

ПРАВИЛА
экспертизы медицинских карт

КГП на ПХВ
«Больница скорой медицинской помощи» УЗ ОА

КБП-ПРВ.008.26

КГП на ПХВ «БСМП» УЗ ОА	Документированная процедура ПРАВИЛА экспертизы медицинских карт	Код: КБП-ПРВ.008.26
		Версия: 3 от 06.01.2026
		Страница 3 из 26

Оглавление

1. Назначение
2. Область применения
3. Термины, определения и сокращения
4. Ответственность
5. Ресурсы/оснащение
6. Описание
7. Документирование
8. Ссылки
9. Приложения

Лист регистрации изменений

Лист ознакомления

КГП на ПХВ «БСМП» УЗ ОА	Документированная процедура ПРАВИЛА экспертизы медицинских карт	Код: КБП-ПРВ.008.26
		Версия: 3 от 06.01.2026
		Страница 3 из 26

Оглавление

1. Назначение
2. Область применения
3. Термины, определения и сокращения
4. Ответственность
5. Ресурсы/оснащение
6. Описание
7. Документирование
8. Ссылки
9. Приложения

Лист регистрации изменений

Лист ознакомления

КГП на ПХВ «БСМП» УЗ ОА	Документированная процедура ПРАВИЛА экспертизы медицинских карт	Код: КБП-ПРВ.008.26
		Версия: 3 от 06.01.2026
		Страница 4 из 26

Правила экспертизы медицинских карт стационарного больного

1. Назначение

Анализ оказания качественной медицинской помощи путем текущей или ретроспективной экспертизы медицинских карт стационарного больного (далее - МКСБ), многоуровневого контроля качества ведения медицинской документации и соответствия лечебно-диагностического процесса протоколам диагностики и лечения в КГП на ПХВ «Больница скорой медицинской помощи» УЗ ОА (далее - БСМП).

2. Область применения

Правила распространяются на заместителя директора по медицинской части и стратегическому развитию, Заместитель директора по контролю качества медицинских услуг, руководителей отделений, врачей и средний медицинский персонал клинических подразделений, Заместитель директора по АХР и сестринскому делу, организационно-методический отдел (кабинет статистики), клинического аудитора – врача-эксперта, Отдел внутреннего аудита, контроля качества медицинских услуг и безопасности пациентов

3. Термины, определения и сокращения

Медицинская карта стационарного больного (МКСБ) – основной медицинский, юридический документ, подробно описывающий все мероприятия, назначения, операции, самочувствие, информированные согласия и т.д., проведенные пациенту за время нахождения на стационарном лечении в конкретной медицинской организации.

Экспертиза МКСБ – экспертиза на предмет: 1) качества ведения медицинской документации; 2) соответствия объема и качества медицинской помощи установленным стандартам – клиническим протоколам; 3) соблюдения правил и процедур в процессе оказания медицинской помощи в БСМП.

Текущая экспертиза МКСБ – экспертиза медицинской карты стационарного больного (МКСБ) до выписки пациента (в период госпитализации).

Ретроспективная экспертиза – экспертиза медицинской карты стационарного больного после выписки пациента.

Ключевой показатель результативности (КПР) – индикатор деятельности организации, определенный коллективно с целью улучшения процессов, структур и результатов.

Аудит медицинских карт – экспертиза на предмет качества ведения медицинской документации, соответствие объема и качества медицинской помощи установленным стандартам – клиническим Протоколам, соблюдения Правил и процедур в процессе оказания медицинской помощи в

КГП на ПХВ «БСМП» УЗ ОА	Документированная процедура ПРАВИЛА экспертизы медицинских карт	Код: КБП-ПРВ.008.26
		Версия: 3 от 06.01.2026
		Страница 5 из 26

медицинской организации путем систематического аудита открытых и закрытых медицинских карт.

Аудит открытых медицинских карт – экспертиза медицинской карты амбулаторного (МКАБ) и больного дневного стационара (МКБДС) до выписки пациента (в период обследования и госпитализации).

Аудит закрытых медицинских карт – экспертиза медицинской карты амбулаторного и стационарного больного после выписки пациента.

Клинический аудит – подробный ретроспективный анализ и оценка по установленным показателям медицинской помощи медицинских карт амбулаторного и стационарного больного пациентов данной организации здравоохранения, используемые для количественной и качественной оценки профессиональной деятельности медицинских работников и деятельности организации в целом с помощью сопоставления выявленных параметров с принятыми стандартами или с современными профессиональными суждениями.

