezident.

La evoluția zilnică este obligatoriu de a fi consemnate orice reacții adverse apărute în cadrul administrării planului terapeutic, respectându-se procedura de anunțare a efectelor adverse la medicamente. Se vor consemna inclusiv reacțiile alergice declarate anterior de către pacient sau necunoscute de acesta pînă la apariția lor în spital, în legătura cu medicația prescrisă, alimentația sau oricare alt contact cu o substanță din mediul exterior ce provoacă o reacție alergică. Alergiile nou descoperite vor fi consemnate atât la evoluția zilnică, cât și pe prima pagină a fișei.

Pentru fiecare propunere de examinare paraclinică sau clinică ce necesită consimțământ informat, se va preciza la rubrica de evoluție zilnică informarea pacientului cu privire la procedura propusă, ulterior urmînd ca înainte de efectuarea procedurii să fie semnat un consimțământ informat.

În cazul deteriorării stării de sănătate, aparținătorii pacientului sunt anunțați telefonic de către medicul curant imediat după constatarea deteriorării stării de sănătate. Medicul curant nu va oferi detalii medicale amănunțite prin telefon către aparținători. În cazul în care nu se cunosc aparținătorii pacientului a cărui stare de sănătate s-a

|  |   |                         |                  |
|--|---|-------------------------|------------------|
| <b>IMSP IMșiC</b><br><b>Consiliul Calității</b><br><b>Serviciul management al</b><br><b>calității</b><br><b>și audit medical</b><br><b>(SMCAM)</b> | <b>PROCEDURA</b><br><b>DE GESTIONARE A FIȘEI MEDICALE</b><br><b>A BOLNAVULUI DE STAȚIONAR</b> | <b>IMC.PG.003</b>       |                  |
|  |   | <b>Ediția 1</b>         | <b>Revizia 0</b> |
|  |   | <b>Pagina 16 din 21</b> |                  |
|  |   | <b>Exemplar nr.1</b>    |                  |

deteriorat pe parcursul spitalizării, va fi anunțat șeful secției asupra acestei situații. Anunțurile deteriorării stării de sănătate vor fi consemnate în FMBS la evoluția zilnică, trecându-se data și ora anunțului, numărul de telefon la care s-a anunțat, precum și numele aparținătorului, gradul de rudenie etc.

Zilnicele trebuie să reflecte pe deplin particularitățile de evoluție a stării generale a pacientului (în special a indicilor vitali), rezultatele examenelor clinice (inclusiv starea locală, neurologică) și paraclinice obiective, modificările și completările diagnosticului/tratamentului, manipulațiile întreprinse (înlăturarea pansamentului, drenurilor etc.).

Înscrierile încep în mod obligator cu fixarea datei vizitei. Pacienții se vizitează în fiecare zi, iar cei apreciați drept gravi sau foarte gravi - de câteva ori pe zi, în zilnice menționându-se numaidecît și ora vizitării.

Pacienții aflați în stări critice se vor monitoriza practic în continuu, înscrierile fiind trecute peste fiecare 15-30 minute.

Nu se admite prescurtarea zilnicelor și mai ales omiterea stării obiective a pacienților, modificărilor evolutive locale și speciale (starea neurologică ș.a.).

În zilnice se fixează și se interpretează rezultatele investigațiilor paraclinice, recomandările diagnostice și modificările la tratament.

Șeful de secție examinează pacienții internați în decursul primei zile de la internare.

Vizitele șefilor de secție se realizează cel puțin o dată pe săptămână, în funcție de gravitatea pacientului. În fișa medicală se fixează rezultatele acestei vizite, a examenelor clinice, diagnosticul clinic, recomandările și completările la tratament, urmate de semnătura șefului de secție.

Monitorizarea detaliată a indicilor vitali și dinamicii procesului patologic la pacienții internați în secțiile de reanimare și terapie intensivă se realizează de către medicul de gardă (al acestei secții) de cel puțin trei ori pe zi, rezultatele indicându-se în fișa medicală de staționar.

Medicul curant al secției de profil vizitează pacientul aflat în secția de reanimare și terapie intensivă zilnic, fixând rezultatele examinării în fișă.

