

REGULI GENERALE

DE INREGISTRARE A DATELOR
DESPRE INTALNIRILE
MEDIC – PACIENT
CU AJUTORUL
SISTEMULUI DE CLASIFICARE

ICPC-2
SI AL PROGRAMULUI
MedINS



Rețeaua de Dispensare Santinelă
2001

Material realizat de grupul de instructori:

Dr. Cristina Isar
Dr. Monica Bătăiosu
Dr. Mădălina Manea
Dr. Madalina Dumitrescu
Dr. Alexandra Căra
Doina Bunescu
Dr. Loredana Piloff
Dr. Anca Bălan
Dr. Ioana Jipa
Dr. Răzvan Miftode
Dr. Marius Mărginean

REGULI GENERALE DE INREGISTRARE A DATELOR DESPRE INTALNIRILE MEDIC – PACIENT CU AJUTORUL SISTEMULUI DE CLASIFICARE ICPC SI AL PROGRAMULUI MEDINS

De ce e nevoie de reguli și la ce se referă ele ?

Pentru a obține în final date de bună calitate (adeverate, valide) este nevoie ca toți participanții să vorbească “aceeași limbă”.

Acest limbaj comun nu se poate realiza fără ca un ansamblu de reguli - convenții să fie respectate.

1. Reguli generale

Când? Cine? Unde? Ce?

Datele vor fi înregistrate în timp real, adică **în timpul sau la sfârșitul fiecărei consultații efectuate la cabinet.**

Datele privind conținutul consultației vor fi înregistrate **doar de către medici.**

Datele de **identitate** ale pacienților pot fi completate de către **asistenta medicală** desemnată în acest scop, în prealabil instruită în legătura cu modul de operare.

În același mod ar putea fi introduse și date **retrospective** din fișa pacientului, și anume doar cele care se referă la **antecedentele heredocolaterale** și **antecedentele personale patologice**: bolile anterioare importante-intervenții chirurgicale, traumatisme, accidente, boli cronice sau alte boli acute cu urmări importante, factori de risc.

Conținutul fiecărei consultații trebuie completat în detaliu (toate rubricile convenite).

Este necesară consemnarea întregului spectru de probleme rezolvate, indiferent de natura lor: somatice, psihice, sociale.

Vizitele la domiciliu vor fi înregistrate în detaliu, cel mai târziu la sfârșitul consultațiilor din ziua următoare.

Consultațiile telefonice efectuate de către medic și care se referă la urmărirea evoluției stării unui pacient consultat anterior, discuții referitoare la incidente postadministrarea unor medicamente, sau sfaturi referitoare la administrarea anumitor medicamente vor fi consemnate ca și consultații.

La fel se consideră și convorbirile telefonice care se fac unui pacient cunoscut, cu o recădere a unei boli cronice, și caruia i se fac recomandări telefonice.

Idem pentru acele consultatii care se refera la afectiuni intercurente banale, sau cele cu continut educativ, despre dieta, sau modalitatea de pregatire pentru efectuarea unor investigatii.

Acele consultatii telefonice care se refera la programari, trimiteri etc nu vor fi consemnate.

Consultatiile efectuate de catre un inlocuitor pe parcursul anului, in timpul diferitelor absente ale medicului titular nu vor fi inregistrate.

Continutul inregistrarilor se refera la motivele prezentarii, continutul examinarii, investigatiile prescrise, diagnosticul de etapa, episodul din care face parte, tratamentul sau procedurile prescrise, trimiteri,

DECI,

LA INTREGUL CONTINUT AL CONSULTATIEI.

A. MOTIVELE DE PREZENTARE LA MEDIC (RFE)

1. Definitie

Motivul/motivele pentru care pacientul se prezinta la medic, asa cum este declarat si formulat in mod **spontan** de catre pacient.

