

IMSP Spitalul Raional Calarasi	PROCEDURA OPERATIONALA	Ediția: I
	COMPLETAREA FISEI MEDICALE A BOLNAVULUI DE STATIONAR (F-003/E)	Nr. de ex.:
		Revizia:
		Nr. de ex.:
		Exemplar nr.9
	Cod: SRC.PG01/22	Pagini : 14

Nr. crt.	Responsabil/ operațiune	Numele și prenumele	Funcția	Data	Semnătura
1.1.	Elaborat	Silvia Vintu	Medic internist Membru SMC	19.09.2022	
1.2.	Verificat	Ion Veverita	Președintele Consiliului Calității, Vicedirector medical	20.09.2022	
1.3.	Aprobat	Silvia Bobescu	Director al IMSP SR Calarasi	21.09.2022	

COD SRC.PG- 01/22

1. Situația edițiilor și a reviziilor în cadrul edițiilor procedurii operaționale.

Nr. Crt.	Ediția/revizia în cadrul ediției	Componenta revizuită (capitol, subcapitol)	Modalitatea reviziei -Modificat -Adăugat -Suprimat	Data de la care se aplică prevederile ediției sau reviziei ediției
	1	2	3	4
2.1.	Ediția 1			
2.2.	Revizia 1			
2.3.	Revizia 2			

3. Lista persoanelor la care se difuzează ediția sau, după caz, revizia din cadrul ediției procedurii operaționale.

Nr. Crt.	Scopul difuzării	Exem plar nr.	Compartiment	Funcția	Nume și prenume	Data primirii	Semnătura
	1	2	3	4	5	6	7
3.1.	Evidență	1	SMC (Registru unic)	Șef SMC	A.Palitu		
	Arhivare	1	SMC				
3.2.	Aplicare	1	Secția Terapie	Șef secție- a/med.superior	I.Cusnir T.Badasca		
3.3.	Aplicare	1	Secția Chirurgie	Șef secție- a/med.superior	M.Cusnir ZCiubeica		
3.4.	Aplicare	1	Secția ATI	Șef secție- a/med. superior	V.Palitu A.Agapov		
3.5.	Aplicare	1	Secția Boli Infecțioase	Șef secție a/med. superior	L.Caterev		
					L.Stratulat		

IMSP Spitalul Raional Calarasi			PROCEDURA OPERATIONALA COMPLETAREA FISEI MEDICALE A BOLNAVULUI DE STATIONAR (F-003/E)			Ediția: I	
						Nr. de ex.:	
						Revizia:	
						Nr. de ex.:	
						Exemplar nr.9	
			Cod: SRC.PG01/22			Pagini : 14	
3.6	Aplicare	1	Secția Obstetrică/ Ginecologie	Șef secție- a/med. superior	V.Stratan M.Leiciu		
3.7	Aplicare	1	Secția Îngrijiri cronice	Șef secție- a/medic.sup	M.Lungu A.Budoianu		
3.8	Aplicare	1	UPU	Sef UPU	V.Gurschi		
				a/med.sup.	N.Ciubuc		
3.9	Aplicare	1	Sectia pediatrie	Sef sectie	R.Cemirtan		
				a/med.sup.	I.Struna		
3.10	Informare		Toate subdiviziunile			Manualul Procedur-r www.srcalarasi.md	

4.Scopul procedurii :

- 1.Reglementarea modului de perfectare a fișei medicale a bolnavului de staționar și a fișei UPU.
2. Asigurarea descrierii corecte și depline a volumului de asistență medicală acordată la toate etapele actului medical în vederea ameliorării calității asistenței medicale acordate pacienților de staționar.

5.Domeniul de aplicare a procedurii

Prezenta procedură este aplicabilă la nivelul IMSP SR Calarasi, fiind utilizată de cei cu responsabilități în realizarea ei în toate secțiile.

6.Documente de referință:

6.1.Reglementări naționale:

- ✓ Ordinul MS Nr.265 din 03 august 2009 Privind Instrucțiunea cu privire la completarea Fișei medicale a bolnavului de staționar (F 003/e);
- ✓ 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 perfecționarea acordului informat.”;
- ✓ Ordinul MS nr.426 din 11.05.2012”Privind aprobarea formularelor statistice de evidență medicală.”
- ✓ Programul Unic al Asigurării Obligatorii de Asistență Medicală;
- ✓ Normele Metodologice de Aplicare a Programului Unic, aprobate anual;
- ✓ Ordinul Ministerului Sănătății nr.424 din 02.06.2017 Cu privire la aprobarea Standardului de organizare, funcționare și practică în cadrul Unităților de Primiri Urgențe.

