

## **Требования к переводному эпикризу (Выписке из медицинской карты стационарного больного, далее - МКСБ) для пациента, переводимого в ГБУЗ «ИОКБ» по экстренным показаниям**

1. Лечащий врач оформляет выписной эпикриз по единой утвержденной форме. В нем отражается в краткой форме история настоящего заболевания, полный клинический диагноз, динамика основных клинических и параклинических данных, характер и результаты проведенного лечения, подробные рекомендации по дальнейшему наблюдению, лечению пациента, трудовые рекомендации, вопросы временной нетрудоспособности;
2. Выписка из медицинской карты стационарного больного оформляется с использованием компьютера не менее чем в двух экземплярах: один экземпляр вклеивается в медицинскую карту стационарного больного, второй, заверенный печатью – сначала отправляется на адрес дистанционного консультативного центра ГБУЗ ИОКБ: [tmc@o-kb.guzio.ru](mailto:tmc@o-kb.guzio.ru) и копию - на адрес заместителя главного врача по медицинской части: [med@o-kb.guzio.ru](mailto:med@o-kb.guzio.ru) передается вместе с пациентом в ГБУЗ ИОКБ;
3. В паспортной части на бланке выписного эпикриза должно быть указано название и телефон и email отделения, из которого выбывает пациент, а также email медицинской организации (корпоративная почта Министерства здравоохранения Иркутской области \_\_\_\_\_@guzio.ru);
4. Фамилия, имя, отчество пациента в выписном эпикризе указываются полностью. Даты поступления, выбытия, написания эпикриза приводятся полностью, с указанием года. В разделе «Диагноз» указывается полный клинический диагноз по классификации, допускается использование лишь общепринятых сокращений. Устанавливается код заболевания по МКБ-10:
  - 4.1. основного состояния, по которому проводилось обследование и лечение в стационаре;
  - 4.2. сопутствующих заболеваний, которые оказали влияние на лечение основного заболевания пациента (по которым проводилось соответствующее лечение).
5. В текстовой части выписного эпикриза:
  - 5.1. В разделе «Поступил ...» отмечается: планово, экстренно, в рамках ОМС/ДМС и в краткой форме отражается история настоящего заболевания;
  - 5.2. В разделе «При поступлении ...» описываются клинические данные на момент госпитализации;
  - 5.3. В разделе «В отделении проведено ...» приводится объем лечебных мероприятий с указанием наименований лекарственных препаратов, разовых дозировок, кратности введения и длительности курса, выполненных вмешательств и характеристика динамики состояния за период стационарного лечения.
  - 5.4. Операции (обязательно приложение копии Протокола оперативного вмешательства);
  - 5.5. Указывается суммарное значение дозовой нагрузки, полученной от всех рентгенологических исследований во время нахождения в стационаре - Эффективная доза – (<https://medsoftpro.ru/kalkulyatory/effektivnaya-doza.html> )
  - 5.6. Результат лечения оценивается в разделе «Переводится в ГБУЗ «ИОКБ» в связи ...» (отсутствием необходимой технологии, оборудования или специалиста, прогрессирующим ухудшением состояния здоровья или необходимостью высокотехнологичной медицинской помощи в ГБУЗ «ИОКБ» и т. п.);
6. С целью объективизации оценки тяжести состояния, а также для обеспечения преемственности и передачи клинической ответственности при переводе пациента с различными нозологическими формами является обязательным заполнение следующих показателей и шкал объективной оценки тяжести состояния пациента:
  - 6.1. Для пациентов с острым коронарным синдромом (далее ОКС):
    - 6.1.1. Время от начала болевого синдрома;



