

федеральное государственное бюджетное учреждение  
**«ЦЕНТРАЛЬНЫЙ АРХИВ»**  
Управления делами Президента Российской Федерации

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**  
по формированию и оформлению медицинской документации  
при подготовке к сдаче  
в ФГБУ «Центральный архив»  
Управления делами Президента Российской Федерации

**Москва**  
**2013г.**

## Введение.

Настоящие Методические рекомендации (далее – рекомендации) разработаны федеральным государственным бюджетным учреждением «Центральный архив» Управления делами Президента Российской Федерации (далее – ФГБУ «Центральный архив») в целях оказания методической помощи учреждениям Управления делами Президента Российской Федерации в работе по формированию и подготовке к сдаче на хранение в ФГБУ «Центральный архив» одного из наиболее массовых видов медицинской документации – медицинских карт амбулаторного больного и медицинских карт стационарного больного. Кроме того, в рекомендациях затрагиваются вопросы оформления и подготовки к архивному хранению журналов записи оперативных вмешательств в стационаре (далее – операционные журналы) и журналов учета приема больных и отказов в госпитализации (далее – журналы поступления больных), также подлежащих постоянному и долговременному хранению.

Рекомендации предназначены для использования работниками регистратур и отделений медицинской статистики лечебно-профилактических учреждений Управления делами Президента Российской Федерации. Они могут так же использоваться и работниками санаторно-курортных учреждений.

Предложенные рекомендации предполагают дальнейшее развитие в виду перехода учреждений на ведение электронной медицинской карты.

Консультации по применению настоящих Методических рекомендаций можно получить в ФГБУ «Центральный архив» по адресу: 121359, Москва, ул. Маршала Тимошенко, 21 и по телефону: +7 (499) 149-58-58, доб. 76014 (по вопросам оформления карт стационарного больного), 76017 (по вопросам оформления карт амбулаторного больного).

Просим направлять в ФГБУ «Центральный архив» свои замечания и предложения по совершенствованию «Методических рекомендаций», которые будут учтены при их переработке:

по тел./факсу: +7 (499) 149-58-58,

либо по электронной почте: [1495858@mail.ru](mailto:1495858@mail.ru), [info@adp-archive.ru](mailto:info@adp-archive.ru)

Настоящие рекомендации разработаны:

П.Н. Живаев, директор ФГБУ «Центральный архив»

В.М. Цветков, главный хранитель фондов ФГБУ «Центральный архив».

## 1. ФОРМИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ КАРТ

1.1. Медицинские карты амбулаторного больного (в том числе – история развития ребенка) и медицинские карты стационарного больного (в том числе – истории родов и истории развития новорожденных) ведутся в лечебно-профилактических учреждениях Управления делами Президента Российской Федерации на каждого пациента.

1.2. Формы медицинских карт и порядок их ведения устанавливаются нормативными документами Министерства здравоохранения Российской Федерации.

1.3. Медицинская карта амбулаторного больного является основным первичным медицинским документом больного, лечащегося амбулаторно или на дому, и заполняется на всех больных при первом обращении за медицинской помощью в данное лечебное учреждение. На каждого больного в поликлинике ведется одна медицинская карта, независимо от того, лечится ли он у одного или нескольких врачей. Для сдачи в архив медицинские карты амбулаторного больного формируются за весь период обслуживания пациента в данной поликлинике.

1.4. Медицинская карта стационарного больного формируется из документов, откладываемых при каждой госпитализации больного самостоятельным томом.

1.5. Каждый том медицинской карты должен содержать не более 100 – 150 листов. В зависимости от количества листов документы медицинские карты амбулаторного больного могут группироваться в несколько самостоятельных томов, номера томам присваиваются в хронологическом порядке их заведения.

1.6. В медицинскую карту включаются все относящиеся к ней документы: направления, выписные эпикризы, вкладные листы, листы врачебных назначений, температурные листы, электрокардиограммы, осциллограммы, энцефалограммы, описание рентгеновских исследований и другие материалы обследования больного, информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и отказ от медицинского вмешательства, договор возмездного оказания (платных) медицинских услуг (при их наличии).

