ЯКІ НОРМАТИВНІ ДОКУМЕНТИ МОЗ УКРАЇНИ РЕГЛАМЕНТУЮТЬ ОФОРМЛЕННЯ ЛІКАРЯМИ МЕДИЧНИХ ДОВІДОК ПОТРІБНИХ ДЛЯ ВИКОРИСТАННЯ ПІД ЧАС СУДОВО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ З ВСТАНОВЛЕННЯ ФАКТУ МОРАЛЬНИХ СТРАЖДАНЬ (МОРАЛЬНОЇ ШКОДИ) ТА З ІНШИХ ПІДСТАВ?[1]

Назаров О. А.

DOI: 10.53672/ej.5.2022.01[1] Check for updates

Анотація. Адвокати й учасники судових справ нерідко стикаються з відмовою лікарів зафіксувати скарги пацієнта на стан здоров'я в тому формулюванні, в якому він їх висловлює, і зазначити обставини, з якими пацієнт пов'язує погіршення самопочуття: порушення його прав іншою особою чи вчинення щодо нього злочину. Медики пояснюють це тим, що накази МОЗ України такого не передбачають. Назаров О. А. доводить протилежне: така практика суперечить чинним медичним стандартам, настановам і наказам, а повноцінні медичні документи потрібні як об'єкти судово-психологічної експертизи з установлення факту моральних страждань (моральної шкоди) та з інших підстав. Автор аналізує Інструкцію щодо заповнення форми № 025/о «Медична карта амбулаторного хворого» (наказ МОЗ від 14.02.2012 № 110), за пунктом 16 якої лікар у розділі «Щоденник» записує скарги хворого, об'єктивні дані, перебіг хвороби, діагноз і призначення; клінічний протокол «Екстрена медична допомога: догоспітальний етап» (наказ МОЗ від 05.06.2019 № 1269) та адаптовану настанову з тактичної екстреної медичної допомоги (КН 2016-612 від 21.06.2016). Окреслено засади стандартизації медичної допомоги на принципах доказової медицини та Реєстр медико-технологічних документів (наказ МОЗ від 28.09.2012 № 751). Правові підстави видачі довідок довільної форми автор знаходить у пунктах 2.17–2.19 Інструкції, затвердженої наказом МОЗ від 13.11.2001 № 455: окремо для осіб, обстежуваних за направленням слідчих органів, прокуратури й суду, для тих, хто проходить діагностичне обстеження, і для тих, хто самостійно звернувся по консультацію. Згадано обов'язкове з 01.01.2021 ведення електронних медичних записів відповідно до Ліцензійних умов (постанова КМУ від 02.03.2016 № 285). Запропоновано послідовність оскарження неправомірних дій медиків: головний лікар, органи охорони здоров'я, гаряча лінія 1545, клініко-експертна комісія, інспекція з питань захисту прав споживачів, зі строками розгляду звернень 15, 30 і 45 днів. Окремий розділ містить розгорнуту схему первинного огляду й історії хвороби (паспортні дані, скарги з планом розпитування про біль, анамнез захворювання, анамнез життя з восьми складників, теперішній стан, обґрунтування попереднього діагнозу) з прикладами записів. Матеріал адресовано адвокатам, потерпілим і судовим експертам-психологам, які готують або оцінюють медичну документацію для експертизи.

Ключові слова: медична документація, медична довідка довільної форми, скарги пацієнта, анамнез, моральна шкода, моральні страждання, судово-психологічна експертиза, накази МОЗ України, медична карта амбулаторного хворого, клінічний протокол, доказова медицина, електронні медичні записи.

Which Regulations of the Ministry of Health of Ukraine Govern Medical Certificates Issued by Physicians for Use in Forensic Psychological Examination of Moral Suffering (Non-Pecuniary Damage) and on Other Grounds?

Nazarov O. A.

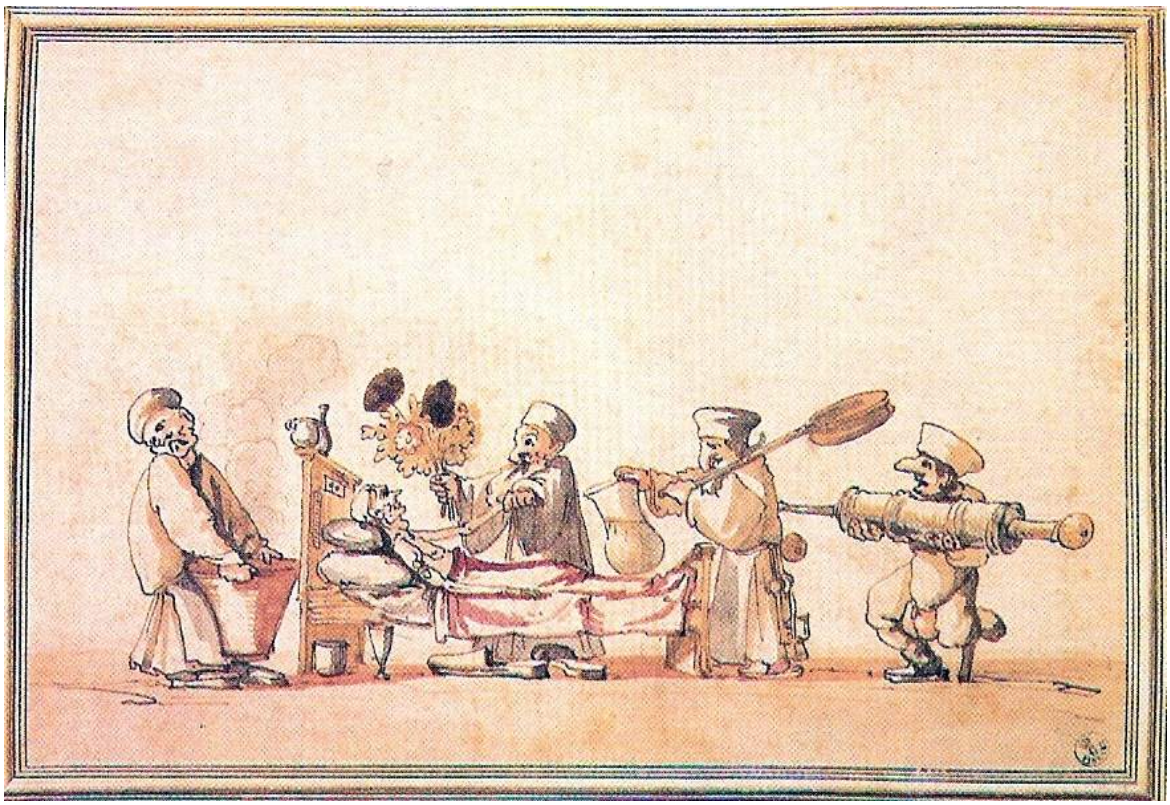
Abstract. Lawyers and parties to litigation often report that physicians refuse to record a patient's health complaints in the patient's own words or to note the events to which the patient attributes them, such as a violation of his or her rights or a crime. Doctors usually claim that orders of the Ministry of Health of Ukraine do not require this. O. A. Nazarov challenges that position and explains why complete medical records matter for forensic psychological examination aimed at establishing moral suffering (non-pecuniary damage) and for other expert tasks. The author examines the instruction on completing outpatient medical record form No. 025/o (Ministry of Health Order No. 110 of 14 February 2012), which obliges the doctor to enter complaints, objective findings, the course of illness, diagnosis and prescriptions; the clinical protocol on pre-hospital emergency care (Order No. 1269 of 5 June 2019); and an adapted guideline on tactical emergency care (2016). He outlines the evidence-based system of clinical guidelines, medical standards and clinical protocols, and finds the legal basis for free-form medical certificates in paragraphs 2.17–2.19 of the 2001 instruction on documents certifying temporary incapacity (Order No. 455), including certificates for persons examined on referral from investigators, prosecutors or courts. Mandatory electronic medical records since 2021 and a step-by-step complaint procedure, from the chief physician to the government hotline and clinical expert commissions, are also described. A detailed template of the initial examination and case history (complaints, history of present illness, life history, present status, justification of the preliminary diagnosis) is provided with sample entries. The paper gives practical guidance to attorneys, victims and forensic psychologists who request, prepare or assess medical documents.