(deci, NU asa cum este interpretat de catre medic, chiar daca formularea pe care o face pacientul este considerata de catre medic inadecvata sau gresita)

2. Categoriile de motive

- Simptome sau suferințe (scurgere vaginală, nas infundat, nod în gât, teama de SIDA, sotul meu bea, nu am bani de medicamente)
- Boli cunoscute (angina pectorală, sinuzită)
- Cereri de servicii de diagnostic sau profilactice (vaccinare antigripală, mamografie, măsurarea TA, EKG)
- Solicitări de tratament (repetarea unei rețete, transcrierea unei rețete, infiltrație paravertebrală cu Diprophos, injecții cu vitamine)
- Obținerea unor rezultate de analize sau interpretarea unor rezultate
- Motive administrative (certificat de boală, adeverință de somaj)

3. Reguli practice de înregistrare

Etape în înregistrarea motivelor:

1. Identificarea motivului/lor de prezentare, așa cum este el formulat de către pacient, din dialogul cu pacientul ;

2. Clarificarea motivului prin întrebări ajutătoare;

3. Re/formularea motivului astfel încât să fie recunoscut de pacient, **cu cât mai puține transformări** din partea cadrului medical;

Atunci când codificarea se face fără calculator, secvențialitatea alegerii codului ICPC pentru un motiv este : alegerea codului alpha la care se încadrează motivul și apoi precizarea tipului de motiv (codul componentei numerice din fiecare capitol).

Utilizând MedINS-ul, ordinea este schimbată.

- **selectăm inițial tasta MOTIV din dreapta ecranului,**
- **alegem felul motivului (tastând numele tipurilor principale : tratamente, proceduri, date subiective etc echivalent alegerii codului numeric)**
- **alegem în modul grafic sistemul/organel (codul alpha) la care face referire motivul**
- **alegem motivul precis, așa cum e formulat de pacient**

4. Alegerea categoriei de motiv pentru care se prezinta pacientul (componeta din cadrul unui capitol ICPC).

5. Alegerea sistemului/organului la care se incadreaza motivul respectiv (corespunzator codului alpha din codificarea ICPC)

6. Alegerea din lista de motive a aceluia cu formularea cea mai apropiata de intentia, formularea initiala a pacientului;

➡ a. Motivul trebuie sa fie cat mai specific cu putinta

Ex. Durerea toracica, poate fi codificata in diferite moduri, in functie de originea probabila

Atentie ! Alegeti originea probabila asa cum e ea sugerata de pacient, nu cum e interpretata de dvs!

Exemplu :

- Ma **doare in piept cand tusesc** alegeti cod respirator (**sistem respirator**, durere respiratorie)
- Ma **doare in piept** cand **ma intorc** de pe o parte pe alta **cod sistem locomotor** (**aparata locomotor**, durere toracica)
- Dar ma **doare inima cand tusesc** (**sistem cardiovascular**, durere cardiaca)

➡ b. Alegeti pe cat posibil terminologia utilizata de pacient

- **Mi s-a inrosit ochiul. Alegeti cod ochiul rosu nu hemoragie subconjunctivala.**
- **Cred ca am tensiune. Alegeti teama de boala (hipertensiune arteriala)**

- ➔ **c. Alegeți motivele prezentate de insotitor** pentru cei care nu pot prezenta singuri motivele (copii, afazici, comatosi). Daca pacientul coopereaza si nu poate vorbi solicitati motivele in scris (muti, afazici)
- ➔ **d. Pacientul poate avea motive multiple** pentru prezentare, care pot fi **intercalate pe tot parcursul intalnirii**, pentru ca pacientul isi aduce aminte treptat. Toate trebuie identificate, **cele mai importante, maxim 3 trebuie mentionate.**
- Nu pot sa dorm, mi-e gatul uscat si am greata matinala.
 - Toata ziua sunt obosita.
 - Sunt gata analizele de laborator? Rezultatele sunt bune?
 - Ce pot sa mananc si ce nu?
 - Stiti, de mult voiam sa va spun, sunt tare ingrijorata, sotul meu bea zilnic ½ l vodca si apoi se culca.