6.2 .Reglementări interne: .

- ✓ Regulamentul de organizare și funcționare a secțiilor spitalicești
- ✓ Fișele de post a medicului șef de secție/medic curant;
- ✓ PO 01/08 „Accesul la informațiile medicale personale .Obținerea acordului informat.”
- ✓ Ordinul intern nr.82 din 16.09.2022 “Cu privire la aprobarea PO Completarea fișei medicale a bolnavilor în SR Călărași”

IMSP Spitalul Raional Calarasi	PROCEDURA OPERATIONALA	Ediția: I
	COMPLETAREA FISEI MEDICALE A BOLNAVULUI DE STATIONAR (F-003/E)	Nr.de ex.:
		Revizia:
		Nr. de ex.:
		Exemplar nr.9
	Cod: SRC.PG01/22	Pagini : 14

- ✓ **6.3.Reglementari secundare:**
- ✓ Legea ocrotirii sănătății Nr.411-XII din 28.03.1995;
- ✓ Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală Nr.1585-XII din 27.02.1998;
- ✓ Legea nr. 263 din 27.10. 2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului;
- ✓ Legea nr. 264 din 27.10. 2005 cu privire la exercitarea profesiei de medic;

7.Definiții și prescurtări ale termenilor utilizați în procedură.

7.1. Definiții ale termenilor:

Nr. Crt.	Termenul	Definiția și/sau dacă este cazul, actul care definește termenul
7.1.1	Fișa medicală a bolnavului de staționar	Este un document oficial, întocmit de către personalul medical, în care se fixează informațiile referitoare la diagnosticarea maladiei (traumei), evoluția procesului patologic în dinamică și tratamentul aplicat.
7.1.2	Fișa medicală	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.

7.2. Abrevieri ale termenilor:

Nr. Crt.	Abrevierea	Termenul abreviat
1	UPU	Unitatea primiri urgente
2	PO	Procedura operationala
3	TA	Tensiune arteriala
4	Ps	Puls
5	FR	Frecventa respiratorie
6	SNC	Sistemul nervos central
7	AMU	Asistenta Medicina Urgenta
8	ASA	Societatea Americana de Anestezie
9	DRG	Diagnostic Related Groups (utilitatea grupelor de diagnosticare)
10	IMS	Institutia medico-sanitara

8.Descrierea prezentei proceduri operaționale:

La Fișa medicală nu au acces decât persoanele implicate direct in acordarea asistentei medicale si îngrijirilor de sănătate:

- Directorul spitalului
- Vicedirectorul medical
- Șeful de secție

IMSP Spitalul Raional Calarasi	PROCEDURA OPERATIONALA	Ediția: I Nr. de ex.:
	COMPLETAREA FIȘEI MEDICALE A BOLNAVULUI DE STAȚIONAR (F-003/E)	Revizia: Nr. de ex.:
	Cod: SRC.PG01/22	Exemplar nr.9
		Pagini : 14

- Medicul curant
- Asistenta superioara
- Asistenta de salon
- Medicii de alte specialități (consult interdisciplinar, rezultate anatomopatologie, imagistica medicala) implicați in diagnosticare sau tratament)
- Alt personal implicat in tratarea bolnavului (psihologi, kinetoterapeut, etc.)

La toate examinările si investigațiile pacientul este insotit de catre personalul medical, care prezinta Fisa medicala, unde vor fi anexate rezultatele.

La externare , Fișa medicală se arhivează împreună cu toate anexele, conform procedurii de arhivare a documentelor medicale.

❖ **Completarea Fișei medicale a bolnavului de staționar de către asistentul medical**

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

1) Pentru cetățenii Republicii Moldova sau apatrizi:

- Buletinul de identitate;
- Certificatul de naștere pentru copiii sub 15 ani;
- 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

Completarea Fișei medicale a bolnavului de staționar (formular nr. 003/e-2012), este inițiată în UPU de către asistentul medical. Fișa se întocmește într-un singur exemplar pentru fiecare episod de spitalizare.