Keywords: medical records, medical certificate, patient complaints, medical history, non-pecuniary damage, moral suffering, forensic psychological examination, Ministry of Health of Ukraine, outpatient medical record, clinical protocol, evidence-based medicine, electronic medical records.

Вперше оприлюднено: *сайт журналу «Судово-психологічна експертиза», 14.09.2022; у номері — 31.10.2022; DOI:* ***10.53672/ej.5.2022.01***[1].

Повний текст

У якості преамбули до матеріалу картина Луїджі Лаціо де Б'янко (1604-1657). Гумористична Алегорія медицини (зміст картини: пацієнту лікар може пропонувати зробити все що завгодно, крім того, що йому може бути потрібно насправді ...)



В теперішній час в системі охорони здоров'я України відбувається важлива подія – це **побудова якісно нової системи стандартизації медичної допомоги на основі використання методики з розробки клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів та локальних протоколів медичної допомоги на засадах доказової медицини.** В Украні діє **Реєстр медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги** відповідно до Положення про Реєстр, затвердженого Наказом МОЗ України від 28.09.2012 року № 751 "Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України" та зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2004/22316. **Нова система представлена трьома новими типами документів:** 1) клінічні настанови, 2) медичні стандарти та 3) клінічні протоколи. Уніфіковані клінічні протоколи медичної допомоги і медичні стандарти мають індикатори якості, за якими можна оцінити якість наданої медичної допомоги за певний період, в певному закладі охорони здоров'я, регіоні, в системі МОЗ України. Клінічні протоколи медичної допомоги та медичні стандарти розробляються на принципах **доказової медицини** (в основу цих розробок покладені Клінічні рекомендації/настанови (третинні джерела доказової медицини).

Принципи доказовості в медицині, які покладені в основу ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ, покликані зменшити надмірний вплив штучно культивованого інформаційного простору з надмірною рекламою сучасного ринку лікарських засобів та послуг: зменшується агресивний вплив сучасного фармакологічного ринку з неумисно або умисно створеними малоефективними або неефективними фармакологічними препаратами, ефективність яких часто обґрунтована такими ж замовними фіктивними науковими дослідженнями, **з іншого боку відсіюються застарілі догми та традиції лікування, ефективність яких незначна. Принцип доказовості в свою чергу має здешевити ринок меди-**

чних послуг та зменшити імовірність лікарських помилок — у принцип дії доказової медицини закладена ідея створення набору правил (протоколів), за якими окреслюється типові протоколи лікування, правила та покази типових діагностичних процедур та методів підтвердження діагнозу.

Відповідно до Інструкції щодо заповнення форми первинної облікової документації № 025/о "Медична карта амбулаторного хворого №___", яка затверджена Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14.02.2012 № 110, **форма № 025/о є основним первинним медичним документом хворого, який лікується амбулаторно або вдома, і заповнюється на усіх хворих при зверненні у заклад охорони здоров'я, який надає амбулаторно-поліклінічну допомогу (пункт 2 Інструкції).** Форма № 025/о заповнюється в усіх амбулаторно-поліклінічних закладах, які ведуть амбулаторний прийом (пункт 3 Інструкції). **У розділі VIII "Щоденник" фіксується кожне звернення пацієнта за амбулаторно - поліклінічною допомогою** (захворювання, проведення профілактичних оглядів, **консультації спеціалістів,** закриття листка непрацездатності тощо). Кожний запис датується, проставляється підпис лікаря, до якого пацієнт звернувся. **У разі звернення пацієнта з приводу захворювання лікуючий лікар у "Щоденнику" зазначає дані щодо скарг хворого, вказує його об'єктивні дані, перебіг хвороби, вписує діагноз, призначення, проставляє дату запису та засвідчує підписом (пункт 16 Інструкції).**

Продовження форми № 025/о

VIII. ЩОДЕННИК			
Дата звернення	Місце проведення лікування: поліклініка – 1, вдома – 2, денний стаціонар – 3, стаціонар вдома – 4	Скарги хворого, об'єктивні дані, діагноз, перебіг хвороби	Призначення, підпис лікаря або консультанта
1	2	3	4

Довідкова інформація:

1. Новий клінічний протокол. Екстрена медична допомога: догоспітальний етап (**наказ Міністерства охорони здоров'я України від 05.06.2019 № 1269**). - URL: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2020/07/2019_1269_nkp_ekstren_ditdor.pdf Для підвищення надійності зберігання наведеної роботи в мережі Інтернет на випадок її знищення або втрати та можливості безперешкодного ознайомлення з оригінальним текстом в

будь-який час, наводиться резервний URL-доступ забезпечений online-журналом: https://drive.google.com/file/d/1NPeByyKBWKLgc3W3HyKVGl8JCnZ-vfOC/view

2. Адаптована настанова «Тактична екстрена медична допомога» (реєстраційний номер МОЗ України до настанови №КН 2016-612 від 21.06.2016). - URL: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016_612_akn_ekstr.pdf Для підвищення надійності зберігання наведеної роботи в мережі Інтернет на випадок її знищення або втрати та можливості безперешкодного ознайомлення з оригінальним текстом в будь-який час, наводиться резервний URL-доступ забезпечений online-журналом: https://drive.google.com/file/d/1v1zeWpJTtlpEJgQiK9nAMGWzhEJqVxw1/view

