

МЕДИЦИНСКИЙ ДОКУМЕНТ ПАЦИЕНТА И ЕГО СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ В СУДОПРОИЗВОДСТВЕ

В.К. Дадабаев, В.Н. Стрельников, Е.В. Стрельников

ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет Минздрава России

С позиции норм уголовного судопроизводства, медицинский документ, после приобщения его к делу, является доказательством категории «иных документов» и, как всякое доказательство, в соответствии с требованиями УПК подлежит проверке (ст.87. «Проверка доказательств») и оценке (ч.1 ст.88. «Правило оценки доказательств»). Согласно Федеральному закону от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ «О государственной экспертной деятельности в РФ», в соответствии с ст.8. «Объективность, всесторонность и полнота исследований» говорится, что: «*Эксперт проводит исследование объективно, на строго научной и практической основе, в пределах соответствующей специальности, всесторонне и в полном объеме. Заключение эксперта должно основываться на положениях, дающих возможность проверить обоснованность и достоверно сделанных выводов на базе общепринятых научных и практических данных*» [1-8].

В стоматологической практике основным юридическим документом амбулаторного наблюдения и лечения является «медицинская карта стоматологического больного», которая не выдается на руки и должна храниться в регистратуре, в течение 5 лет после последнего посещения, а затем сдается в архив со сроком хранения 75 лет.

Цель исследования: провести анализ оказания медицинской помощи и выявить качество заполнения амбулаторных карт больного в стоматологической поликлинике, которые позволят экспертам обосновано ответить на вопрос качества и своевременности проведенного лечения.

Материалы и методы исследования: изучены и проанализированы 290 и 4057 записей, произведенных в медицинских картах стоматологических больных поликлиник г.Твери.

Для упрощения статистической обработки была разработана компьютерная программа включающая таблицу анализа качества заполнения медицинских карт стоматологического больного из 25 пунктов. В таблице 15 разделов, охватывающих вопросы оценки качества оформления медицинской карты, полноценная диагностика, качества и сроков выполнения лечебно-диагностических манипуляций, ошибок и осложнений во время и после проведения лечения, наличие или отсутствие документированного информирования для пациента, а также длительность и своевременность посещений, наличие в карте рекомендаций данных врачом-специалистом и др.

Результаты: В результате исследования нами были выявлены следующие ошибки:

Титульный лист: - неполное заполнение паспортной части.

Объективное исследование: неполное заполнение зубной формулы (основной источник информации о стоматологическом статусе и идентификации пациента при массовых катастрофах); не указываются предыдущие стоматологические вмешательства, что не позволяет проводить правильную дифференциальную диагностику; не отражены сведения об осложнениях; отсутствуют данные дополнительных методов исследования (рентгенограмма, томограммы, ортопанорамы), что, зачастую, не позволяет дифференцировать заболевания и выбрать правильную методику лечения;

Орфографические ошибки: неполнота (сокращения) произведенных записей в медицинской карте (причина ошибок лечения); нечитабельность рукописного текста.

Выводы: Проведенный анализ медицинской документации показал, что в стоматологических клиниках г. Твери, качество заполнения карт улучшилось по сравнению с ранее проведенными исследованиями в 2012г [4, 5]. Следует учесть, что отсутствие записей, напрямую связано с качеством организации диагностической и лечебной работы.

Согласно проведенным исследованиям выявлено, что: в 14% случаев - неполное заполнение лицевой части карты; в 25%- не полностью отмечена зубная формула; в 75% случаев - отсутствие индексов гигиены и индекса интенсивности кариеса зубов; в 65% - отсутствие описания имеющихся рентгенограмм; краткое описание лечебных манипуляций- в 45,5% случаев. В 70% случаев- сокращения в записях, в 65%- исправления соответственно.

Таким образом, хотим обратить внимание медицинских работников, что медицинская карта является основным юридическим документом, который позволяет идентифицировать пациента, а сведения, содержащиеся в ней, обеспечивают обоснованную юридическую защиту, как врача, так и пациента.

Полнота и правильность заполнения амбулаторной карты позволяют экспертам ответить на вопрос о качестве и своевременности проведенного лечения при возникновении тех или иных конфликтных ситуаций.

Литература:

1. Федеральный закон от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ «О государственной экспертной деятельности в РФ»
2. Уголовно процессуальный кодекс РФ
3. Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
4. Дадабаев В.К. Анализ судебно- медицинских экспертиз по качеству оказания медицинской помощи в Тверской области . : / В.К. Дадабаев // Верхневолжский медицинский журнал. – 2006. – Т. 4. – Вып. 1-2. - С. 69-71

5. Дадабаев, В.К. Юридическая ответственность при ведении медицинской документации / В.К. Дадабаев, В.Н. Стрельников, В.И. Тищенко // Вопросы здравоохранения, теоретической и прикладной медицины. Ежегодный сборник научно – практических работ . - Тверь, издательство «Фактор». – 2011. - 144 с.

6. Дадабаев В.К. «Новые научные методы, как путь достижения объективной истины при расследовании преступлений против личности» / В.К. Дадабаев, А.А. Стрелков // Материалы Международной научно-практической конференции: «Уголовный процесс: от прошлого к будущему», ФГКОУ ВО «Академия Следственного комитета Российской Федерации» Москва, 21 марта 2014 г., часть 2, С. 246 - 252.

7. Дадабаев, В.К. Судебная медицина в Тверской области и характеристика назначений комиссионных экспертиз / В.К. Дадабаев // Лечебно-диагностические, морфо-функциональные и гуманитарные аспекты медицины : ежегод. сб. науч. - практ. Работ. - Тверь, 2007. - С. 84-88.

8. Дадабаев, В.К. Гражданско-правовая ответственность медицинских работников за допущенные дефекты при ведении медицинской документации / В.К. Дадабаев, В.Н. Стрельников, В.И. Тищенко, Л.Н. Верещагина // Верхневолжский медицинский журнал. – № 3 - 2012 - С. 43 - 46