Отдел внутреннего аудита, контроля качества медицинских услуг и безопасности пациентов – отдел, созданный внутренним приказом медицинской организации, наделенный соответствующими полномочиями и осуществляющий деятельность:

- по управлению качеством медицинских услуг на уровне медицинской организации, осуществляющее мониторинг и управление основными процессами – диагностики и лечения пациентов в БСМП;
- по внедрению и поддержке системы менеджмента качества больницы (СТ РК ISO 9001-2016);
- по внедрению и поддержке национальных и международных стандартов медицинских услуг (Национальный стандарт МУ и Международный стандарт JCI).

Отдел имеет в составе специалистов – врачей-экспертов, действующих в соответствии с утвержденными должностными инструкциями и Положением об Отделе менеджмента качества и безопасности пациентов, а также специалистов Системы менеджмента качества и обученных внутренних аудиторов.

Организационно-методический отдел - структурное подразделение медицинской организации (МО), осуществляющее методическую, организационную, аналитическую, коррекционную деятельность на уровне МО и проводящее статистический мониторинг оказываемой медицинской помощи в стационаре согласно нормативно-правовым документам РК, национальным и международным стандартам качества.

Отдел менеджмента качества и управления рисками - структурное подразделение медицинской организации (МО), осуществляющее стратегическое планирование деятельности организации, внедрение национальных и международных стандартов качества в работу МО, осуществляющее мониторинг и управление процессов в МО, а именно:

КГП на ПХВ «БСМП» УЗ ОА	Документированная процедура ПРАВИЛА экспертизы медицинских карт	Код: КБП-ПРВ.008.26
		Версия: 3 от 06.01.2026
		Страница 6 из 26

маркетинг, информационное и правовое обеспечение, стратегическое планирование и управление рисками.

4. Ответственность

Ответственность за правильное ведение медицинской документации лежит на лечащем враче и заведующем клиническим отделением, а также сотруidниках, которые вносят запись в МКСБ.

5. Ресурсы: Медицинские карты стационарного больного (МКСБ)

6. Описание

Правила организации текущей и ретроспективной экспертизы МКСБ

6.1. Уровень самоконтроля:

1) Средний медицинский персонал: ежедневно проверяет 100% лично заполненных сестринских форм МКСБ на правильность ведения и заполнения форм; проверяет наличие всех необходимых документов (сестринских форм).

2) Лечащий врач: осуществляет текущую ежедневную экспертизу 100% МКСБ курируемых пациентов на соответствие требованиям ведения медицинской документации; проверяет наличие всех необходимых документов, правильность и своевременность их заполнения (см. Правила ведения медицинской документации).

6.2. Уровень руководства отделения:

Старшая медицинская сестра:

-в период лечения выборочно и 100% перед выпиской пациента качество заполнения сестринских форм МКСБ;

-порядок подшивания в соответствии с установленными Правилами;

-после подписи заведующим отделением МКСБ сдает в Кабинет статистики.

Заведующий клиническим отделением:

-с целью ускорения информирования заведующие подразделениями обеспечивают своевременное предоставление информации об имевших место случаях, подлежащих 100 % экспертизе (Приложение 1) в Отдел МКи БП письменно в течение суток после происшествия/выявления или по телефону.

-осуществляет выборочную экспертизу МКСБ в ходе лечения и 100% экспертизу МКСБ при выписке пациентов по критериям.

1. Качество сбора анамнеза оценивается по четырем критериям:

1) отсутствие сбора анамнеза;

2) отсутствие системности сбора с частичными или полными упущениями по основным составляющим (аллергологическая часть, гемотранфузионная часть, перенесенные заболевания, лекарственная часть,

КГП на ПХВ «БСМП» УЗ ОА	Документированная процедура ПРАВИЛА экспертизы медицинских карт	Код: КБП-ПРВ.008.26
		Версия: 3 от 06.01.2026
		Страница 7 из 26

отягощенная наследственность);

3) при полном сборе анамнеза отсутствие выделения существенных деталей, имеющих важное значение в трактовке данного случая;

4) некачественный сбор анамнеза явился причиной тактических ошибок, повлекших возникновение осложнений.