3. База стандартів медичної допомоги станом на 17.01.2022 13:58:13. - URL: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2022/01/base_smd.zip Для підвищення надійності зберігання наведеної роботи в мережі Інтернет на випадок її знищення або втрати та можливості безперешкодного ознайомлення з оригінальним текстом в будь-який час, наводиться резервний URL-доступ забезпечений online-журналом: https://drive.google.com/file/d/1vswfGJbQ1TwLv800OutE-NmkouRPOY0o/view

4. Сучасні документи останніх років розроблені на засадах доказової медицини. Галузеві стандарти та клінічні настанови Державного експертного центру МОЗ України. - URL: https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/

5. Екстрена медична допомога. Клінічні протоколи. Галузеві стандарти та клінічні настанови Державного експертного центру МОЗ України URL: https://www.dec.gov.ua/mtd/ekstrena-medychna-dopomoga-2016-rik/

Правові підстави видачі громадянам за їх зверненнями лікарями довідок довільної форми!!!

Відповідно до пункту 2.17. Інструкції про порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян, яка затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 13 листопада 2001 року № 455 (Зареєстровано в Міністерстві юстиції України 4 грудня 2001 р. за № 1005/6196), **довідка довільної форми, засвідчена підписом головного лікаря і печаткою лікувально-профілактичного закладу, видається особам, які проходять обстеження за направленням слідчих органів, прокуратури і суду,** а також у разі встановлення причинного зв'язку захворювання з умовами праці, перелік яких затверджується Кабінетом Міністрів України.

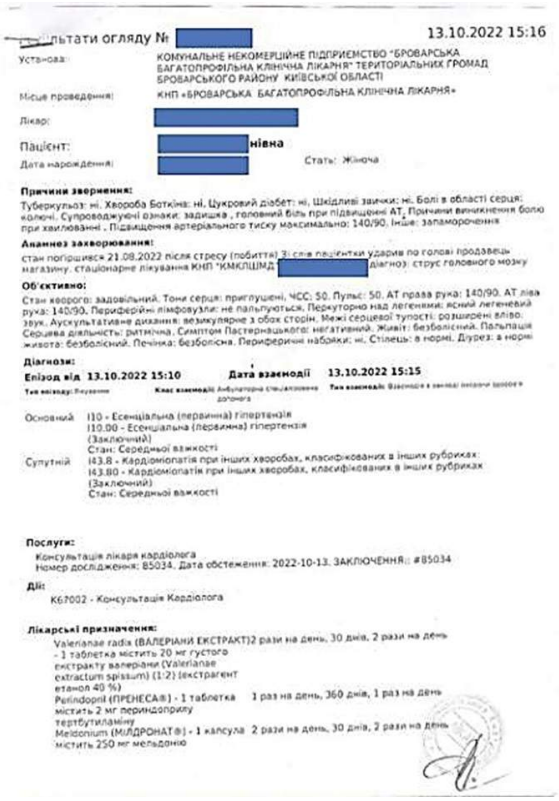
Особам, які проходять діагностичне обстеження в закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності, за відсутності ознак тимчасової непрацездатності видається!!! довідка довільної форми, засвідчена підписом завідувача відділення та печаткою лікувально-профілактичного закладу (пункт 2.18 доповнено абзацом п'ятим згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 06.12.2011 р. № 882)

Особам, які самостійно звернулись по консультативну допомогу, видається довідка довільної форми за підписом лікуючого лікаря, засвідченим печаткою лікувально-профілактичного закладу, з обов'язковим зазначенням часу проведеної консультації (пункт 2.19. вище вказаної Інструкції).

Довідкова інформація:

1. Інструкція про порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян, яка затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 13 листопада 2001 року № 455. - URL: https://ips.ligazakon.net/document/reg6196?an=764

Приклад належної медичної довідки, яка може видаватися лікарями громадянину за результатом його звернення і внесення лікарем електронних медичних записів щодо громадянина (пацієнта) в медичну інформаційну систему (МІС) та збереження інформації щодо звернення пацієнта в Центральній базі даних відповідно до Постанови Кабінету Міністрів України від від 2 березня 2016 р. № 285 "Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики".



Результати огляду № [redacted] 13.10.2022 15:16

Установа: КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО "БРОВАРСЬКА БАГАТОПРОФІЛЬНА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ" ТЕРИТОРІАЛЬНИХ ГРОМАД БРОВАРСЬКОГО РАЙОНУ КИЇВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Місце проведення: КНП «БРОВАРСЬКА БАГАТОПРОФІЛЬНА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ»

Лікар: [redacted]

Пацієнт: [redacted]нівна

Дата народження: [redacted] Стать: Жіноча

Причини звернення:
Туберкульоз: ні. Хвороба Боткіна: ні. Цукровий діабет: ні. Шкідливі звички: ні. Болі в області серця: «колючі. Супроводжуючі ознаки: задишка , головний біль при підвищенні АТ. Причини виникнення болю при хвилюванні . Підвищення артеріального тиску максимально: 140/90. Інше: запаморочення

Анамнез захворювання:
стан погіршився 21.08.2022 після стресу (побиття) З слів пацієнтки удари по голові продавець магазину. стаціонарне лікування КНП "КМКЛЦМД [redacted] діагноз: струс головного мозку

Об'єктивно:
Стан хворого: задовільний. Тони серця: приглушені, ЧСС: 50. Пульс: 50. АТ права рука: 140/90. АТ ліва рука: 140/90. Периферійні лімфовузли: не пальпуються. Перкуторно над легенями: ясний легеневий звук. Аускультативне дихання: везикулярне з обох сторін. Межі серцевої тупості: розширені вліво. Серцева діяльність: ритмічна. Симптом Пастернацького: негативний. Живіт: безболісний. Пальпація живота: безболісний. Печінка: безболісна. Периферичні набряки: ні. Стілець: в нормі. Діурез: в нормі

Діагнози:
Епізод від 13.10.2022 15:10 **Дата взаємодії 13.10.2022 15:15**

Основний I10 - Есенціальна (первинна) гіпертензія
I10.00 - Есенціальна (первинна) гіпертензія (Заключний)
Стан: Середньої важкості

Супутній I43.8 - Кардіоміопатія при інших хворобах, класифікованих в інших рубриках
I43.80 - Кардіоміопатія при інших хворобах, класифікованих в інших рубриках (Заключний)
Стан: Середньої важкості

Послуги:
Консультація лікаря кардіолога
Номер дослідження: 85034. Дата обстеження: 2022-10-13. ЗАКЛЮЧЕННЯ: #85034

