

Міністерство охорони здоров'я України
КВНЗ КОР "Чорнобильський медичний коледж"



Папка № 9

**Методичні рекомендації
для самостійної позааудиторної роботи
з української мови
(за професійним спрямуванням)**

Тема "*Укладання фахових документів*"

Спеціальність: 223 Медсестринство

Спеціалізація: Лікувальна справа

**Підготувала
викладач укр. мови
*T.M.Маличенко***

м. Яготин

I. Тема. Укладання фахових документів.

II. Актуалізація теми. Кожен фахівець повинен вміти складати тексти фахової документації.

III. Учбові цілі. В результаті самостійної роботи студент повинен **знати:**

- вимоги до оформлення і написання розпорядчих та організаційних документів;

уміти:

- правильно оформляти розпорядчі та організаційні документи;
- правильно писати інструкцію, наказ, розпорядження.

ІV. Рекомендована література.

А.М. Медведюк. Практикум з ділової української мови.
К.,2002.

V. Матеріали для опрацювання.

У.1. Базові знання, уміння, необхідні для опрацювання теми.

<i>Дисципліна</i>	<i>Знати</i>	<i>Уміти</i>
Українська мова	Стилістичні норми літературної мови	Використовувати в професійному мовленні офіційно-діловий стиль

У. Матеріали для опрацювання.

Укладання медичних документів

Майбутнім медичним працівникам необхідно добре знати основні документи своєї професії. Треба вміти грамотно писати та оформляти документацію, яка складається у лікувально – профілактичних закладах. Розглянемо деякі документи.

Медична карта стаціонарного хворого

Медична карта стаціонарного хворого, або історія хвороби, є основним медичним документом стаціонару. Її заповнюють на кожного хворого, який поступив у стаціонар. Медична карта містить усі необхідні відомості, які сприяють організації належного медичного обслуговування хворого і контролю за ним.

Паспортна частина, діагноз, з яким хворого направляють в стаціонар, і діагноз, що встановлено лікарем при поступленні хворого заповнюється в приймальному відділенні, останні записи в історії хвороби робить палатний лікар.

У карті стаціонарного хворого відображаються усі відомості про хворого, які необхідні для правильної діагностики та лікування, а саме: скарги хворого, анамнестичні дані, історію даного захворювання. Його перебіг, усі клініко-діагностичні дослідження і лікувальні заходи, оперативні втручання, консультації спеціалістів і консиліуми.

Код форми по ОКУД_____

Код закладу по ООПО_____

Міністерство охорони здоров'я України

ЦРЛ_____

Медична карта № 113-29
стаціонарного хворого

Дата та час прийому

Дата та час

виписки

Відділення

палата №

Переведений до

відділення

Проведено

ліжкоднів

— Види транспортування: на каталці, на кріслі, може ходити (підкреслити)

Група

крові

Резусналежність

Побічні дії

ліків

1. Прізвище, ім'я, по

батькові

2. Стать

3. Вік

4. Постійне місце проживання:

місто, село (підкреслити)

№ телефона

Панкетична хвороба	

5. Місце праці, професія або

посада _____

6. Ким направлений

хворий _____

7. Доставленний у стаціонар за терміновим показником: так, ні, через

годин.

отримання травм: госпіталізований у плановому порядку(підкреслити)

8. Діагноз закладу який

направив _____

9. Діагноз при

находженні _____

10. Діагноз

клінічний _____

Виразкова хвороба 12 п.к-кі. Загострення

Дата встановлення

11. Діагноз заключний клінічний

а) Основний: _____

б) Ускладнення основного:

в) Супутній:

12. Госпіталізований у даному разі з приводу даного захворювання: вперше, повторно

разів

13. Хірургічні операції, методи обстеження та післяопераційні ускладнення.

