

Министерство здравоохранения Российской Федерации
ПЕНЗЕНСКИЙ ИНСТИТУТ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ
- филиал федерального государственного бюджетного образовательного учреждения
дополнительного профессионального образования
«РОССИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ НЕПРЕРЫВНОГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»
(ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России)
Кафедра анестезиологии-реаниматологии и скорой медицинской помощи

«Ведение медицинской документации в анестезиологии и интенсивной терапии»

**Учебное пособие
для врачей-анестезиологов-реаниматологов**

г. Пенза 2021 г.

УДК: 617-089.5+616-083.98:002.61
ББК 53.7Щ95

Министерство здравоохранения Российской Федерации
ПЕНЗЕНСКИЙ ИНСТИТУТ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ
- филиал федерального государственного бюджетного образовательного учреждения
дополнительного профессионального образования «РОССИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
АКАДЕМИЯ НЕПРЕРЫВНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»
(ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России)

Авторы:

Щукин Виталий Станиславович - канд. мед. наук, доцент, доцент кафедры анестезиологии-реаниматологии и скорой медицинской помощи» (ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России)

Ведение медицинской документации в анестезиологии и интенсивной терапии

Учебное пособие Щукин В.С. – Пенза: ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, 2021 г. с. 33

Рецензент:

Ивачёва Наталья Андреевна – д.м.н., доцент кафедры хирургии и эндоскопии ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России;

Учебное пособие «**Ведение медицинской документации в анестезиологии и интенсивной терапии**» посвящено актуальным организационным вопросам ведения медицинской документации в специальности и особенностям в педиатрической практике, изложены нормативные требования и методологический подход протоколирования деятельности в анестезиологии, интенсивной терапии и скорой помощи.

Учебное пособие предназначено для обучающихся по образовательным программам высшего образования – подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре по специальностям: «Анестезиология-реаниматология», а также широкому кругу врачей, прежде всего анестезиологов-реаниматологов, с целью ознакомления с актуальной нормативной базой оформления медицинской документации, основными правилами, особенностями в педиатрической практике, вариантами получения информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, в том числе в экстренных ситуациях, ответственностью за ненадлежащее ведение документации.

Утверждено на Ученом Совете ПИУВ – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России 29 ноября 2021 г протокол № 8

Оглавление

1. Введение.....	2
2. Понятие медицинской документации.....	3
3. Виды медицинской документации.....	3
4. Задачи медицинсой документации.....	4
5. Функции медицинской документации.....	4
6. Хранение медицинской документации.....	5
7. Права пациента.....	5
8. Общие правила ведения медицинской документации.....	6
9. Частные вопросы ведения МД в специальности.....	8
9.1. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (ИДС).....	8
9.1.1. Некоторые руководящие принципы ИДС для анестезиологов.....	11
9.1.2. ИДС в интенсивной терапии.....	11
9.1.3. ИДС в скорой помощи.....	14
9.2. Документация в анестезиологии.....	15
9.2.1. Состав документов.....	15
9.2.2. Требования к ведению.....	15
9.3. Документация в интенсивной терапии.....	18
9.3.1. Состав документов.....	18
9.3.2. Требования к ведению.....	19
9.4. Документация в скорой помощи.....	24
10. Стандартизированные формы медицинской организации.....	24
11. Автоматизированное ведение медицинской документации.....	24
12. Ответственность за некачественное ведение.....	25
13. Список литературы.....	26
14. Приложения.....	29
14.1. форма универсального протокола ИДС в педиатрической ИТ.....	29
14.1. алгоритм проведения консилиума.....	29

1. Введение

В Федеральном законе от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – 323-ФЗ) неоднократно встречается термин «медицинская документация».

В частности, статья 79 323-ФЗ накладывает на медицинскую организацию (далее – МО) обязанность вести медицинскую документацию в установленном порядке и представлять отчетность по видам, формам, в сроки и в объеме, которые установлены уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Ведение медицинских документов в надлежащем порядке – обязательное требование для осуществления медицинской деятельности, при этом не важно, в рамках какой организационно-правовой формы МО работает.

Следование правилам ведения медицинской документации – значимый момент, поскольку этот критерий работы представляет собой объект контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Так, в соответствии с Приказом Минздрава России от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» одним из показателей качества оказания медицинской услуги является ведение медицинской документации. Данный нормативный акт поднял значение медицинской документации на новый уровень и определил несколько постулатов:

- качество медицинской помощи и качество ведения медицинской документации не являются разными сущностями;
- качество медицинской помощи отображается качеством ведения медицинской документации;
- безнаказанность за дефекты ведения медицинской документации является иллюзией;
- медицинская документация является отражением клинического мышления врача;
- медицинская документация становится нужной не только для прокурора, но и для адвоката врача в качестве защиты врача и МО [14].

2. Понятие медицинской документации

Несмотря на частое упоминание в 323-ФЗ понятие «Медицинская документация» не регулируется этим законом.

Другой законодательный акт – Федеральный закон от 24.12.1994 № 77-ФЗ «Об обязательном экземпляре документов» определяет документ как материальный носитель с зафиксированной на нем в любой форме информацией в виде текста, звукозаписи, изображения и (или) их сочетания, который имеет реквизиты, позволяющие его идентифицировать, и предназначен для передачи во времени и в пространстве в целях общественного использования и хранения [3].

Приказ Минздрава РФ от 22 января 2001 г. N 12 «О введении в действие отраслевого стандарта «Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении»» определяет медицинские документы как специальные формы документации, ведущиеся медицинским персоналом, в которых регламентируются действия, связанные с оказанием медицинских услуг [5].

Анализ других нормативных и библиографических источников позволяет сформулировать следующее определение:

Медицинская документация (далее – МД) – система документов предназначенных для регистрации данных лечебных, диагностических, профилактических, реабилитационных, санитарно-гигиенических и других мероприятий, а также для их обобщения и анализа.

