

«30» մարտ 2016թ.

No 924 - Ա

**ՄԵԾԱՀԱՍԱԿԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ՊԱՏՄԱԳՐԻ ԼՐԱՑՄԱՆ ՈՒՂԵՑՈՒՅՑԸ
ՀԱՍՏԱՏԵԼՈՒ ՄԱՍԻՆ**

Հիմք ընդունելով Հանրապետության կառավարության 2002 թվականի դեկտեմբերի 5-ի N 1936-Ն որոշման 2-րդ կետի 2-րդ ենթակետը և Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2002 թվականի օգոստոսի 15-ի N 1300-Ն որոշման հավելված 1-ով հաստատված Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության կանոնադրության 12-րդ կետի «դ» ենթակետը՝

ՀՐԱՄԱՅՈՒՄ ԵՄ

1. Հաստատել մեծահասակի հիվանդության պատմագրի լրացման ուղեցույցը՝ համաձայն հավելվածի:

Ա.ՄՈՒՐԱԴՅԱՆ

ՈՒՂԵՑՈՒՅՑ
ՄԵԾԱՀԱՍԱԿԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ՊԱՏՄԱԳՐԻ ԼՐԱՑՄԱՆ

1. ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԴՐՈՒՅԹՆԵՐ

1. Հիվանդանոցային պայմաններում բուժում ստացող հիվանդի (այսուհետ՝ հիվանդ) Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարի 2014 թվականի փետրվարի 14-ի N 02-Ն հրամանի հավելված N 1-ով սահմանված մեծահասակի հիվանդության պատմագիրը (այսուհետ՝ Պատմագիր) լրացվում է բժշկի և բուժքրոջ կողմից՝ սույն կարգին համաձայն:
2. Պատմագիրը լրացվում է գրական հայերենով, ընթերցելի և պարզ:
3. Պատմագրում լրացված տեղեկությունները պետք է լինեն հավաստի և ժամանակագրական առումով ճշգրիտ:
4. Պատմագիրը լրացվում է առանց ջնջումների: Սպիտակեցնող կամ այլ բնույթի նյութեր չեն կարող օգտագործվել սխալները, վրիպակները կամ ցանկացած այլ լրացված տեղեկությունները չեղարկելու համար:
5. Պատմագրում սխալ լրացված բառը չեղարկվում է՝ գիծ քաշելով համապատասխան բառի վրա: Սխալ լրացված բառի փոխարեն լրացվում է ճիշտ տարբերակը: Պատմագիրը լրացնող բժիշկը ճիշտ տարբերակի մոտ կատարում է նշում՝ «ուղղումը իմ կողմից է» բովանդակությամբ և ստորագրում է:
6. Պատմագրում լրացման ենթակա բաժինները և տողերն լրացվում են ըստ սույն կարգում սահմանված հաջորդականության:

2. ՊԱՏՄԱԳՐԻ ԼՐԱՑՈՒՄԸ ՀԻՎԱՆԴԻՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒԹՅՈՒՆ ԸՆԴՈՒՆԵԼԻՍ

7. Հիվանդին բժշկական կազմակերպություն ընդունելիս բժշկական կազմակերպության ընդունարանում ընդունարանի բժշկի ցուցումով՝ պատասխանատու բուժքույրը լրացնում է Պատմագրի համապատասխան տողերը՝ հետևյալ կարգով.
- 1) «**Բժշկական կազմակերպություն**» տողում լրացվում է բժշկական կազմակերպության անվանումը,
- 2) «**Բաժանմունք**» տողում նշվում է բաժանմունքի անվանումը, որտեղ ուղեգրվել է հիվանդն առաջին զննումից հետո,

3) «**Հիվանդասենյակ No.**» տողում նշվում է հիվանդասենյակի համարը, որտեղ գտնվում է հիվանդը,

4) «**Մեծահասակի հիվանդության պատմագիր N**» տողում նշվում է Պատմագրի համարը, հիվանդի՝ բժշկական կազմակերպություն ընդունվելու օրը, ամիսը, տարեթիվը, ժամը,

5) «**Ընդհանուր տեղեկատվություն**» բաժնում լրացվում են հիվանդի՝

ա. անունը, ազգանունը, հայրանունը,

բ.ում կողմից և երբ է ուղեգրվել,

գ. փոխադրման միջոցը,

դ. անձը հաստատող փաստաթղթի տեսակը, համարը,

ե. արյան խումբը, ռեզուս- պատկանելիությունը,

զ. դեղերի նկատմամբ կողմնակի ազդեցությունը (հակացուցված դեղեր) (նշվում են հակացուցված դեղի (երի) անվանումները՝ այդպիսիք լինելու պարագայում),

