

Семихин Д.В., Симаков А.В. Разработка информационной системы учета врачебной деятельности в ММЛПУ «Родильный дом №3». // Проблемы информатики в образовании, управлении, экономике и технике: Сб. статей IX Междунар. научно-техн. конф. – Пенза: ПДЗ, 2009. – С. 279-282.

РАЗРАБОТКА ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ УЧЕТА ВРАЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ММЛПУ «РОДИЛЬНЫЙ ДОМ №3»

Д.В. Семихин, А.В. Симаков

Тюменский государственный университет,
г. Тюмень, Россия

В статье рассмотрены вопросы, решения которых потребовал процесс разработки информационной системы ЛПУ. Описаны функции и особенности функционирования системы.

Semikhin D.V., Simakov A.V. The development of information system for registration of medical activity in medical treatment-prevention establishment (mtr) «maternity home №3».

The questions which ground the process of the development the information system are considered. The functions and peculiarities of this system are described.

В нашей стране сейчас много говорят об информатизации здравоохранения. Разработано множество зрелых и конкурентоспособных программных продуктов – от небольших программ, направленных на информационную поддержку деятельности отдельных медицинских работников (к числу которых можно, например, отнести разнообразные лабораторные ИС), до программных комплексов, автоматизирующих деятельность всего медицинского учреждения.

В этой статье представляем разработанную нами медицинскую информационную систему, функционал которой ни в коей мере не претендует на комплексность охвата бизнес-процессов, но, как мы считаем, вполне отражает требования текущего момента.

В муниципальном медицинском лечебно-профилактическом учреждении «Родильный дом № 3» традиционно все документы и записи оформляются и хранятся в бумажном виде. На момент начала работ ИТ на предприятии использовалась лишь для *оформления* выписок (в MS Word заносились данные из истории болезни) и отчетов, предоставляемых в отдел анализа и статистики (тут применялся MS Excel). Выборка данных из бумажных источников и их агрегирование выполнялись непосредственно исполнителями – врачами и заведующими отделениями.

В целом процесс врачебной деятельности рассматривался нами в достаточно упрощенном варианте. Поступающий в приемное отделение пациент, пройдя первичный осмотр, предоставляет данные для внесения в медицинскую карту. Безусловно, вопросы связанные с автоматизацией деятельности регистратора и, как следствие, с внедрением электронной истории болезни, являются наиболее обсуждаемыми сейчас. Но, поскольку глобальная перестройка процессов на предприятии пока наталкивалась на целый ряд проблем (в том числе и

финансовых), медицинские карты по-прежнему заполняются и хранятся исключительно в бумажном варианте.

Стремясь выполнить условие сохранения существующих и устоявшихся взаимоотношений на предприятии в прежнем состоянии, автоматизации подверглись лишь упомянутые выше процессы формирования выписок и отчетов для нужд заведующей отделением.

В ходе изучения документов стало очевидно, что тот набор первичных данных, который вносится врачами в документы MS Word, по большей части содержит информацию, которая впоследствии используется при формировании отчетов, что и стало отправной точкой при проектировании структуры базы данных.

При разработке интерфейсов приложения также была сделана попытка максимально перенести в новую систему те элементы, которые были ценны при использовании MS Word для заполнения выписок, – возможность создания нового документа на основе заполненного ранее (прототипирования).