14. Інші види лікування

15. Відмітка про видачу листка непрацездатності

№ ____ з ____ до ____ № ____ з ____ до ____
 № ____ з ____ до ____ № ____ з ____ до ____

16. Результат захворювання: виписаний - з одужанням, з покращанням, без змін, з погіршенням;

Помер у приймальному відділенні, померла вагітна до 28 тижнів вагітності, померла вагітна після 28 тижнів вагітності породілля, породільниця.

17. Працездатність відновлено повністю, знижена, тимчасово втрачена, стійко - втрачено в зв'язку з даним захворюванням, з інших причин (підкреслити).

18. Для поступивших на експертизу-
заключення _____

19. Особливівідмітки _____

Лікуючий лікар

(підпись)

Зав.відділенням

(підпись)

Направлення на дослідження

При підозрі на епідеміологічне захворювання (жовтуху), хворому заповнюють направлення на епідеміологічне дослідження, в якому зазначають прізвище, ім'я та по батькові хворого, його адресу, професію, дату початку захворювання, звертання до лікаря, встановлення діагнозу, описують характер клінічних проявів, дані лабораторного дослідження та діагноз.

НАПРАВЛЕННЯ ХВОРОГО НА ЕПІДЕМІОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ

1. Прізвище, ім'я та по батькові _____

Стан (чол.- жін.)

2. Адреса: населений пункт _____ вул.

Дім № _____ корпус № _____ кв. № _____

3. Професія або заняття хворого _____

Місце роботи _____ адреса організації _____

4. Ходить в школу № ____ клас ____ дитяча організація _____

Група _____

5. Останній день _____
6. Дати : а) початок захворювання _____
б) з'явлення жовтухи _____ в) звернення до лікаря _____
г) установлення діагнозу: начального _____
закінченого _____ д) госпіталізації _____
назва лікуючої організації, посилюючого звістку _____
7. Госпіталізований в _____ за _____ днів до з'явлення жовтухи, через _____ дні після з'явлення жовтухи.
8. Описання характера клінічних проявів, які передують жовтушному періоду (диспесичні, катаральні) _____
9. Хворів, чи ні жовтухою в минулому да ні, коли _____
10. На підставі чого поставлений діагноз клінічний, лабораторний
Дані спеціального лабораторного дослідження _____
Тяжкість захворювання: тяжка, середня, легка _____
11. Мав спілкування з хворим, запідозрюваними на захворювання грипом чи катаром верхніх дихальних шляхів, ангіною: да ні. коли _____ де _____

Міністерство охорони здоров'я України

**ЕКСТРЕНЕ ПОВІДОМЛЕННЯ ПРО ІНФЕКЦІЙНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ.
ХАРЧОВЕ, ГОСТРЕ ПРОФЕСІЙНЕ ОТРУЄННЯ**

1. Діагноз _____
2. Прізвище, ім'я, по батькові _____
3. Ч.Ж.(підкреслити).
4. Вік _____
5. Адреса: населений пункт
Район _____ вул. _____ дім № _____ кв. № _____
6. Назва та адреса місця роботи, навчання (для дітей-дитячої установи)
7. Дата захворювання _____ 8. Дата первинного
звертання (з приводу даного
захворювання) _____
9. Місце та дата госпіталізації (або № наряду) _____
10. В разі отруєння-вказати, де воно сталося, чим отруєний _____
11. Проведені первинні протиепідемічні заходи: додаткові данні _____
12. Дата та час первинної сигналізації (по телефону та ін.) в СЕС
Прізвище повідомившого _____ Хто прийняв повідомлення _____
13. Назва закладу, який направив
повідомлення _____
Реєстраційний № _____ в журналі № 60-лік.
14. Дата та час надсилання
повідомлення _____
- Підпис надсилаючого повідомлення _____
15. Дата та час отримання повідомлення
СЕС _____

