

Утверждена приказом
ГБУ РД «ДРКБ им.Н.М.Кураева»
от 1 августа 2024г.№73-К-о

ИНСТРУКЦИЯ

по формированию и оформлению медицинской документации и документов общего делопроизводства в структурных подразделениях ГБУ РД «ДРКБ им. Н.М.Кураева», подготовке к передаче в архив и их использованию

1.ВВЕДЕНИЕ

1.1.Настоящая инструкция (далее - Инструкция) разработана в дополнение к Положению об архиве ГБУ РД «ДРКБ им.Н.М.Кураева» (далее - ДРКБ), согласованному экспертно – проверочной комиссией (ЭПК) Минюста РД (протокол от 01.07.2024г. №5) и утвержденному приказом ДРКБ от 03.07.2024г. № 66-К-о. Положением об архиве ДРКБ определены основные задачи, функции, права архива ДРКБ (далее - АРХИВ) в отношении документов общего делопроизводства.

1.2. В Инструкции определены:

1.2.1.Основные задачи, функции, ответственность структурных подразделений ДРКБ, в том числе консультативно – диагностического центра (ДКДЦ), в отношении медицинской документации, а также документов общего делопроизводства, подлежащих передаче в АРХИВ, порядок подготовки историй болезни, амбулаторных карт к передаче в АРХИВ, процесс передачи в АРХИВ, порядок составления описей дел, актов приема-передачи документов в АРХИВ, ежегодного обязательного проведения экспертизы ценности документов, составления (уточнения) разделов структурных подразделений номенклатуры дел ДРКБ;

1.2.2.Основные задачи, функции, ответственность АРХИВА по приему, учету, использованию принятых в АРХИВ документов, разработке научно-справочного аппарата.

1.3.Основные законодательные и подзаконные нормативные правовые акты, послужившие основанием для создания Инструкции:

1.3.1.ФЗ от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (ст. 79, п. 12, ч.1);

1.3.2.ФЗ от 22.10.2004г. № 125-ФЗ «Об архивном деле в РФ» (далее-№125-ФЗ);

1.3.3.ФЗ от 02.05.2006г. №59-ФЗ « О порядке рассмотрения обращений граждан РФ» (далее -№59-ФЗ);

1.3.4.ФЗ от 08.01.1998г. №3-ФЗ « О наркотических средствах и психотропных веществах» (в редакции федеральных законов: от 03.07.2016г.№305-ФЗ; от 29.12.2017г. №474-ФЗ);

1.3.5.Постановление Правительства РФ от 04.11.2006г. №644

«О порядке представления сведений о деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, и регистрации операций, связанных с оборотом наркотических средств и психотропных веществ»;

1.3.6.Постановление Правительства РФ от 16 ноября 2020 г. N 1850 "О признании не действующими на территории Российской Федерации актов и отдельных положений актов, изданных центральными органами государственного управления РСФСР и СССР" (с изменениями и дополнениями);

1.3.7.Постановление Правительства РФ от 11.05.2023г.№736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства РФ и утратившем силу Постановление Правительства РФ от 04.10.2010г.№1006»(вступило в силу 01.09.2003г.);

1.3.8.Приказ МЗ СССР от 30.09.1949г. №718 «О введении в действие Положения о медицинском архиве лечебного учреждения, Инструкции о ведении медицинских архивов в лечебных учреждениях Союза СССР»;

1.3.9.Приказ МЗ СССР от 04.10.1980г. № 1030 «Об учреждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения (письмо Минздравсоцразвития РФ от 30.11.2009г. № 14-6/242888 об использовании в своей работе для учета деятельности бланков, утвержденных приказом МЗ СССР от 04.10.1980г. № 1030);

1.3.10.Приказ МЗ РФ от 12.11.1997г. №330 «О мерах по улучшению учета, хранения, выписывания и использования наркотических средств и психотропных веществ» (в редакции приказа МЗ РФ от 17.11.2010г. №1008н-НсиПВ);

1.3.11.Приказ МЗ РФ от 22.01.2001г. №12 «О введении в действие отраслевого стандарта «Термины и определения в системе стандартизации в здравоохранении»;

1.3.12.Приказ МЗ РФ от 29.06.2016г. №425-Н «Об утверждении Порядка ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента»;

1.3.13.Приказ ДРКБ от 26.12.2016г. №61-К-о «Об утверждении Порядка ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента»;

1.3.14.Приказ МЗ РФ от 31.07.2020г. №789-н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них» (далее-Приказ от 31.07.2020г. №789-н);

1.3.15.Приказ МЗ РФ от 07.09.2020г. № 947-н «Об утверждении Порядка организации в системе документооборота в сфере охраны здоровья в части ведения медицинской документации в форме электронных документов» (далее-Приказ МЗ РФ от 31.07.2020г.);

1.3.16.Приказ МЗ РФ от 05.08.2022г. № 530 н "Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара и порядков их ведения" (далее-Приказ МЗ РФ от 31.07.2020г.);

1.3.17.Приказ ДРКБ от 20.02.2023г. №39к-о-б о реализации приказа МЗ РФ от 05.08.2022г. № 530 н "Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара и порядков их ведения»;

1.3.18.Правила организации хранения, комплектования, учета и использования документов Архивного фонда Российской Федерации и других архивных документов в органах государственной власти, органах местного самоуправления и организациях, 2023г. (далее - Правила 2023);

1.3.19.Перечень типовых управленческих архивных документов, образующихся в процессе деятельности государственных органов, органов местного самоуправления и организаций, с указанием сроков их хранения, 2019г. (далее - Перечень 2019);

1.3.20.Перечень документов, образующихся в деятельности Министерства здравоохранения Российской Федерации и подведомственных ему организаций, с указанием сроков хранения, 2023г. (далее – Перечень МЗ 2023);

1.3.21.Письмо МЗ РФ от 19.01.2009 № 14-6/10/2-178 «О порядке выдачи и заполнения медицинских свидетельств о рождении и смерти» (далее-Письмо 2009);

1.3.22.Письмо МЗ РФ от 07.12.2015г. № 13-2/1538 « О сроках хранения медицинской документации» (далее-Письмо 2015);

1.3.23.Инструкция по делопроизводству ДРКБ от 11.03.2021г.;

1.3.24. Номенклатура дел ДРКБ от 29.11.2021г.№9;