Дії:
K67002 - Консультація Кардіолога

Лікарські призначення:
Valerianae radix (ВАЛЕРІАНИ ЕКСТРАКТ)2 рази на день, 30 днів, 2 рази на день
- 1 таблетка містить 20 мг густого екстракту валеріани (Valerianae extractum spissum) (1:2) (екстрагент етанол 40 %)
Ріліндорил (ПРЕНЕСА®) - 1 таблетка містить 2 мг періндоприлу тертбутиламіну 1 раз на день, 360 днів, 1 раз на день
Meldonium (МІЛДРОНАТ®) - 1 капсула містить 250 мг мельдонію 2 рази на день, 30 днів, 2 рази на день

Більш детально, додатково пропонується для ознайомлення стаття опублікована на Інтернет-сторінці порталу "Медична справа" 07 травня 2020 року під назвою "Електронні медичні записи: як вести?" в якій зазначені правові підстави і особливості ведення електронний медичних записів з 1 січня 2021 року лікарями, оскільки така форма ведення документів стала обов'язковою для усіх закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців. - https://medplatforma.com.ua/article/1971-elektronn-medichn-zapisi-yak-vesti Для підвищення надійності зберігання наведеної роботи в мережі Інтернет на випадок її знищення або втрати та можливості безперешкодного ознайомлення з оригінальним текстом в будь-який час, наводиться резервний URL-доступ забезпечений online-журналом: https://drive.google.com/file/d/1OoPdd4M3zEoUV6swaKvQkhxgbpEVmVp0/view

Куди скаржитись на протиправні рішення чи дії лікарів, медичних працівників?

1. Спочатку звертатися слід до найближчого керівного органу (особи) медпрацівника (установи), яка надала вам неякісні послуги. Зазвичай, почати слід з головного лікаря.

1.1. Зверніться до головного лікаря із письмовою заявою/скаргою і попросіть її зареєструвати (в такому разі вам зобов'язані надати відповідь);

У заяві важливо зазначити: 1) Прізвище, ім'я, по батькові повністю; 2) Місце проживання; 3) Суть питання і чітке формулювання прохання чи вимоги (якщо ви хочете бути присутнім при розгляді звернення, це також потрібно вказати); 4) Підпис і дату.

2. Якщо не вдалося владнати ситуацію, зверніться у департамент/управління охорони здоров'я вашого міста чи області із письмовою заявою/скаргою і попросіть вхідний номер (це допоможе дізнаватися хід розгляду вашого питання);

3. Якщо не вдалося владнати ситуацію, зверніться на гарячу лінію місцевих органів виконавчої влади;

4. Якщо не вдалося владнати ситуацію, зверніться на гарячу лінію Уряду за **телефоном 15-45**.

5. Будь-який громадянин має право подати заяву про проведення клініко-експертної комісії в міських, районних, обласних департаментах охорони здоров'я, а також КЕК МОЗ України. Такі комісії контролюють якість надання допомоги і розглядають усі випадки, в яких може йтися про неналежну допомогу пацієнту – від випадків з розбіжністю діагнозів до летальних.

6. Ще один спосіб захисту – звернення до Інспекції з питань захисту прав споживачів.

Скільки часу можуть розглядати звернення на рівні департаментів охорони здоров'я та інших владних представництв:

до 15 днів – звернення, які не потребують додаткового вивчення;

до 30 днів – звернення, які потребують додаткового вивчення;

до 45 днів – звернення, вивчити обставини яких неможливо у 30-денний термін; про це мають повідомити людині, яка подала звернення.

Деталезований розпис початкового обстеження хворого лікарями для подальшого складання медичних документів (довідок, виписок тощо) згідно медичних стандартів, настанов зазначених вище, які потрібні для подальшого використання під час проведення судово-психологічної експертизи

Зміст первинного огляду не травмованого пацієнта на догоспітальному етапі

Відео: https://www.youtube.com/embed/NWHQELAHSHY

Зміст первинного огляду травмованого пацієнта на догоспітальному етапі

Відео: https://www.youtube.com/embed/PfROYxlxbok

1. Обстеження лікарем хворого розділяється на суб'єктивне та об'єктивне.

Суб'єктивне обстеження — це розпитування лікарем хворого, усі ті дані, які сам хворий розповідає про свою хворобу і про своє життя.

Об'єктивне обстеження — це фізичні методи обстеження лікарем за допомогою його органів чуття (огляд, пальпація, перкусія, аускультація), а також лабораторні, рентгенологічні та інструментальні методи дослідження.

Розпитування хворого — це збирання анамнезу (грец. спогад— anamnesis). Ретельно зібраний анамнез — дуже важлива частина обстеження хворого. Інколи розповідь хворого про свої скарги і про прояви своєї хвороби вже наводить лікаря на думку про певний діагноз. **Лікар повинен збирати анамнез активно!!!**

Дані, які повідомляє хворий, тобто анамнез, повинні бути записані. Це – початок написання історії хвороби. Історія хвороби – дуже важливий документ. У ньому повинно бути відображено усе, що відбувається з хворим.

Історія хвороби лікарем пишеться за визначеною схемою:

1. Паспортні дані.

2. Розпитування: а) скарги; б) анамнез теперішнього захворювання; в) анамнез життя.

3. Теперішній стан (дані об'єктивного обстеження): а) загальний огляд; б) детальний огляд; в) обстеження за системами органів (огляд, пальпація, перкусія, аускультація): система органів дихання, серцево-судинна система, система органів травлення, сечовидільна система, ендокринна система, нервово-психічна сфера.

4. Попередній діагноз.

5. План лабораторних аналізів, рентгенівського та інструментального методів досліджень, консультацій.

6. План лікування.

7. Результати додаткових методів обстеження.

8. Клінічний діагноз та його обгрунтування.

Деталезований розпис історії хвороби пацієнта, якого повинен дотримуваться лікар:

1. Паспортні дані хворого. У цій частині історії хвороби подається загальна інформація про хворого: прізвище, ім'я, по батькові, вік тощо. Отже, лікар повинен провести послідовне опитування хворого для з'ясування його паспортних даних та кваліфіковано і грамотно зафіксувати їх у письмовій формі. І тут потрібно звернути увагу на два моменти: **Перший** — обізнаність лікаря у сфері спілкування з хворим з метою отримати максимально точну й достовірну інформацію. Тому тут велику роль відіграє діалог лікаря з хворим для з'ясування його паспортних даних. **Другий** — вміння лікаря точно і грамотно отримати первинну інформацію про хворого й записати її у медичну карту стаціонарного або амбулаторного хворого.