3. Виды медицинской документации

В России нет единого нормативно-правового акта, который бы регулировал виды и перечень МД. Различные медицинские документы вводятся в действие приказами Минздрава РФ на протяжении многих лет.

Тем не менее, в практике здравоохранения сложилась следующая система медицинских документов – учетная и отчетная документация.

Учетная медицинская документация (учетные формы) – вид МД, включающей записи результатов деятельности медицинских работников. Учетные формы можно разделить на 3 группы по целям их ведения:

- Группа 1 – записи результатов наблюдения за состоянием пациента

(медицинские карты)

- Группа 2 – обеспечения преемственности и взаимосвязи между отдельными этапами лечения, информирование (справки, выписки и извещения)
- Группа 3 – отражение объема выполняемой работы (форма 039/у)

Отчетная медицинская документация – документация в МО, представляющая собой сводные статистические документы, содержащие сведения о состоянии и деятельности МО или подразделения за определенный отрезок времени. Чаще всего такие документы утверждаются Федеральной службой государственной статистики и Минздравом РФ. Учредители МО также имеют право разрабатывать такой вид медицинской документации для подведомственных организаций.

4. Задачи медицинской документации

Основными задачами МД являются:

- Отражение лечебно-диагностического процесса и динамики состояния пациента
- Обеспечение преемственности при оказании медицинской помощи
- Учет выполнения медицинских услуг
- Контроль использования ресурсов МО
- Контроль качества медицинской помощи
- Статистический учет
- Анализ и обеспечение научной и педагогической работы
- Обеспечение юридических действий

Заметим, что медицинская документация носит в судебном процессе статус письменного и (или) вещественного доказательства. И, как следствие, при несоблюдении требований к ведению медицинской документации (даже если не обнаружено причинение вреда жизни и (или) здоровью пациента) МО рискует проиграть гражданский судебный процесс (например, в ситуации с нарушением правил оказания медицинской услуги)

5. **Функции медицинской документации**

Медицинская документация в зависимости от ее целей и задач выполняет определенные функции, основными из которых являются:

- **информационная функция** документа реализуется посредством отражения лечебно-диагностического процесса и динамики состояния пациента, строгой фиксации информации, точности, объективности, обеспечением преемственности, статистическим учетом. Также информационная функция реализуется через анализ данных, обеспечение научной и педагогической работы.
- **регулятивная функция** реализуется посредством определения поведения врача, учета выполнения медицинских услуг, контроля использования ресурсов
- **ориентирующая функция** – жесткий порядок следования разделов МД ориентирует врача в своих действиях и, в некотором роде, выполняет роль чек-листа.
- **правовая функция** обеспечивается использованием документов для решения правовых и контрольных вопросов (объем, качество и безопасность) [17].

6. **Хранение медицинской документации**

323-ФЗ в статье 79 накладывает на МО обязанность не только вести МД, но и обеспечивать учет и хранение ее.

Нормативное регулирование сроков хранения МД связывается с письмом Минздрава РФ от 07.12.2015 № 13-2/1538 «О сроках хранения медицинской документации», в котором указаны сроки хранения наиболее часто используемых видов медицинской документации [16].

7. **Права пациента**

С медицинской документацией тесно связаны права пациента. Статья 22 323-ФЗ предоставляет пациенту или его законному представителю право:

- непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получать на основании такой

документации консультации у других специалистов.

- на основании письменного заявления получать отражающие состояние здоровья медицинские документы, их копии и выписки из медицинских документов.

Порядок ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией утвержден приказом Минздрава России от 29.06.2016 № 425н «Об утверждении Порядка ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента» [13].

8. Общие правила ведения медицинской документации

Ведение МД должно осуществляться в соответствии с рядом правил, которые делают документ качественным, логичным и легитимным.

Содержательные правила

- **Объективность** – отражение медико-биологические особенностей объективного статуса пациента, а также особенности течения болезни;
- **Относимость** – непосредственное отношение к причине обращения или быть необходимой и важной для обеспечения здоровья пациента;
- **Логичность** – правильность выводов, к которым приходит врач в процессе интеллектуальной деятельности по постановке диагноза;
- **Полнота** – отражение всех медицинских действий и рассуждений.

Структурные и реквизитные правила

- **Наличие реквизитов документа** (наименование, что, когда, кто);
- **Стандартизированная структура** (разделы и пункты, которые непременно должны быть в нем отражены);
- **Наличие описательной, мотивировочной и резолютивной частей** (что, почему, что предпринять).

Описательная часть – объективное и правдивое описание состояния пациента.

Мотивировочная часть должна содержать описание логических

построений, результатом которых явились постановка диагноза и назначение лечения.

мотивировочная часть выполняет одну из важных функций медицинской документации - отражение логики и алгоритма действий врача, что позволяет их воспроизвести и проанализировать их в случае необходимости.

Вместе с тем именно этот раздел документа чаще всего пишется врачом кратко и необстоятельно, что, конечно, недопустимо.

Резолютивная часть содержит диагноз, назначенное лечение, стратегию и тактику ведения пациента.

Языковые правила

- ясность
- профессиональная доступность
- официальность стиля
- краткость
- нейтральность
- отсутствие оригинальности и резко стилевой индивидуальности
- сдержанность и эмоциональная холодность
- отсутствие образных сравнений
- отсутствие пафосности
- отсутствие неустановленных аббревиатур

Временные правила

- **Своевременность** (медицинский документ должен быть сформирован в разумные сроки, т.к. он может являться основанием для принятия какого-либо решения другим медицинским работником)

- **Хронологический порядок** (записи должны находиться в хронологическом порядке, позволяющем оценить динамику состояния пациента и своевременность действий медицинских работников)

Правила достоверности

- **Отсутствие двусмысленности** (высказывание, которое в определенной ситуации можно понять двояко, в том числе в нежелательном смысле) **и противоречивости** (наличие несовместимых друг с другом

обстоятельств);

- **Отсутствие фальсификации** (подчистки, заклейки, дописки).