1. Fișa medicala a bolnavului de staționar se indeplinește in sistemul DRG.

2. La compartimentul de antet, se indică denumirea instituției medico-sanitare si secția.

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

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

5. La punctul 2. se indică cetățenia bolnavului, bifind, după caz, căsuțele (cetățean al Republicii Moldova sau altele).

6. In cazul cînd bolnavul este cetățean al altui stat se înscrie și țara de origine.

7. La compartimentul dat în căsuțe se indică respectiv numărul de identificare sau numărul actului de identitate străin.

8. 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.

9. 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.

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

IMSP Spitalul Raional Calarasi	PROCEDURA OPERATIONALA	Ediția: I Nr. de ex.:
	COMPLETAREA FISEI MEDICALE A BOLNAVULUI DE STATIONAR (F-003/E)	Revizia: Nr. de ex.:
	Cod: SRC.PG01/22	Exemplar nr.9 Pagini : 14

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

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

13. 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.

14. La punctul 8 se indică numărul poliței de asigurare.

15. 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.

16. 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 - scris citeț, cu cerneală de culoare albastră.

17. 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.

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

19. La punctul 13 se codifică în căsuțe, pentru copiii nou-născuți și copiii cu vârsta până la un an, greutatea la naștere în grame (exemplu: 3560).

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

21. 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.

22. La punctul 16 se codifică data, ziua, luna, anul și ora internării conform principiilor indicate la punctul 12 și 16.

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

24. La punctul 18 se codifică în căsuță cifrele de la 1 până la 5, în funcție de cine a fost trimis 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.

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

Nota: Suplimentar manual se indica prezenta fisei de ambulator(f025/e) si semnatura descifrabila a asistentului medical.

**❖ Completarea Fișei medicale a bolnavului de staționar de către medicul
UPU / medicul de garda si medicul curant**

1. La punctul 20, de către medicul din UPU/de gardă, se indică diagnosticul conform

IMSP Spitalul Raional Calarasi	PROCEDURA OPERATIONALA	Ediția: I Nr. de ex.:
	COMPLETAREA FISEI MEDICALE A BOLNAVULUI DE STATIONAR (F-003/E)	Revizia: Nr. de ex.:
	Cod: SRC.PG01/22	Exemplar nr.9 Pagini : 14

trimiterii-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 (Formular 14/e) etc. și se codifică în căsuțe conform CIM-10 cu 4 caractere (în *CIM-K*) cu 4 caractere, se pot întâlni diagnostice cu 5 caractere).

2. La punctul 21, medicul din UPU/de gardă codifică diagnosticul la internare conform CIM-10 cu 4 caractere (în CIM-10 cu 4 caractere, se pot întâlni diagnostice cu 5 caractere).

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

4. 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 caractere). Se indica data , ora stabilirii diagnosticului, semnatura si parafa medicului.

5. La punctul 24, la externare de către medicul curant se indică diagnosticul principal la externare (clinic definitiv) și 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 (*).

6. La punctul 25 se înscriu diagnosticurile secundare la externare (complicații/maladii concomitente), maximum 5 complicații și/sau maladii concomitente, indicând 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 întâlni diagnostice cu 5 caractere).

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

8. La punctul 27 se codifică data, ziua, luna, anul și ora externării conform principiilor indicate la punctul 12 și 16.

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

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

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

12. La punctul 31 se indică datele despre deces și se codifică cu 1 - în cazul decesului

IMSP Spitalul Raional Calarasi	PROCEDURA OPERATIONALA	Ediția: I Nr. de ex.:
	COMPLETAREA FISEI MEDICALE A BOLNAVULUI DE STATIONAR (F-003/E)	Revizia: Nr. de ex.:
	Cod: SRC.PG01/22	Exemplar nr.9
		Pagini : 14

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 - postoperatoriu (peste 48 ore).

13. 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 24.01.22 până la 29.01.22), 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 sfârșitului perioadei de spitalizare.

14. La punctul 33 se fac mențiuni cu privire la eliberarea certificatului de concediu medical, indicând 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.

15. La punctul 34 Intervenția chirurgicală principală 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, 7 caractere.