Загальні анкетні дані про хворого: 1. — Ваше прізвище, ім'я, по батькові? 2. — Ваш вік (кількість повних років)? 3. — Ваш сімейний стан (одружений (заміжня), неодружений (незаміжня), розлучений (розлучена), вдівець (вдова)? 4. — Яка Ваша професія або чим Ви займаєтесь? 5. — Де Ви працюєте (вчитеся)? — Місце Вашої роботи (Вашого навчання)? — Яка адреса Вашої роботи (Вашого навчання)? 6. — Яку посаду Ви займаєте? 7. — Ви домого-

сподарка? 8. — Ви пенсіонер (пенсіонерка)? — Ви на пенсії? 9.— Яка Ваша домашній адреса? 11.— Яка домашня адреса й телефон Ваших родичів?

Приклад запису паспортних даних хворого: 1. - Коваль. 2. - Людмила Федорівна. 3. - 23 роки. 4. - Вища. 5. - Інженер-економіст. 6. - Статистичне управління Центрального району. 7. - ВулицяШевченка, буд. 14, квартира 35. 8. - Домашнього телефону немає. 9. - Батьки живуть за тією ж адресою.

2. Скарги хворого. Розпитування хворого починається з вияснення скарг: "Що вас турбує?" або "На що ви скаржитесь?" Після відповіді хворого лікарем задаються низку додаткових запитань. Наприклад, хворий говорить, що його турбують болі в області серця. Лікар повинен вияснити, чим викликаються ці болі, коли і за яких обставин вони виникають, який їхній характер та інтенсивність, чи віддають куди-небудь ці болі; які засоби припиняють болі. Усе це дуже важливо, так як точні дані про болі можуть допомогти поставити точний діагноз. Є хвороба, яка називається грудна жаба, або стенокардія. Болі при цій хворобі є дуже характерними і за одним лише характером цих болів ви можете поставити діагноз. Якщо хворий скаржиться на задишку, то необхідно вияснити, коли виникає задишка, що її викликає, постійна вона чи у вигляді приступів. Різні типи задишки бувають при різних захворюваннях. Характерними є болі й при виразковій хворобі шлунка. Необхідно перерахувати всі скарги, обов'язково деталізуючи їх. Спочатку пишуться основні скарги, потім - другорядні.

Приклад запису скарг хворого: Скарги на болі тривалістю до 10 хвилин у ділянці серця, за грудиною стискаючого характеру, які віддають у ліву руку, під ліву лопатку, посилюються при фізичному навантаженні (швидкій ходьбі, ходьбі вверх по сходах), при хвилюванні, зменшуються у спокої, через одну-дві хвилини після прийняття під язик нітрогліцерину; перебої у серці, серцебиття, задишку при ходьбі по рівному; загальну слабість, пітливість, поганий сон.

План розпитування хворого лікарем: 1. Загальні скарги. 2. Характер болю. 3. Інтенсивність болю. 4. Локалізація больових відчуттів. 5. Іррадіювання болю. 6. Умови виникнення нападів болю. 7. Тривалість больових відчуттів. 8. Додаткові відчуття під час нападів болю. 9. Повторення нападів болю.

3. Анамнез захворювання. У даній частині необхідно лікарю вияснити у хворого, коли почалося захворювання, як воно почалося — гостро чи поступово. За гострого початку хворий інколи може точно вказати день і навіть час початку захворювання. **Лікарю потрібно вияснити, з чого почалось захворювання — з яких відчуттів і з яких симптомів, які, на думку хворого, причини, що викликали (спричинили) хворобу,** як розвивалась і перебігала хвороба у подальшому (надалі), чим хворого лікували і якими були результати лікування. Якщо хворому робили лабораторні та інші обстеження, слід вияснити їхні результати.

Приклад історії захворювання (анамнез захворювання), який має бути записаний у медичній картці хворого лікарем: Вважає себе хворим протягом п'яти років, коли з'явились перші напади головного болю стискального (стисного) характеру з переважною локалізацією в потиличній ділянці голови. Під час профілактичного огляду виявлялося підвищення артеріального тиску до 170/110 мм рт.ст. Призначалися медикаменти (to prescribe medicine), що знижують артеріальний тиск (обзидан), сечогінні (diuretic)

(фуросемід) тощо. До першого огляду головний біль виникав нечасто, напад тривав декілька годин, минав самостійно (independently), тому до лікарів не звертався (to consult the doctor), регулярно не лікувався. Останнє погіршення (change for the worse, worsening) — з 15 жовтня цього року, розвивалося швидко. Спочатку з'явився сильний стискальний біль у потиличній ділянці голови, сильне запаморочення, миготіння крапок перед очима, загальна слабкість, відчуття жару. Головний біль посилювався, погіршився зір. Лікар швидкої допомоги обстежив хворого, зробив ін'єкції медикаментів, що знижують артеріальний тиск, і госпіталізував його.

4. Анамнез життя. Вияснення лікарем анамнезу життя хворого проводиться у наступній послідовності: 1. Фізичний і розумовий розвиток (де, в якій сім'ї народився і проживав хворий, чи не відставав від ровесників у фізичному та розумовому розвитку). 2. Навчання і трудова діяльність (в якому віці пішов до школи, як навчався, який навчальний заклад закінчив, освіта. Служба в армії. Професії або виконувані роботи протягом трудової діяльності (професійний маршрут), стаж роботи. Детально з'ясувати умови праці: наявність професійних шкідливостей, несприятливих метеорологічних чинників, нервових і фізичних перевантажень та ін. Тривалість робочого дня. У хворих, які працюють у шкідливих та небезпечних умовах, уточнити термін останнього обов'язкового періодичного медичного огляду та його результати). 3. Сімейно-побутовий анамнез (сімейний стан, склад сім'ї, санітарно-гігієнічна характеристика житла, скільки чоловік проживає в даній квартирі, відносини в сім'ї. Харчування: регулярність і частота споживання їжі, її кількість і якість; харчується вдома чи в їдальні, чи дотримується дієти. Сухоїдіння. Надмірне споживання їжі. 4. Для жінок – гінекологічний анамнез (час появи місячних, їх характер, порушення менструального циклу; в якому віці закінчилися менструації). Статеве життя, одруження (в якому віці), кількість і перебіг вагітностей і пологів (нормальні пологи, мертвонародження, жовтяниця новонароджених, аборти, викидні). Кількість дітей та їх здоров'я. 5. Усі перенесені захворювання, крім даної хвороби, у хронологічному порядку із вказанням віку, коли їх переніс (особливо туберкульоз, ревматизм, венеричні захворювання, вірусний гепатит, малярія, СНІД, серцево-судинні, алергічні, так звані простудні захворювання, травми). 6. Спадковість (наявність у сім'ї хворих на туберкульоз, сифіліс, психічні хвороби, алкоголізм, СНІД та ін.). Стан здоров'я або причини смерті (із зазначенням віку) батьків, братів, сестер, дітей, близьких родичів. Генетично зумовлена схильність (злоякісні новоутворення, атеросклероз, гіпертонічна хвороба, жовчнокам'яна хвороба та ін.). Аномалії розвитку. 7. Шкідливі звички, наркоманія, токсикоманія (паління (з якого віку, скільки цигарок за день). Вживання алкоголю (з якого віку, як часто, в якій кількості, як переносить). Зловживання кавою, чаєм; вживання наркотиків та інші шкідливі звички). 8. Алергологічний анамнез (непереносимість ліків, вакцин, сироваток та інших речовин, продуктів, сонця, холоду, різних запахів (косметичних засобів, пилу, тварин) тощо. Побічна дія ліків. Де і коли частіше виникають напади хвороби або погіршення стану (вдома, на роботі, вдень, вночі тощо).