9. Частные вопросы ведения МД в специальности

9.1. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (ИДС)

Возможность пациента выразить свою волю по вопросу оказания ему медицинской помощи или отказа от нее является одним из важнейших условий правомерного медицинского вмешательства и отражает концепцию автономии и принятия решения о самоопределении лица, нуждающегося во вмешательстве.

В соответствии с частью 2 статьи 21 Конституции Российской Федерации «никто не может быть без добровольного согласия подвергнут медицинским, научным или иным опытам.» [1]. Это положение конкретизируется в 323-ФЗ, согласно ч. 1 ст. 20 которого дача ИДС гражданином или его законным представителем на медицинское вмешательство является необходимым предварительным условием медицинского вмешательства [2].

Определение медицинскому вмешательству дает 323-ФЗ:

медицинское вмешательство - выполняемые медицинским работником и иным работником, имеющим право на осуществление медицинской деятельности, по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций, а также искусственное прерывание беременности [2].

Российское законодательство предусматривает, что информированное добровольное согласие гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство основывается на предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации и определяет необходимую и достаточную совокупность элементов информирования:

- о целях,
- о методах оказания медицинской помощи,
- о связанном с ними риске,

- о возможных вариантах медицинского вмешательства,
- о его последствиях,
- о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи

Совокупность всех элементов информирования необходима, так как при отсутствии хотя бы одного из них следует вывод об отсутствии полной информации [18].

ИДС на медицинское вмешательство или отказ от него оформляется в виде документа на бумажном носителе, либо формируется в форме электронного документа, и содержится в медицинской документации (Понятие "медицинской документации", в которой должны храниться согласие и отказ от медицинского вмешательства, следует рассматривать в узком смысле и вести речь о медицинской карте амбулаторного или стационарного больного).

Таким образом, согласие пациента (законного представителя) будет надлежащим, если:

- оно дано предварительно, то есть до начала медицинского вмешательства;
- оно является добровольным, то есть данным без какого-либо принуждения, с пониманием того, что от медицинского вмешательства можно отказаться в любой момент;
- оно является информированным;
- оно оформлено в письменном виде или в виде электронного документа;
- оно имеется в медицинской документации.

Приказом Минздрава России от 20 декабря 2012 г. N 1177н утвержден порядок дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств (приказ Минздравсоцразвития РФ от 23.04.2012 № 390н), формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства [7, 11].

Кроме того, можно сказать, что за время действия положений о праве пациента давать согласие на медицинское вмешательство или отказываться от него были приняты несколько актов, устанавливающих форму информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство.

Закон установил четкие требования к оформлению волеизъявления пациента. Несоблюдение письменной формы согласия на медицинское вмешательство или отказа от него влечет нарушение действующего законодательства. Обязательным является и наличие двух подписей – самого пациента (его представителя) и медицинского работника.

Часть 2 статьи 20 посвящена такому важному моменту обеспечения законности медицинского вмешательства, как получение согласия на него в отношении лиц, которые не могут его дать самостоятельно в силу возраста или психического заболевания. Речь идет о несовершеннолетних гражданах и гражданах, признанных в установленном порядке, недееспособными.

Интересы несовершеннолетнего по общему правилу представляют родители (усыновители) или другие законные представители. В зависимости от возраста ребенка это может быть опекун или попечитель. В свою очередь, от имени лица, признанного судом недееспособным, всегда выступает опекун, который также является законным представителем.



Законодатель, формулируя положения о возрасте ребенка, до наступления которого согласие дают родители на медицинские вмешательства, сообщает:

Несовершеннолетний гражданин, в отношении которого согласие на медицинское вмешательство дает один	Вид медицинского вмешательства
---	---------------------------------------

из родителей (законный представитель)	
Не достигший 15 лет	Любые виды медицинской помощи
Не достигший 16 лет, больной наркоманией	Любые виды медицинской помощи
Не достигший 18 лет (не приобретший полной дееспособности)	Наркологическая помощь Медицинское освидетельствование в целях установления состояния наркотического либо иного токсического опьянения

9.1.1. Некоторые руководящие принципы ИДС для анестезиологов

1. Информация об анестезии и связанных с ней рисках должна быть предоставлена пациентам как можно раньше, предпочтительно в форме научно обоснованного онлайн-ресурса или буклета, который пациент может сохранить для дальнейшего использования.

2. Непосредственно перед началом анестезии не стоит давать плановым пациентам новую информацию, кроме исключительных обстоятельств.

3. Объем и характер информации, предоставляемой пациенту, что должно определяться вопросом: «Что этот конкретный пациент посчитал бы важным?»

4. В конце объяснения процедуры, следует спросить пациентов, есть ли у них вопросы, которые следует разрешить полностью.

5. Согласие – это непрерывный процесс, а не единичное событие, и может потребовать повторного обсуждения и / или подтверждения.

6. Если пациенты настаивают, что они не хотят знать о риске процедуры (включая анестезию), следует объяснить последствия этого и задокументировать отказ.

7. Анестезиологи должны знать о правовых основах ИДС, и кто может дать согласие от имени пациента.

9.1.2. ИДС в интенсивной терапии

В мировой практике существует 2 модели получения ИДС в интенсивной терапии:

- Универсальное согласие
- Процедурное согласие

Протокол универсального согласия

Некоторые отделения интенсивной терапии в США ввели универсальный протокол согласия (Universal Consent Protocol) как способ ускорения получения согласия. В этом протоколе пациенты и их семьи получают письменную информацию и стандартизированную форму согласия на несколько часто выполняемых процедур во время поступления в ОРИТ [19].

Протокол оказался очень эффективным. Он гарантирует, что все пациенты и представители получают минимальный объем информации о процедурах интенсивной терапии во время поступления в реанимацию. Авторы сообщают, что использование универсального протокола повысило общую долю ИДС в их отделениях интенсивной терапии, не уменьшая понимания участниками процедур.