- 6.1.2. Оценка по шкале **GRACE (Global Registry of Acute Coronary Events)** позволяет оценить риск летальности и развития инфаркта миокарда на госпитальном этапе и в течение последующих 6 месяцев, а также определить оптимальный способ лечения конкретного больного. <https://medsoftpro.ru/kalkulyatory/grace-scale.html> ;
- 6.1.3. Класс острой сердечной недостаточности по Киллип (<http://www.scardio.ru/content/images/recommendation/osn.pdf>);
- 6.1.4. Шкала TIMI (<https://medsoftpro.ru/kalkulyatory/timi-scale.html> );
- 6.2. Для пациентов с ОНМК:
  - 6.2.1. Время от начала заболевания;
  - 6.2.2. Шкала NIHSS (<https://medicalc.ru/nihss>);
  - 6.2.3. Индекс мобильности Ривермид (<https://volynka.ru/diagnostics/details/204>);
  - 6.2.4. Шкала Рэнкина (<https://volynka.ru/Diagnostics/Details/207>);
  - 6.2.5. Шкала реабилитационной маршрутизации (далее - ШРМ) <http://osicmr.ru/assets/files/doc/shkala-reabilitacionnoj-marshrutizacii-shrm.pdf> ;
- 6.3. Для пациентов с подозрением/подтверждением диагноза тромбоэмболии легочной артерии:
  - 6.3.1. Индекс Geneva (<https://medsoftpro.ru/kalkulyatory/geneva.html>);
  - 6.3.2. Индекс PESI вероятность смерти при ТЭЛА в ближайшие 30 сут (<http://therapy.irkutsk.ru/my/lec/pe2014.pdf>);
- 6.4. Для пациентов с подозрением или доказанной инфекцией:
  - 6.4.1. Микробиологический «портрет» пациента – результаты бак/посевов (если брались), результаты антибиотикограммы;
  - 6.4.2. При отсутствии – указать причины и стратифицировать пациента с инфекцией с учетом риска полирезистентных возбудителей и инвазивного кандидоза (в соответствии Российскими клиническими рекомендациями по Стратегии контроля антимикробной терапии при оказании стационарной помощи: <http://nasci.ru/?id=4236>);
  - 6.4.3. Локальный микробный пейзаж отделения и/или стационара из которого переводится пациент (по итогам прошедшего/текущего года): 5 наиболее часто высеваемых патогенов, 5 антибактериальных препаратов к которым у высеваемых патогенов чувствительность составляет  $\geq 80\%$ , 5 антибактериальных препаратов к которым у высеваемых патогенов имеется резистентность. Эта информация необходима для назначения стартовой эмпирической антимикробной терапии после перевода пациента. При отсутствии этой информации – указать причины;
  - 6.4.4. Оценка пациента по шкале SOFA (<https://medicalc.ru/sofa>), в том числе в динамике (при невозможности расчета – объяснить причины, указать оценку по шкале qSOFA);
  - 6.4.5. Указать разовую дозу, кратность применения и продолжительность курса антибактериального препарата, наряду с МНН указать его оригинальное название и производителя;
  - 6.4.6. Для пациентов с перитонитом указать значение Мангеймского индекса перитонита (МИП) - <http://www.esus.ru/php/content.php?id=8504&pr=print>;
- 6.5. Для пациентов с травмой: заполненный ЧЕК-ЛИСТ для перевода пациентов с травмой из других стационаров [http://www.iokb.ru/ru/forspecialists/check\\_list](http://www.iokb.ru/ru/forspecialists/check_list);
- 6.6. Для всех пациентов, находящихся в критическом состоянии/переводимых из отделений реанимации и интенсивной терапии:
  - 6.6.1. Вес, рост, индекс массы тела;
  - 6.6.2. Расчет скорости клубочковой фильтрации (<https://medsoftpro.ru/kalkulyatory/skf.html> );
  - 6.6.3. Шкала комы Глазго (ШКГ, Глазго-шкала тяжести комы, The Glasgow Coma Scale, GCS) — шкала для оценки степени нарушения сознания и комы детей старше 4-х лет и взрослых (<https://medsoftpro.ru/kalkulyatory/koma-glazgo.html>), либо у интубированных больных - Шкала комы FOUR (<https://medsoftpro.ru/kalkulyatory/four-scale.html>) служит для градации глубины

- комы, так как оценить рефлексы ствола головного мозга или речевую реакцию в данных случаях при помощи шкалы комы Глазго не представляется возможным;
- 6.6.4. При наличии пролежней – оценка их степени, локализация;
  - 6.6.5. Информация о дате установки/смены любых катетеров (венозных, артериальных, мочевых), дренажей, интубационной/трахеостомической трубки);
  - 6.6.6. Если проводилась ИВЛ, указать ее продолжительность в днях, параметры искусственной вентиляции легких (далее – ИВЛ): аппарат ИВЛ, режим ИВЛ, дыхательный объем, пиковое давление на вдохе, % кислорода ( $FiO_2$ ), положительное давление в конце выдоха (далее – ПДКВ), индекс оксигенации ( $PaO_2/FiO_2$ ) – если не выполнен расчет – указать причину;
  - 6.6.7. Если имеется нозокомиальная пневмония – оценка по шкале CPIS (<http://webmed.irkutsk.ru/doc/pdf/noso.pdf>), дата и результат взятия посевов из трахеобронхиального дерева;
  - 6.6.8. Для пациентов с циррозом – оценка по шкале Чайлд-Пью (<https://medsoftpro.ru/kalkulyatory/child-pugh.html>);
  - 6.6.9. Дозы инотропных и вазопрессорных препаратов указывать в мкг/кг/мин;
7. Для работающих пациентов обязательным для заполнения является «Трудоспособность ...»: если к выписке трудоспособность восстановлена – указывается срок нетрудоспособности в соответствии с выданным и закрытым листком нетрудоспособности; если больной нетрудоспособен после выписки, то об этом указывается в выписном эпикризе и назначается дата явки больного к врачу (по месту жительства);
  8. В обязательном порядке указываются все выданные листки временной нетрудоспособности, даты и номера проведенных заседаний врачебной комиссии вмешательства;
  9. Данные лабораторных и инструментальных исследований пациента в динамике выносятся в таблицах ниже текстовой части выписного эпикриза;
  10. Обязательно предоставление диска с записью DICOM-информации о проведенных МСКТ исследованиях, предоставление описаний с заключением
  11. Обязательно указываются результаты исследования на ВИЧ, сифилис, гепатиты, туберкулез (если они выполнялись);
  12. В разделе «Рекомендации» приводятся индивидуальные подробные рекомендации по дальнейшему обследованию и лечению пациента;
  13. Выписной эпикриз подписывает лечащий врач и заведующий отделением. Расшифровка подписи обязательна;
  14. Также при выбытии больного лечащий врач заполняет пункт «Диагноз заключительный клинический» медицинской карты стационарного больного, при этом устанавливается код заболевания по МКБ-10:
    - 14.1. Основного состояния, по которому проводилось обследование и лечение в стационаре;
    - 14.2. Сопутствующих заболеваний, которые оказали влияние на лечение основного заболевания пациента (по которым проводилось соответствующее лечение). В развернутом клиническом диагнозе указываются все сопутствующие заболевания, осложнения заболевания.