Приклад запису лікарем анамнезу життя хворого: 1. Народився першим із трьох дітей у сім'ї робітника у м. Львові, ріс і розвивався в задовільних матеріально-побутових умовах. У розумовому та фізичному розвитку від ровесників не відставав. 2. До школи пішов в 7 років, вчився на «добре», навчання давалось легко. Після школи закінчив Львівський політехнічний інститут. Потім служив в армії. Трудову діяльність почав у 23-річному

віці інженером Львівського фізико-механічного інституту, де і працює у даний час. Робота пов'язана з розумовим перенавантаженням. Фізично не втомлюється. 3. Одружений з 24-річного віку. Живе з сім'єю (дружина, дочка, мати дружини) у двохкімнатній сухій світлій квартирі зі всіма вигодами на 4-ому поверсі п'ятиповерхового будинку без ліфту. Сімейним життям задоволений. Відносини у сім'ї добрі. Харчування повноцінне, вітамінізоване, щоденно 3 рази у день приймає гарячу їжу. 4. Для жінок: коли почалися менструації, як проходили, болючі чи неболючі, регулярні чи нерегулярні, із середньою, великою чи невеликою кількістю виділень, скільки абортів, вагітностей, якщо вже є менопауза, то вказати, як перенесла хвора настання цього періоду. 5. У дитинстві часто хворів ангінами, простудними захворюваннями. Переніс кір, скарлатину. У 20-річному віці – двобічна пневмонія, у 42-річному – апендектомія. Туберкульоз, венеричні та психічні захворювання у себе, в сім'ї та у рідних заперечує. 6. Батько хворів виразковою хворобою шлунку, гіпертонічною хворобою, помер від крововиливу в головний мозок, мати померла у 84-річному віці, хворіла рідко, причини смерті не знає. Сестра страждає гіпертонічною хворобою. 7. Палив з 15-річного віку протягом 20 років по 30 сигарет на добу, протягом останніх 15 років не палить. Алкоголь вживає не частіше одного разу у 2 тижні (по 50 мл коньяку). 8. Алергічних реакцій на прийом лікарських препаратів, харчових продуктів, запахи, укуси комах не було (якщо були, то коли, на що і як це проявлялось).

5. Теперішній стан хворого. Типова схема встановлення лікарем теперішнього стану хворого. Визначення теперішнього (дійсного) стану хворого проводиться за такою схемою: а) загальний огляд; б) детальний огляд; в) обстеження за системами органів (огляд, пальпація, перкусія, аускультація): система органів дихання, серцево – судинна система, система органів травлення, сечовидільна система, ендокринна система, нервово – психічна сфера.

Загальний стан. Загальний стан (задовільний, середньої важкості, важкий, вкрай важкий). Свідомість (ясна, потьмарена, ступор, сопор, кома, маячення, галюцинації). Положення (активне, пасивне, вимушене - вказати яке саме вимушене). Будова тіла (правильна, неправильна). Конституція (нормостенічна, гіперстенічна, астенічна). Постава (пряма, сутула, згорблена). Ходьба (вільна, скована, качача, кульгаюча, півняча і т.п.). Ріст. Маса тіла (вага). Шкіра (колір, наявність висипань, вологість, еластичність). Доступні огляду слизові (колір, наявність висипань, крововиливів). Підшкірно-жирова клітковина (розвинена, недостатньо розвинена, надмірно розвинена - вказати локалізацію). М'язи (розвинені добре, недостатньо, тонус їх підвищений, збережений, понижений). Набряки (помірно виражені, різко виражені, вказати локалізацію). Кістково-суглобова система (без помітних змін, припухлість, деформація суглобів – вказати яких, обмеження рухомості – вказати яких суглобів і до скількох градусів обмеження). Лімфатичні вузли, доступні пальпації (не збільшені, збільшені – вказати які, до якої величини збільшені, їх болючість, консистенція, спаяність між собою, зі шкірою, зміни над ними шкіри). Температура тіла.

Детальний огляд лікарем хворого. Приклад запису: Голова звичайної форми. Волосся густе із сивиною на вилицях. Чоло високе. Брови густі. Очі правильно розміщені в орбітах (може бути косоокість). Щоки рожевого кольору. Ніс прямий. Вушні раковини без особливостей. Губи червоні. Шия пропорційна тілу. Кінцівки без помітних змін (па-

льці за типом барабанних палочок, нігті – годинникових скелець, відсутність фаланг пальців).

Система органів травлення. Приклад запису: Огляд. Язик вологий, чистий (може бути сухий, географічний, обкладений сірим, білим, чорним нальотом, може бути лаковий, малиновий і т.п.). Зуби не змінені (якщо є каріозні або відсутні – записати їх кількість). Ясна рожеві, чисті, не кровоточать. Зів чистий, рожевий (зернистий, гіперімійований, має дрібнокрапкові крововиливи). Мигдалики звичайних розмірів, рожеві (містять гнійні вмісти, вкриті сірим, чорним, землистим нальотом, збільшені до величини ___, зменшені, різко гіперемійовані, покриті лакунами і т. п.). Задня стінка глотки гладка, рожева (вкрита фолікулами, має крапкові крововиливи, гіперімійована). Живіт звичайної овальної форми, не збільшений в об'ємі (запалий, різко збільшений в об'ємі, відмічається випинання пупка, різко виражене розширення підшкірних вен на животі). Пальпація. При поверхневій пальпації живіт м'який, не болючий, розходжень м'язів не виявлено, симптоми подразнення очеревини від'ємні. Перкусія. Над животом тимпанічний звук. Симптом флуктуації від'ємний. Аускультація. Над кишківником прослуховуються перистальтичні шуми.