Исследование показали, что 90,4% пациентов или представителей подписали универсальную форму, 4,4% – подписали форму, исключив некоторые процедуры, а 5,2% пациентов или представителей не подписали, предпочитая, чтобы с ними связывались по поводу каждой процедуры [22].

Стандартизированная письменная информация, подкрепленная наглядными пособиями, онлайн-ресурсами, видео или мультимедийными средствами делают процесс согласия более эффективным и улучшают понимание пациентом процесса согласия.

Недостатком универсального протокола является впечатление пациента или представителя, что основной целью процесса получения информированного согласия является юридическая защита врачей. Исследование родителей педиатрических пациентов ОРИТ показало, что 54% считают именно так [21].

В худшем случае, общая форма согласия может быть не более чем

отказом от прав, не требующим особого внимания к процедурам после ее подписания.

Неясно, будет ли форма общего согласия служить предполагаемой юридической цели, поскольку она не может описывать оценки рисков для процедур в конкретной ситуации пациента, а также то, как соотношение вред / польза может измениться в ходе его болезни.

Одна и та же процедура может повторяться многократно, с совершенно разными рисками в каждом случае. Например, риски, связанные с процедурами сосудистого доступа, увеличиваются у пациентов с коагулопатией. Кроме того, риски, связанные с выполнением процедуры молодым врачом, вероятно, будут выше, чем при выполнении процедуры опытным специалистом.

Процедурная модель ИДС

В процедурном согласии в ОРИТ упор делается на общении, предоставлении информации, вариантов в контексте болезни пациента.

Сторонники процедурной модели считают, что согласие - это процесс, а не момент, и к нему следует вернуться в свете меняющегося состояния пациента и подходов к лечению (подразумевается ли, что согласие данное в экстренной ситуации на катетеризацию центральной вены, позволяет катетеризовать другую вену более стабильному пациенту через 5 дней?).

Процедурный процесс согласия кажется наиболее соответствующим самой концепции добровольного согласия, позволяет постоянно обсуждать необходимость инвазивных процедур в контексте болезни пациента, что служит автономии пациента, а также обеспечивает более надежную защиту в случае осложнений, чем упреждающее полное согласие одна форма

Тем не менее, регулярное получение информированного согласия на процедуры интенсивной терапии может неправильно сфокусировать пациентов или представителей на процедурах, а не на общих вариантах лечения и прогнозах пациента.

Получение информированного согласия на рутинные процедуры может привести к конфликту, если пациент или его представитель отказываются от рекомендованной процедуры, но хотят продолжения интенсивной терапии [20].

Разработка процесса, позволяющего достичь баланса интересов врача и пациента, представляет собой серьезную проблему. Общее превентивное

согласие может не предоставить пациентам достаточно информации относительно конкретных процедур, особенно для процедур, проводимых через несколько дней после госпитализации. И наоборот, получение конкретного согласия на каждую процедуру может занять неоправданно много времени.

В своей практике мы рекомендуем форму универсального протокола ИДС (приложение 1).

По данным литературы существует консенсус: если отказ от вмешательства происходит в середине процедуры, врач должен

- выяснить причину,
- убедиться, что дееспособность пациента не изменилась,
- объяснить последствия отказа от процедуры,
- если прекращение процедуры может поставить под угрозу жизнь

пациента, медицинский работник имеет право продолжать лечение до тех пор, пока это не исчезнет.

- отказ пациента от предлагаемого вмешательства должен быть тщательно задокументирован в медицинской документации.

9.1.3. ИДС в скорой помощи

Медработники вправе оказать скорую помощь без ИДС, если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни и человек не способен выразить свою волю из-за тяжелого состояния или прогрессирования заболевания. Перечень состояний определил приказ Минздрава от 20.06.2013 № 388н [12].

Существует еще одно условие, которое позволяет врачам оказывать скорую помощь без оформления ИДС. Закон установил, что решение о медицинском вмешательстве без согласия гражданина вправе принять консилиум врачей, а если собрать консилиум невозможно — то лечащий или дежурный врач

При оказании неотложной помощи угрозы жизни нет, как нет и повода для спешки. Поэтому у таких пациентов брать ИДС надо без исключений.

Карта вызова скорой медицинской помощи имеет разделы:

Согласие на медицинское вмешательство

В случаях получения ИДС на медицинское вмешательство с учетом риска возможных осложнений после фамилии, имени, отчества и подписи больного (законного его представителя) ставится фамилия, имя, отчество должностного медицинского работника, предоставившего информацию и получившего согласие на медицинское вмешательство.

Отказ от медицинского вмешательства

В случаях отказа больного (пострадавшего) от медицинского вмешательства или требования прекратить медицинское вмешательство после фамилии, имени, отчества и подписи больного (законного его представителя) ставится фамилия, имя, отчество должностного медицинского работника, получившего отказ от медицинского вмешательства и разъяснившего возможные последствия и осложнения отказа и ставится его подпись.

Отказ от транспортировки для госпитализации в стационар

В случаях отказа больного (пострадавшего) от транспортировки для госпитализации в стационар указывается дата и время отказа, после фамилии, имени, отчества и подписи больного (законного его представителя) ставится фамилия, имя, отчество должностного медицинского работника, получившего отказ от транспортировки для госпитализации в стационар и разъяснявшего больному возможные последствия отказа, и ставится его подпись.

9.2. Документация в анестезиологии

9.2.1. Состав документов

Медицинские документы, которые ведет врач-анестезиолог, определены соответствующими порядками оказания медицинской помощи [8, 9, 10,15] и составляют:

- предоперационный осмотр анестезиолога;
- карта анестезии;
- протокол анестезии.

9.2.2. Требования к ведению

Предоперационный осмотр анестезиолога

Стандартный бланк предоперационного осмотра врачом анестезиологом-

реаниматологом для нужд акушерства и гинекологии определен приказом Минздрава России от 20.10.2020 № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология"» [15].