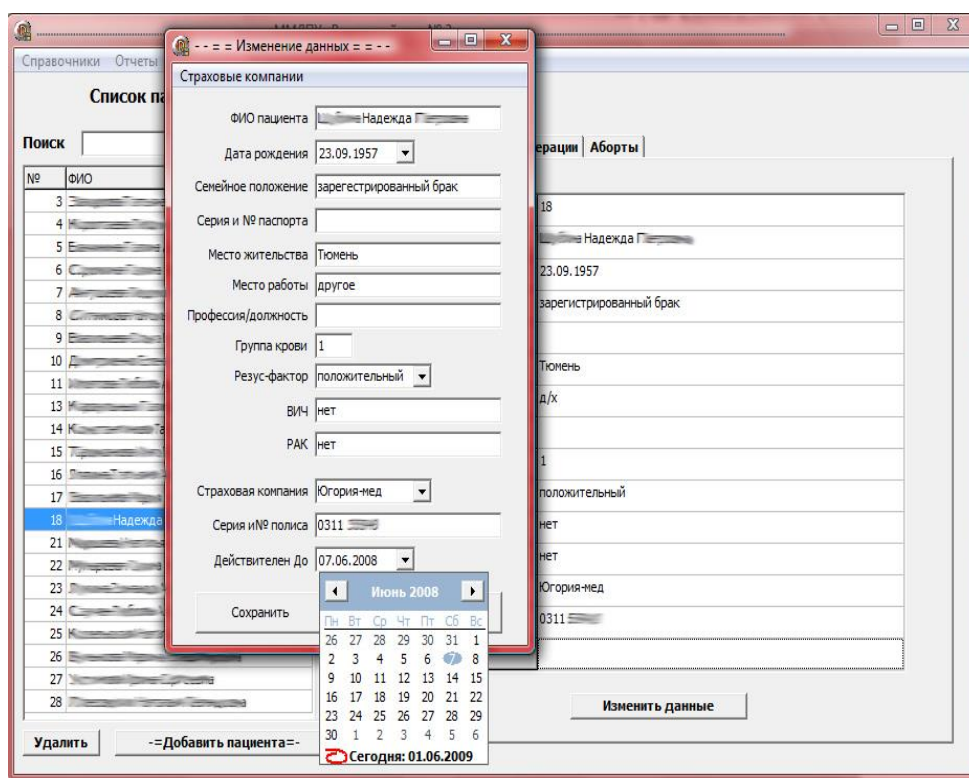


Рис. 1. Пример работы с интерфейсом системы

Среди отчетов, генерируемых системой, можно упомянуть такие, как отчет по основным показателям (содержит данные о количестве выписанных, пролеченных на платной или бесплатной основе, прооперированных больных, общих койко-дней, общее число операций, сумма оказанных платных услуг и пр.), «распределение больных по нозологии» (рассчитывается количество больных с данным диагнозом и процент от общего числа больных), «по типам операций» (рассчитываются такие параметры, как количество проведенных операций данного типа, количество поступивших в плановом порядке).

При выборе инструментов для реализации информационной системы упор делался на их стоимость. Поэтому закономерно, что выбор пал на бесплатно

распространяемые продукты – в качестве СУБД была выбран MS SQL Server 2005 Express Edition, а в качестве средства разработки приложения – Turbo Delphi 2006.

Муниципальное медицинское лечебно-профилактическое учреждение
РОДИЛЬНЫЙ ДОМ № 3
ОТДЕЛЕНИЕ ГИНЕКОЛОГИИ

Выписка из истории болезни [И]

Сформировать выписку

[Имя], 21 год

Находилась на лечении в г/о с 24.04.2007 по 02.05.2007

Поступила экстренно с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей

Диагноз: Миома матки

24.04.2007 проведена операция: Abrasio cavi uteri Наркоз: внутривенный

Длина матки по зонду 8 см. Стенки матки: шероховатые. Соскоб со стенок полости матки обильный, по типу гиперплазии. Материал направлен на патоморфологическое исследование. Кровопотеря 50,0 мл. П/операционный период протекал без особенностей

Благищное исследование:
P.S. Шейка матки чистая. Выделения сукровичные.
P.V.: Тело матки увеличено до 8-9 недель, подвижное, б/болезненное. Придатки с обе-их сторон не увеличены, безболезненны. Параметрий свободный. Инфильтратов в малом тазу нет.

Анализы
RW 24.04.07 - отриц.
Мазок от 24.04.07. без патологии.
Общий анализ крови от 24.04.07. эр.-4,5 x 10¹²/л, Нв- 128 г/л, ЦП 0,86, лейко- 7,4 x 10⁹/л э-1 п-0 с-65 л-34 м 0 СОЭ - 21

Лечение:
оситоцин 1,0 x 2р/день в/м,
этазилат натрия 12,5% - 1,0 в/м,
аскорутин по 2 т x 3 р/день

Выписывается домой в удовлетворительном состоянии

Рекомендовано:
Получить результат гистологии через 7 дней в приемном г/о 3 РД.
Наблюдение гинеколога по месту жительства. Явка в ЖК 06.05.07.,
Половой и физический покой,
Аскорутин по 2 таб. 3 раза в день 7 дней,

Лечащий врач Пу [Имя].В.

Рис. 2. Форма редактирования выписки