Codificarea

a) Simptome si acuze

De cele mai multe ori motivele prezentarii sunt simptome si acuze ale unor boli.

Fiecare capitol - sistem sau organ are simptome specifice. Toate capitolele includ inasa si cateva simptome comune cum ar fi: **teama de boala...., teama de cancer..., limitarea unei functii sau un handicap**, care trebuie formulate ca atare.

Atunci cand o anumita formulare nu se regaseste in lista, dar o considerati ca fiind un motiv important si frecvent, notati-l si trimiteti remarca pe lista de discutii a MedInsului sau sunati instructorul zonal.

Daca motivul respectiv este unul mai rar intalnit, nespecific, nu l-ati gasit in lista nici dupa ce ati cautat **termeni sinonimi**, il puteti incadra ca **alte simptome sau acuze** (“lada de gunoi”).

b) Diagnostic, screening si preventie

Uneori pacientul solicita o procedura diagnostica anume, legata de o anumita problema pe care o si formuleaza.

- *Sotul meu are hepatita B. Doresc si eu investigatii sa vad daca nu am si eu.*
- *Mi-e teama de diabet. Vreau si eu o glicemie.*

Alteori procedura solicitata apare ca o cerere unica. Medicul trebuie sa investigheze motivul pentru care pacientul solicita procedura respectiva, pentru o buna incadrare a motivului la « capitolul » cel mai adecvat.

- *Cred ca am nevoie de un examen urinar*

Medicul intreaba: De ce

Pacientul raspunde: vreau sa vad daca nu am zahar in urina

Incadrarea va fi atunci la capitolul de diabet.

- *Daca pacientul raspunde, cred ca mi-a revenit vechea infectie urinara, capitolul respectiv ales va fi cel de Urinar.*

In mod conventional, **daca pacientul** solicita o procedura diagnostica **avand un motiv/ suspiciune** pe care o poate preciza (**De ex doresc sa mai fac un EKG sa vad cum mai stau cu angina mea**), atunci
Motivul=cerearea de procedura - EKG iar
Diagnosticul = cel sugerat de pacient - Angina pectorala.

Daca pacientul solicita o procedura diagnostica, nestiind ca are o anumita boala, la diagnostic se va trece Teama de boalala sistemul respectiv.

Daca pacientul solicita o procedura diagnostica pentru o verificare a starii de sanatate **(Ex vreau si eu analize, ca n-am mai facut de anul trecut, vreau toate analizele sa vad cum mai stau), la diagnostic se va trece Teama de boala nespecificata.**

c) Tratament: Medicatie - Proceduri

Un pacient poate veni la consultatie din proprie initiativa pentru a solicita un anumit tratament, pentru o anumita afectiune. Acelasi pacient poate fi chemat la consultatie de catre medic, in vederea monitorizarii tratamentului.

Pentru o buna incadrare a motivului prezentarii, legati procedura terapeutica sau administrarea de medicamente de problema pentru care se intervine.

Un pacient vine pentru scoaterea firelor. Incadrarea va fi diferita daca firele trebuie scoase de la pleoapa sau de la ligatura abdominala.

Daca pacientul solicita **repetarea retetei pentru o boala** pe care medicul deja o **cunoaste, motivul este repetarea prescriptiei iar diagnosticul, cel al bolii respective.**

Daca pacientul solicita **transcrierea unei retete prescrise de catre un alt specialist**, iar medicul nu face nici o alta manevra decat transcrierea propriu-zisa (fara lamuriri, educatie etc) motivul va fi unul administrativ.

d) Rezultatele testelor

Uneori, motivul prezentarii este solicitarea expresa a **rezultatelor unor investigatii facute in cabinetul sau la trimiterea medicului de familie.** Alteori pacientul vine pentru

interpretarea unor investigatii facute din proprie initiativa sau la recomandarea altor medici, de alte specialitati.