6. Обґрунтування лікарем попереднього діагнозу. Попередній діагноз - це діагноз, який формулюється безпосередньо під час звернення хворого по медичну допомогу на підставі отриманих на цей час даних (до початку систематичного обстеження в динаміці). Попередній діагноз є вкрай потрібним для планування обстеження та початкового етапу лікування лікарем пацієнта. На підставі скарг хворого (лікар виділяє основні), даних анамнезу (давність, тривалість, характер перебігу хвороби), фізичного обстеження та результатів додаткових методів дослідження формулюють діагноз основного захворювання. Обгрунтовують період, варіант перебігу захворювання, активність та тяжкість процесу, ступінь функціональних розладів ураженого органа. Діагноз повинен бути етіологічним (по можливості), патогенетичним, анатомічним та функціональним. За наявності ускладнень та супутніх захворювань лікар їх обгрунтовує окремо, так само, як і основне.

Приблизна схема опису обгрунтування лікарем діагнозу: "На підставі скарг хворого на ..... (перерахувати основні характерні скарги із розділу "Скарги"), виходячи з даних анамнезу ..... (коротко із відповідного розділу історії хвороби навести характерні особливості розвитку захворювання), беручи до уваги дані фізичного обстеження ..... (з розділу "Фізичне обстеження хворого"навести основні загальні й місцеві симптоми, характерні для захворювання, діагноз якого обгрунтовується), а також враховуючи результати додаткових досліджень ..... (перераховують ті зміни показників додаткових методів дослідження, які підтверджують діагноз, що обгрунтовується), можна встановити попередній діагноз (назва основного захворювання, його період, варіант перебігу і т. ін.)".

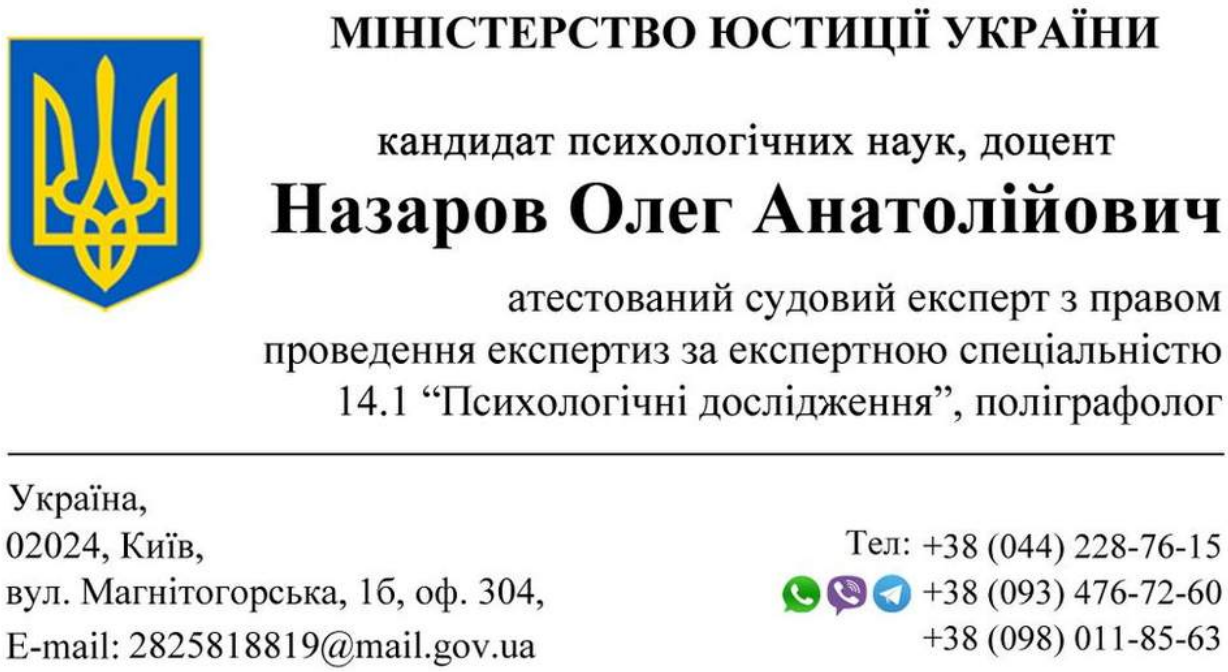
Додатково, **Переказати кошти для допомоги Збройним Силам України та гуманітарної допомоги з платіжної картки**

Традиційно, нагадуємо користувачам журналу, що науковий журнал запроваджує надання послуг **«Консультація»: запит на проведення судово-психологічної експертизи за різними підставами, у тому числі відшкодування моральної шкоди завда-**

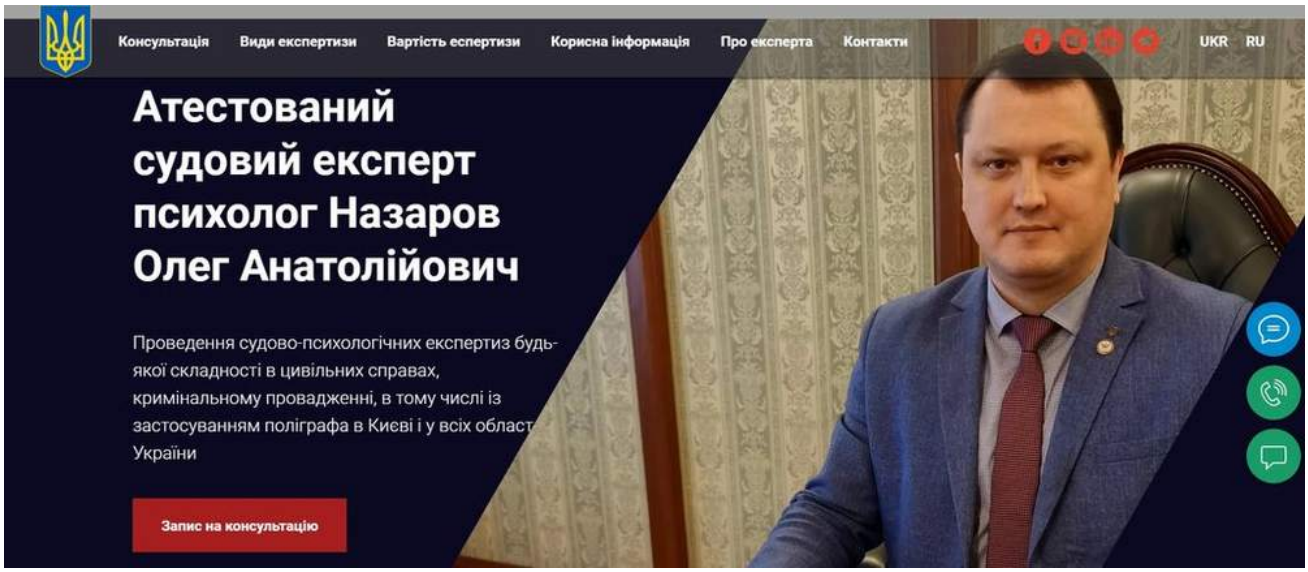
ною військовими злочинами, із застосуванням поліграфа на замовлення зацікавлених осіб, суду, правоохоронних органів згідно процесуальних кодексів. - URL: http://expertize-journal.org.ua/konsultacia **Телефон для термінового дзвінка судовому експерту:** +38 093 476 72 60 (Viber, Telegram, Whatsapp).