Argumentarea diagnosticului clinic principal se întocmește în primele 72 ore de la internarea pacientului, ținând cont de starea pacientului, evoluția procesului patologic, rezultatele investigațiilor clinice și paraclinice, cu emiterea concluziilor referitor la tactica de tratament în continuare; iar la fiecare 7-10 zile de tratament – se întocmesc epicrize de etapă, cu descrierea evoluției în dinamică a stării pacientului, a procesului patologic (traumei) și cu concluziile respective.

*Consiliile medicale* sunt convocate pentru consultarea unui caz mai deosebit de către mai mulți specialiști concomitent. Rezultatele consultației sunt fixate în fișa medicală în mod detaliat și deplin, ținându-se cont de părerea tuturor specialiștilor implicați.



|  |   |  |                         |                  |
|--|---|--|-------------------------|------------------|
| <b>IMSP IMșiC</b><br><b>Consiliul Calității</b><br><b>Serviciul management al</b><br><b>calității</b><br><b>și audit medical</b><br><b>(SMCAM)</b> | <b>PROCEDURA</b><br><b>DE GESTIONARE A FIȘEI MEDICALE</b><br><b>A BOLNAVULUI DE STAȚIONAR</b> |  | <b>IMC.PG.003</b>       |                  |
|  |   |  | <b>Ediția 1</b>         | <b>Revizia 0</b> |
|  |   |  | <b>Pagina 17 din 21</b> |                  |
|  |   |  | <b>Exemplar nr.1</b>    |                  |

În mod obligator se fixează datele personale ale medicilor membri ai consiliului, data și ora desfășurării consultației, rezultatele investigațiilor clinice și paraclinice, diagnosticul clinic, recomandările diagnostice și terapeutice.

Recomandările consiliului se vor executa în mod obligator. În cazul apariției unor impedimente în executarea recomandărilor, acest fapt va fi adus neapărat la cunoștința președintelui consiliului medical.

În cazul transferării pacientului în altă secție se întocmește epicriza de transfer, care cuprinde informații referitoare la starea somatică a pacientului la momentul transferului, tratamentul și măsurile diagnostic-curative efectuate, evoluția în dinamică a procesului patologic (traumei) și motivele transferului.

În secția primitoare, pacientul în stare satisfăcătoare este examinat pe parcursul primei ore, iar cel aflat în stare medie sau gravă - imediat după transferare.

Rezultatele tuturor investigațiilor complementare (instrumentale și de laborator) se vor atașa la FMBS, respectându-se consecutivitatea în timp a investigațiilor.

#### **8.2.6. Descrierea manipulațiilor**

Confirmarea administrării substanțelor narcotice și psihotrope este efectuată de către asistenta medicală/moașa care a efectuat procedurile corespunzătoare.

Administrarea acestor substanțe are loc în prezența medicului curant (de gardă), care semnează de rînd cu asistenta medicală/moașa, confirmîndu-se astfel realizarea procedurii.

Transfuziile de sînge (masă eritocitară) sunt realizate de către asistenta medicală/moașa, sub supravegherea medicului curant, doar după efectuarea probelor de compatibilitate, rezultatele cărora sunt fixate în mod neapărat în fișă. Totodată, asistenta/moașa înregistrează și datele de identificare (grupa de sînge, data prelevării, termenul de valabilitate etc.) a materialului biologic transfuzat.

Remediile terapeutice prescrise pacientului sunt fixate de către medicul curant în foaia de indicații într-un mod citeț, excluzîndu-se ambiguitățile. Suplimentar se indică data prescrierii și anulării medicamentului. Asistenta medicală/moașa urmează cu strictețe indicațiile medicului și confirmă administrarea preparatului prin semnătura proprie.

*Fișa de evidență a temperaturii corpului pacientului* este completată de către asistenta medicală/moașa, care fixează indicațiile dimineața/seara printr-un punct de culoare albastră așezat direct pe linia orizontală din rubrica corespunzătoare și se obține curba termică prin unirea punctelor care indică valorile temperaturii măsurate bicotidian pe parcursul zilelor de supraveghere și îngrijire medicală.