Регістраційний № _____ в журналі СЕС _____

Підпис прийнявшого повідомлення _____

ВИМОГА НА ОДЕРЖАННЯ ЛІКІВ З АПТЕКИ

Штамп лікувального закладу
Аптека №
Вимога №
Від « ____ » _____
Кому

Форма № 16А-П
НАКЛАДНА №
Від « ____ » _____
Через кого
Довіреність

№ п/п			Кількість			
			Потрібна	Видана		

Всього:

Сума: _____
(прописом)

Зав. відділенням _____
видав _____

Ст. медсестра _____
одержав _____
Зав. аптекою _____

Рецепт

- (от лат.- отримувати) - письмове, встановленої форми (на друкованому бланку), звернення лікаря в аптеку про відпущення лікарського засобу в певному дозуванні або виготовлення лікарської форми із позначення засобу вживання ліків; являється основною для відпущення із аптек більшості лікарських засобів.
- Існує 2-1 форми рецептурних бланків - для відпущення лікарських засобів по повній вартості дорослим і дітям;
для відпущення лікарських засобів безкоштовно або на пільгових підставах
- Рецепт пишуть на латинській мові, а засіб вживання ліків на російській або національній мові із позначення дози, частоти, часу прийому і тривалості курсу лікування.
- Виписують чітким почерком, чорнилами або кульковою ручкою. З лівої сторони рецептурного бланка залишаються поля для таксировки відпущених з аптеки лікарських засобів.
- В рецепті зазначають прізвище, ім'я та по батькові, вік хворого дату (рік, місяць, число), прізвище, ім'я по батькові лікаря.

- Ці позначення ставляться на початку рецептут і носять назву надпису, заголовку. Потім перелічують всі латинські назви, що входять в даний рецепт, речовин з вказівкою їх кількості.

• Дозу лікарських речовин зазначають в десятинній системі вимірювання Якщо декілька лікарських речовин виписують в одній і тій же дозі, то її цифрову величину зазначають тільки один раз після назви останньої речовини. Для зазначення того, що відмічене, кількість відноситься і до всіх останніх речовин ставлять знак "aa" (скорочено від лат.- порівну). Дози лікарських речовин, що входять в пропис, вказують на правій стороні рецептурного бланку біля назви лікарської речовини.

• В тих випадках, коли максимальну дозу отруйних або сильнодіючих речовин перебільшують, необхідно вказувати їхню кількість прописом з добавленням аптечного знаку і підпису лікаря в підтвердження того, що доза виписана не випадково.

• Якщо правильність дози не підтверджена, фармацевт знижує дозу речовин.

Код формы по ОКУД 5108305
Медицинская документационная
форма № 148-1-у-88
Утверждена Минздравом
12 августа 1988 г.

РЕЦЕПТ	серия	№	2010 г.
(дата выписки)			
Ф.И.О. больного _____ (полностью)			
Возраст _____			
Адрес или № медицинской карты амбулаторного больного			
Ф.И.О. врача _____ (полностью)			
Руб.	<input type="checkbox"/> Коп.	<input type="checkbox"/> Rp.	
Подпись и	личная	печать врача	М.П.
Рецепт	действителен в течение 10 дней, 2 месяцев		
(ненужное зачеркнуть) Ротапринтавтомат Зак. № 36-09 100000 2010 г.			

Температурний листок

На кожного хворого, що поступає в стаціонар заводиться температурний листок. У цьому листку зазначають прізвище ім'я та по батькові хворого, номер історії хвороби, номер палати. У вигляді кривої відмічають чистоту пульсу (шкала "п"), дані вимірювання температури (шкала "т"), а у вигляді стовпчиків - рівень систолічного та діастолічного тиску (шкала "ат"). У нижній частині температурного листка записують дані підрахунку частоти дихання за 1 хв, масу тіла, а також кількість випитої за добу рідини і добову кількість виділеної сечі.

Протоколи

Протокол - це один з найпоширеніших документів колегіальних органів. У ньому фіксують хід і результати проведення зборів, конференцій, засідань, нарад. У протоколах відбуваються всі виступи з питань, що розглядаються, і рішення, прийняті в результаті обговорення.