1.3.25.ГОСТ Р 52636-2006 «Электронная история болезни. Общие положения»;

1.3.26.ГОСТ Р 7.0.97-2016 Национальный стандарт РФ;

1.3.27.ГОСТ 7.0.8. Система стандартов по информации, библиотечному и издательскому делу. Делопроизводство и архивное дело. Термины и определения;

1.3.28.Положение о стационарном отделении ДРКБ;

1.3.29.Положения об АРХИВЕ,о канцелярии, других структурных подразделениях ДРКБ;

1.3.30.Положение об экспертной комиссии (ЭК) ДРКБ от 03.07.2024г. № 66 к-о;

1.3.31.Должностные инструкции (заместителя главного врача, заведующего стационарным отделением, лечащего врача,главной медицинской сестры стационарного отделения, начальников структурных подразделений заведующего канцелярией, архивных работников ДРКБ);

2 ПРАВИЛА РАБОТЫ С ДОКУМЕНТАМИ И ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТРУКТУРНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ ДРКБ

Законченная производством медицинская и общая документация сдается в АРХИВ из всех структурных подразделений ДРКБ в следующем порядке:

2.1.Истории болезни, сдаются старшей медицинской сестрой отделения после просмотра врачом-экспертом/заместителем главного врача и (или) обработки в клиничко- экспертном отделе;

2.2.Истории болезни умерших пациентов сдаются в АРХИВ по истечении отчетного года после проверки в организационно-методическом отделе (ОМО);

2.3.Вся остальная медицинская и общая документация сдается один раз в году в сроки, установленные руководством ДРКБ, по представлению заведующего АРХИВОМ.

2.4.Приказом от 05.08.2022г. 530 н предусмотрено формирование истории болезни в форме электронного документа и (или) оформление ее на бумажном носителе.В настоящее время в ДРКБ практикуется комбинированное ведение истории болезни с дублированием из системы ЕЦП на бумажный носитель. Требования по формированию медицинской карты (истории болезни ф.003/у) (Приложение №3 к Приказу от 05.08.2022г. 530 н):

2.4.1. Медицинская карта установленной формы (далее – история болезни) стационарного пациента является юридическим документом, поэтому все записи в ней должны быть четкими, легко читаемыми; сведения, внесенные в историю болезни, должны быть достоверными, в полной мере отражающими факты и результат деятельности медицинских работников, точными и оформленными в соответствии с хронологическим порядком и не подвергшимися изменениям;

2.4.2.Все записи в истории болезни должны производиться четким, разборчивым почерком, светостойкими чернилами, шариковой ручкой или с использованием печатающих лазерных устройств. Исправления возможны в исключительных случаях, при этом нельзя использовать забеливающие средства - неверные сведения зачеркиваются и пишутся рядом верные сведения с подписью, ФИО должностного лица и с указанием «исправленному верить»;

2.4.3.В историю болезни в строгом хронологическом порядке 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). При этом вклеивание результатов исследований в историю болезни должно производиться с соблюдением общих требований к размеру полей.

В случае, если формат исследования не позволяет соблюсти рекомендуемые размер полей, результаты исследования приклеиваются (с необходимым отступом) на отдельный лист. Результаты исследований больного, полученные после его выписки, также подшиваются в истории болезни в хронологическом порядке;

2.4.4.Рентгенограммы (документы на пленочной основе) подлежат специальному хранению в рентгеновском архиве ДРКБ. Рентгенограммы, имеющие особое научное, социальное, историческое и иное значение, после проведения экспертизы ценности подлежат долгосрочному или постоянному хранению и до решения руководством ДРКБ вопроса их передачи на государственное хранение хранятся в рентгеновском архиве;

2.4.5.Описание рентгеновских просвечиваний подшивается в историю болезни в соответствии с пунктом 2.4.3. Инструкции.

2.4.6.В процессе ведения истории болезни, а также по завершении ее ведения заведующему стационарным отделением необходимо проверять соответствие оформления документов установленным требованиям;

2.4.7.Истории болезни, подлежащие сдаче в АРХИВ, должны быть полностью оформлены в отделениях, где лежал больной. Вкладные документы, относящиеся к истории болезни (температурные листки, анализы, исследования и т.д.), должны быть подклеены или прикреплены степлером, **пронумерованы в валовом порядке**, подписаны лечащим врачом, заведующим отделением, заместителем главного врача. Все листы истории болезни, кроме чистых листов, нумеруются в правом верхнем углу листа, не задевая текста. Листы истории болезни, разделенной на тома, нумеруются по каждому тому отдельно. 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 (анализы), то они нумеруются в валовом порядке как самостоятельные листы. Лист с наглухо наклеенными документами, фотографиями и т.п., нумеруются как один лист. Подшитые в историю болезни конверты с надписью и вложениями также нумеруются. Каждый лист, вложенный в конверт, нумеруется очередным номером вслед за конвертом. Фотоснимки (позитивы) нумеруются на оборотной стороне в верхнем левом углу. Анализы, отложившиеся в истории болезни, нумеруются в порядке единой валовой нумерации с основными документами. Нумерация листов производится по мере накопления истории болезни, проставляя на очередной вклеиваемый лист валовой номер. Литерная нумерация не допускается. **По завершении формирования истории болезни последним листом вклеивается лист-заверитель, где производится запись: в настоящем деле _____ листов, с № _____ по № _____ должность, ФИО, подпись, дата.**

2.4.8.История болезни стационарного больного формируется из документов, откладываемых при каждой госпитализации больного самостоятельным томом.

2.4.9.Каждый том истории болезни должен содержать не более 150 листов. В зависимости от количества листов документы в истории болезни могут группироваться в несколько самостоятельных томов, номера томам присваиваются в хронологическом порядке их заведения.

2.4.10.Истории болезни, имеющие существенное значение для изучения эффективных методов профилактики, диагностики, лечения, развития истории медицины имеют постоянный срок хранения в отличие от остальных историй болезни, имеющих 25 лет срок хранения. Постоянный срок хранения подобным историям болезни определяет компетентный совещательный орган ДРКБ болезней;

2.4.10.3. описание новых эффективных методов лечения;

2.4.10.4.сведения о лечении больных особо опасными инфекциями (данная позиция для ДРКБ не актуальна);

2.4.10.5.медицинские записи о лечении выдающихся государственных и общественно-политических деятелей, героев труда (данная позиция для ДРКБ не актуальна);

2.4.10.6.медицинские записи, произведенные по представлению лечащего врача по следующим критериям отбора:

2.4.10.1.описание неизвестного науке заболевания с особо резкими патологическими отклонениями;

2.4.10.2.наиболее полное описание лечения отдельных нозологических форм выдающимися деятелями медицины.