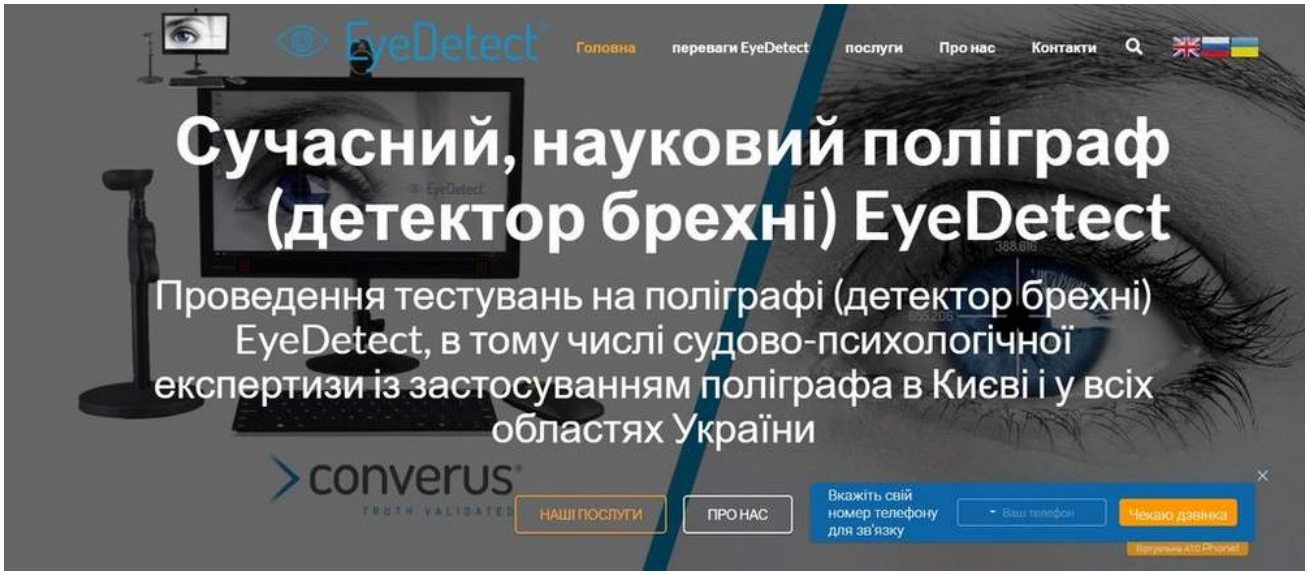
Звертаємо увагу, організація проведення професійних консультацій всім зацікавленим, здійснюється членом Президії Науково-консультативної та методичної ради з проблем судової експертизи при Міністерстві юстиції України, головним редактором журналу, атестованим судовим експертом психологом (поліграфологом), кандидатом психологічних наук, доцентом Назаровим Олегом Анатолійовичем.



Офіційній Інтернет-сайт щодо призначення та проведення судово-психологічної експертизи, судового експерта психолога (поліграфолога) Назарова О.А. (свідоцтво Міністерства юстиції України від 09.07.2020 №2035)



Офіційний Інтернет-сайт щодо призначення та проведення судово-психологічної експертизи із застосуванням поліграфа, тестувань на поліграфі в Україні за міжнародними стандартами (поліграф EyeDetect, розробник Converus Inc., USA)



Продаж портативного обладнання для поліграфа **Mobi підлокітники Polygraph в Україні (Схвалено президентом Міжнародного співтовариства поліграфологів, ISOPE, США)**





В Україні затверджена кваліфікаційна характеристика професії «Поліграфолог» та 25 жовтня 2021 року уведена сама професія «Поліграфолог» змінами № 10 до Національного класифікатора професій ДК 003:2010

Надання послуг щодо розробки та проведення групових тренінгових занять за різними напрямами судово-психологічної експертизи в сучасному судочинстві, у тому числі із застосуванням поліграфа

Незалежній не державній професійній атестованій судово-психологічній експертизі в Україні бути: історія однієї перемоги або про можливість призначення першої недержавної професійної атестованої судово-психологічної еспертизи з 09 липня 2020 року

Електронна бібліотека судді, адвоката, психолога, батьків: «Допит, опитування дитини в суді». Методичні рекомендації, нормативні документи, постанови Верховного Суду

Огляд змін до законодавства України: процесуальний статус спеціаліста у кримінальних провадженнях про кримінальні проступки з 1 липня 2020 року

Електронна бібліотека правозахисника України. Серія: Застосування рішень Європейського суду з прав людини в українському судочинстві

Електронна бібліотека судді України: квітень 2020 року (більше 70 книг)

Колекція зразків клопотань про відкладення розгляду справи у зв'язку із впровадженням карантину та типові зразки заяв, які подаються до суду станом на 20 березня 2020 та оголошення ДСА України від 19 березня 2020

І на останок **щодо професійного розвитку, актуальні вакансії можна переглянути** на сайті - Jooble (потрібно на тиснути, щоб перейти за посиланням).

References

1. Nazarov O. A. Yaki normatyvni dokumenty MOZ Ukrainy rehlamentuiut oformlennia likariamy medychnykh dovidok potribnykh dlia vykorystannia pid chas sudovo-psykholohichnoi ekspertyzy z vstanovlennia faktu moralnykh strazhdan (moralnoi shkody) ta z inshykh pidstav?

[Which Regulations of the Ministry of Health of Ukraine Govern Medical Certificates Issued by Physicians for Use in Forensic Psychological Examination of Moral Suffering (Non-Pecuniary Damage) and on Other Grounds?]. Sudovo-psykholohichna ekspertyza. Zastosuvannia polihrafa i spetsialnykh znan v yurydychnii praktytsi. 2022. Vol. 7, No. 5 (41). DOI: https://doi.org/10.53672/ej.5.2022.01. URL: https://expertize-journal.org.ua/normativnie-documenti/7277-yaki-normativni-dokumenti-moz-ukrajini-reglamentuyut-oformlennya-likaryami-medichnikh-dovidok-potribnikh-dlya-vikoristannya-pid-chas-sudovo-psikhologichnoji-ekspertizi-z-vstanovlennya-faktu-moralnikh-strazhdan-moralnoji-shkodi-ta-z-inshikh-pidstav (onovlena versiia vid 07.11.2026). [in Ukrainian].