Analogic se obține și curba pulsului prin unirea punctelor care indică valorile ratei cardiace măsurate bicotidian, pe parcursul zilelor de supraveghere și îngrijire.

Tensiunea arterială se reprezintă grafic prin înregistrarea valorilor printr-un dreptunghi de culoare albastră, așezat pe verticala timpului (D sau S).

|  |   |                         |                  |
|--|---|-------------------------|------------------|
| <b>IMSP IMșiC</b><br><b>Consiliul Calității</b><br><b>Serviciul management al</b><br><b>calității</b><br><b>și audit medical</b><br><b>(SMCAM)</b> | <b>PROCEDURA</b><br><b>DE GESTIONARE A FIȘEI MEDICALE</b><br><b>A BOLNAVULUI DE STAȚIONAR</b> | <b>IMC.PG.003</b>       |                  |
|  |   | <b>Ediția 1</b>         | <b>Revizia 0</b> |
|  |   | <b>Pagina 18 din 21</b> |                  |
|  |   | <b>Exemplar nr.1</b>    |                  |

Frecvența respirației se reprezintă grafic socotindu-se câte o respirație pentru fiecare linie orizontală din foaia de temperatură (se unește primul punct, printr-o linie cu săgeată, de rubrica respirației aflată în partea dreaptă a sistemului de coordonate din foaia de temperatură, se notează grafic valoarea înregistrată printr-un punct de culoare albastră așezat direct pe linia orizontală din rubrica corespunzătoare pentru dimineață sau seara și se obține curba respirației prin unirea punctului inițial cu celelalte valori ale măsurărilor efectuate ulterior).

În *Fișa de evidență a temperaturii* se notează și valorile înălțimii și greutateii.

În cazul încetării activității sistemelor de organe de importanță vitală și instalării morții clinice, în FMBS se indică obligator data și ora exactă, măsurile de resuscitare întreprinse și efectul lor, semnele morții clinice (absența activității SNC (areflexia, EEG la izolinie), SCV (absența pulsului pe artera carotidă, tensiunii arteriale, ECG la izolinie) și SP (absența mișcărilor respiratorii și murmurului vezicular). Neapărat se fixează durata resuscitării, iar în cazul eșecului ei - ora instalării morții biologice și apariției semnelor ei. În cazul provocării unor eventuale leziuni postreanimatorii, acestea se consemnează în fișa medicală.

Traseul electrocardiografic și electroencefalografic (în cazul existenței posibilității aplicării acestei metode) la izolinie se lipește în FMBS în dreptul altor semne de moarte clinică.

### **8.2.7. Întocmirea epicrizei de externare**

În funcție de evoluția bolii pacientului, medicul curant va stabili data externării, care va fi comunicată pacientului și, conform prezentei proceduri, cu 48 de ore înainte aparținătorilor acestuia, mai ales atunci când externarea presupune condiții speciale de transport etc.

La externarea pacientului, medicul curant întocmește epicriza de externare, care conține o succintă trecere în revistă a cauzelor internării, rezultatelor cercetărilor clinice și paraclinice, diagnosticul clinic definitiv, măsurile diagnostic-curative întreprinse, evoluția tabloului clinic, starea pacientului la externare și recomandările adresate pacientului. Se consideră medic curant medicul care parafează externarea și stabilește diagnosticele la externare.

Informația din epicriza de externare se va fixa și în trimiterea-extras (formularul statistic nr.027/e) ce se eliberează pacientului pentru a se prezenta medicului de familie și a se lipi în fișa medicală de ambulatoriu a pacientului.

Epicriza de externare și extrasul din FMBS se semnează de medicul curant și șeful de secție. Extrasul eliberat pacientului se vizează cu ștampila dreptunghiulară și triunghiulară a instituției medico-sanitare.