2. Полнота и обоснованность проведения диагностических исследований:

1) диагностические мероприятия и обследования не проводились;

2) диагностические мероприятия имеют неправильную трактовку или отсутствуют, что приводит к неправильной постановке диагноза и подбору тактики лечения;

3) не проведены диагностические исследования, предусмотренные протоколами диагностики и лечения заболеваний;

4) имеется чрезмерный набор диагностических процедур и дополнительных исследований с высоким, неоправданным риском для состояния здоровья пациента;

5) имеется чрезмерный набор диагностических процедур и дополнительных исследований, приведший к необоснованному удлинению сроков лечения, удорожанию стоимости лечения, и не принесший информацию для постановки правильного диагноза.

6) объективные причины не проведения диагностических процедур и мероприятий, необходимых в соответствии с требованиями протоколов диагностики и лечения заболеваний, такие как отсутствие оборудования, недостаточная квалификация врача, затруднение проведения диагностических исследований из-за крайней тяжести состояния больного и экстренных показаний к реанимационным мероприятиям или оперативному пособию, отражаются в результатах экспертизы. Проводится оценка влияния невыполнения стандарта по обследованию на последующие этапы оказания медицинских услуг.

3. Оценка правильности и точности постановки клинического диагноза проводится по четырем критериям (правильность, своевременность и обоснованность выставленного клинического диагноза в течение первых трех дней с учетом результатов проведенных исследований до госпитализации):

1) диагноз поставлен неправильно или отсутствует, в том числе диагноз неполный, не соответствует международной классификации болезней или общепринятым классификациям;

2) не выделен ведущий патологический синдром, определяющий тяжесть течения заболевания, не распознаны сопутствующие заболевания, а также осложнения;

3) диагноз правильный, но неполный, не выделен ведущий патологический синдром, выделены осложнения, но не распознаны важные для исхода сопутствующие заболевания;

4) диагноз основного заболевания правильный, однако, не

КГП на ПХВ «БСМП» УЗ ОА	Документированная процедура ПРАВИЛА экспертизы медицинских карт	Код: КБП-ПРВ.008.26
		Версия: 3 от 06.01.2026
		Страница 8 из 26

диагностированы сопутствующие заболевания, важные для результата лечения.

5) объективные причины неправильной и (или) несвоевременной диагностики, такие, как атипичное течение основного заболевания, бессимптомное течение тяжелого сопутствующего заболевания, редко встречающиеся осложнения и сопутствующие заболевания, отражаются в результатах экспертизы. Проводится оценка влияния неправильной и (или) несвоевременной постановки диагноза на последующие этапы оказания медицинских услуг.

4. Обоснованность нахождения на лечении, получения медицинских услуг в данной форме.

5. Своевременность и качество консультаций специалистов

1) консультации не проведены, что привело к ошибочной трактовке симптомов и синдромов, которые отрицательно повлияли на исход заболевания;

2) консультации проведены вовремя, но мнение консультанта не учтено при постановке правильного диагноза, что частично повлияло на исход заболевания;

3) консультации проведены вовремя, мнение консультанта учтено при определении правильного диагноза, но не выполнены рекомендации консультанта по лечению, что частично повлияло на исход заболевания;

4) мнение консультанта ошибочно, что повлияло на исход заболевания.

5) в случаях проведения консультаций с опозданием, проводится оценка объективности причин несвоевременной консультации и влияния несвоевременной постановки диагноза на последующие этапы оказания медицинских услуг.

6. Объем, качество и обоснованность проведения лечебных мероприятий

1) отсутствие лечения при наличии показаний;

2) лечение назначено без показаний;

3) при лечении назначены малоэффективные лечебные мероприятия без учета особенностей течения заболевания у данного пациента, сопутствующих заболеваний, осложнений;

4) лечебные мероприятия выполнены не полностью, без учета функциональной недостаточности органов и систем, особенностей механизма действия лекарственных веществ;

5) преждевременное прекращение лечения при недооценке клинического эффекта и/или утяжелении течения заболевания, кроме документально оформленных случаев прекращения лечения по инициативе пациента;

6) значительное отклонение от протоколов диагностики и лечения заболеваний, наличие полипрагмазии без тяжелого побочного действия лекарств и развития нового патологического синдрома;

7) полное отклонение от требований протоколов диагностики и лечения

КГП на ПХВ «БСМП» УЗ ОА	Документированная процедура ПРАВИЛА экспертизы медицинских карт	Код: КБП-ПРВ.008.26
		Версия: 3 от 06.01.2026
		Страница 9 из 26

заболеваний, наличие полипрагмазии, приведшее к развитию нового патологического синдрома и ухудшению состояния пациента;

8) при оценке лечебных мероприятий учитывается и отражается в результатах экспертизы наличие обстоятельств, создающих затруднение или невозможность проведения эффективных лечебных мероприятий, и оказавших или способствовавших оказанию влияния на исход заболевания.