1.7. При этом вклеивание результатов исследований в медицинскую карту должно производиться с соблюдением общих требований к размеру полей.

В случае, если формат исследования не позволяет соблюсти рекомендуемый размер полей, результаты исследования приклеиваются (с необходимым отступом) на отдельный лист.

1.7.1. Перечисленные в пункте 1.6. документы в медицинских картах стационарных больных подшиваются в неё в хронологическом порядке с записями врачей. Результаты исследований больного, полученные после его выписки, также подшиваются в медицинскую карту в хронологическом порядке.

В случае, если исследований в медицинской карте значительно больше, чем текста, результаты исследований формируются в отдельный том с тем же номером, что и сама карта (но с указанием на номер тома).

*Например:*

Сидоров Иван Андреевич. Том 1.

Сидоров Иван Андреевич. Том 2 (Результаты исследований)

В медицинских картах амбулаторного больного анализы и результаты других исследований систематизируются по хронологии и подшиваются в конце каждого тома.

1.7.2. Рентгенограммы (документы на пленочной основе) подлежат специальному хранению в рентгеновских архивах учреждений и в ФГБУ «Центральный архив» не передаются, за исключением рентгенограмм, имеющих особое научное, социальное, историческое и иное значение, а также рентгенограмм пациентов, истории болезни которых после проведения экспертизы ценности признаны подлежащими долгосрочному или постоянному хранению.

Описания рентгеновских просвечиваний подшиваются в историю болезни в соответствии с пунктами 1.6 и 1.7.1 настоящих рекомендаций.

1.8. В процессе ведения медицинской карты необходимо проверять правильность оформления документов в соответствии с установленными требованиями (наличие подписей врачей, даты осмотра больного врачами и другие). При группировке документов в историю болезни необходимо соблюдать строгую хронологическую последовательность.

## **2. ОФОРМЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ, ПЕРЕДАВАЕМОЙ В АРХИВ**

2.1. Медицинские карты, подготовленные к сдаче в ФГБУ «Центральный архив», должны быть подшиты и соответствующим образом оформлены.

2.2. Оформлением дела называется подготовка дела к хранению в соответствии с установленными правилами (ГОСТ Р 51141-98. Делопроизводство и архивное дело. Термины и определения). Конкретные правила оформления дел указаны в разделе 3.6. Основных правилах работы архивов организаций (М., 2002).

2.3. Листы медицинской карты подшиваются в обложки нитками в 3-4 прокола на расстоянии не более 2-2,5 см. от края листа. Листы должны быть подшиты таким образом, чтобы осуществлялся свободный доступ к чтению текста, снятию ксерокопии и т.д. Металлические скрепления (булавки, скрепки и т.п.) должны быть удалены из дел. При прошивке необходимо следить, чтобы не были прошиты сложенные в несколько раз длинноформатные результаты исследований (например, электрокардиограммы).

2.4. Все листы медицинской карты, кроме чистых листов, нумеруются простым графитным карандашом или нумератором в правом верхнем углу листа, не задевая текста.

2.5. Листы медицинской карты, разделенной на тома, нумеруются по каждому тому отдельно.

2.6. Лист формата, подшитый за один край, нумеруется как один лист. Лист, сложенный вдвое и пришитый за середину, нумеруется как два листа. Если к листу подклеены одним краем другие документы, например, направления на госпитализацию, анализы и т.п., то они нумеруются отдельным листом; лист с наглухо наклеенными документами, фотографиями, электрокардиограммами и т.п., нумеруется как один лист.

2.7. Подшитые в медицинскую карту конверты с надписью и вложениями также нумеруются. Каждый лист, вложенный в конверт, нумеруется очередным номером вслед за конвертом.

2.8. Фотоснимки (позитивы) нумеруются на оборотной стороне в верхнем левом углу.

2.9. Анализы, отложившиеся в медицинской карте, нумеруются в порядке единой валовой нумерации с основными документами медицинской карты.