În cazul decesului pacientului, la finele FMBS se completează epicriza de deces, în care medicul curant sau reanimatolog fixează în mod succint motivele internării, tabloul clinic al maladiei și evoluția lui în dinamică, măsurile diagnostice și curative întreprinse, cauzele și condițiile instalării morții, diagnosticul clinic definitiv.

|  |   |  |                         |                  |
|--|---|--|-------------------------|------------------|
| <b>IMSP IMȘIC</b><br><b>Consiliul Calității</b><br><b>Serviciul management al</b><br><b>calității</b><br><b>și audit medical</b><br><b>(SMCAM)</b> | <b>PROCEDURA</b><br><b>DE GESTIONARE A FIȘEI MEDICALE</b><br><b>A BOLNAVULUI DE STAȚIONAR</b> |  | <b>IMC.PG.003</b>       |                  |
|  |   |  | <b>Ediția 1</b>         | <b>Revizia 0</b> |
|  |   |  | <b>Pagina 19 din 21</b> |                  |
|  |   |  | <b>Exemplar nr.1</b>    |                  |

După efectuarea autopsiei morfopatologice sau celei medico-legale, în FMBS se fixează diagnosticul morfologic și epicriza postumă.

La externare partea verso a foii de titlu a FMBS se completează cu menționarea, conform cerințelor, la punctele 28, 29, 30, 31, 32, 33 a datelor cu privire la eliberarea certificatului de concediu medical, evoluția bolii, capacitatea de muncă, alte mențiuni speciale.

Șeful secției are obligația de a controla la externare completarea FMBS.

#### **8.2.8. Păstrarea FMBS**

Pe perioada internării FMBS se păstrează la posturile de gardă a asistentelor medicale/moașelor.

FMBS se înregistrează de către asistenta medicală/moașa superioară a secției de staționar, DMU în Registrul persoanelor care au beneficiat de asistență medicală spitalicească în cadrul AOAM în instituțiile (secțiile) medicale (Formular nr.1-04/r).

FMBS sunt grupate în dosare/mape corespunzătoare saloanelor secției, în dosar/mapă cuprinzând toate FMBS corespunzătoare pacienților cazați în fiecare salon.

Fiecare FMBS are consemnat numărul salonului.

Se va asigura ca FMBS să fie protejate împotriva deteriorării sau distrugerii intenționate sau neintenționate.

La FMBS nu au acces decât persoanele implicate direct în acordarea asistenței medicale pacienților:

- Medicul curant.
- Șeful secției.
- Asistenta medicală/moașa superioară.
- Asistenta medicală/moașa de salon.
- Medicii de alte specialități implicați în diagnosticare sau tratament.
- Alt personal implicat în tratarea bolnavului.

Pe parcursul spitalizării pacientului FMBS însoțește pacientul (prin intermediul personalului medico-sanitar care-l însoțește) la toate examinările și investigațiile ce necesită consemnarea în FMBS.

FMBS codificate corect, verificate din toate punctele de vedere de asistenta medicală/moașa superioară, șeful secției, șeful compartimentului respectiv și semnate de ultimii, ajung în a doua zi după externare a pacienților în Serviciul statistică medicală și Serviciul audit și operatori DRG.

FMBS care au situații necorespunzătoare sau incorecte, intră în sarcina colaboratorilor secției de unde au fost externați pacienții de a le corecta sau completa respectiv pentru posibilitatea de a fi raportate electronic și de a fi rambursate de către CNAM.

FMBS, controlate și procesate conform competențelor funcționale de către colaboratorii Serviciului statistică medicală și Serviciului audit și operatori DRG, sunt

|  |   |  |                         |                  |
|--|---|--|-------------------------|------------------|
| <b>IMSP IMȘIC</b><br><b>Consiliul Calității</b><br><b>Serviciul management al</b><br><b>calității</b><br><b>și audit medical</b><br><b>(SMCAM)</b> | <b>PROCEDURA</b><br><b>DE GESTIONARE A FIȘEI MEDICALE</b><br><b>A BOLNAVULUI DE STAȚIONAR</b> |  | <b>IMC.PG.003</b>       |                  |
|  |   |  | <b>Ediția 1</b>         | <b>Revizia 0</b> |
|  |   |  | <b>Pagina 20 din 21</b> |                  |
|  |   |  | <b>Exemplar nr.1</b>    |                  |

predate arhivarilor spitalului pentru depozitare în Arhiva spitalului, împreună cu toate documentele anexe.