Мы считаем, что в другой практике осмотр перед хирургическим вмешательством должен иметь следующие разделы и реквизиты:

- наименование (осмотр анестезиолога, заключение, консультация);
- дата и время осмотра;
- повод осмотра, какое вмешательство планируется больному;
- анамнез (аллергия, трансфузии, анестезии, наркотики, прием пищи, хронические заболевания, которые имеют значение при анестезии и пр.);
- объективный статус (в т.ч. результаты обследования), заключение;
- физическое состояние по ASA ;
- операционно-анестезиологический риск (МНОАР, Рябов, Гологорский, Малиновский, Атанасов, Александров, Балагин, SAMAMA, etc);
- выбор метода анестезии;
- возможные трудности и риски пособия (смена анестезии);
- оценка риска трудной интубации (Маллампатти, позвоночник, опухоль, etc);
- назначение необходимых дополнительных обследований;
- предоперационная коррекция;
- премедикация (если необходимо);
- подпись врача.

Дети с целью определения операционно-анестезиологического риска, для выбора метода анестезии и проведения предоперационной подготовки осматриваются врачом-анестезиологом перед плановым хирургическим вмешательством не позднее чем за сутки до предполагаемой операции, а в случае экстренного вмешательства - сразу после принятия решения о необходимости его выполнении. Перед проведением анестезии дети повторно осматриваются врачом-анестезиологом [8].

Результаты осмотров оформляются врачом-анестезиологом в виде заключения, которое вносится в медицинскую документацию детей

Карта анестезии

Во время проведения анестезии врачом-анестезиологом заполняется

анестезиологическая карта.

Стандартный бланк карты течения анестезии в акушерстве-гинекологии определен приказом Минздрава России от 20.10.2020 № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология"» [15].

Карта анестезии (карта течения анестезии) имеет следующие характеристики:

- является самостоятельным документом;
- отражает все аспекты анестезиологического пособия;
- заполняется при всех анестезиях (малых и больших);
- имеет паспортную часть и рабочую зону;
- в рабочей зоне производится регистрация происходящих событий, предпринимаемых действий, времени и сроков их проведения;
- ведется медсестрой-анестезистом под контролем врача;
- подписывается врачом-анестезиологом и медсестрой-анестезистом;
- хранится в медицинской карте.

Рабочая зона карты, как правило, разделена на определенные промежутки времени и содержит следующие данные:

- все лекарственные средства, которые использовались во время анестезии (наименование, время, дозы и путь введения);
- данные интраоперационного мониторинга, включая объем кровопотери и диуреза, результаты лабораторных исследований;
- качественный состав и объем инфузионно-трансфузионной терапии;
- основные и специализированные методики, которые применялись во время анестезии;
- время, продолжительность и течение основных этапов анестезии и операции (индукция, изменение операционного положения больного, разрез кожи, основной момент операции, экстубация и т.д.);
- необычные явления, особенности и осложнения анестезии;
- состояние больного после окончания операции и анестезии;
- перевод в отделение, ОРИТ, палату пробуждения;
- отражается течение периода пробуждения.

Наличие таких сведений позволяет провести ретроспективный анализ

при возникновении трудностей и осложнений

Протокол анестезии

После окончания проведения анестезии оформляется протокол анестезии, в котором отражается течение, особенности и осложнения анестезии, состояние пациента на момент перевода их в отделение по профилю заболевания МО.

В протокол анестезии должны быть обязательно занесены следующие данные:

- Дата и время начала анестезии, дата и время завершения анестезии;
- Дата и время начала операции, дата и время завершения операции;
- Препараты для премедикации;

Для общей анестезии:

- Препараты для вводной анестезии;
- Особенности интубации трахеи;
- Параметры ИВЛ (дыхательный объем, минутная вентиляция, частота дыхания, FiO₂, сатурация);

Для регионарной анестезии

- Техника, методика и уровень регионарной анестезии (спинномозговая или эпидуральная анестезия)
- Особенности регионарной анестезии
- Параметры дыхания (частота дыхания, сатурация)
- Гемодинамические показатели (артериальное давление, пульс, ЧСС);
- Препараты для поддержания анестезии;
- Объем инфузионной терапии;
- Объем кровопотери;
- Диурез;
- Температура тела;
- Осложнения анестезии;
- Уровень сознания, показатели дыхания и гемодинамики на момент перевода пациента из операционной;
- Рекомендации для послеоперационного ведения пациента.
- Подпись анестезиолога

9.3. Документация в интенсивной терапии

9.3.1. Состав документов

Сложившаяся практика и ряд порядков оказания медицинской помощи предусматривают следующий перечень медицинской документации в ИТ;

- карта интенсивной терапии и мониторинга;
- протокол осмотра врачом-реаниматологом;
- консилиум;
- переводной эпикриз;
- протокол установления смерти человека.

9.3.2. Требования к ведению

Карта интенсивной терапии и мониторинга

Оперативным документом отделений реанимации и интенсивной терапии является Карта интенсивной терапии и мониторинга, которая выполняет следующие функции:

- концентрирует и наглядно отражает основные клинические, инструментальные и лабораторные сведения о пациенте в реальном масштабе времени;
- включает лист назначений;
- предназначена для организации и контроля лечебной деятельности врачей-реаниматологов;
- является формой отчета медицинской сестры о выполнении поставленных перед нею задач интенсивного ухода, наблюдения и терапии;

Порядок оформления и ведения карты на федеральном уровне не регламентируется, кроме оказания помощи в акушерстве и гинекологии.

Исторически все ОРИТ имеют в той или иной степени сходные формы карты и внутренние правила ее ведения.

Осмотр врача-реаниматолога

Основным видом отражения состояния пациента, рассуждения врача-реаниматолога о концепции патологического состояния, о применении лечебных воздействий и оценки их эффективности является протокол осмотра пациента.

Мы считаем, что в ОРИТ должны применяться три вида осмотра в соответствии с этапами лечения в отделении и имеющие разные цели

- при поступлении (синдромальная оценка состояния, трактование патологического процесса, выбор тактики ведения пациента, план лечения,
- обобщающий (оценка эффективности выбранной тактики и проводимой терапии);
- текущий (мониторинг состояния и эффективности проводимых лечебных воздействий).