2.4.11.Истории болезни, описанные в пункте 2.4.10. Инструкции, подлежат обособленному формированию в стационарном отделении

с составлением на них описей дел постоянного хранения, а также отдельному от других историй болезни хранению, государственному учету в АРХИВЕ и передаче в установленном порядке на государственное хранение.

Также обособленному формированию

в структурном подразделении, обособленному учету и хранению

в АРХИВЕ подлежат истории болезни, сформированные на основе договора возмездного оказания (платных) медицинских услуг (при их наличии);

2.4.12.В процессе формирования историй болезни до момента передачи их в АРХИВ обязателен трехуровневый контроль:

2.4.12.1.в день выписки пациенту (его законному представителю) на руки выдается выписной эпикриз, подписанный лечащим врачом, заведующим отделением, заместителем главного врача и заверенный печатью ДРКБ;

2.4.12.2.контроль I уровня: история болезни после выписки пациента лечащим врачом в течение 3-х дней передается заведующему отделением;

2.4.12.3.контроль II уровня:заведующий отделением после устранения недостатков в оформлении в течение 3-х дней передает историю болезни заместителям главного врача по лечебной /или хирургической работе;

2.4.12.4.контроль III уровня:заместители по лечебной /и хирургической работе в течение 3-х дней возвращают историю болезни с выводами и замечаниями в отделения для устранения недостатков в оформлении;

2.4.13. По требованию заместителя главного врача по клинико-экспертной работе (КЭР) истории болезни передаются из отделений на проверку в клинико-экспертный отдел (КЭО) и по завершении проверки возвращаются в отделения, где хранятся в течение одного месяца;

2.4.14. По истечении месяца старшей медсестрой отделения составляется акт приема-передачи документов (п.2.8.1.) и осуществляется передача историй болезни в АРХИВ;

2.4.15. Посмертный эпикриз и медицинское свидетельство о смерти пациента оформляются лечащим врачом в течение 3-х дней в программе ЕЦП и передаются на бумажном носителе в ОМО, где осуществляется контроль за правильностью заполнения документов в соответствии с письмом МЗ РФ от 19.01.2009г. № 14-6/10/2-178 «О порядке выдачи и заполнения медицинских свидетельств о рождении и смерти»;

2.4.16. Медицинское свидетельство о смерти выдается сотрудниками ОМО законному представителю пациента после предъявлении документа, удостоверяющего его личность, под роспись в корешке медицинского свидетельства о смерти и в журнале регистрации умерших больных;

2.4.17. Корешки медицинских свидетельств умерших пациентов и журнал регистрации умерших пациентов хранятся в ОМО в течение установленных законодательством сроков (Перечень МЗ 2023);

2.4.18. Истории болезни умерших собираются в течение календарного года заместителями главного врача по лечебной и хирургической работе, затем один раз в год (в первом квартале года, следующего за отчетным годом) передаются актом приема-передачи документов (п.2.8.1.) в АРХИВ.

2.5. Требования к формированию медицинской и общей документации в стационарных отделениях, других структурных подразделениях и подготовке их к передаче в АРХИВ:

2.5.1. Приказом МЗ РФ от 05.08.2022г. № 530 н "Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара и порядков их ведения" утверждены новые унифицированные формы меддокументации для стационаров (приказ вступает в силу с 1 марта 2023г., а в части ведения документации в электронной форме применяется с 1 марта 2025г.):

-учетная форма N 001/у "Журнал учета приема пациентов и отказов в оказании медицинской помощи в стационарных условиях, в условиях дневного стационара" согласно приложению N 1 к настоящему приказу подлежит дублированию на бумажный носитель после подписания ответственными лицами, заверения печатями, формированию дела (томов дела) для передачи в АРХИВ согласно п.2.9.2. Инструкции

-порядок ведения учетной формы N 001/у "Журнал учета приема пациентов и отказов в оказании медицинской помощи в стационарных условиях, в условиях дневного стационара" согласно приложению N 2 к настоящему приказу;

- учетная форма N 003/у "Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара" согласно приложению N 3 к настоящему приказу подлежит дублированию на бумажный носитель после подписания ответственными лицами, заверения печатями, формированию дела (томов дела) для передачи в АРХИВ согласно п.2.4.7. Инструкции;
- порядок ведения учетной формы N 003/у "Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара" согласно приложению N 4 к настоящему приказу;
- учетная форма N 007/у "Лист ежедневного учета движения пациентов и коечного фонда медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара" согласно приложению N 5 к настоящему приказу;
- порядок ведения учетной формы N 007/у "Лист ежедневного учета движения пациентов и коечного фонда медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара" согласно приложению N 6 к настоящему приказу;
- учетная форма N 008/у "Журнал учета оперативных вмешательств (операций) в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара" согласно приложению N 7 к настоящему приказу
- порядок ведения учетной формы N 008/у "Журнал учета оперативных вмешательств (операций) в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара" согласно приложению N 8 к настоящему приказу подлежит дублированию на бумажный носитель по завершении календарного года и формированию дела для передачи в АРХИВ согласно п.2.6. Инструкции;
- учетная форма N 016/у "Сводная ведомость учета движения пациентов и коечного фонда медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара" согласно приложению N 9 к настоящему приказу;
- порядок ведения учетной формы N 016/у "Сводная ведомость учета движения пациентов и коечного фонда медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара" согласно приложению N 10 к настоящему приказу;
- учетная форма N 066/у "Статистическая карта выбывшего из медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара" согласно приложению N 11 к настоящему приказу;
- порядок ведения учетной формы N 066/у "Статистическая карта выбывшего из медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара" согласно приложению N 12 к настоящему приказу.

Применение, порядок ведения вышеприведенных учетных форм в форме электронных документов и(или) формированию их на бумажном носителе обязательны для всех структурных подразделений и должны строго соответствовать вышеназванному приказу.

