

## INSTRUCȚIUNI

### privind completarea formularului Foaie de Observație Clinică Generală (F.O.C.G.)

1. Completarea următoarelor rubrici se face cu litere majuscule: județul, localitatea, spitalul, secția, numele, prenumele și toate diagnosticele de pe prima pagină.

2. Completarea F.O.C.G. se face pe baza următoarelor acte oficiale:

- buletin de identitate
- carnet de asigurat
- talon de pensie
- certificat de naștere pentru copiii sub 15 ani (care nu au încă buletin de identitate).

3. Rubricile se completează și se codifica astfel:

- județul și localitatea se refera la spital; codul județului se va face alfabetic pe județele țării, codificându-se conform listei din Anexa nr. I, cu 01 (județul Alba) și în continuare până la 42 (Municipiul București);
- spitalul și secția se trec și se codifică după nomenclatorul unităților sanitare aprobate de Ministerul Sănătății și Familiei (Ordinul MSF nr. 457/2001 – Anexa nr. II pentru secții) și Anexa nr. III – nomenclatorul spitalelor;
- numărul de înregistrare al F.O.C.G. se face după codul unic al spitalului din Registrul de intrări-ieșiri; numerotarea începe cu 00001 la 1 ianuarie al fiecărui an;
- “întocmit de” se trece numele medicului care a întocmit F.O.C.G. și se aplică parafa acestuia;
- CNP se completează pe baza buletinului de identitate sau a certificatului de naștere pentru cei ce nu au buletin de identitate;
- sexul se subliniază litera M (masculin) sau F (feminin);
- data nașterii se codifică în căsuțele respective cu 01-31 (zi), 01-12 (lună), 2002 și în continuare pentru anul calendaristic respectiv;

- domiciliul legal (județul, localitatea, sectorul – pentru Municipiul București, Urban/Rural, strada și numărul etc. se completează pe baza buletinului de identitate;
- reședința corespunde cu județul, localitatea, sectorul etc. unde locuiește în prezent persoana spitalizată și se completează, de asemenea, pe baza buletinului de identitate;
- greutatea la naștere se completează la nou-născuți și copii până la vârsta de 1 an;
- ocupația și locul de muncă se completează după dovada eliberată de unitatea unde este angajată persoana respectivă;
- statut pacient se completează din carnetul de asigurat.

4. Grupul sangvin, Rh și alergic la se completează pe baza actelor medicale ale pacientului, fie pe baza investigațiilor ce se efectuează la internarea în spital.

5. Tipul internării: se trece în căsuța alăturată codul felului de trimitere (de la 1 la 9, vezi lista din Anexă).

6. Data internării și externării și numărul zilelor de spitalizare și ale concediilor medicale acordate la externare se completează fiecare în căsuțele corespunzătoare.

7. Diagnosticul de trimitere este cel al medicului care a trimis pacientul pentru a fi spitalizat. Se completează de medicul camerei de gardă pe baza Biletului de trimitere (internare); nu se codifică.

8. Diagnosticul de internare este cel al medicului de gardă, al spitalului și e semnat și parafat de dânsul, se codifică conform CIM-10 cu 4 caractere.

9. Diagnosticul la 72 ore este cel al medicului curant, nu se codifică.

10. Diagnosticul la externare se completează și codifică conform CIM-10 cu 4 caractere de medicul curant:

10.1 Diagnosticul principal are două rânduri, al doilea pentru situațiile de codificare duală:

- în caz de traumatisme și otrăviri:
  - în primul rând se trece natura acestora (capitolele S,T din CIM-10 cu 4 caractere)

- în rândul al doilea se trece cauza externă (capitolele V, W, X,Y din CIM-10 cu patru caractere)
- în cazul afecțiunilor notate cu dagger (+) și asterix (\*):
  - în primul rând se trece diagnosticul cu (+)
  - în rândul al doilea se trece cel cu (\*)

10.2 Diagnosticile secundare (complicații/comorbidități) are loc pentru maximum 8 afecțiuni, concomitente cu diagnosticul principal, trecându-se inclusiv complicațiile/comorbiditățile pentru care pacientul a fost investigat și tratat; se codifică conform CIM-10 cu 4 caractere.

**Notă:** La codificare se va ține seama de Reglementările OMS de clasificare și codificare.

11. Intervenția chirurgicală principală și cele concomitente (secundare), data intervenției se completează pe baza Registrului protocol operator, trecându-se și echipa operatorie și data intervenției, precum și codurile respective din “Nomenclatorul intervențiilor chirurgicale”.

12. Examen citologic, extemporaneu, histopatologic – se trec elementele mai importante ale examenelor respective efectuate în spital.

13. Transfer între secțiile spitalului – se completează de fiecare secție în care a fost internat și transferat pacientul.

14. Starea la externare, tipul externării și decesul intraoperator se completează și codifică de medicul curant în căsuțele respective.

15. Diagnosticul în caz de deces se completează și se codifică tot de medicul curant, concomitent cu Certificatul constatator de deces, în conformitate cu regulile de codificare, cuprinse în Reglementările CIM-10.

16. Diagnosticul anatomo-patologic se completează pe baza buletinului de examinări histopatologice ale anatomo-patologului care, în caz de tumori maligne, trece și codul morfologic după regulile de codificare cuprinse în broșura de clasificare a tumorilor.

17. Explorări funcționale și investigații radiologice se completează de medicul curant pe baza buletinelor respective ale compartimentelor de explorări

funcționale și radiologie, preluând codurile puse de aceste compartimente și separat numărul de explorări și investigații.

Alte observații – în prezent nu se completează.

18. Motivele internării - se trec rezumativ agravările, complicațiile bolilor care au motivat spitalizarea pacientului.

19. Anamneza și istoricul bolii va cuprinde pe subcapitole (a, b, c, d, e) tot ce cunoaște pacientul despre antecedentele familiale, personale și boala care a necesitat spitalizarea.

20. Examenul clinic general, examenul oncologic, alte examene speciale, cele radiologice, anatomo-patologice, ecografice etc. Examenul clinic general este cel al medicului curant, iar celelalte sunt ale altor secții sau laboratoare și trecut în buletinele de investigații, din care medicul curant va trece în F.O.C.G. ceea ce este mai important pentru cazul tratat, anexând și buletinele.

21. Susținerea diagnosticului și tratamentului, epicriza și recomandările la externare sunt obligatoriu de completat de medicul curant și revăzut de șeful secției respective. Cuprinde rezumativ principalele etape ale spitalizării și ale tratamentului acordat pe parcurs, recomandările date celui externat, medicamentele prescrise, comportamentul indicat acestuia în perioada următoare externării.

22. Semnătura și parafa medicului – se completează de medicul curant care a avut în îngrijire pacientul.