Различные специализированные клиники (кардиологические, педиатрические, акушерские, нейрохирургические и прочие) для своих нужд разрабатывают структуру протокола осмотра врача-реаниматолога с указанием специфической информации.

С нашей точки зрения протокол первичного осмотра врача-реаниматолога должен содержать как минимум следующую общую информацию:

- дата и время;
- кем и откуда доставлен в ОРИТ;
- известная информация о предыдущем этапе медицинской помощи;
- жалобы и объективный статус (в т.ч. оценка по шкалам);
- проводимые методы ИТ, их параметры и эффективность ;
- интерпретация результатов лабораторных и инструментальных исследований;
- заключение (чем обусловлено состояние, ведущие синдромы);
- обоснование лечебной и диагностической тактики ведения пациента;
- подпись врача.

Обобщающий осмотр, как правило, проводится дневным ординатором или заведующим ОРИТ с целью координации работ дежурных смен. Он должен содержать следующие разделы и реквизиты:

- дата и время;
- участники обхода;
- жалобы и объективный статус (в т.ч. оценка по шкалам);
- проводимые методы ИТ, их параметры и эффективность ;
- интерпретация результатов лабораторных и инструментальных исследований;
- заключение (чем обусловлено состояние, патогенез патологии, ведущие синдромы, динамика процесса);
- обоснование лечебной и диагностической тактики ведения пациента;
- обоснование (при необходимости) отступления от клинических рекомендаций и стандартов;
- подписи врачей.

Наблюдение врача-реаниматолога в течение суток (смены) проводится для мониторинга состояния пациента и оценки эффективности проводимых лечебно-диагностических мероприятий. Этими задачами и обусловлено содержание документа:

- дата и время;
- оценка динамики (а не констатация) состояния пациента;
- оценка эффективности методов ИТ;
- изменение лечебной тактики (при необходимости);
- прогноз ситуации;
- подпись врача.

Дети осматриваются врачом реаниматологом не реже 4 раз в сутки [8], новорожденные – каждые 3 часа [10].

Консилиум

Часто в ОРИТ возникает необходимость в проведении консилиума врачей (совещание нескольких врачей одной или нескольких специальностей). Порядок проведения консилиумов в конкретных МО должен быть определен локальным нормативным актом. Однако 323-ФЗ в статье 48 определяет цели его проведения:

- для установления состояния здоровья пациента, диагноза,

- определения прогноза и тактики медицинского обследования и лечения,
- целесообразности направления в специализированные отделения медицинской организации или другую медицинскую организацию
- для решения иных вопросов в случаях, предусмотренных законом. и требования к оформлению протокола:
- указываются фамилии врачей, включенных в состав консилиума врачей,
- сведения о причинах проведения консилиума врачей,
- сведения о течении заболевания пациента, состоянии пациента на момент проведения консилиума врачей, включая интерпретацию клинических данных, лабораторных, инструментальных и иных методов исследования и решение консилиума врачей;
- подписывается участниками консилиума;
- при наличии особого мнения участника консилиума врачей в протокол вносится соответствующая запись;
- мнение участника дистанционного консилиума врачей с его слов вносится в протокол медицинским работником, находящимся рядом с пациентом;
- вносится в медицинскую документацию пациента.

Для иллюстрации данного вида работ мы предлагаем алгоритм проведения консилиума врачей (приложение 2).

Переводной эпикриз

Переводной эпикриз оформляется при переводе больного из ОРИТ в другое отделение в пределах одного стационара. Задачами этого документа являются:

- обеспечение преемственности медицинской помощи;
- передача клинической ответственности персоналу другого отделения.

Как правило, должен содержать краткий анамнез заболевания, показания к лечению в ОРИТ, отражение динамики состояния и патологического процесса, динамику лабораторных показателей и функциональных

исследований, проведенное и проводимое в настоящий момент лечение, рекомендации по лечению, мониторингу, искусственному питанию.

Можно рекомендовать составление переводного эпикриза по схеме СПОР (русский вариант методики SBAR), где врач отмечает:

- **Ситуацию** (из какого отделения, в какое; причина перевода, диагноза, жалобы на момент перевода);
- **Предпосылку** (основные сведения из анамнеза, кратко перечислить проведенные исследования и лечение, динамику показателей, перечислить осмотры консультантов и консилиумы);
- **Оценку** (состояние пациента на момент перевода, показатели жизненно-важных функций по системам с уточнением ведущего синдрома);
- **Рекомендации** (указать если есть назначения, требующие завершения, указать показатели, требующие пристального мониторинга, и тактику при их отрицательном изменении, ожидаемые мероприятия по лечению и диагностике, другие рекомендации).

Протокол установления смерти человека

В медицинской документации подробно оформляется порядок проведения реанимационных мероприятий. Согласно постановлению Правительства РФ от 20.09.2012 № 950 «Об утверждении Правил определения момента смерти человека, в том числе критериев и процедуры установления смерти человека, Правил прекращения реанимационных мероприятий и формы протокола установления смерти человека» информация о времени прекращения реанимационных мероприятий и (или) констатации смерти вносится в медицинские документы умершего человека.

Реанимационные мероприятия прекращаются при признании их абсолютно бесперспективными, а именно:

- при констатации смерти человека на основании смерти головного мозга;
- при неэффективности реанимационных мероприятий, направленных на восстановление жизненно важных функций, в течение 30 минут;
- при отсутствии у новорожденного сердцебиения по истечении 10

минут с начала проведения реанимационных мероприятий в полном объеме (искусственной вентиляции легких, массажа сердца, введения лекарственных препаратов).

Реанимационные мероприятия не проводятся:

- при наличии признаков биологической смерти;
- при состоянии клинической смерти на фоне прогрессирования достоверно установленных неизлечимых заболеваний или неизлечимых последствий острой травмы, несовместимых с жизнью [4].