2.6. Все учетные формы (журналы, книги) должны соответствовать утвержденным в установленном порядке форматам, на обложках журналов, книг в типографском формате должны быть приведены все необходимые реквизиты (утвержденный заголовок, форма (001/у, 008/у, др.), официально принятые (утвержденные) наименования медицинской организации, структурного подразделения (стационарного отделения). Ведение документов в произвольной форме не допускается. Ведение, формирование однотипных дел по всей больнице должно быть унифицировано, требования к их оформлению аналогичны общим требованиям, предъявляемым к оформлению документов, передаваемых на долговременное и постоянное хранение в АРХИВ. При этом следует учесть, что журналы операционных вмешательств имеют постоянный срок хранения, а сроки хранения остальных журналов соответствуют срокам хранения зарегистрированным в них документам и сведениям. Журналы (книги) учета поступления в АРХИВ историй болезни, сроки хранения которых на сегодняшний день истекли, экспертной комиссией ДРКБ решено хранить в АРХИВЕ в качестве справочно-информационного материала - до особого решения главного врача об их уничтожении.

Записи в журналах должны производиться четким, разборчивым почерком, светостойкими чернилами или шариковой ручкой синего цвета. Записи в каждой графе журналов должны соответствовать заданному заголовку, переход записи из одной графы в другую как продолжение предыдущей записи не допускается. Обязательному заполнению подлежат все графы, в графе «№ п/п» нумерация производится в пределах календарного года, начиная с номера 1, исправления, забеливания не допускаются. В конце календарного года производится итоговая запись по форме (пример): с 01.01.2023г по 31.12.2023г. зарегистрировано 1200 (тысяча двести) историй болезни, должность, ФИО, подпись, дата. Объем журнала необходимо рассчитать так, чтобы регистрация документов и сведения одного месяца не переходили продолжением в новый журнал. По возможности, рекомендуется заводить стационарный журнал в пределах одного календарного года. Журналы (книги) должны быть прошиты, страницы – пронумерованы. На последней странице должна присутствовать заверительная надпись. На обложку журнала должна выноситься вся необходимая информация по форме:

№008/у

ГКУ РД «Центральный государственный архив РД»

ГБУ РД «Детская республиканская клиническая больница им.Н.М. Кураева»
(ДРКБ им. Н.М.Кураева)

(отделение челюстно-лицевой хирургии)

ЖУРНАЛ ЗАПИСИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

№ _____

Начато _____ 20 ____ г.

Окончено _____ 20 ____ г.

На _____ л.

Срок хранения - ПОСТОЯННО

2.7. Научно-техническая обработка остальной медицинской и общей документации (журналы приема больных, палатные журналы, картотеки, планы, отчеты, приказы, протоколы и т.д.) производится в структурных подразделениях и стационарных отделениях до сдачи в АРХИВ в следующем порядке:

2.7.1. Документы должны быть заключены в папки или обложки; мелкого формата документы располагаются вдоль корешка дела так, чтобы имели формат книги (листы не должны выходить из обложки). Обширные по объему дела следует разделить на тома так, чтобы толщина тома не превышала ширины корешка обложки папки и не превышала в объеме 250 листов;

2.7.2. Металлические скрепления (булавки, скрепки, скобы) необходимо удалить из дел. Документы, находящиеся на регистраторах или скоросшивателях, должны быть с них сняты, сложены в предметно-хронологическом порядке и подшиты;

2.7.3. На обложках должно быть четко, без сокращений обозначено следующее:

- наименование медицинской организации – полное и в скобках сокращенное (ГБУ РД «Детская республиканская клиническая больница им. Н.М.Кураева» (ДРКБ им. Н.М.Кураева));
- наименование структурного подразделения ДРКБ;
- заголовок дела;
- даты начала и окончания;
- количество листов;
- срок хранения и статья по Перечню 2019г. и /или/ Перечню МЗ 2023г.

В книгах и журналах указанные сведения проставляются на белом листе, следующем за верхней крышкой переплета.

Заголовок дела (книги) должен кратко и конкретно отражать содержание документов, находящихся в деле (книге). Заголовок общего характера (например, "Разная переписка", "Общая переписка", "К руководству" и т.д.) не допускаются;

2.7.4. Сдаваемые документы должны быть пронумерованы по листам в правом верхнем углу простым черным (не цветным и не химическим) карандашом. Нумеруются все листы, имеющие на лицевой или оборотной стороне какие-либо делопроизводственные пометки, причем листом считается любого размера или формата лист бумаги. В делах, разделенных на тома, листы нумеруются по каждому тому отдельно. Нумерация листов в делах должна производиться в порядке расположения листов в деле, т.е. сверху вниз, а не обратно. Чистые листы не нумеруются, вырывать их из дела не разрешается. Вслед за последним листом дела подшивается лист - заверитель, на котором делается заверительная надпись о количестве пронумерованных листов следующего содержания: "В настоящем деле подшито и пронумеровано ___ листов" (указать прописью и цифрами). После надписи указывается должность, ФИО лица, производившего нумерацию, и дата подписи. Встречающиеся особенности, недостатки в физическом

состоянии дела (повреждения), литерная нумерация оговариваются в заверительной надписи;

2.7.5. В целях экономии средств, выделяющихся на научно-техническую обработку, медицинские документы и документы общего делопроизводства, не подлежащие сдаче в государственный архив и по которым не могут возникнуть случаи проверки, иски и другие действия, связанные с ответственностью каких-либо лиц, хранятся в скоросшивателях или регистраторах;

2.7.6. Для сохранности более ветхих документов следует их подклеивать на плотную бумагу; если текст двусторонний, то следует наклеивать на прозрачную бумагу (например, кальку);

2.7.7. Карточки обрабатываются следующим образом (например, карточки кадрового учета или амбулаторной карточки):

1) систематизируются в порядке их №, или в алфавитном порядке, или же по нозологическому признаку;

2) при сдаче в АРХИВ должны быть помещены в картонные коробки, имеющие наружную длину от 30 до 35 см, или же поступают в увязанных шпагатом пачках такой же длины с прокладками из картона на лицевой и тыловой сторонах пачки;

3) на лицевой стороне коробки (пачки) делаются надписи с указанием реквизитов ДРКБ, года, наименования карточек, порядкового № связки и количества карточек;

Заверительная надпись о количестве карточек, входящих в каждую связку, производится на отдельном листе формата карточки, помещаемой вслед за последней карточкой.