16. 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.2022) și ora intervenției chirurgicale principale (ex.0915, 2359, 0015).

17. 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.2022) și ora intervenției chirurgicale principale (ex.0915, 2359, 0015).

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

19. 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.

❖ **Înscrierile în fișa medicală de către medicul curant**

Se efectuează citeț. 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 (ex.: plagă pe mâna dreaptă/stângă, semne meningiene pozitive/negative, plagă contuză/tăiată). Se admit doar abrevierile recunoscute în medicină.

❖ **Descrierea examenului clinic :**

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 UPU. Starea subiectivă și obiectivă a pacientului la internare se fixează în fișa medicală în momentul examinării lui primare. Acuzele se fixează din spusele pacientului sau rudelor acestuia și rezultă din starea somatică a bolnavului.

IMSP Spitalul Raional Calarasi	PROCEDURA OPERATIONALA	Ediția: I
	COMPLETAREA FISEI MEDICALE A BOLNAVULUI DE STATIONAR (F-003/E)	Nr.de ex.:
	Cod: SRC.PG01/22	Revizia: Nr. de ex.: Exemplar nr.9
		Pagini : 14

❖ **Anamneza bolii și vieții**

Se indică în mod succint, trecând 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 (fumat, etilism ș.a.). Informațiile referitoare la anamneza bolii și vieții pot fi fixate atât din spusele pacienților sau rudelor acestora, cât și din actele medicale oficiale (îndreptări, extrase etc.), indicându-se neapărat sursa informației.

❖ **Anamneza epidemiologică și alergologică**

Sunt obligatorii, în ele fixându-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**

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 ostio-articular și muscular. Ulterior se indică indicatorii activității sistemelor respirator (forma cutiei toracice, rezultatele percuției toracelui, tipul și frecvența respirației, prezența sau absența ralurilor), cardiovascular (localizarea șocului apexian, limitele cordului, caracterul zgomotelor cardiace, prezența sau absența suflurilor, frecvența contracțiilor cardiace, calitățile pulsului pe arterele periferice, valorile tensiunii arteriale), gastrointestinal (starea cavității bucale și a limbii, starea peretelui abdominal anterior, prezența unor modificări patologice la palpare, prezența sau absența lichidului patologic, a semnelor de iritare a peritoneului, starea ficatului și splinei, particularitățile de defecare, caracterul maselor fecale etc.) și urogenital (deregări de urinare, simptomul de tapotament, starea rinichilor la palpare ș.a.).

❖ **Starea obiectivă pe sisteme de organe**

Va cuprinde rezultatele inspecției, palpării, percuției și auscultației. În funcție de profilul secției sau instituției se mai cercetează sistemul hematopoietic, endocrin și nervos etc. Modificările patologice constatate la examinarea pacientului se descriu în mod detaliat, indicându-se și denumirea lor după autor.

❖ **Modificările locale (status localis)**

Este un compartiment obligator al fișei medicale 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 fișă respectându-se în mod obligator schema standardizată de descriere a

IMSP Spitalul Raional Calarasi	PROCEDURA OPERATIONALA	Ediția: I
	COMPLETAREA FISEI MEDICALE A BOLNAVULUI DE STATIONAR (F-003/E)	Nr.de ex.:
		Revizia:
		Nr. de ex.:
		Exemplar nr.9
	Cod: SRC.PG01/22	Pagini : 14