2.10. В конце каждого тома медицинской карты на отдельном листе составляется заверительная надпись, в которой цифрами и прописью указывается количество листов в данной медицинской карте, оговариваются особенности нумерации и физического состояния листов. В медицинских картах амбулаторного больного оговариваются листы с анализами. Заверительная надпись подписывается сотрудником, составившим ее, разборчиво, с указанием должности сотрудника и даты составления надписи.

*Например:*

В настоящем деле прошито и пронумеровано:

Количество листов 150 (сто пятьдесят), в том числе листы 50а - литерный, листы 140-149 - анализы, лист 15 - порван, лист 82 - снимок.

Медсестра А.В. Иванова. 05.07.2011.

2.11. При описании медицинской карты на обложку каждого тома выносятся фамилия, полностью имя и отчество в именительном падеже, номер медицинской карты, номер тома и даты начала и окончания тома, количество листов, год рождения.

Полное имя и отчество указываются как на обложках, так и на титульных листах медицинских карт детей или подростков.

*Например:*

Иванов Александр Олегович (не «Шура», «Саша»).

2.12. Начальной датой медицинской карты стационарного больного является дата поступления больного в стационар. Датой окончания - дата выписки или смерти больного.

2.13. При вынесении дат в медицинских картах амбулаторного больного следует помнить, что дата прикрепления больного к поликлинике не всегда совпадает с датой первого обращения больного к врачу. При датировке первого тома медицинской карты датой «начато» следует считать дату первой записи врача. Для второго и последующих томов датой «начато» является дата первого после окончания предыдущего тома обращения больного к врачу. Датой окончания медицинской карты снятого с обслуживания считается дата последнего посещения врача или последней записи.

2.14. При заполнении паспортных данных больного они тщательно сверяются с паспортом больного, а также с данными карты-направления учреждения, из которого поступил больной. Ведение записей со слов больного не допускается. Для коммерческих больных данные сверяются также в соответствии с заключенным договором. Все записи должны производиться четким, разборчивым почерком, светостойкими чернилами, шариковой ручкой, либо с использованием печатающих лазерных устройств.

2.15. При внесении медицинской карты в опись на обложке каждого тома по согласованию с ФГБУ «Центральный архив» проставляются номер фонда и описи.

### **3. СИСТЕМАТИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ КАРТ**

3.1. Систематизацией документов архивного фонда называется научная группировка и последовательное расположение их в пределах фонда и описи.

3.2. При систематизации материалов лечебно-профилактических учреждений медицинские карты группируются отдельно от других видов документов и вносятся в самостоятельные описи.

3.3. Медицинские карты лиц, обслуживаемых на договорной основе, формируются отдельно от медицинских карт лиц, обслуживаемых в лечебно-профилактических учреждениях Управления делами по государственному заданию (на бюджетной основе).

3.4. Медицинские карты каждой из подгрупп (пункт 3.3) готовятся к сдаче в ФГБУ «Центральный архив» за год (или несколько лет, если их количество не более 500 дел). В пределах года (или ряда лет) медицинские карты систематизируются строго по алфавиту фамилий больных.

3.4.1. В случае, если фамилии больных совпадают, медицинские карты систематизируются строго по алфавиту имен, независимо от пола.

*Например:*

Андреев Александр Иванович  
Андреев Алексей Александрович  
Андреев Аркадии Петрович  
Герман Анна Яковлевна  
Герман Аркадий Михайлович

3.4.2. При совпадении фамилий и имен медицинские карты систематизируются по алфавиту отчеств.

*Например:*

Андреев Александр Александрович  
Андреев Александр Алексеевич  
Андреев Александр Иванович  
Андреев Александр Яковлевич и т.д.

3.4.3. При совпадении фамилий, имен и отчеств медицинские карты систематизируются по году рождения.

*Например:*

Иванов Иван Иванович	12.07.62
(1915г.р.)	03.12.74
Иванов Иван Иванович	25.12.75
(1915г.р.)	01.07.76
Иванов Иван Иванович	20.12.75
(1955 г.р.)	02.02.76

3.4.4. Так же, в хронологическом порядке, раскладываются несколько томов медицинских карт одного больного.