7. Развитие осложнений после медицинских вмешательств

Оценке качества медицинских услуг подлежат возникшие осложнения и осложнения, обусловленные низким техническим качеством исполнения операции, послеоперационные осложнения, являющиеся следствием выполнения хирургических манипуляций и применения других методов исследования.

8. Достигнутый результат - проводит мониторинг КГП по оценке медицинской документации и сдает показатели по КГП в ОВАКК до 10 числа следующего месяца.

9. Качество ведения медицинской документации.

Качество ведения медицинской документации определяется по наличию, полноте и качеству записей в соответствии с формами первичной медицинской документации организаций здравоохранения, утвержденными приказом директора, утвержденными приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907, зарегистрированным в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 6697.

В ходе проведения экспертизы оценивается оформление информированного согласия пациента на проведение инвазивных вмешательств, отказа от предлагаемого лечения, а также обоснованность не проведения патологоанатомического исследования, за исключением случаев, установленных пунктом 2 статьи 56 Кодекса.

6.3. Уровень медицинской организации:

6.3.1. Заместитель директора по лечебной работе/ заведующий отделением:

-осуществляет выборочно текущую экспертизу МКСБ (не менее 10% случаев);

-ретроспективную экспертизу не менее 5% законченных случаев с заполнением Карты эксперта «Анализ медицинской карты стационарного больного» (Приложение № 3);

-организует проведение разбора случаев, подлежащих 100% экспертизе (см. Приложения №1);

-организует проведение разбора случая на соответствующей комиссии (Лечебно-контрольной комиссии (ЛКК), комиссии инфекционного контроля

КГП на ПХВ «БСМП» УЗ ОА	Документированная процедура ПРАВИЛА экспертизы медицинских карт	Код: КБП-ПРВ.008.26
		Версия: 3 от 06.01.2026
		Страница 10 из 26

(КИК), КИЛИ и др.;

-по заключению комиссий передает информацию для принятия управленческого решения директору.

6.3.2. Врач-эксперт:

1)осуществляет проверку не менее 10% закрытых карт, по мере необходимости выборочно МКАБ на предмет **качества ведения медицинской документации** в соответствии с утвержденными правилами и процедурами по стандартам JCI с заполнением **Протокола внутреннего аудита** и при необходимости **Протокола несоответствия**.

2) ежемесячно представляет результаты аудита заместителю директора по лечебной работе.

3) проводит мониторинг проведения аудита случаев, подлежащих 100% экспертизе (Приложения №1).

Процедура аудита закрытых медицинских карт (законченные случаи):

Аудит закрытых медицинских карт осуществляется по схеме в Приложении 4.

6.3.3. Сотрудник медицинской статистики Организационно-методического отдела:

1) Принимает МКСБ по всем законченным случаям.

2) Вносит данные из статистических карт в информационную базу.

3)По выходным формам делает выборку случаев с отклонениями (превышение средних сроков лечения на определенную величину, несоответствие диагноза классификации, наличие осложнений и т.д.).

4) Случаи с отклонениями направляет для анализа эксперту.

6.3.4. Врач-эксперт:

1) По всем МКСБ, переданным из кабинета статистики, проводит анализ отклонений и недостатков **ведения медицинской документации и качества лечебно-диагностического процесса**. Результаты анализа передает заместителю директора по лечебной работе для проведения разбора на соответствующей комиссии.

2) Ежемесячно проводит мониторинг внутренних индикаторов качества с предоставлением результатов в комиссию по дифференцированной оплате труда.

3) Участвует в работе «согласительной комиссии» (экспертиза всех случаев непринятых поставщиками к оплате).

4) Заместитель директора по лечебной работе по заключению комиссий передает информацию для принятия управленческого решения директору.

6.3.5. Внутренний аудит:

1) По необходимости проводит аудит как закрытых, так и открытых медицинских карт.

2) Осуществляет оценку качества медицинских услуг в соответствии с Годовым аудиторским планом.

3) Осуществляет выборочную экспертизу медицинских карт (в т.ч.

КГП на ПХВ «БСМП» УЗ ОА	Документированная процедура ПРАВИЛА экспертизы медицинских карт	Код: КБП-ПРВ.008.26
		Версия: 3 от 06.01.2026
		Страница 11 из 26

аудит случаев, подлежащих 100% экспертизе, стационарного больного на предмет **качества лечебно-диагностического процесса.**

4) При необходимости привлекает внешних экспертов для аудита случаев/ медицинских карт.