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 (echimoză, excoriație, plagă etc.); forma leziunii (se compară cu figurile geometrice, dacă forma nu poate fi comparată, se indică formă neregulată); orientarea leziunii față de linia mediană a corpului (organului, osului); dimensiunile leziunii (lungimea, lățimea și separat profunzimea) în centimetri; culoarea leziunii și a regiunilor adiacente; caracterul suprafeței leziunii (relieful, culoarea, prezența și nivelul crustei excoriației în raport cu tegumentele intacte); 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 (funingine, lubrifianți, rugină, fragmente de stofa, cioburi de sticlă ș.a.) pe suprafața leziunii sau în profunzimea ei; starea țesuturilor adiacente (edemațiate, hiperemiate, impurificate etc.). În cazul traumatismelor de transport și leziunilor produse prin arme de foc este important a se indica distanța de la plante până la porțiunea inferioară a leziunii. Într-o identificare a agentului traumatic se vor indica acele semne și particularități morfologice care reflectă forma, caracterul suprafeței și alte proprietăți importante ale obiectului vulnerant. În scopul diagnosticării pe tegumente a orificiului de intrare a unei leziuni produse prin armă de foc și diferențierii lui de cel de ieșire, cât și întru stabilirea distanței de tragere, obligator se cercetează și se fixează forma leziunii (rotundă, ovală, fisurată, stelată etc.), dimensiunile, caracterul (regulate, neregulate) și orientarea (în interior, în afară) a marginilor plăgii, prezența sau absența inelelor specifice (de excorie, ștergere, metalizare) pe marginile plăgii, a defectului veritabil de țesut, a depunerilor de factori suplimentari ai împușcăturii (funingine, particule de pulbere), a arsurilor pielii și părării firelor de păr.

La descrierea leziunilor nu se admite înlocuirea caracteristicilor morfologice ale lor prin expresii generale sau diagnostice (ex.: contuzie a țesuturilor moi, orificiu de intrare/ieșire, plagă tăiată etc.). 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**

Se va respecta PO 01/08 „Accesul la informațiile medicale personale .Obținerea acordului informat.”

❖ **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

IMSP Spitalul Raional Calarasi	PROCEDURA OPERATIONALA	Ediția: I
	COMPLETAREA FISEI MEDICALE A BOLNAVULUI DE STATIONAR (F-003/E)	Nr.de ex.:
		Revizia: Nr. de ex.:
	Cod: SRC.PG01/22	Exemplar nr.9
		Pagini : 14

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 obligatoriu 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 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 până la administrarea anesteziei, tipul anesteziei, poziția pacientului pe masa de operație, manipulațiile întreprinse (intubare, cateterizarea venei centrale ș.a.), inducerea și menținerea anesteziei, metodele 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 anatomiche (sânge, 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 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.), specificându-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 (ex.: sânge vechi/modificat, hematom subacut/cronic, testicul devitalizat). Descrierea piesei operatorii va finaliza protocolul intervenției chirurgicale, specificându-se numai de cât expedierea ei pentru cercetare morfopatologică. La finele intervenției chirurgicale se face evidența numărului instrumentelor și tampoanelor folosite, rezultatele indicându-se prin intermediul inscripției corespunzătoare în „Fisa de siguranță.” Procesul-verbal finisează cu diagnosticul postoperatoriu în care se

IMSP Spitalul Raional Calarasi	PROCEDURA OPERATIONALA	Ediția: I
	COMPLETAREA FISEI MEDICALE A BOLNAVULUI DE STATIONAR (F-003/E)	Nr. de ex.:
		Revizia: Nr. de ex.:
Cod: SRC.PG01/22	Exemplar nr.9	Pagini : 14

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 anestezic, rezultatele probei fixându-se în mod obligator în fișă (p.21 al fișei - mențiuni speciale). 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 cărora se vor anexa în fișa medicală. Denumirea intervenției chirurgicale, anesteziei și complicațiile acestora, numele, prenumele și funcția medicului care a realizat operația se menționează și la punctul 15 al foii de titlu a Fișei medicale.

❖ **Descrierea supravegherii în dinamică a pacientului**

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 aflați în stare generală satisfăcătoare, relativ-satisfăcătoare se vizitează de cel puțin 3 ori pe săptămână, cei în stare medie - în fiecare zi, iar cei apreciați drept gravi sau foarte gravi - de câteva ori pe zi, în zilnice menționându-se numai de cât 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.). Se admite fixarea în zilnice a recomandărilor diagnostice și a modificărilor la tratament. Pacienții tratați chirurgical sunt monitorizați zilnic (cu inscripțiile respective) în primele trei zile după intervenție, iar după acest termen vor fi examinați zilnic sau în condiția evoluției pozitive a bolii - peste o zi, făcându-se inscripțiile corespunzătoare în fișa de observație. Șeful de secție examinează pacienții internați programat în decursul primelor 3 zile, dar până la efectuarea intervenției chirurgicale (în cazul secțiilor de profil chirurgical). Pacienții internați de urgență, aflați în stare medie sau gravă, vor fi examinați de către șeful de secție în decursul primei zile de la internare. Vizitele șefilor de Departamente, 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 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 terapie intensivă zilnic, fixând rezultatele examinării în fișă. Consiliile medicale sunt convocate pentru consultarea unui caz mai deosebit de către șeful de secție, medicul curant, specialistul de profil și vicedirectorul medical. Rezultatele consultației sunt fixate în fișa medicală în mod