է. ծննդյան օրը, ամիսը, տարին,

ը. սեռը,

թ. բնակության վայրը,

ժ. հաշվառման վայրը,

ժա. հեռախոսահամարը (քաղաքային, բջջային),

ժբ. ընտանիքի անդամի տվյալները,

ժգ. ընտանիքի անդամի հեռախոսահամարը (քաղաքային, բջջային),

ժդ. ընտանեկան դրությունը,

ժե. սոցիալական կարգավիճակը,

ժզ. մասնագիտությունը,

ժէ. աշխատանքի վայրը,

ժը. պաշտոնը:

6) «**Փոխադրվել է ստացիոնար անհետաձգելի ցուցումներով**» տողում ընդգծվում է «այո» կամ «ոչ» տարբերակը, որը ցույց է տալիս՝ արդյոք հիվանդի տեղափոխումը բժշկական կազմակերպություն եղել է անհետաձգելի, թե ոչ,

7) «**Հոսպիտալացվել է պլանային կարգով**» տողում նշվում է «այո» կամ «ոչ» տարբերակը,

8. Բժշկական կազմակերպություն ներկայացված հիվանդին վերաբերող փաստաթղթերի ուսումնասիրության արդյունքում ընդունարանի բժշկի կողմից լրացվում է՝

1) «**Վճարման տեսակը**» տողը: Ընդգծվում է՝ կամ «ամբողջությամբ պետական պատվերի շրջանակներում» կամ «պետական պատվերի շրջանակներում համավճարով»», կամ

ապահովագրություն կամ վճարովի», կամ այլ տարբերակը: «Այլ» տարբերակն ընդգծելու դեպքում նշվում է համապատասխան եղանակը,

2) «**Պետական պատվերով բուժման պարագայում՝ սոցիալական հիմքերը**» տողը լրացվում է ամբողջությամբ կամ համավճարով պետական պատվերի շրջանակներում բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալու պարագայում: Լրացվում են Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2004 թվականի մարտի 4-ի թիվ 318-Ն, Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2014 թվականի մարտի 27-ի թիվ 375-Ն, Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2013 թվականի հուլիսի 28-ի թիվ 806-Ն որոշումներով, Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարի 2013 թվականի հոկտեմբերի 18-ի թիվ 65-Ն հրամանով կամ այլ իրավական ակտերով սահմանված համապատասխան սոցիալական հիմքերը:

3. ՊԱՏՄԱԳՐՈՒՄ ԼՐԱՑՄԱՆ ԵՆԹԱԿԱ ՏՈՂԵՐԸ

ՀԻՎԱՆԴԻՆ ԴՈՒՐՍ ԳՐԵԼԻՍ

9. Հիվանդին բժշկական կազմակերպությունից դուրս գրելիս բուժող բժիշկը Պատմագրում լրացնում է.

- 1) «**Դուրս է գրվել**» տողում՝ հիվանդին դուրս գրելու օրը, ամիսը, տարին, ժամը՝ հաջորդաբար,
- 2) «**Տեղափոխվել է**» տողում՝ հիվանդին այլ բժշկական հաստատություն տեղափոխելու օրը, ամիսը, տարին, իսկ «Տեղափոխման վայրը» տողում՝ բժշկական կազմակերպության անվանումը,
- 3) «**Մահացել է**» տողում՝ մահվան օրը, ամիսը, տարին, ժամը,
- 4) «**Անց է կացրել մահճակալ-օր**» տողում՝ բժշկական կազմակերպությունում հիվանդի անցկացրած մահճակալային օրերի քանակը՝ հիվանդին բժշկական կազմակերպություն ընդունելուց մինչև հիվանդին դուրս գրելու օրը: Ընդունման և դուրս գրման օրերը համարվում են մեկ մահճակալ-օր,
- 5) «**Հիվանդության ելքը**» տողում ընդգծվում է հիվանդի դուրս գրման օրը, հիվանդության ելքը,
- 6) «**Տրված է ժամանակավոր անաշխատունակության թերթիկ**» տողում՝ անաշխատունակության թերթիկ հատկացնելու դեպքում՝ անաշխատունակության թերթիկի սերիան, համարը, տրման ամսաթիվը, վավերականությունը՝ հիվանդի դուրս գրման օրը:

4. ԱԽՏՈՐՈՇՄԱՆ ՁԵՎԱԿԵՐՊՈՒՄԸ ԵՎ ՊԱՏՄԱԳՐՈՒՄ ԱԽՏՈՐՈՇՄԱՆ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ

ԼՐԱՑՄԱՆ ԵՆԹԱԿԱ ՏՈՂԵՐԸ

10. Ախտորոշումը լրացվում է բժշկական կազմակերպության ընդունարանի բժշկի, կամ հերթապահ բժշկի կամ բաժանմունքի բժշկի (այսուհետ՝ ԲԺԻԶԿ) կողմից:

11. ԲԺԻԶԿ՝

1) «**Ուղեգրող հաստատության ախտորոշում**» տողը լրացնում է, եթե հիվանդը բժշկական կազմակերպություն է ընդունվել Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2004 թվականի մարտի 4-ի թիվ 318-Ն որոշման հավելված 2-ի 9-րդ կետով սահմանված կենտրոնական, քաղաքային, մարզային, տեղական հանձնաժողովների, բժշկական կազմակերպության, շտապօգնության ուղեգրով, բժշկի խորհրդատվական թերթիկով կամ ամբուլատոր քարտից քաղվածքով,

2) «**Ախտորոշումն ընդունվելիս (նախնական ախտորոշում)**» տողը լրացնում է բժշկական կազմակերպությունում հիվանդին զննելուց անմիջապես հետո: Ախտորոշումն լրացվում է ամբողջությամբ՝ առանց հապավումների: Լրացվում են նաև ուղեկցող հիվանդությունները,

3) «**Կլինիկական եզրափակիչ ախտորոշում**» տողում նշվում է հիվանդի հիմնական ախտորոշումը, ընթացիկ բարդությունները և ուղեկցվող հիվանդությունները՝ Հայաստանի Հանրապետության էկոնոմիկայի նախարարի 2013 թվականի սեպտեմբերի 19-ի թիվ 871-Ն հրամանով հաստատված հիվանդությունների և առողջության հետ կապված խնդիրների ՀԴ-10 վիճակագրական դասակարգչին համապատասխան: Տողը լրացվում է հիվանդի ընդունվելու պահից 3 աշխատանքային օրերի ընթացքում: Եթե բուժման ընթացքում կլինիկական ախտորոշումը փոփոխվել է, ապա դրա մասին նշվում է Պատմագրում,

4) «**Հոսպիտալացվել է**» տողում նշվում է՝ տվյալ տարեթվին տվյալ հիվանդության կապակցությամբ հիվանդը հոսպիտալացվել է առաջին անգամ, թե կրկնակի: Եթե կրկնակի, ապա նշվում է, թե ընդհանուր քանի անգամ է հոսպիտալացվել,

5) «**Վիրահատություններ, անզգայացման եղանակներ և հետվիրահատական բարդություններ**» աղյուսակում նկարագրվում է վիրահատության տեսակը (անունը), միջամտությունները, օրը, ամիսը, տարին, ժամը, ինչպես նաև անզգայացման եղանակը և հետվիրահատական բարդությունները, որը ստորագրվում է վիրահատող բժշկի կողմից,

6) «**Հատուկ նշումներ**» տողում լրացվում են հիվանդի զննման, հետազոտման և կատարված միջամտությունների վերաբերյալ լրացուցիչ տվյալներ, եթե այդպիսիք առկա են: Տողը ստորագրվում է բուժող բժշկի և բաժանմունքի վարիչի կողմից:

5. ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒԹՅՈՒՆՈՒՄ ՀԻՎԱՆԴԻ ԳՏՆՎԵԼՈՒ ԸՆԹԱՅՔՈՒՄ ՊԱՏՄԱԳՐՈՒՄ ԼՐԱՑՄԱՆ ԵՆԹԱԿԱ ԿԵՏԵՐԸ

12. Անհետաձգելի ախտորոշումով հիվանդի բժշկական կազմակերպություն ընդունվելու դեպքում Պատմագրի «Հիվանդի առաջնային զննում» բաժինը լրացվում է անմիջապես, իսկ պլանային հիվանդի դեպքում՝ ընդուման օրը:

13. Հիվանդի «Առաջնային զննում» բաժինը լրացվում է Բժշկի կողմից:

14. Բժիշկը.