8. Нормативные ссылки

- 8.1. Постановление Правительства РК от 22.12.2011 г. №1577 «Об утверждении Правил организации проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг».
- 8.2. Конституция Республики Казахстан (принята на республиканском референдуме 30 августа 1995 года) (с изменениями и дополнениями по состоянию на 10.03.2017 г.) (Статья 29);
- 8.3. Кодекс Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года № 193-IV «О здоровье народа и системе здравоохранения» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 04.07.2018 г.);
- 8.4. Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 27 марта 2015 года № 173 «Об утверждении Правил организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг» (с изменениями от 28.06.2016 г.);
- 8.5. Стандарты аккредитации Международной объединенной комиссии (Joint Commission International Accreditation Standards for Hospital – 6th Edition) для больниц, 6-е издание, Глава 9: Повышение качества и безопасности пациента, 2017;
- 8.6. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 2 октября 2012 года №676 «Об утверждении стандартов аккредитации медицинских организаций» (с изменениями и дополнениями от 5 июня 2018 года), Приложение 2. Глава 1: Руководство, 8. Непрерывное повышение качества;
10. Клинические протоколы.

9. Приложения:

- 9.1. Приложение 1. Случаи, подлежащие 100% экспертизе (зоны повышенного риска).
- 9.2. Приложение 2. Блок-схема «Этапы разбора результатов ретроспективной экспертизы МКСБ».
- 9.3. Приложение 3. Блок-схема «Алгоритм контроля случая внутрибольничной инфекции».
- 9.4. Приложение 4. Форма «Проверочный лист открытой медицинской карты стационарного больного».
- 9.5. Приложение 5. Форма «Проверочный лист закрытой медицинской карты стационарного больного».

КГП на ПХВ «БСМП» УЗ ОА	Документированная процедура ПРАВИЛА экспертизы медицинских карт	Код: КБП-ПРВ.008.26
		Версия: 3 от 06.01.2026
		Страница 12 из 26

9.6. Приложение 6. Экспертиза медицинских карт умерших больных за месяц
9.7. Приложение 7. Чек-лист проверки ведения медицинской документации (сестринской) в клинических отделениях (наличие и качество).

Приложение 1

Случаи, подлежащие 100% экспертизе (зоны повышенного риска)

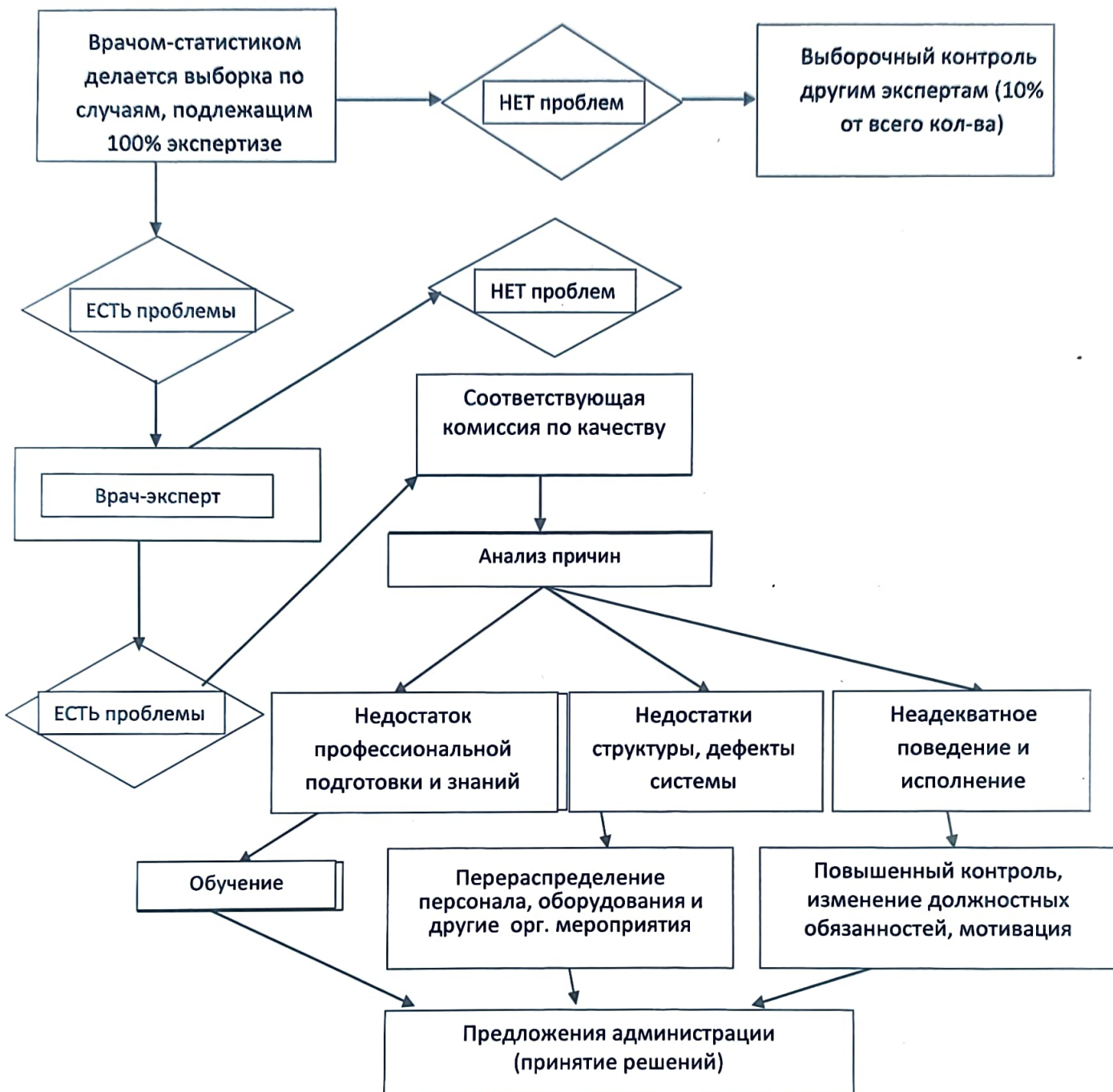
1. Случаи летальных исходов.
2. Случаи осложнений:
 - интраоперационных и послеоперационных;
 - осложнения трансфузий крови и ее препаратов;
 - осложнения анестезиологического пособия;
 - ошибки, связанные с назначением и использованием медикаментов.
3. Расхождение диагнозов.
4. Удлинения или укорочения сроков лечения.
5. Случаи возникновения внутрибольничных инфекций.
6. Необоснованная госпитализация.
7. Повторная госпитализация по одному и тому же заболеванию в течение одного месяца вследствие некачественного предыдущего лечения.
8. Все значимые медицинские ошибки, связанные с идентификацией пациентов, участка операции и др. (неблагоприятное событие, почти ошибка, экстремальное событие);
9. Случаи, сопровождающиеся жалобами пациентов.

КГП на ПХВ «БСМП» УЗ ОА	Документированная процедура ПРАВИЛА экспертизы медицинских карт	Код: КБП-ПРВ.008.26
		Версия: 3 от 06.01.2026
		Страница 13 из 26