В заверительной надписи количество обозначается:

с № _____ по № _____ (цифрами и прописью);

2.7.8. Истории болезни, сдаваемые в АРХИВ согласно акту приема передачи (п.2.8.1. Инструкции), увязываются в связки, толщиной не свыше 25 см, или укладываются в картонные коробки (папки с завязками), внутри которых раскладываются по порядку номеров. Связки имеют свою порядковую нумерацию. К каждой связке (папке) прикрепляется помещенный в прозрачный файл лист со списком пациентов с указанием их ФИО,

№ истории болезни (если список помещен на двух листах, листы помещаются в файл с возможностью двустороннего прочтения внутри файла), также к связке прикрепляется ярлык из картона или плотной бумаги (а на коробке - этикетка) с указанием следующих данных:

а) наименование (ДРКБ);

б) год;

в) порядковый № вязки (вязки нумеруются в валовом порядке в пределах каждого календарного года);

г) порядковые номера историй болезни: с № _____ по № _____

2.7.9. Истории болезни, сформированные на основе возмездного оказания услуг, складываются в отдельную вязку; вязки формируются в пределах календарного года самостоятельной нумерацией в валовом порядке;

2.7.10. На 1 января нового календарного года АРХИВ устанавливает местонахождение не поступивших историй болезни. Журнал приема больных (ф.001/у) поступает в архив не позднее 1 апреля следующего года;

2.7.11. Вся остальная медицинская и общая документация (временного хранения) подвергается в структурном подразделении научно-технической обработке, включению в описи, после чего поступает в архив по завершению календарного года в срок, установленный руководством ДРКБ, по описям следующей формы:

ОПИСЬ ДЕЛ СТРУКТУРНОГО ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ

 (наименование государственного органа,
 органа местного самоуправления, организации)

 (наименование структурного подразделения)

ОПИСЬ N _____
 ДЕЛ, ДОКУМЕНТОВ

за _____

год _____

№ п/п	Индекс дела	Заголовок дела	Крайние даты	Срок хранения (графа не заполняется в описи дел постоянного срока хранения)	Количество листов	Примечания
1	2	3	4	5	6	7
Название раздела						

В данный раздел описи внесено _____

(цифрами и прописью)

с N _____ по N _____ дел в том числе:

литерные номера: _____

пропущенные номера: _____

Наименование должности
составителя описи

 (подпись)

 (расшифровка подписи)

 (дата)

Наименование должности
руководителя архива (в случае, если
за организацию архивного хранения
отвечает руководитель организации,
опись подписывается лицом,
ответственным за архив)

 (подпись)

 (расшифровка подписи)

 (дата)

СОГЛАСОВАНО

Наименование должности

СОГЛАСОВАНО

(при наличии ЭК структурного подразделения)

Протокол ЭК структурного подразделения

2.8. Передача в АРХИВ историй болезни и других документов осуществляется по актам приема-передачи дел, подписываемым старшей медсестрой /работниками структурных подразделений/, передающих документы, и работником АРХИВА, принимающим документы. Акты приема-передачи составляются в двух экземплярах: по одному экземпляру подписываемым сторонам.

Формы актов приема-передачи дел в АРХИВ:

2.8.1. Акт приема-передачи историй болезни (ф.№003/у)

После двустороннего подписания акта работник АРХИВА, подписавший акт, представляет акт заведующему АРХИВОМ для проставления штампа АРХИВА и подписания. После проставления штампа и подписания заведующим АРХИВОМ акт подкладывается в соответствующее дело по номенклатуре дел. По завершении календарного года (до 01 февраля года, следующего за отчетным годом) работник АРХИВА подшивает акты в единое дело по хронологии, которое оформляется по архивным правилам, прошнуровывается и заведующим архивом представляется на подписание заместителю главного врача, затем – на проставление печати ДРКБ в приемную главного врача ДРКБ. Для дальнейшего использования в качестве справочно-информационного аппарата/основания для выдачи справок социально-правового характера. На дела «Акты приема-передачи в архив историй болезни за _____ 20__ г.» составляется хронологический список дел. Таким образом, дело «Акты приема-передачи в архив историй болезни за _____ 20__ г.» приобретает статус журнала (книги) регистрации в АРХИВЕ поступивших в АРХИВ историй болезни и экономится бюджет рабочего времени архивного работника в целях исполнения иных служебных обязанностей.

2.8.2. Акт приема-передачи документов в АРХИВ (журналы, книги) Медицинские учетные журналы (книги): до передачи в АРХИВ должны быть оформлены в соответствии п.2.13.6. настоящей Инструкции. В графе 5 «Примечание» напротив каждого журнала (книги) следует отобразить особенности его оформления на соответствие п.2.13.6. настоящей Инструкции. После двустороннего подписания акта работник АРХИВА, подписавший акт, представляет акт заведующему АРХИВОМ для проставления штампа АРХИВА и подписания. После проставления штампа и подписания заведующим АРХИВОМ акт подкладывается в соответствующее дело по номенклатуре дел. По завершении календарного года (до 01 февраля года, следующего за отчетным годом) работник АРХИВА подшивает акты в единое дело по хронологии, которое оформляется по архивным правилам, прошнуровывается и заведующим архивом представляется на подписание заместителю главного врача, затем – на проставление печати ДРКБ в приемную главного врача ДРКБ. В дальнейшем данные дела используются в качестве справочно-информационного аппарата/основания для выдачи справок социально-правового характера;

2.8.3. Акт приема-передачи документов общего характера и медицинских документов в АРХИВ

Вся медицинская и общая документация (временного хранения) подлежит приему – передаче в АРХИВ с попутной сверкой документов с описями по акту следующей формы:

Форма акта приема-передачи
документов постоянного,
долговременного и временного сроков
хранения в АРХИВ
к п. 2.8.3 Инструкции

УТВЕРЖДАЮ
Главный врач ДРКБ им.Н.М.Кураева

(подпись)

(расшифровка подписи)

(дата)

АКТ
№ _____
дата приема-передачи документов в архив

(основание передачи)

(наименование отделения, структурного подразделения)