Arhivarii instituției primesc, organizează, inventariază și depozitează FMBS, organizându-le pe secții, ordine alfabetică, ani, luni, conform procedurii operaționale de arhivare a documentelor medicale.

FMBS se păstrează în Arhiva instituției timp de 25 ani.

După expirarea acestui termen administrația instituției ia decizie despre necesitatea păstrării sau nimicirii fișelor.

FMBS pot fi eliberate din Arhiva instituției la solicitarea organului de urmărire penală sau instanței de judecată, doar cu acordul administrației. După efectuarea acțiunilor judiciare (expertiza medico-legală), fișele urmează să fie neapărat returnate Arhivei instituției.

Acces la FMBS de către pacient, aparținătorii legali, diverse instituții, solicitanți pentru activități de cercetare științifică – se oferă conform procedurii operaționale respective.

## **Componenta 9. Responsabilități**

### **9.1. Responsabilul de proces - SMCAM și Consiliul Calității:**

- elaborează (după caz)/revizuieste/retrage procedura;
- coordonează aplicarea procedurilor de asigurare și evaluare a calității;
- gestionează elaborarea procedurilor și instrucțiunilor de lucru;
- gestionează Manualul procedurilor.

### **9.2. Directorul IMSP IMȘIC:**

- aprobă procedurile;
- impune aplicarea procedurii;
- asigură resurse pentru aplicarea procedurii.

### **9.3. Consiliul Calității - coordonează procedurile.**

### **9.4. Șefii de compartimente/subdiviziuni:**

- aplică și respectă procedura;
- difuzează procedura în cadrul compartimentului/subdiviziunii;
- organizează grupuri de lucru pentru discutarea și aplicarea procedurii.

## **Componenta 10. Înregistrări**

### **10.1. Manualul procedurilor**

## **Componenta 11. Anexe și formulare**

Anexa 1 – Fișa medicală a bolnavului de staționar (Formular Nr. 003/e).

Anexa 2 – Registrul persoanelor care au beneficiat de asistență medicală spitalicească în cadrul AOAM în instituțiile (secțiile) medicale (Formular nr.1-04/r).

|  |   |                         |                  |
|--|---|-------------------------|------------------|
| <b>IMSP IMșic</b><br><b>Consiliul Calității</b><br><b>Serviciul management al</b><br><b>calității</b><br><b>și audit medical</b><br><b>(SMCAM)</b> | <b>PROCEDURA</b><br><b>DE GESTIONARE A FIȘEI MEDICALE</b><br><b>A BOLNAVULUI DE STAȚIONAR</b> | <b>IMC.PG.003</b>       |                  |
|  |   | <b>Ediția 1</b>         | <b>Revizia 0</b> |
|  |   | <b>Pagina 21 din 21</b> |                  |
|  |   | <b>Exemplar nr.1</b>    |                  |

### Componenta 12. Cuprins

| <b>Numărul<br/>componentei<br/>în cadrul<br/>procedurii<br/>operaționale</b> | <b>Denumirea componentei din cadrul procedurii operaționale</b>          | <b>Pag.</b> |
|--|--|-------------|
| Pagina de gardă<br>(coperta)   |  | 1           |
| 1  | Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea și aprobarea ediției    | 2           |
| 2  | Situația edițiilor și a reviziilor în cadrul edițiilor                   | 2           |
| 3  | Lista cuprinzând persoanele la care se difuzează ediția                  | 2           |
| 4  | Scopul procedurii  | 3           |
| 5  | Domeniul de aplicare a procedurii  | 3           |
| 6  | Documente de referință (reglementări) aplicabile activității procedurate | 3           |
| 7  | Definiții și abrevieri   | 4           |
| 8  | Descrierea procedurii (activității)                                      | 5-20        |
| 9  | Responsabilități   | 20          |
| 10   | Înregistrări   | 20          |
| 11   | Anexe și formulare   | 20          |
| 12   | Cuprins  | 21          |