Motivete vor fi legate intotdeauna de problema pentru care au fost facute.

Pacientul solicită

- *interpretarea unei radiografii de coloana vertebrala (Cap L)*
- *interpretarea unei radiografii de stomac (Cap D)*
- *interpretarea unei hemoleucograme, in vederea sustinerii unui diagnostic de anemie (Cap B)*

Intotdeauna trebuie legata procedura diagnostica sau terapeutica, medicatia, rezultatele interpretarii testelor, de problema de boala/sanatate (pe organe si sisteme)

e) Probleme administrative

Exista o multitudine de probleme administrative formulate ca atare de catre pacienti ca motive de prezentare.

Am venit pentru referat pentru comisia de expertiza

Un certificat de sanatate

fisa de angajare

certificat medical

adeverinta de somaj

scutire de educatie fizica

certificat de deces

certificat prenuptial

Biletul de trimitere este considerat act administrativ doar daca consultatia contine doar scrierea acestui bilet.

f) Trimiteri si alte motive

Pacientii pot solicita **trimiteri pentru consult** in alte servicii, sau specialitati.

Ei pot formula motivul si **ca recomandare de vizitare a medicului de familie** de catre alt specialist.

Medicul de familie sau asistentul lui pot formula cererea expresa de a urmari in mod activ un pacient intr-o consultatie ulterioara - **revenirea la control**

Daca pacientul vine la control- motivul prezentarii va fi codificat ca : Consultatie initiata de un furnizor, avand ca diagnostic, diagnosticul episodului de care il legam.

Ex M-ati chemat la control la plamani

Neurologul m-a trimis sa-mi urmariti tensiunea.

Vreau sa consult un urolog caci urinez prea des noaptea.

g) Diagnostic sau boala

Incadrarea motivului prezentarii ca diagnostic se va face doar atunci **cand pacientul il formuleaza ca atare.**

Daca pacientul vine pentru un diagnostic, (migrena), incadrarea se va face ca diagnostic, chiar daca medicul considera ca acest diagnostic este incorect.

Daca acelasi pacient cunoscut diabetic, formuleaza motivul prezentarii ca simptom, stare frecventa de slabiciune, cu transpiratii, incadrarea se va face ca simptom, chiar daca el e determinat de un diagnostic specific Ex Stare de slabiciune, si transpiratii si nu la diabet, sau Crize de hipoglicemie

7. Incadrarea intr-un episod

Odata identificate **motivele prezentarii**, acestea trebuie **legate de episodul de ingrijire** carora le apartine

(episod nou sau vechi). Mai multe motive pot apartine unui singur episod, sau mai multe motive ale aceleiasi consultatii pot fi incadrate in episoade diferite. (vezi mai complet episodul).

B. Diagnosticul - evaluarea

Pe parcursul intalnirii medic-pacient, din analiza motivelor prezentarii, medicul deduce problema/problemele de sanatate pentru care pacientul s-a prezentat la consultatie.

Medicul are un demers diagnostic in functie de problema de sanatate suspicionata.

La sfarsitul consultatiei, medicul poate stabili un diagnostic de etapa.

In functie de complexitatea cazului si a datelor de care medicul dispune, acest **diagnostic** poate fi unul foarte **specific, de boala sau traumatism** (EX ulcer duodenal activ) sau dimpotriva, **diagnosticul** poate fi formulat doar **ca simptom** sau **acuză**.

Un grad mic de certitudine pentru formularea unui diagnostic de boala, impune necesitatea formularii unui diagnostic-simptom.

Numele diagnosticului dă numele episodului.

Atat numele diagnosticului cat si implicit cel al episodului, pot fi modificate la consultatiile ulterioare. Un singur episod de ingrijire poate suferi pe parcursul timpului, **modificari succesive**, pe masura acumularii de noi informatii. Cu cat gradul de certitudine la stabilirea diagnosticului intr-o etapa sau alta, este mai mare, cu atat transformarile ulterioare vor fi mai putine.