IMSP Spitalul Raional Calarasi	PROCEDURA OPERATIONALA	Ediția: I
	COMPLETAREA FISEI MEDICALE A BOLNAVULUI DE STATIONAR (F-003/E)	Nr.de ex.:
		Revizia: Nr. de ex.:
Cod: SRC.PG01/22	Exemplar nr.9	Pagini : 14

detaliat și deplin, ținându-se cont de părerea tuturor specialiștilor implicați. 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 cercetărilor complementare (instrumentale și de laborator) se vor atașa la fișa medicală respectându-se consecutivitatea în timp a investigațiilor.

În cazul încetării activității sistemelor de organe de importanță vitală și instalării morții clinice, în fișa medicală 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 (modificările cadaverice, precum lividitățile cadaverice, rigiditatea cadaverică, deshidratarea, scăderea temperaturii corpului). În cazul provocării unor eventuale leziuni postreanimatorii (fracturi costale, leziuni după intubare etc.), acestea se consemnează în fișa medicală. Traseul electrocardiografic și electroencefalografic (în cazul existenței posibilității aplicării acestei metode) la izolinie se lipește în fișa medicală în dreptul altor semne de moarte clinică.

❖ **Descrierea manipulațiilor**

Confirmarea administrării substanțelor narcotice și psihotrope se face de către asistenta medicală care a efectuat procedurile corespunzătoare. Administrarea acestor substanțe are loc în prezența medicului curant (de gardă), care semnează de rând cu asistenta medicală, confirmându-se astfel realizarea procedurii.

Transfuziile de sânge (masă eritocitară)- sunt realizate de către asistenta medicală, sub supravegherea medicului curant, doar după efectuarea probelor de compatibilitate, rezultatele cărora sunt fixate în mod neapărat în formularul de hemotransfuzie.

Remediile terapeutice prescrise pacientului sunt fixate de către medicul curant în foaia de indicații într-un mod citeț, prin semnatura descifrabilă. Suplimentar se indică data prescrierii și anulării medicamentului.

Asistenta medicală 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, care fixează indicațiile de 2 ori pe zi (dimineața/seara).

❖ **Întocmirea epicrizei de externare**

La externarea pacientului, medicul curant întocmește epicriza de externare, care conține o succintă trecere în revistă a cauzelor internării, rezultatelor cercetărilor clinice și paraclinice,

IMSP Spitalul Raional Calarasi	PROCEDURA OPERATIONALA	Ediția: I
	COMPLETAREA FIȘEI MEDICALE A BOLNAVULUI DE STATIONAR (F-003/E)	Nr.de ex.:
		Revizia: Nr. de ex.:
Cod: SRC.PG01/22	Exemplar nr.9	Pagini : 14

diagnosticul clinic definitiv, măsurile diagnostic-curative întreprinse, evoluția tabloului clinic și recomandările adresate pacientului. 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 . Epicriza de externare și extrasul din fișa medicală se semnează de medicul curant și șeful de secție. Extrasul eliberat pacientului se vizează cu parafa instituției medico-sanitare. În cazul decesului pacientului, la finele fișei medicale 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 decesului, diagnosticul clinic definitiv.

După efectuarea autopsiei morfopatologice sau celei medico-legale, în fișă se fixează diagnosticul morfologic și epicriza postmortum. La externare partea verso a foii de titlu a Fișei medicale se completează cu menționarea, conform cerințelor, la punctele 16, 17, 18,19, 20, 21 a datelor cu privire la eliberarea certificatului de concediu medical, evoluția bolii, capacitatea de muncă alte mențiuni speciale.