Опись (пост.хр./личного состава/временного срока хранения) № _____ от

№, дата протокола ЭК

№№ п/п	Вид документа	Крайние даты	Количество ед.хр.	Примечание
1	2	3	4	5

--	--	--	--	--

Всего: _____ с № _____ по № _____

Сдал, в т.ч. на электронном носителе: _____
_____ должность _____ подпись _____ ФИО _____

Принял, в т.ч. на электронном носителе: _____
_____ должность _____ подпись _____ ФИО _____

Дата _____

Изменения в учетные документы внесены

Наименование должности работника АРХИВА

Дата _____ подпись _____ расшифровка _____

2.8.4 К операционному журналу (ф.008/у) составляется внутренняя опись, которая подшивается к журналу по форме:

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

2.8.5.В операционном журнале (ф.008/у) обязательно проверяется наличие подписей (с расшифровкой и указанием на должности лиц, принимавших участие в операции (хирург, ассистент, анестезиолог и т. д.);

2.8.6. К операционному журналу (ф.008/у) и журналу приемного покоя (ф.001/у) оформляется обложка дел и указываются (по образцу к п.2.6.):

- наименование ДРКБ;
- наименование отделения;
- уточненный заголовок дела (например: «журнал малых операций»);
- крайние даты дела (даты первой и последней записи в формате ДД.ММ.ГГГГ);
- количество листов;
- срок хранения.

На операционные журналы (ф.008/у) АРХИВОМ составляются описи по установленной форме (приложение №9 Правил 2023г.);

2.9.Документы временных (до 10 лет включительно) сроков хранения хранятся в структурных подразделениях ДРКБ и по истечении сроков их хранения, после проведения силами структурных подразделений ДРКБ экспертизы ценности (согласно главам III, IV Правил 2023) подлежат уничтожению в порядке, установленном пунктом 31 Правил 2023. Произвольное уничтожение структурными подразделениями, должностными лицами документов с истекшими сроками хранения не допускается,руководитель структурного подразделения представляет заведующему архивом проект акта на списание документов с истекшими сроками хранения.Последняя крайняя дата списываемых документов должна соответствовать последней крайней дате внесенных в утвержденную ЭПК архивную опись документов. Отобранные к уничтожению документы временного срока хранения включаются в соответствующий акт (п.31 Правил 2023), который руководителем структурного подразделения представляется в АРХИВ. АРХИВ составляет сводный акт к уничтожению документов ДРКБ временного срока хранения, который представляется последовательно на согласование ЭК и утверждение ЭПК.

2.10.Правила ведения амбулаторных карт в ДКДЦ и травмпункте ДРКБ:
В случае необращения больного в ДКДЦ более 3-х лет, индивидуальные карты амбулаторных больных ежегодно сдаются в АРХИВ ДКДЦ. При сдаче в архив индивидуальные карты пациентов ДКДЦ и пациентов травмпункта складываются в строгом алфавитном порядке (по начальным буквенным слогам фамилии) и увязываются в связки толщиной не свыше 10 см. К каждой связке прикрепляется ярлык с проставлением на нем следующих сведений: наименование ДРКБ, номер описи, год сдачи, порядковый № связки, какие буквы (напр. А, Б, В) и крайние порядковые № № единиц хранения (т.е. самих карт) в связках.

Нумерация индивидуальных амбулаторных карт проставляется на обложках в верхнем левом углу; вкладные листы и приложения к картам не нумеруются. Нумерация производится валовая, т.е. всех карт, относящихся к году сдачи. Карты ДКДЦ и травмпункта сдаются в АРХИВ по истечении с 4-х лет после их заведения.

Карты поступают в АРХИВ по описи нижеследующего образца:

3 .ТРЕБОВАНИЯ К ХРАНЕНИЮ И ИСПОЛЬЗОВАНИЮ ДОКУМЕНТОВ В АРХИВЕ

3.1.Архив медицинской организации – это часть единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения. Документы ДРКБ, имеющие историческое, культурное, научное, социальное, экономическое и политическое значение, составляют государственную часть Архивного фонда Российской Федерации (АФ РФ), являются собственностью государства и подлежат постоянному хранению в государственном архиве Республики Дагестан. До передачи на государственное хранение эти документы временно, в пределах установленных законодательством Российской Федерации сроков, хранятся в ДРКБ, которая обеспечивает их сохранность, учет, отбор, упорядочение и использование. В соответствии с правилами, устанавливаемыми Росархивом, ДРКБ обеспечивает своевременную передачу этих документов на государственное хранение. Все работы, связанные с подготовкой, транспортировкой и передачей архивных документов, производятся силами и за счет ДРКБ. Должностные лица за нарушение правил работы с документами, утрату, порчу документов, самопроизвольное уничтожение документов, в том числе с истекшими сроками хранения, несут ответственность в соответствии с действующим законодательством.

3.2 ДРКБ обеспечивает АРХИВ необходимым помещением, оборудованием и кадрами в соответствии с действующими нормативными актами в области охраны труда, санитарных правил и гигиенических нормативов, пожарной безопасности.

3.3.АРХИВ работает в соответствии с комплексным планом работы ДРКБ.

3.4.На АРХИВ возлагаются функции:

3.4.1.прием, классификация и хранение законченной медицинской и общей документации;

3.4.2.подготовка и выдача документов в научных и справочных целях;

3.4.3.составление описей и других справочников в целях использования медицинской документации;

3.4.4.выдача по документам АРХИВА в установленном законом порядке учреждениям и отдельным гражданам справок и копий;

3.4.5.сдача документов в государственный архив в установленном порядке;

3.4.6.оказание методической помощи структурным подразделениям в экспертизе научной и практической ценности документов с целью отбора их для передачи на государственное хранение и на уничтожение документов, утративших свое научное и практическое значение.