Incadrarea cat mai adecvata in diagnostic-simptom (componenta 1 ICPC) sau diagnostic- boala (componenta 7

ICPC) se face si dupa consultarea listelor de sinonime, a criteriilor de includere si de excludere.

Reguli

1. Codificarea diagnosticului trebuie sa atinga cel mai inalt nivel de specificitate posibil la respectiva consultatie.
2. Criteriile de includere contin un numar minim de criterii necesare pentru codificarea la rubrica respectiva
3. Criteriile de includere vor fi consultate dupa stabilirea de catre medic a diagnosticului, si nu pentru stabilirea diagnosticului sau in scop terapeutic
4. Daca criteriile de includere nu sunt de folos, consultati rubrici mai putin specifice ca: “**vezi si**” (in carte)
5. Pentru rubricile care nu au criterii de includere, consultati lista termenilor de includere si luati in considerare orice termeni de excludere.
6. Un grad mic de certitudine pentru formularea unui diagnostic de boala, impune necesitatea formularii unui diagnostic-simptom.
7. Indiferent de tipul diagnosticului formulat, codificat ICPC, ulterior se va alege codul ICD10 cel mai probabil.

C. Procedurile

Procedurile pot fi

- **Diagnosticice**
 - a. clinice
 - b. paraclinice
- **Terapeutice (de ingrijire)**

Pot fi efectuate in cabinetul medicului de familie sau prin trimitere, in cabinetele altor specialitati.

Codificarea procedurilor se face prin intermediul câmpurilor corespunzătoare componentelor 2, 3, 5 și parțial 6 din clasificarea ICPC.

Reguli

1. Cu ocazia fiecărei consultații pot fi codificate mai multe proceduri. Trebuie codificate (incadrate) toate acele proceduri care au loc în timpul respectivei consultații, în capitolul de proceduri diagnostice sau terapeutice.
2. Există doar un număr redus de proceduri specifice doar anumitor capitole: nașterea, avortul, planificarea familială, care se regăsesc într-un capitol diferit de cel al afecțiunilor organelor genitale.
3. **Procedurile diagnostice și preventive (componenta 2 din clasif ICPC)**
Acoperă o gamă largă de activități de asistență sanitară: imunizări, screening, evaluarea riscului, educație și consiliere
4. **Medicația și procedurile terapeutice** (componenta 3 din clasif ICPC) se referă doar la acele proceduri care au loc în cabinetul medicului de familie
5. **Procedurile administrative** (componenta 5 din clasif ICPC) se referă la acele proceduri efectuate în cabinet care constau în eliberarea de documente și formulare, stipulate prin reglementările, legile sau obiceiurile existente.
6. **Trimiterile (componenta 6 din clasif ICPC)** către alți furnizori fie din rețeaua primară fie din rețeaua secundară sau terțiară, în scop diagnostic, terapeutic sau de consiliere, sunt codificate în acest câmp, cu excepția trimerilor pentru investigații de laborator care au un câmp separat.

D. EPISODUL DE INGRIJIRE

Se refera la toate ingrijirile acordate pentru o problema minora de sanatate sau pentru o boala, unui pacient anume, **DE LA PRIMA PREZENTARE LA MEDIC SI PÂNĂ LA ULTIMA.**

REGULI

1. *Episodul de ingrijire poate fi considerat:*

- Nou pentru medic SI PACIENT (Se tasteaza butonul **Episod nou**)
- Nou numai pentru medic (pacient tratat anterior la alt medic)- se va tasta butonul **Episod preluat**)
- Vechi (consultatii de urmarire) - se alege un episod preexistent din lista de episoade afișată)
- Episod vechi cu diagnostic nou , se selectează în cazul în care în cursul unui episod în derulare se schimbă diagnosticul, acesta trebuind să fie raportat ca boală nou luată în evidență – pentru incidență (se bifează controlul **Diagnostic nou**).