Приложение 2

Блок-схема

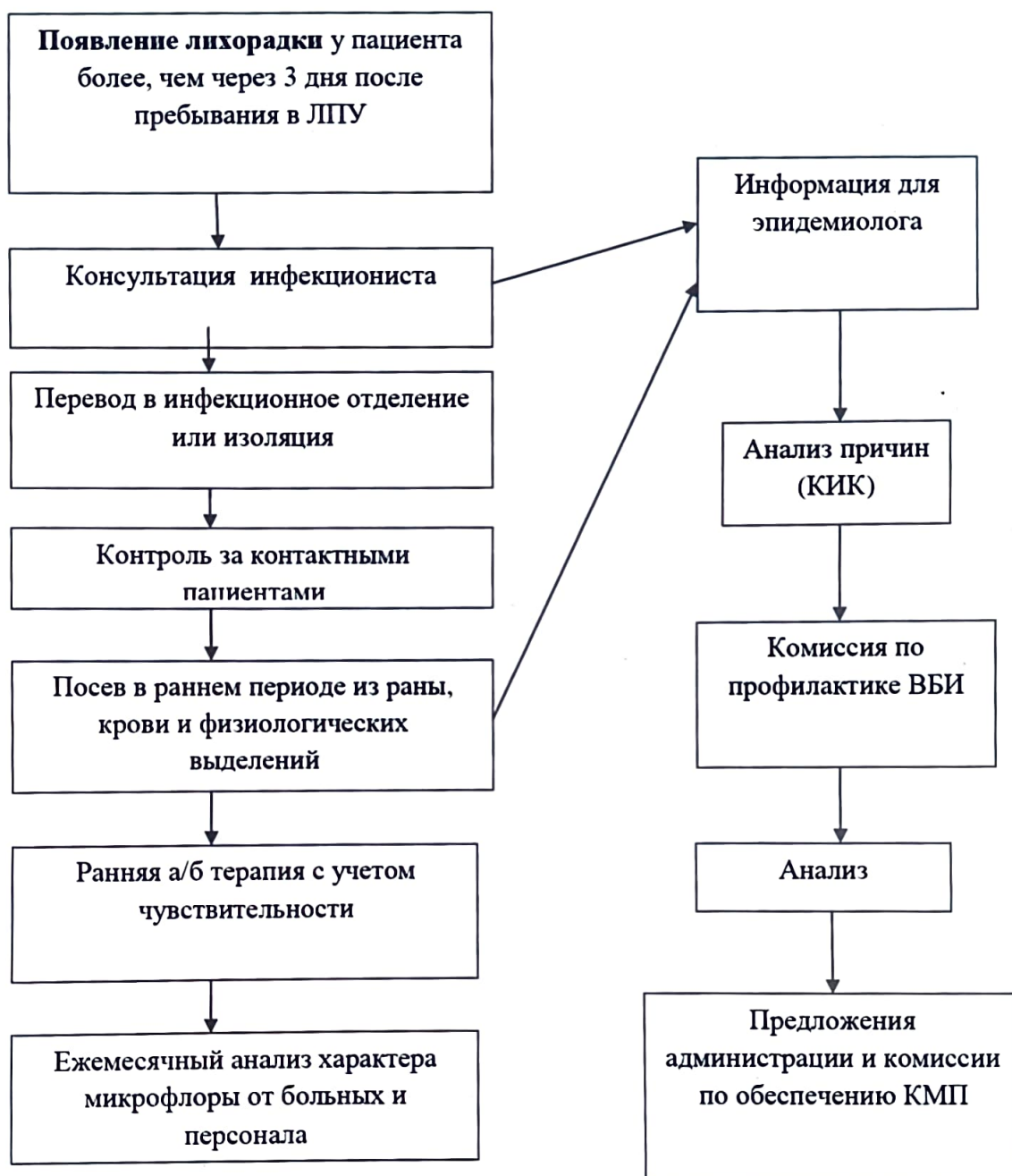
«Этапы разбора результатов ретроспективной экспертизы МКСБ»



КГП на ПХВ «БСМП» УЗ ОА	Документированная процедура	Код: КБП-ПРВ.008.26
	ПРАВИЛА	Версия: 3 от 06.01.2026
	экспертизы медицинских карт	Страница 14 из 26

Приложение 3

Блок-схема «Алгоритм контроля случая внутрибольничной инфекции»



КГП на ПХВ «БСМП» УЗ ОА	Документированная процедура ПРАВИЛА экспертизы медицинских карт	Код: КБП-ПРВ.008.26
		Версия: 3 от 06.01.2026
		Страница 15 из 26

Приложение 4

Форма «Проверочный лист открытой медицинской карты стационарного больного»

Отделение _____ Дата проверки ____/____/201__г.

Ф.И.О. пациента: _____ Дата рождения: ____/____/____	МКСБ №: _____		
Лечащий врач: _____	Да	Нет	Не при менимо
1. Правильно и своевременно ли заполнен титульный лист в целом?			
• указана группа крови			
• указан результат анализа на ВИЧ			
• указан клинический диагноз			
• указано название операции			
2. Идентификаторы пациента (ФИО; день, месяц, год рождения) на каждом листе?			
3. Лист обучения пациента (беседы врача, медсестры и др. персонала, подписи)			
4. Есть ли и правильно ли заполнены информированные согласия (подпись пациента, врача, дата)? _____			
• Общее информир. согласие пациента на обследование и лечение в БСМП			
• Информир. согласие родственников, опекунов пациента, поступившего в тяжелом состоянии			
• Информированное согласие пациента на оперативное лечение			
• Информированное согласие на проведение анестезиологического пособия			
• Информированное согласие на инвазивное вмешательство			
• Информированное согласие на обследование на ВИЧ (СПИД)			
• Информированное согласие пациента на переливание компонентов донорской крови			
• Консилиум по переливанию компонентов донорской крови (в экстренных ситуациях)			
• Информированный добровольный отказ пациента от переливания компонентов донорской крови			
• Информированное согласие пациента на аппаратную реинфузию эритроцитов			
• Информированное согласие на проведение научных и учебных процедур			
• Отказ пациента / представителя пациента от предложенных медицинских вмешательств			
5. Наличие и качество врачебных форм и записей? (полнота, подпись врача, дата, время) -----			
• Краткий осмотр в приемном покое			
• Первичный осмотр врача			
• Дневниковые записи врача (+ выходные, праздничные дни)			
• Обоснование клинического диагноза			
• Предоперационный эпикриз			
• Лист предоперационной верификации, тайм-аут			
• Осмотр анестезиолога			