Протокол веде секретар або інша спеціально призначена особа. Протоколи загальних зборів (нарад) підписують голова і секретар, а протоколи засідань комісій -усі члени президії.

За обсягом фіксованих даних протоколи поділяються на : стислі, повні і стенографічні.

Основний текст протоколу поділяється на розділи, які і: відповідають пунктам порядку даного. Кожний розділ містить: "Слухали", "Виступили", "Ухвалили". Слово "Слухали" друкується великими літерами, після нього ставиться двокрапка. У наступному рядку з абзацу вказують прізвище, ініціали доповідача (у називному відмінку) тему доповіді. Далі викладається основний зміст доповіді або вказується, що текст додається. Так само оформляється розділ "Виступили". У розділі "Ухвалили" повністю записується прийняте рішення, яке може складатися з одного чи кількох пунктів.

Текст протоколу має бути точним, лаконічним, складеним на основі виступів.

Крім повного протоколу, є коротка форма (витяг з протоколу) та про це в іншій лекції (зразок протоколу додається.)

Перш ніж познайомитись з новим документом нашого заняття, нам необхідно повторити все, що ми вже знаємо про протокол. Я почну речення, а ви їх продовжіть:

1. Протокол - це документ в якому...
2. Його веде...
3. Цей документ підписують...
4. Текст протоколу складається з...
5. При великій кількості присутніх на засіданні...
6. За обсягом інформації протоколи бувають...
7. У витягу з протоколу вказують...
8. Цей документ складають чи надсилають на вимогу...
9. Ми говоримо, що протокол це документ колегіальних органів тому, що...

Протокол про порушення санітарних норм.

Для реєстрації поточної діяльності санітарно-епідеміологічної служби існують облікові форми документації. Однією з таких форм є Протокол про санітарне порушення.

Лікарні, оздоровчі пункти є однім з найбільш важливих об'єктів санітарного нагляду. Плануються планові обстеження і непланові термінові відвідування об'єкті які ставлять за мету перевірити виконання санітарних вимог і раніше зроблених зауважень.

Для цього складається акт перевірки дотримання санітарного законодавства. Він повинен містити вступну частину, описову частину, висновки і пропозиції.

У вступній частині вказується дата (число, місяць, рік) і місце складання акт; ким (посада, місце роботи і прізвище санітарного лікаря) і в присутності кого проводилось обстеження об'єкта, найменування об'єкта, місце обстеження.

В описовій частині перераховуються санітарні порушення і співставляють з діючими правилами і нормами. В цьому і виявляється компетентність та ерудиція лікаря, а сам акт стає для керівника установи не тільки юридичним, а і санітарно-просвітним документом.

Акт закінчується висновками і пропозиціями щодо усунення виявленних поушень з указаним терміном виконання зожної пропозиції. Рекомендовані пропозиції і строки їх виконання узгоджуються з адміністрацією об'єкта, який обстежувався.

Акт підписується санітарним лікарем і керівником об'єкта. Якщо обстеження проводиться комісією, то акт підписується всіма членами комісії. У випадку відмови керівника підписати акт, він зберігає свою силу.

Акт складається мінімум у двох екземплярах. Один зберігається у ССС, а другий передається в адміністрацію об'єкта.

Завдання для самоконтролю



Тренувальні завдання

Завдання 1

Складіть протокол про порушення санітарних норм.

Завдання 2

Складіть запитання, необхідні для заповнення медичної карти хворого?

Завдання 3

Складіть екстрене повідомлення про харчове отруєння грибами.

Завдання 4

Складіть акт перевірки дотримання санітарного законодавства.

Завдання 5

Продовжіть речення.

За обсягом інформації протоколи бувають....;

Текст протоколу складається....;

Протокол підписують...;

Протокол надсилають на вимогу...;

Виписка з протоколу...

