

## **Правила оформления истории болезни пациентов с синдромом старческой астении**

### **Паспортная часть**

Необходимо внесения сведений о родственниках, опекунах с указанием фамилии, имени, отчества и способа связи при возникновении необходимости получения или передачи информации (номера телефонов, адрес проживания, электронный адрес).

### **Оформление диагноза**

Клинический диагноз состоит из двух основных диагнозов: первый - синдром старческой астении (ССА, R54) в развернутом виде (примеры формулировки приведены ниже); второй – основное заболевание (с указанием кода по МКБ-10), послужившее причиной госпитализации, определяющее тяжесть и прогноз заболевания.

Диагноз должен включать осложнения и сопутствующие заболевания, оценку риска, имеющие значение для ведения пациента.

### **Госпитализация (плановая)**

Обязательно наличие направления, оформленного надлежащим образом, и результаты опросника «Возраст не помеха», соответствующие критериям ССА, оба документа вклеиваются в историю болезни.

При отсутствии проведенного на догоспитальном этапе краткого опроса на выявление ССА медицинский персонал приемного отделения опрашивает пациента и оформляет бланк опросника «Возраст не помеха» в соответствии с алгоритмом постановки диагноза ССА (Приложение 2).

### **В приемном отделении:**

- уточнение диагноза ССА (проверка документов или проведение предварительной диагностики в соответствии с представленным алгоритмом), выполняет врач или подготовленная медицинская сестра;
- выявление острых когнитивных нарушений у пациента при условии возможности получения дополнительной информации от лиц, сопровождающих пациента (тестирование по шкале оценки спутанности сознания - the Confusion Assessment Method, CAM - Приложение 3), выполняет врач или подготовленная медицинская сестра;
- выполнение теста мини-Ког (Mini-Cog)

### **В отделениях (гериатрическом, неврологическом, кардиологическом)**

- лечащим врачом пациента с ССА является врач-гериатр;
- оказание медицинской помощи пациенту при наличии ССА и

заболеваний (состояний) и гериатрических синдромов осуществляется в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;

- пациентам с ССА в первый день госпитализации оформляется карта сестринского наблюдения за пациентом (Приложение 3);

- лечащий врач в первый день госпитализации в разделе объективного осмотра пациента делает запись по результатам опросника «Возраст не помеха», шкалы оценки спутанности сознания - the Confusion Assessment Method, CAM и теста мини-Ког (Mini-Cog) из приемного покоя;

- развернутый диагноз ССА устанавливается во второй день госпитализации, после оформления дневника наблюдения, включает результаты карты сестринского наблюдения и дополнительных шкал и тестов, проведенных лечащим врачом с целью уточнения гериатрического статуса пациента;

- ежедневно в дневниках лечащий врач отмечает дополнительно ко всем общепринятым объективным показателям состояния здоровья пациента динамику его функционального и когнитивного статуса, а также, при необходимости, уровень болевого синдрома, нарушений сна и других показателей, принимая во внимание также данные результатов наблюдения среднего медицинского персонала и записи в сестринской карте;

- при ведении пациента с ССА реализуется междисциплинарный подход к оценке состояния пациента, при определении тактики лечения и разработки плана долговременного наблюдения; с этой целью привлекаются врачи различных специальностей в соответствии с клинической ситуацией (невролог, кардиолог, эндокринолог, клинический фармаколог, психиатр, врач ЛФК, физиотерапевт, оториноларинголог, офтальмолог, уролог, гинеколог, хирург и другие специалисты);

- обязательным является оценка социального статуса пациента с ССА; заключение специалиста по социальной работе в истории болезни состоит из предварительной оценки, которая проводится при поступлении пациента в стационар на 1-2-ой день поступления, и при выписке, при необходимости, включает рекомендации с уточнением социального статуса и уровнем необходимой социальной помощи и предлагаемым решением ее организации;

- кодирование истории заболевания осуществляется следующим образом: первый основной диагноз – ССА (R54), второй основной диагноз – основное, или приоритетное, заболевание, по поводу которого преимущественно проводилось обследование и лечение пациента в рамках настоящей госпитализации (Приложение 4);

- в выписном эпикризе должна быть отражена информация о результатах комплексной гериатрической оценки, динамики функционального и когнитивного статуса за период нахождения пациента в

стационаре; рекомендации по дальнейшему ведению пациента должны содержать рекомендации по питанию, уровню физической активности, лекарственной терапии, социальной помощи с указанием способов наблюдения, кратности осмотров и предполагаемых повторных консультаций специалистов.