2. *Problema de sanatate/diagnosticul este punctul central al episodului de ingrijire si ii confera numele*

Problema de sanatate poate fi:

- Diagnostic medical
- Teama de boala
- Simptome
- Acuze
- Infirmitati
- Nevoi de asistenta

3. Episodul de îngrijire

- Este format din una sau mai multe consultatii
- Include si modificarile care survin in timp

Cuprinde :

- Motivele prezentarii
- Problemele de sanatate/ diagnostic
- Procedurile/ interventiile efectuate

4. Deschiderea unui episod nou

- Cand problema consultatiei actuale nu poate fi conectata cu nici unul din episoadele in curs
- Episodul nou ia denumirea diagnosticului stabilit ; daca diagnosticul are un grad mare de certitudine, episodul va avea denumirea bolii respective, daca certitudinea e mica, diagnosticul va fi de motiv al intalnirii si se va modifica pe parcursul consultatiilor ulterioare.



!!! Complicatiile unei boli vor fi inregistrate ca Episoade noi de îngrijire

Ex. Retinopatia diabetica va fi un episod diferit de Diabetul zaharat; varicele esofagiene-diferit de ciroza; metastaza diferit de neoplasm



!!! Acutizarile unor boli cronice vor fi inregistrate ca Episoade noi de îngrijire.

Ex. O persoana cu BPOC care vine pentru o noua bronsita, va fi inregistrat ca episod nou de ingrijire.

5. Denumirea unui episod se schimba de fiecare data cu schimbarea diagnosticului (in mod automat de către programul Medins)

Aceasta ne va permite sa urmarim in mod individual traiectoria fiecarui pacient de la prezentare pana la stabilirea diagnosticului de certitudine, cu tot continutul ei medical.

6. Inchiderea unui episod

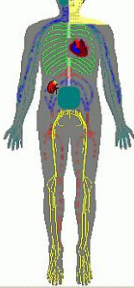
- Daca pacientul este urmarit dupa rezolvarea problemei
- Daca pacientul nu mai revine pentru aceeași problema un anumit timp

Bolile cronice vor reprezenta tot atatea episoade in curs, neinchise, pana in momentul decesului

Bolile acute, determina episoade bine determinate, care pot fi inchise cu ocazia unor vizite ulterioare ale pacientului, cu ocazia altor motive

Inchiderea episodului urmează a fi implementată în perioada următoare.



Simpptome	Diagnostiche	Dispensar	Tratamente
<p>Clasic</p> 		<p>Grafic</p> <p>Generale si nespecificale Sange, organe hematofomatoare si mecanisme imune Sociale Endocrin, metabolism, nutritional Aparatul genital feminin (inclusiv sara) Aparatul genital masculin</p>	
<p>Aparatul circulator</p> <p>Alarmer</p> <p>accident cerebral vascul Accident cerebrovascul afectarea non-reumatic Alte boli cardiace Alte boli cardiace nespe Alte boli cardiovasculare alte tulburari de conduc amezie globala tranzit anevrism cardiac anevrism cerebral angina cu spasm angina de efort angina instabila angina pectorala Anomali cardiovasculare apoplexie Aritmii cardiace NA astm cardiac atac ischemic tranzitor</p>			

Modificare

Nume: [text]
Prezenta: [text]
Sex: [text]
Data nastere: [text]
Localitate: [text]

Antecedente/Alte

Antecedente/Alte	Conditii	Proced-Tratamente	Alarmer	Tratare	Examinari
Patologie	Factori de risc	Factori de risc	Factori de risc	Factori de risc	Factori de risc
Factori de risc	Factori de risc	Factori de risc	Factori de risc	Factori de risc	Factori de risc

Alarmer

Factori de risc

Boli cronice

Altele

Răzgândire **Acceptare**

Alarmer
Diagnoza
Dignitate
Urgență