❖ **Completarea Fișei UPU:**

La sosirea în UPU pacientului i se va întocmi o Fișă medicală în continuare – Fișa UPU. Intocmirea Fișei UPU va începe la punctul de triaj și va continua concomitent cu investigarea, consultarea și tratamentul pacientului până la externarea acestuia din UPU în vederea internării în spital, transferului către o altă IMS sau plecării la domiciliu. Fișa UPU este completată de asistenți medicali și medici și parafată de medicii care participă la acordarea asistenței medicale pacientului, inclusiv de medicii care acordă consultațiile de specialitate, și este contrasemnată și parafată de medicul responsabil de tură înaintea plecării definitive a pacientului din UPU. În caz de deces al pacientului Fișa UPU va fi întocmită de medicul de urgență în comun cu specialistul de profil din linia de gardă, responsabili de pacientul dat, și cazul va fi raportat în statistica medicală ca deces în cadrul UPU. Completarea Fișei UPU este obligatorie pentru fiecare caz de adresare și va fi efectuată în conformitate cu prevederile Instrucțiunii privind completarea Fișei UPU(anexa nr.6 la Standardul de organizare, funcționare și practică în cadrul UPU). Completarea Acordului informat la intervenție medicală a pacientului (anexa nr.5 al prezentului Standard) este obligatorie pentru fiecare caz de adresare. Consemnarea în timp real a orelor prevăzute în Fișa UPU este obligatorie.Reevaluarea pacientului se va face în cazul în care timpul de preluare în zona de tratament este mai mare de 30 min,sau apar schimbări în starea pacientului. Fișele UPU vor fi păstrate în conformitate cu prevederile legale în arhiva IMS. În cazul transferului sau externării la domiciliu se completează extras-trimitere,f 027/e cu anexarea copiei a tuturor rezultatelor, investigațiilor efectuate . La cazul internării pacientului Fișa UPU se anexează la Fișa de staționar .La sfârșitul fiecărei ture, în urma predării pacienților aflați în UPU echipei din tura următoare, se va întocmi un raport de tură care se semnează de către medicul și asistentul medical responsabili de tură din echipa care pleacă (conform anexei nr.8 al prezentului Standard.

8.2 Documente utilizate

-formularele și registrele aprobate de Ministerul Sănătății Republicii Moldova .

IMSP Spitalul Raional Calarasi	PROCEDURA OPERATIONALA	Ediția:I
	COMPLETAREA FISEI MEDICALE A BOLNAVULUI DE STATIONAR (F-003/E)	Nr.de ex.:
		Revizia: Nr. de ex.:
	Cod: SRC.PG01/22	Exemplar nr.9
		Pagini : 14

8.3 Resurse necesare

8.3.1 Resurse umane: personalul medical implicat in procesul de completare a Fisei medicale de stationar si a Fisei UPU.

8.3.2 Resurse financiare : conform bugetului

8.3.3 Resurse nemateriale: instruirea,educarea și formarea profesională continuă:

9.Responsabilități :

Seful sectiei,medicul curant,medicul responsabil de tura,medicul specialist,asistentul superior,asistentul medical-vor implimenta in practica prevederile procedurii date.

9.1 Responsabilități și răspunderi în derularea activității:

Director IMSP Spitalul Raional Calarasi

- a) aprobă procedura

Vicedirectorul IMSP Spitalul Raional Calarasi

- a) monitorizeaza aplicarea procedurii;

Sef SMC

- a) înregistrează procedura în registru de evidență a procedurilor
- b) arhivează procedura

10. Anexe, formulare, înregistrări, arhivări:

10.1. Anexe si formulare-nu se aplica

11.CUPRINS

Nr. componenteii în cadrul procedurii operaționale	Denumirea componenteii din cadrul procedurii operaționale	Pag
1	Coperta-Lista responsabililor de elaborarea,verificarea,aprobarea procedurii ,situația ediției și a reviziei în cadrul edițiilor,lista de difuzare	1
2	Domeniul de aplicare, scopul, documente de referință	2
3	Definitii ,definitia termenilor, abrevieri	2-3
4	Descrierea activității,generalitati	3-13
6	Documente si resurse, Anexe, cuprins	13-14

IMSP Spitalul Raional Calarasi	PROCEDURA OPERATIONALA	Ediția: I
	COMPLETAREA FISEI MEDICALE A BOLNAVULUI DE STATIONAR (F-003/E)	Nr. de ex.:
		Revizia:
		Nr. de ex.:
		Exemplar nr.9
	Cod: SRC.PG01/22	Pagini : 14