3.4.5. В случае, если больной имеет двойную фамилию, все тома медицинской карты систематизируются по первой фамилии.

*Например:*

Иванов-Бойцов Анатолий Иванович т.1  
То же, т. 2 и т.д.

3.4.6. При изменении фамилии медицинские карты амбулаторного больного систематизируются по последней фамилии.

*Например:*

Смирнова Антонина Ивановна поменяла фамилию на Сидоренко, все тома систематизировать по фамилии Сидоренко А.И.

#### **4. ОФОРМЛЕНИЕ ОПЕРАЦИОННЫХ ЖУРНАЛОВ И ЖУРНАЛОВ ПОСТУПЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ**

4.1. Требования к оформлению медицинских журналов аналогичны общим требованиям, предъявляемым к оформлению документов, передаваемых на долговременное и постоянное хранение в архив.

4.2. Журналы должны быть прошиты, страницы – пронумерованы. На последней странице должна присутствовать заверительная надпись. На обложку журнала должна выноситься вся необходимая информация (приложение №2)

4.3. В случае необходимости к журналу составляется внутренняя опись, которая подшивается или подклеивается к журналу (приложение №3).

4.4. В операционных журналах обязательно проверяется наличие подписей (с расшифровкой и указанием на должности) лиц, принимавших участие в операции (хирург, ассистент, анестезиолог и т.д.).

4.5. К операционным журналам оформляются соответствующие карточки формата 10\*10 см, на которых в простой письменной форме указываются:

- наименование учреждения;
- наименование отделения;
- уточнение заголовка журнала (например «Журнал малых операций»);
- крайние даты дела (даты первой и последней записи в формате ДД.ММ.ГГГГ);
- количество листов;
- срок хранения – постоянно.

Карточки передаются на хранение вместе с журналами.

4.6. На операционные журналы и на журналы поступления больных составляются отдельные описи, оформляемые в соответствии с правилами, указанными в п. 5 настоящих рекомендаций.

#### **5. СОСТАВЛЕНИЕ ОПИСЕЙ**

5.1. На все медицинские карты и журналы, подлежащие передаче в ФГБУ «Центральный архив», после их оформления и систематизации, составляются описи.

5.2. Каждая опись представляет собой систематизированный перечень заголовков и других необходимых сведений о составе и содержании включенных в нее медицинских карт.

5.3. На каждую группу медицинских карт, указанную в пункте 3.3, составляются отдельные описи.

5.4. В опись должны быть включены медицинские карты за данный год (или ряд лет) в полном составе. Составление описи за неполный делопроизводственный год (за полугодие, квартал), а также за полтора года, два с половиной и т.д., не разрешается.

5.5. Основными составными частями описи являются:

- заглавный лист,
- описательные статьи (текст описи),
- итоговая запись.

5.6. На заглавном листе описи (приложение №4) указываются:

- название учреждения,
- номер фонда в ФГБУ «Центральный архив»,

- наименование групп медицинских карт, включенных в опись,
  - хронологические рамки внесенных в опись дел.
- 5.7. Образец оформления заглавного листа описи на медицинские журналы приведен в Приложении №5.
- 5.8. Данные описания каждой медицинской карты составляют описательную статью описи (приложение №6). В нее входят:
- порядковый номер в описи,
  - делопроизводственный № - номер медицинской карты,
  - заголовок,
  - крайние даты медицинской карты,
  - количество листов,
  - примечания.

Все элементы описательной статьи указываются в соответствующих графах описи с обложек дел без изменений и сокращений.

5.9. При внесении в опись медицинских карт следует иметь в виду, что каждая медицинская карта вносится в опись под самостоятельным порядковым номером. Если медицинская карта состоит из нескольких томов, то каждый том вносится в опись в их хронологической последовательности под отдельным порядковым номером. В случае, если результаты исследований и другие материалы обследований больного, относящиеся к данной медицинской карте, сгруппированы в отдельный том, то он включается в опись под самостоятельным порядковым номером;

- в графе делопроизводственный № описательной статьи описи указывается номер медицинской карты, присвоенный ей учреждением – сдатчиком;
- в графе «заголовок» указывается фамилия, полное имя и отчество больного в именительном падеже.