Именно эти фразы и должны быть в медицинской документации.

В записях врача, проводившего сердечно-легочную реанимацию, должны быть четко указаны дата и время начала и окончания реанимационных мероприятий.

Во всех случаях смерти оформляется протокол установления смерти человека, по форме, утвержденной Постановлением Правительства РФ.

9.4. Документация в скорой помощи

«Карта вызова скорой медицинской помощи» (учетная форма №110/у) утверждена приказом Минздравсоцразвития России от 02.12.2009 № 942 «Об утверждении статистического инструментария станции (отделения), больницы скорой медицинской помощи» и является юридическим медицинским документом, единым для всех бригад скорой медицинской помощи по выполнению вызовов [6].

Карта вызова заполняется на каждый вызов аккуратным и разборчивым почерком. В случае повторного заполнения Карты вызова (переписывания) к ней прилагается объяснение с указанием его причин.

10. Стандартизированные формы медицинской организации

Отсутствие федерального и регионального регулирования часто приводит МО к разработке учетных форм для собственных нужд. Такая практика широко распространена. Однако следует придерживаться нескольких правил:

- отсутствие регулирования на федеральном и региональном уровне (или дополнение утвержденных форм);
- учет особенностей службы анестезиологии и реанимации МО;

- легитимность (утверждены руководителем МО);
- наличие инструкции по применению (порядок заполнения).

11. Автоматизированное ведение медицинской документации

Внедрение в клиническую практику информационных технологий подразумевает решение ряда задач за счет автоматизации:

- облегчение работы врача за счет выполнения рутинных действий по ведению медицинской документации;
- информационная поддержка принятия решения;
- автоматизация клинических вычислений;
- настраиваемые тревоги и предупреждения (о несоответствиях и небезопасных действиях);
- обеспечение оперативности информационного обмена;
- проведение анализа деятельности.

В подавляющем числе медицинских информационных систем решение задачи автоматизации рутинных действий по ведению медицинской документации было решено через применение шаблонов документов. Однако, этот путь привел к значительным проблемам, а именно:

- мышление врача становится шаблонным и подверженным когнитивным искажениям;
- подгонка симптомов к шаблону (не всегда один набор)
- описание формально (стул оформлен, мочеиспускание безболезненное – а кто их видел)
- количественные показатели или предустановлены, или пропущены
- отсутствуют объективные шкалы;
- заключение не учитывает конкретного пациента, а зачастую не вытекает из данных осмотра.

При юридической оценке действий врача и проведении экспертизы качества многие документы начинают свидетельствовать против врача. Оправдание, что «это шаблон» виноват, не принимаются, так как, порой, подпись врача стоит под абсолютной глупостью.

Перефразируя известную поговорку, можно сказать – шаблон облегчает бездумное ведение медицинской документации, но удлиняет срок.

12. Ответственность за некачественное ведение

Грамотное ведение МД обеспечивает качество лечебно-диагностического процесса и взаимодействие медицинских работников. При нарушении требований к ведению МД врач, МО и/или ее руководитель привлекаются к различным видам ответственности.

При медико-экономической экспертизе и экспертизе качества медицинской помощи в системе ОМС выявленные нарушения ведения медицинской документации ведут к финансовым санкциям.

По ст. 6.32 КОАП грозит административная ответственность (штрафы на врача и МО) за нарушение требований законодательства о получении информированного добровольного согласия,

По ст. 13.20 КоАП грозит административная ответственность за нарушение правил учета, хранения и использования медицинских документов, находящихся в архивном хранении

По ч.3 ст. 14.1 КоАП грозит административная ответственность при оказании медицинской услуги с нарушением лицензионных требований.

При некорректном ведении медицинской документации МО грозит гражданско-правовая ответственность.

Так, если отсутствует заполненное информированное согласие на медицинское вмешательство, с МО затребуют компенсацию морального вреда в связи с нарушением прав клиента клиники как потребителя медицинских услуг.

Помимо этого, работникам МО грозит уголовная ответственность при совершении служебного подлога (ст. 292 УК РФ), фальсификации медицинских документов (ст. 303 УК РФ), при повреждении, сокрытии, похищении и уничтожении официальных документов, печатей и штампов (ст. 325 УК РФ).

Плохо читаемая или нечитаемая запись в МД ведет к нарушению права пациента-гражданина

- на консультацию (п. 3 части 5 ст. 19 323-ФЗ);
- на проведение независимой медицинской экспертизы (ч. 3 ст. 58 323-ФЗ);
- на проведение экспертизы КМП (ст. 64 323-ФЗ);

- на полную и достоверную информацию как о предлагаемой, так и о выполненной медицинской услуге (ст. 10 закона 2300-1);
- на преемственность в оказании медицинской помощи (приказ 785н), что, естественно, влечет ответственность медицинского работника или МО:

13. Список литературы

1. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 года).
2. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
3. Федеральный закон от 24.12.1994 № 77-ФЗ «Об обязательном экземпляре документов».
4. Постановление Правительства РФ от 20.09.2012 № 950 «Об утверждении Правил определения момента смерти человека, в том числе критериев и процедуры установления смерти человека, Правил прекращения реанимационных мероприятий и формы протокола установления смерти человека».
5. Приказ Минздрава РФ от 22.01.2001 № 12 «О введении в действие отраслевого стандарта «Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении»».
6. Приказ Минздравсоцразвития России от 02.12.2009 № 942 «Об утверждении статистического инструментария станции (отделения), больницы скорой медицинской помощи».
7. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 23.04.2012 № 390н «Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи».
8. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 12.11.2012 № 909н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям по профилю "анестезиология и реаниматология"».
9. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15.11.2012 № 919н

«Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «анестезиология и реаниматология»».

10. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15.11.2012 № 921н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "неонатология"».

11. Приказом Минздрава России от 20.12.2012 № 1177н «Об утверждении Порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства» (в ред. Приказа Минздрава России от 10.08.2015 № 549н).

12. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20 июня 2013 г. № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи».

13. Приказ Минздрава России от 29.06.2016 № 425н «Об утверждении Порядка ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента».

14. Приказ Минздрава России от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».

15. Приказ Минздрава России от 20.10.2020 № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология"».

16. Письмо Минздрава РФ от 07.12.2015 № 13-2/1538 «О сроках хранения медицинской документации».

17. Маджаева С.И. Функции медицинского документа «История болезни» // Вестник ВолГУ. Серия 2: Языкознание. 2016. №1. URL: DOI: 10.15688/jvolsu2.2016.1.20

18. Сергеев В.В., Горлова Е.В. Информирование о риске, связанном с методами оказания медицинской помощи // Юридический вестник Самарского университета. 2019. №1.

19. Davis N, Pohlman A, Gehlbach B, et al. Improving the process of informed consent in the critically ill. JAMA 2003; 289: 1963-8.

20. Franklin C, Rosenbloom B. Proposing a new standard to establish

medical competence for the purpose of critical care intervention. Crit Care Med 2000; 28: 3035-8.

21. Marsillio LE, Morris MC. Informed consent for bedside procedures in the pediatric intensive care unit: a preliminary report. Pediatr Crit Care Med 2011; 12: e266-70.

22. Stuke L, Jennings A, Gunst M, et al. Universal consent practice in academic intensive care units (ICUs). J Intensive Care Med 2010; 25: 46-52.

14. Приложения

14.1. форма универсального протокола ИДС в педиатрической ИТ

14.1. алгоритм проведения консилиума

форма универсального протокола ИДС в педиатрической ИТ

Форма информированного добровольного согласия на медицинские вмешательства интенсивной терапии

Нахождение в отделении анестезиологии и реанимации нужно расценивать как этап лечения Вас / Вашего ребенка. Медицинским работникам отделения при проведении интенсивной терапии может потребоваться выполнить ряд медицинских вмешательств (процедур), чтобы помочь Вам / Вашему ребенку справиться с болезнью. Они могут стать спасительными для Вас / Вашего ребенка. Указанные ниже процедуры могут понадобиться как самостоятельно, так и в комплексе с другими. Некоторые из них могут выполняться более одного раза.

Эти процедуры могут включать в себя любую из следующего перечня:

- установка дыхательной трубки в дыхательные пути
- трахеостомия (рассечение трахеи с установкой канюли для дыхания)
- механическая вентиляция легких
- установка центрального венозного катетера (трубка в большой вене для введения жидкостей или лекарств)
- установка периферического венозного катетера (трубка в периферической подкожной вене для введения жидкостей или лекарств)
- установка катетера в брюшную полость для промывания или перитонеального диализа
- установка катетера в эпидуральное пространство для введения лекарственных препаратов
- установка трубки в плевральную полость для удаления воздуха или жидкости
- спинномозговая пункция для отбора жидкости вокруг спинного мозга для анализа
- введение желудочного зонда (через нос или рот)
- перитонеальный диализ (очищение крови через введенные лекарственные препараты в брюшную полость)
- проведение экстракорпорального очищения крови (гемосорбция, плазмаферез, гемофильтрация, гемодиализация)
- установка катетера в мочевой пузырь
- переливание препаратов крови
- бронхоскопия (введение устройства для наблюдения за дыхательными путями)
- обработка раны (удаление мертвой ткани из раны), разрез, дренирование или ушивание

Риски процедур:

Каждая из этих процедур имеет свои уникальные риски. В целом, основные риски от этой группы процедур включают в себя: боль, рубец, кровотечение, инфекции, нарушение техники процедуры, повторная процедура и повреждение соседних структур. Учитывая характер болезни, которая требует протезирования или поддержания жизненно важных систем, возможна и смерть.

Согласие:

Врач анестезиолог-реаниматолог в доступной форме предоставил информацию о вышеуказанных процедурах (целях, методах выполнения, связанных с ними риске, возможных вариантах выполнения, об их последствиях, а также о предполагаемых результатах их выполнения).

У меня была возможность ознакомиться со всеми частями этой формы, задать вопросы врачу анестезиологу-реаниматологу и получить ответы. Я удовлетворен(а) представленными объяснениями. Меня информировали, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения.

Я понял(а) и оценил(а) предоставленную информацию и после этого я даю согласие на то, что процедуры, перечисленные выше, могут быть выполнены для лечения меня / моего ребенка:

ФИО пациента	Подпись пациента	дата
ФИО законного представителя	Подпись законного представителя	дата
ФИО медицинского работника	Подпись медицинского работника	дата



оборотная сторона

Решение консилиума от _____, время _____ :

<input type="checkbox"/>	Пациент является несовершеннолетним лицом, не достигшим возраста 15 лет, и отсутствуют законные представители
<input type="checkbox"/>	Пациент является несовершеннолетним лицом, достигшим возраста 15 лет, и его состояние не позволяет выразить свою волю

Медицинские вмешательства, вышеуказанные в перечне, необходимы по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни пациента. Руководствуясь п.1 ч.9 ст.20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» они будут оказываться без согласия гражданина или его законных представителей.

Подписи участников консилиума

_____ / _____

_____ / _____

_____ / _____

Алгоритм проведения консилиума врачей

установления состояния здоровья пациента
установления диагноза
определения прогноза
определение тактики медицинского обследования и лечения
установления целесообразности направления в специализированные отделения или другую медицинскую организацию
установления диагноза смерти мозга
решение вопроса о медицинском вмешательстве без согласия гражданина, законного представителя пациента
решение вопроса о медицинском вмешательстве без согласия гражданина, законного представителя пациента, в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих
заключения о необходимости трансплантации органов и (или) тканей человека
изъятие органов и (или) тканей у живого донора
применение лекарственных препаратов с нарушением предписаний, утвержденной инструкции (off-label)
решение иных вопросов, предусмотренных законодательством