3.5. Требования к помещению АРХИВА:

3.5.1.изолированность капитальными стенами и перекрытиями от других помещений;

3.5.2.сухость,пожарная безопасность, отсутствие риска затопления, в хранилище не допускаются прокладка труб водоснабжения и канализации, технологические или бытовые выводы воды;

3.5.3.помещение для хранения документов должно быть отделено от читальной комнаты и рабочих комнат архива капитальной стеной и прочной дверью с запорами;

3.5.4.в хранилище поддерживается постоянная температура 17-19 град.С, относительная влажность воздуха – 50-55%;

3.5.5.запрещается занимать под архив подвальное или чердачное помещение;

3.5.6.хранилище должно быть оборудовано шкафами или стеллажами;

3.5.7.окна хранилища на первом и втором этажах должны быть заделаны металлическими решетками;

3.5.8.в хранилищах не должно быть дымоходов;

3.5.9.архивные документы следует хранить в темноте (в качестве искусственного освещения хранилища допускается только электрическое, окна хранилища должны быть затемнены светонепроницаемым материалом (светорассеиватели, защитные фильтры, шторы, жалюзи, покрытие на стеклах окон);

3.5.10.АРХИВ должен иметь необходимые противопожарные средства (пожарную сигнализацию, пожарные краны с шлангами, достаточное количество огнетушителей);

3.5.11.в помещении АРХИВА не допускается хранение посторонних предметов;

2.5.12.помещение должно оберегаться от крыс, мышей, насекомых; по окончании отопительного сезона ежегодно в хранилище должны проводиться дезинфекция, дезинсекция

3.5.13.вход в помещение АРХИВА (архивохранилище) посторонним лицам воспрещается;

3.5.14.дверь в помещение АРХИВА должна быть в нерабочее время заперта на замок, опечатана или запломбирована.

3.6.Контроль и организационно-методическое руководство деятельностью АРХИВА осуществляется руководством ДРКБ, а также - в пределах своей компетенции-МЗ РД, архивными органами и учреждениями (Минюст РД, ГКУ РД «ЦГА РД»). Уничтожение архивных документов без разрешения архивных органов и учреждений (Минюст РД, ГКУ РД «ЦГА РД») категорически запрещается.

3.7.В АРХИВЕ хранятся законченные делопроизводством документы.

3.7.1.Все материалы, поступившие в АРХИВ, регистрируются в учетных журналах, а также в книгах регистрации документов (медицинские и общего делопроизводства), истории болезни регистрируются в пределах каждого стационарного отделения. Документы в АРХИВЕ должны храниться в таком порядке, который обеспечивал бы возможность:

1) быстрого нахождения документов для наведения справок;

2) научной обработки архивных материалов;

3) полной сохранности всех архивных документов (на стеллажах или в шкафах в картонных коробках или в связках с картонными обложками);

4) поступившие в АРХИВ истории болезни пофамильно регистрируются в книгах регистрации АРХИВА - в случае незаведения актов приема-передачи в АРХИВ историй болезни с приданием актам статуса книги регистрации;

3.7.2. Документы в АРХИВЕ следует хранить в следующем порядке:

- 1) истории болезни располагаются на стеллажах по стационарным отделениям, в пределах каждого стационарного отделения - по годам, внутри каждого года - по № историй болезни;
- 2) прочая медицинская и общая документация располагается на стеллажах по структурным подразделениям, в пределах каждого структурного подразделения - по годам и затем - в порядке номеров описи;
- 3) на стеллажах (шкафах) и полках стеллажей должны быть обозначены их порядковые номера, нумеруя стеллажи слева направо, полки - сверху вниз.
- 4) на стеллажах и полках при отсутствии топографических указателей указывается, какие документы на них расположены (с обозначением структурных подразделений ДРКБ, годов, описям и номерам ед.хр.).

3.7.3. Выдача историй болезни и других документов врачам ДРКБ производится АРХИВОМ по личному письменному требованию врачей ДРКБ. Истории болезни АРХИВОМ выдаются сотрудникам ДРКБ по заявлению с письменного разрешения главного врача. Истории болезни АРХИВОМ выдаются студентам медицинских учреждений по заявлению с письменного разрешения главного врача ДРКБ, для студентов в АРХИВЕ предоставляются условия работы с выдаваемыми документами, вынос студентами документов из АРХИВА не допускается. Копии истории болезни и архивные справки по документам АРХИВА выдаются пользователям по их запросам с письменного разрешения главного врача. Копии истории болезни до выдачи (направления) пользователю заверяются в установленном порядке и об их выдаче (направлении) производится запись в журнале. Архивная справка оформляется в соответствии с п.185 Правил 2023г., приказом МЗ РФ от 31.07.2020г. №789-н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них». Копия справки помещается в соответствующее дело по номенклатуре дел вместе с заявлением (запросом). Экземпляр, выдаваемый /направляемый/ на руки пациенту, заверяется печатью ДРКБ. Все без исключения случаи выдачи историй болезни с выписок из историй болезни и других архивных документов студентам медицинских учреждений, врачам, сотрудникам ДРКБ должны обязательно заноситься в особую книгу выдачи документов из АРХИВА, заводимую по следующей форме:

№ п/п	Дата выдачи	Фамилия, имя, отчество, должность получившего документ	№, год, месяц, ФИО истории болезни или наименование и реквизиты другой документации	подпись получившего документ	Предполагаемый срок возврата	Дата возвращения	ФИО архивного работника, принявшего документ
-------	-------------	--	---	------------------------------	------------------------------	------------------	--

1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---

Книга выдачи должна быть пронумерована и заверена подписью заместителя главного врача по организационно-методической работе, Порядковая нумерация записей в книге заводится на каждый год отдельно с №1. Вычеркивание записей или исправление их в книге не допускается. В конце календарного года производится итоговая запись. По завершению (заполнению) книга выдачи документов в установленном порядке прошнуровывается, заверяется подписью заместителя главного врача по оргметодической работе, печатью ДРКБ, затем вносится в опись (перечень) учетных документов АРХИВА.

Работник АРХИВА, ведущий книгу, обязан принимать меры к своевременному возврату в АРХИВ архивных документов и о случаях длительной задержки сообщать заведующему АРХИВОМ в письменной форме. В случае невозврата документов в срок, указанный заведующим АРХИВОМ, последний представляет рапорт главному врачу или его заместителю. Срок пользования документов на местах не должен превышать 3 месяцев. За сохранность и своевременность возвращения документов, выданных из АРХИВА, отвечает истребовавшее их лицо.

При каждой выдаче из АРХИВА архивных документов в соответствующую связку вкладывается карта-заместитель дела (Приложение №22 Правил 2023г.), имеющий следующие записи:

№ истории болезни, для общей документации архива -№ дела, дата выдачи.

№ выдачи (проставляется согласно порядковой нумерации записей по книге выдачи).

Карта – заместитель дела может быть уничтожена только после укладки на место архивной единицы хранения с одновременной отметкой в книге выдачи дел о возвращении в АРХИВ.