В заголовках медицинских карт детей и подростков также указывается не только полное имя, но и отчество.

5.10. В том случае, если медицинская карта состоит из нескольких томов, в описи указывается полностью заголовок первого тома, а все остальные тома допускается обозначать словом «то же». При этом в графе «заголовок» указывается номер второго и последующего томов. Другие элементы описательной статьи (номер медицинской карты, даты, количество листов) каждого тома вносятся в соответствующие графы описи полностью с обложек дела (приложение №6).

5.11. Крайние даты медицинской карты в графе описи «дата» пишутся арабскими цифрами, в формате ДД.ММ.ГГГГ.

*Например:*

20.12.2011

31.02.2012

5.12. Образец оформления описи на операционные журналы приведен в приложении №7. Журналы можно группировать по отделениям, при этом делопроизводственным номером журнала будет являться номер отделения по номенклатуре дел учреждения, порядковый номер дела, и порядковый номер журнала.

5.13. Документы, отложившиеся в течение одного года, составляют отдельную опись. Если документы подготовлены за ряд лет, они включаются в опись по единому алфавиту. Если в течение года откладывается менее 500 дел, на них составляется годовой раздел. В этом случае опись продолжается, и будет состоять из нескольких годовых разделов.



5.14. Листы описи, состоящей из нескольких томов, кроме титульного листа, нумеруются по каждому тому отдельно.

5.15. В конце описи вслед за последней описательной статьей делается итоговая запись (приложение №8), в которой указывается:

- количество дел, числящихся по описи (цифрами и прописью);
- первый и последний номера дел по описи, а также оговариваются особенности нумерации дел в описи (литерные номера дел и пропущенные номера);
- дата составления описи;
- должность и фамилия составителя;
- должность и фамилия руководителя структурного подразделения.

5.16. Опись представляется в ФГБУ «Центральный архив» на рассмотрение экспертно-проверочной комиссии (ЭПК) в печатном виде. После исправления описи по замечаниям членов ЭПК она печатается в трех экземплярах и тщательно считывается. В процессе считки исправляются все ошибки и опечатки.

5.17. Для оперативного поиска медицинских карт к описи составляется оглавление, в котором указываются начальные буквы фамилий и соответствующие им листы описи.

5.18. Одновременно с передачей медицинских карт в ФГБУ «Центральный архив» передается научно-справочный аппарат к ним:

- три экземпляра описей (один экземпляр после передачи документов остается в учреждении – сдатчике);
- базы данных по сдаваемым документам в электронном виде согласно перечням сведений и форматам файлов, определяемых ФГБУ «Центральный архив»;
- карты поступившего больного при передаче медицинских карт стационарного больного, в которых, кроме паспортных данных и номера медицинской карты, должны быть представлены даты поступления, выписки больного и основной диагноз;
- на каждую медицинскую карту амбулаторного больного заполняются карточки по учету медицинских карт, в которых на лицевой стороне указывается номер медицинской карты, фамилия, имя и отчество больного, год рождения. На оборотной стороне карточки выносятся крайние даты каждого тома и количество листов по каждому тому отдельно.

На картах поступившего больного и карточках по учету медицинских карт проставляется номер фонда и номер описи.

Приложения:

1. Образец оформления обложки карты стационарного/амбулаторного больного.
2. Образец оформления обложки медицинского журнала
3. Образец внутренней описи к журналу записи оперативных вмешательств
4. Образец титульного листа к описи на медицинские карты.
5. Образец титульного листа к описи на медицинские журналы
6. Форма описи на медицинские карты.
7. Форма описи на медицинские журналы.
8. Образец листа-заверителя к описи.