КГП на ПХВ «БСМП» УЗ ОА	Документированная процедура ПРАВИЛА экспертизы медицинских карт	Код: КБП-ПРВ.008.26
		Версия: 3 от 06.01.2026
		Страница 16 из 26

• Прединдукционная оценка, протокол анестезиологического пособия			
• Протокол операции			
• Перевод пациента в ОАРИТ (из Приемного покоя /отделения/ палаты пробуждения /оперблока)			
• Перевод пациента из ОАРИТ			
• Этапный эпикриз раз в 10 дней			
Правильно ли заполнен лист назначения на ЛС? -----			
• доза			
• время			
• скорость инфузии (мл/час)			
• подписи назначающего врача			
• подписи проверяющего врача (зав. отд., старший ординатор, клин. фармаколог, др.)			
6. Обоснованное использование антибиотиков (АБ) при антибиотикотерапии			
• Обоснование в дневнике лечащего врача			
• Бак. посев, чувствительность к АБ, клинические и лабораторные показатели			
• Консилиум при назначении препаратов резерва (меропенем, эртапенем, рифампицин, сульфаметаксозол/триметоприм, ванкомицин, моксифлоксацин, левофлоксацин, иминем+циластатин)			
7. Наличие и качество сестринских форм -----			
• Первичный сестринский осмотр			
• Дневники медсестры			
• План сестринского ухода			
• Карта ежедневного сестринского осмотра			
• Лист наблюдения (для тяжелых больных)			
• Температурный лист			
• Карта первичного сестринского осмотра в ОАРИТ			
• Карта перевода пациента из ОАРИТ			
8. Качество записей в целом?			
• Нет затирания корректором			
• Читательный почерк			
• Наличие даты и времени записей, подписей врачей и их расшифровка			
• Наличие даты и времени записей, подписей медсестер и их расшифровка			

Краткое заключение проверяющего (позитивные, отрицательные моменты):

Проверяющий (ФИО, должность): _____

КТП на ПХВ «БСМП» УЗ ОА	Документированная процедура ПРАВИЛА экспертизы медицинских карт	Код: КБП-ПРВ.008.26 Версия: 3 от 06.01.2026 Страница 21 из 26
-------------------------	--	---

КГП на ПХВ «БСМП» УЗ ОА	Документированная процедура		Код: КБП-ПРВ.008.26
	ПРАВИЛА		Версия: 3 от 06.01.2026
	экспертизы медицинских карт		Страница 22 из 26

Приложение 6

Экспертиза медицинских карт умерших больных за ____месяц 20__г.

Ф.И.О. пациента:
Дата рождения пациента:
Номер медицинской карты стационарного больного:
Дата поступления:
Дата смерти:
Заключительный диагноз:
Основное комбинированное заболевание - сочетанные болезни:
Лечащий врач
Отделение:

№пп	Мероприятие	Оценка	Отметки «+» или «-»
1	Сбор анамнеза		
2	Клинический диагноз		
3	Диагностические исследования		
4	Лечебные мероприятия		
5	Своевременность и качество консультаций/консилиума		
6	Качество заполнения медицинских карт		
7	Правильное заполнение утвержденных форм JCI		
8	Патологоанатомическое исследование		

Примечания: _____
Проверил(а) _____ Дата/ время _____ Подпись _____

КГП на ПХВ «БСМП г. Семей» УЗ ВКО	Документированная процедура ПРАВИЛА экспертизы медицинских карт	Код: СМК-ПРВ.008.19
		Версия: 1 от __.__.2019
		Страница 253 из 26

Лист регистрации изменений

[illegible]

КГП на ПХВ «БСМП» УЗ ОА	Документированная процедура ПРАВИЛА экспертизы медицинских карт	Код: КБП-ПРВ.008.26
		Версия: 3 от 06.01.2026
		Страница 26 из 26

Лист ознакомления

№	Ф.И.О.	Должность	Дата	Подпись
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				