3.8.Состояние возвращаемых в АРХИВ дел должно быть проверено ответственным работником АРХИВА, и если при этом будет обнаружена недостача документов и материалов или листов дела или их повреждение, заведующий архивом составляет об этом акт в двух экземплярах, один из которых представляет главному врачу ДРКБ для привлечения виновных к ответственности, другой экз. оставляет в АРХИВЕ. Акт должен быть подписан заведующим АРХИВОМ и лицом (архивариус), сдавшим (принявшим) документы. О повреждении или утрате каких-либо документов из дела отмечается также в заверительной надписи данного дела. Списание утраченных дел после расследования и распоряжения руководства ДРКБ отмечается в соответствующей описи (книге, картотеке).

3.9.Выемка документов из дел и выдача архивных материалов из АРХИВА за пределы ДРКБ, в том числе и для временного пользования, запрещается, за исключением тех случаев, когда такая выемка или выдача производится с ведома главного врача ДРКБ по требованиям соответствующих уполномоченных органов власти (прокуратура, суд, следствие, вышестоящие органы).

В таких случаях на место изъятых подлинников вкладываются заверенные копии с документов с отметкой на них основания и даты выемки или выдачи и ссылкой на акт. В случае невозврата изъятых оригиналов документов заверенная копия помещается в дело на место оригинала, о чем производится запись в книге регистрации выемки документов. Допускается также выемка для выдачи гражданам их личных документов (свидетельство об образовании, справки о трудовом стаже и т.д.), представленных гражданами в данное учреждение и почему-либо не полученных своевременно обратно, на что в каждом случае должно быть получено письменное разрешение главного врача или его заместителя.

4.ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ, ХРАНЕНИЯ ДОКУМЕНТОВ НА БУМАЖНОМ НОСИТЕЛЕ И ЭЛЕКТРОННЫХ ДОКУМЕНТОВ, ОПРЕДЕЛЕНИЯ СРОКОВ ХРАНЕНИЯ ДОКУМЕНТОВ

4.1.Правила формирования, хранения, использования электронных документов идентичны правилам формирования, хранения, использования документов на бумажном носителе. Документы медицинские (частично — по отдельному указанию, а также ф.001/у, ф.003/у, ф.008/у) и общего делопроизводства постоянного и долговременного хранения (свыше 10 лет) подлежат обязательному ежегодному переносу на бумажный носитель, а также научно- технической обработке, включению в архивную опись;

4.2.В случае утверждения в соответствии с приказом МЗ РФ от 07.09.2020г. №947 н «Об утверждении Порядка организации системы документооборота в сфере охраны здоровья в части ведения медицинской документации в форме электронных документов» Системы электронного медицинского

документооборота ДРКБ обеспечится дифференциация медицинских документов, подлежащих либо ведению в электронном формате, либо ведению в электронном формате с параллельным дублированием части документов на бумажный носитель.

В настоящее время ведение ряда документов обязательно на бумажном носителе и в медицинской информационной системе в форме электронных медицинских документов. Необходимо иметь в виду, что сроки хранения одного и того же вида документа на бумажном носителе и в медицинской информационной системе различаются (ниже приведены примеры с Перечня МЗ РФ 2023):

« ст.684. Медицинские карты: а) пациентов, получающих медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара (форма № 003/у) - 25 лет (1) (2) (1), в медицинской информационной системе - 50 лет;

2) в научно-исследовательских учреждениях и клинических больницах медицинские карты, имеющие значение для изучения эффективных методов профилактики, диагностики, лечения и развития истории медицины — постоянно»;

« ст.689. Температурные листы (форма N 004/у) - 25 лет (1) (1), в медицинской информационной системе - 50 лет»;

« ст.688. а) основных показателей состояния больных, находившихся в отделении (палате) реанимации и интенсивной терапии (форма N 011/у) - 25 лет (1) (1), в медицинской информационной системе - 50 лет»;

« ст.691.д) установления смерти человека - 25 лет (1) (1), в медицинской информационной системе - 50 лет»;

« ст.702. Медицинские карты: а) пациентов, получающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (форма N 025/у) - 25 лет (1) (2) (1), в медицинской информационной системе - 50 лет (2) См. примечание 2 к статье 684а»;

4.3.Сроки хранения документов отображаются в таких нормативных документах, как перечни документов со сроками хранения и номенклатура дел, которые служат основанием для составления описей дел, актов на уничтожение документов.

4.4.Перечнем МЗ 1974. был определен постоянный срок хранения операционного журнала (ф.008/у), Письмом МЗ РФ от 07.12.2015г. № 13-2/1538 « О сроках хранения медицинской документации» установлен срок хранения данного журнала 5 лет, Перечнем МЗ 2023 установлен постоянный срок хранения названного документа. Эти изменения следует учесть структурным подразделениям и АРХИВУ при описании и (или) списании документов;

5. Заключение

5.1. Инструкция составлена ГБУ РД «ДРКБ им.Н.М.Кураева» и ГКУ РД «ЦГА РД». В отсутствие единых правил работы с медицинской документацией при составлении инструкции использованы основные нормативные правовые акты Российской Федерации, нормативно-распорядительные документы МЗ РФ, МЗ РД, локальные распорядительные документы ДРКБ. По мере поступления нормативных правовых актов Российской Федерации, Республики Дагестан, регулирующих работу с медицинской документацией, а также по замечаниям пользователей инструкция подлежит корректировке, дополнению.

5.2. Инструкция рекомендована к использованию также иными лечебно-профилактическими учреждениями, корректируя применительно к конкретным условиям каждого учреждения.

5.3. Инструкция размещена на сайте: drkbrd.ru. Замечания, предложения к Инструкции рекомендуется направлять на адрес: drkb_arhiv@mail.ru.

5.4. К Инструкции на бумажном носителе приложен Приказ МЗ РФ от 05.08.2022г. №530 н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара и порядков их ведения».

Отзыв
на Инструкцию по формированию и оформлению медицинской документации и документов общего делопроизводства при подготовке к сдаче в архив, передаче в архив ГБУ РД «ДРКБ им. Н.М.Кураева» и их использованию

№№ п/п	Должность, ФИО эксперта	Замечания, предложения эксперта	Подпись эксперта, дата	Примечание
1	2	3	4	5