ПОЛЕ ДЛЯ ШТРИХ-КОДА
------------------------

ФГБУ «ЦМА» № фонда Описи Ед. хранения
--

---



---

(полное наименование учреждения)

---



---

## Медицинская карта

стационарного больного / амбулаторного больного /

№ \_\_\_\_\_

Начата \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Окончена \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

ФГБУ «ЦМА» № фонда Описи Ед. хранения
--

ПОЛЕ ДЛЯ ШТРИХ-КОДА
------------------------

ФГБУ «ЦМА» № фонда Описи Ед. хранения
--

---



---

(полное наименование учреждения)

---



---



---

(наименование структурного подразделения / отделения)

## ЖУРНАЛ ЗАПИСИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ МАЛЫЕ ОПЕРАЦИИ

№ \_\_\_\_\_

ФГБУ «ЦМА» № фонда Описи Ед. хранения
--

Начато \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Окончено \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

На \_\_\_\_\_ л.

Срок хранения – ПОСТОЯННО

## Образец внутренней описи к журналу записи оперативных вмешательств

№, п/п	Дата и время про- ведения операции	ФИО больного	Краткое описание операции	ФИО хирурга	ФИО ассистента	Стр.
1	2	3	4	5	6	7

\_\_\_\_\_  
(полное наименование учреждения)

\_\_\_\_\_  
(наименование структурного подразделения)

Фонд № \_\_\_\_\_

**ОПИСЬ № \_\_\_\_\_**

дел временного хранения

**МЕДИЦИНСКИЕ КАРТЫ**

за \_\_\_\_\_ год

(полное наименование учреждения)

\_\_\_\_\_

(наименование структурного подразделения)

Фонд № \_\_\_\_\_

**ОПИСЬ № \_\_\_\_\_**

**дел постоянного хранения**

**ЖУРНАЛЫ ЗАПИСИ ОПЕРАТИВНЫХ  
ВМЕШАТЕЛЬСТВ В СТАЦИОНАРЕ**

за \_\_\_\_\_ ГОДЫ.

№, п/п	Дело-производственный №	Заголовок единицы хранения	Крайние даты (дата начала и окончания) единицы хранения	Количество листов	Примечания
1	2	3	4	5	6
1	3013	АБРАМОВ Андрей Иванович	01.03.2010 09.04.2011	31	
2	10231	АБРАМОВ Антон Ильич	30.11.2009 30.12.2011	46	
3	2575	АБРАМОВ Сергей Георгиевич	20.08.2009 03.09.2011	52	
4	11053	АНДРЕЕВ Иван Петрович	30.12.2008 18.01.2009	85	
5	11053	То же, т. 2	20.01.2009	41	
6	11053	То же, т. 3	30.12.2010	38	
7	11053	То же, т. 4 «ст.»	05.09.2009 14.11.2009	25	

№, п/п	Делопроизводственный №	Заголовок единицы хранения	Крайние даты (дата начала и окончания) единицы хранения	Количество листов	Примечания
1	2	3	4	5	6
<b>ОБЩАЯ ХИРУРГИЯ</b>					
1	25-13/05	Малые операции	01.01.2010 06.06.2010	100	
3		То же, том 2	07.06.2010 31.12.2010	105	
<b>ТОРАКАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ</b>					
4	28-01		01.01.2008 30.12.2008	110	
5	28-02		20.01.2009 13.12.2009	100	
<b>ГНОЙНАЯ ХИРУРГИЯ</b>					
6	29-15		01.01.2010 30.12.2010	108	
7	29-17		05.01.2009 30.11.2009	111	



В данной описи пронумеровано 205 (двести пять) листов + листов оглавления 2.

В опись внесено 1275 (одна тысяча двести семьдесят пять) единиц хранения за 2008-2011 гг.

Наименование должности

Подпись (расшифровка подписи составителя описи)

Дата \_\_\_\_\_

Председатель экспертной комиссии  
учреждения

Подпись (расшифровка подписи)

Дата

СОГЛАСОВАНО

СОГЛАСОВАНО

Главный врач

ЭПК ФГБУ «Центральный архив»

\_\_\_\_\_ (И.О. Фамилия)

Протокол № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Документы в количестве 1275 (одна тысяча двести семьдесят пять) единиц хранения за 2008-2011 гг.

СДАЛ:

Должность Подпись

ПРИНЯЛ:

Должность Подпись

Дата