УКАЗАНИЯ ЗА ПОПЪЛВАНЕ НА "МЕДИЦИНСКО СВИДЕТЕЛСТВО ЗА СМЪРТ"

(По Десета ревизия на Международната статистическа класификация на болестите и проблемите, свързани със здравето)

Медицинското лице констатирало смъртта съставя съобщението, като попълва частта му "медицинско свидетелство за смърт", съответно т. 1-13. В медицинското свидетелство лекарят, вписва непосредствената причина за смъртта, предхождащите и придружаващите състояния или болести и основната (началната) причина за смъртта. Лекарят изписва болестите и състоянията ясно и четливо на български език. От прецизното и точно вписване на причините за смъртта в много голяма степен зависи качеството и достоверността на информацията за смъртността по причини. Медицинското свидетелство за смърт се попълва от лекар, който лично е установил факта на смъртта (чрез мъртвопроверителство). Не се разрешава задочно издаване на свидетелство за смърт.

За определяне на причини за смъртта задължително се използват данните от историята на заболяването, аутопсионния протокол, а за починалите по домовете - здравното досие (личната амбулаторна карта) или други медицински документи, които съдържат информация за най-точното определяне на основната причина за смъртта.

Съобщението за смърт в частта му за причините на смъртта и друга медицинска информация е стандартизирано в съответствие с препоръките на СЗО. Предназначено е за регистриране на причините за смъртта и е разделено на две части, обозначени с римски цифри. В част I са предвидени 4 реда на които се записват както следва:

1-а причината, довела непосредствено до смъртта

1-b предшестващи причини, които са довели до възникването на посочената на ред 1-а причина, довела непосредствено до смъртта

1-с предшестващи причини, които са довели до възникването на посочената на ред 1-а причина, довела непосредствено до смъртта

I -а - основна /начална/ причина за смъртта Редовете 1-Ь, 1-с и 1-с1 не е необходимо да се попълват, ако вписаната на ред 1-а болест или състояние, непосредствено довели до смъртта, описват изцяло хода на събитията.

В част II се записва всяко друго значимо състояние, което е повлияло неблагоприятно върху течението на болестния процес и по този начин е допринесло за леталния изход, но което не е свързано с болестта или патологичното състояние довели до смъртта.

Посочването на приблизителния период от време (минути, часове, дни, седмици, месеци или години) между началото на патологичния процес и смъртта помага на лекаря, който кодира съобщението за смърт да избере правилния код на основната (началната) причина на смъртта.

На ред 11 се зачертава един от кодовете от 1 до 8, определящи характера на причината на смъртта.

На ред 12 се отбелязва от кого е установена смъртта, като код 4 се поставя в случаите, когато мъртвопроверителят не е лекар.

На ред 13 задължително се попълват данни за лекаря, медицинският специалист - съотв. трите имена, подпис, печат и Единен граждански номер/УИН. Тази информация е необходима на лекарите от РЗИ за установяване на контакт за консултации при кодирането. Ако смъртта е настъпила в лечебно заведение името на лечебното заведение се попълва най-горе в Съобщението за смърт. Кодирането на началната (основната) причина за смъртта се възлага на лекар, работещ в РЗИ и определен за тази дейност от директора на РЗИ.

Качеството на информацията за смъртността по причини основно се определя от информацията, попълнена от лекаря установил смъртта и впоследствие от прилагането на правилата за избор и кодиране на основната (начална) причина на смъртта в РЗИ.

Състоянието, което трябва да се използва за анализ на заболеваемостта по единични причини - това е основното състояние, по повод на което е провеждано лечение или изследване по време на съответния епизод за търсене на медицинска помощ. Основното състояние се определя като състоянието, диагностицирано в края на епизода, при който е оказана медицинска помощ, по повод на който пациентът е бил лекуван или изследван. При наличието на повече от едно такова състояние се избира това, на което се е паднала най-голямата част от използваните ресурси. Ако диагнозата не е установена, то като основно състояние следва да се избере водещият симптом, отклонение от нормата или проблем.

Освен основното състояние, в медицинските документи по възможност следва да се изброяват поотделно другите състояния или проблеми, които са съществували в течение на съответния епизод на здравна помощ. Другите състояния се определят като такива състояния, които съществуват или възникват в хода на дадения епизод на здравна помощ и оказват влияние върху третирането на пациента. Състоянията, които са свързани с по-ранен период и които не оказват влияние върху текущия епизод, не следва да се регистрират.

Ограничаването на анализа на разработката по единичното състояние за всеки епизод води след себе си загуба на част от съществуващата информация. Затова се препоръчва, по възможност, да се прави кодиране и анализ на заболеваемостта по множествени причини, като по този начин се допълват обикновените данни.

- Практикуващият лекар, отговорен за лечението на пациента, за всеки случай на оказана медицинска помощ трябва да избере основно състояние, което трябва да регистрира, както и всички други състояния.

- Всяка диагностична формулировка трябва да бъде колкото е възможно по-информативна, за да може дадено състояние да бъде отнесено към най-подходящата за него рубрика на Международната класификация на болестите.

- Ако в края на периода на получаване на медицинска помощ, точната диагноза не е установена, тогава следва да се запише тази информация, която позволява да се състави най-правилната и точна представа за състоянието, по повод на което е извършвано лечението или изследването.

- В случаите, когато епизодът на медицинската помощ има отношение към няколко свързани състояния, едно от тези състояния, очевидно явяващо се по-тежко и водещо след себе си по-големи разходи, отколкото останалите състояния, трябва да се регистрира като "основно състояние", а останалите - като "други състояния".

В случаите на регистриране на такива състояния като травма, отравяне или друго въздействие на външните причини, е важно да се опише в пълен обем както характерът на състоянието, така и обстоятелствата, които са го предизвикали.

- Ако обръщането за медицинска помощ е свързано с лечение или изследване по повод на остатъчни явления (последици) от дадена болест, която в момента е преминала, е необходимо подробно да се опише остатъчното явление и да се посочи неговият произход, като при това точно се отбележи, че основното заболяване в момента не съществува.

- "Основното състояние" и "други състояния", които се отнасят към даден епизод на медицинска помощ, трябва да се посочват от лекуващия лекар и кодирането в тези случаи не представлява никаква трудност, тъй като за кодирането и разработката на данните следва да се вземе отбелязаното "основно състояние", само ако не бъде ясно, че не са спазени инструкциите, дадени по-горе. По възможност, медицински документ с явно несъвместимо и неправилно записано основно състояние следва да се връща на лекаря за уточняване. Препоръчително е да се записва "други състояния", когато те се отнасят към епизода на медицинска помощ като допълнение към основното състояние, даже в случаите на анализиране на заболеваемостта по единична причина, тъй като тази информация може да бъде в помощ при избора на правилен код в Международната класификация на болестите за основното състояние.