1) **«Գանգատներ»** տողում լրացնում է հիվանդի կողմից ներկայացված սուբյեկտիվ գանգատները:

2) **«Հիվանդության անամնեզ»** տողում հստակ նկարագրվում և լրացվում է հիվանդության սկիզբը, ընթացքը՝ սուր կամ փոփոխվող ախտանիշների առաջացման հաջորդականությունը, ստացած բուժումը՝ դեղամիջոցը, դեղաչափը, տևողությունը և կատարված միջամտությունները,

3) **«Կյանքի անամնեզ»** տողում հիվանդի կողմից նկարագրվում է կյանքի ընթացքում կրած հիվանդությունները, այդ թվում՝ մանկական տարիքում ունեցած հիվանդությունները, ինֆեկցիաները, դրանց տևողությունը, բարդությունները, ինչպես նաև ստացած բուժումները յուրաքանչյուր հիվանդության դեպքում, գտնվում է դիսպանսերային հսկողության տակ թե ոչ, պատվաստումներ ստացել է, թե ոչ, վերջին պատվաստման ժամկետը և այլն: Պարտադիր նշվում են ալերգիաների վերաբերյալ տեղեկություններ (սննդից, դեղերից և այլն), ժառանգական նախատրամադրվածությունը,

4) **«Համաճարակաբանական անամնեզ»** տողում նշում են հիվանդի հետ վարակիչ հիվանդների շփման ժամանակահատվածը, հիվանդի սննդակարգը: Նշվում են հիվանդի բնակության վայրի կենցաղային պայմանները, օտարերկրյա պետությունում գտնվելու դեպքում՝ ժամանակահատվածը և վայրը,

5) **«Ախտահարման թիրախ»** տողում նկարագրվում են ախտահարման թիրախին բնորոշ բոլոր ախտանիշներն ու համախտանիշները: Վնասվածքների դեպքում նկարագրվում են յուրաքանչյուր վերքային տեղակայումը, չափը, գունային երանգները և այլ տեղեկություններ:

15. **«Օբյեկտիվ զննման տվյալներ»** բաժնում նշվում է հիվանդի քաշը, հասակը, ջերմաստիճանը, արյան զարկերակային ճնշումը, շաքարային դիաբետի առկայության դեպքում նշվում է նրա տեսակը, ծխախոտ օգտագործելու վերաբերյալ տվյալներ, ժառանգական նախատրամադրվածությունը: Կանանց համար նշվում է նաև դաշտանադադարի անամնեզը:

16. **«Օբյեկտիվ զննման տվյալներ»** բաժնում նշվում է ժառանգական նախատրամադրվածությունը հիվանդությունների նկատմամբ, ինչպես նաև գնահատվում և նկարագրվում է հիվանդի ընդհանուր վիճակն ընդունվելիս:

17. **«Օրագիր»** բաժինը լրացվում է Բժշկի կողմից:

18. «**Օրագիր**» բաժինը լրացնելիս պահպանվում է ճշգրիտ ժամանակագրությունը և արտացոլում է հիվանդի վիճակի դինամիկան և կատարվող նշանակումները:
19. «**Ամսաթիվ**» սյունակում լրացվում է գրառում կատարելու օրը, ամիսը, տարին, որին համապատասխանող սյունակում լրացվում են տվյալներ հիվանդության ընթացքի, նշանակումների վերաբերյալ:
20. «**Հիվանդության ընթացք, նշանակումներ**» սյունակում գրառումներն են կատարվում, համապատասխանաբար. բավարար վիճակում գնահատվող հիվանդի դեպքում՝ առնվազն յուրաքանչյուր օր, միջին ծանրության, ծանր վիճակում գնահատվող և գտնվող հիվանդի դեպքում՝ յուրաքանչյուր օր առնվազն 2 անգամ, իսկ ծայրահեղ ծանր վիճակում գնահատվող հիվանդի դեպքում՝ յուրաքանչյուր օր՝ առնվազն 4 ժամը մեկ: Լրացվում է գրառման ամսաթիվը, ժամը, հիվանդի ջերմաստիճանի և զարկերակի ցուցանիշները, շնչառությունը, հիվանդի գանգատները:
21. «Օրագիր» բաժինը ստորագրվում է բուժող բժշկի և բաժանմունքի վարիչի կողմից՝ նշելով օրը, ամիսը, տարին:
22. Բաժանմունքի ղեկավարը անհետաձգելի հիվանդին զննում է, գրառում է անում հիվանդին ընդունելուց հետո 24 ժամվա ընթացքում, իսկ պլանային հիվանդին՝ 2 օրվա ընթացքում:
23. «Օրագիր» բաժնում կատարվում է համապատասխան գրառում բժշկական կազմակերպության ղեկավարի համայցերի կատարման վերաբերյալ՝ որը վավերացվում է համայց կատարողի ստորագրությամբ:
25. Հիվանդին մեկ այլ բաժանմունք տեղափոխելուց լրացվում է Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարի 2014 թվականի փետրվարի 14-ի N 02-Ն հրամանի Հավելված 1-ով սահմանված տեղափոխման էպիկրիզը:
26. Պատմագրում հիվանդի բժշկական օգնության և սպասարկման ժամանակ օգտագործված դեղերի, բժշկական պարագաների և նյութերի վերաբերյալ թերթիկը լրացվում է ավագ բուժքրոջ կամ բուժող բժշկի կողմից և ստորագրությամբ հաստատվում է բաժանմունքի վարիչի կողմից: «Հիվանդի բժշկական օգնության և սպասարկման ժամանակ օգտագործված դեղեր, պարագաներ և նյութեր» թերթիկում նշվում է դեղերի, պարագաների և նյութերի օգտագործման ամսաթիվը (օր, ամիս և տարի), անվանումը և քանակը:
27. Պատմագրի հիվանդին բժշկական հետազոտությունների և միջամտությունների վերաբերյալ հատվածը լրացվում է ավագ քրոջ կամ բուժող բժշկի կողմից, որը հաստատվում է ավագ բուժքրոջ, բուժող բժշկի և բաժանմունքի վարիչի ստորագրությամբ: Նշվում է սպասարկման ժամանակ հետազոտությունների և միջամտությունների անվանումը և քանակը, օրը, ամիսը և տարին:

28. Զերմաստիճանային թերթիկը լրացվում է ավագ բուժքրոջ կողմից և հաստատվում է բուժող բժշկի ստորագրությամբ: Թերթիկում լրացվում է հիվանդության պատմագրի համարը, հիվանդասենյակի համարը, հիվանդի անունը, ազգանունը, հայրանունը, չափման օրվա ամսաթիվը, հիվանդության օրը և հիվանդանոցում գրանցվելու օրը:

29. Զերմաստիճանային թերթիկում լրացվում են՝ հիվանդի ջերմաստիճանի, զարկերակային ճնշման, անոթազարկի և, շնչառության հաճախականության, սատուրացիայի, մարմնի քաշի, օգտագործված հեղուկների, օրվա մեզի և կղանքի վերաբերյալ տվյալները:

30. Մահվան ելքի դեպքում Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2012 թվականի օգոստոսի 23-ի N 1082-Ն որոշմամբ սահմանված կարգով լրացվում է «Ախտաբանաանատոմիական եզրակացությունը»: «Ախտաբանաանատոմիական եզրակացություն» թերթիկի վրա լրացվում են բոլոր ախտորոշումները (հիմնական հիվանդությունը, ուղեկցող հիվանդությունները) և տեղեկությունների միջամտությունների մասին: Թերթիկում արտացոլվում է մահվան էպիկրիզը: Պատմագրին կցվում է բժշկական կազմակերպության ղեկավարի որոշումը՝ ախտաբանաանատոմիական հերձում կատարելու մասին:

31. Պատմագրի «Լաբորատոր և գործիքային հետազոտությունների արդյունքների և այլ փաստաթղթեր փակցնելու համար» հատվածում լրացվում են անհրաժեշտ նշումներ կամ փակցվում են այլ բաժանմունքների/բաժինների կողմից տրված հետազոտության արդյունքների նշումներով թերթիկները:

33. Հիվանդին բժշկական կազմակերպությունից դուրս գրելիս բուժող բժշկի կողմից լրացվում է «էպիկրիզ» թերթիկում, որտեղ նշվում է հիվանդի անունը, ազգանունը, հայրանունը, ծննդյան օրը, ամիսը, տարեթիվը, բանկության վայրը, հիվանդության պատմությունը, բժշկական կազմակերպությունում անցկացրած մահճակալ-օրերի քանակը, կատարված բոլոր լաբորատոր-գործիքային հետազոտությունները, ախտորոշումը, ընդունվելիս և դուրս գրվելիս խորհուրդները և ստացած բուժումը: